
Analyse af den regionale styring på sygehusområdet

SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET

FINANSMINISTERIET

ØKONOMI- OG INDENRIGSMINISTERIET

DANSKE REGIONER

April 2018



McKinsey&Company

Indholdsfortegnelse

1	Sammenfatning	3
1.1	Baggrund og introduktion	3
1.2	Kortlægning	4
1.3	Tværgående vurdering	8
2	Indledning	13
2.1	Baggrund.....	13
2.2	Formål.....	14
2.3	Arbejdets tilrettelæggelse	14
2.4	Metodiske overvejelser	16
2.5	Læsevejledning.....	17
3	Overordnede styringsmæssige rammer for sygehusområdet	18
3.1	Introduktion til sygehusområdet	18
3.2	Finansieringsstruktur i sygehusvæsenet.....	18
3.3	Rammevilkår i det regionale sygehusvæsen	20
3.4	De 8 nationale mål for sundhedsvæsenet	21
3.5	Sundhedsaftalerne	23
4	Kortlægning af den regionale styring.....	24
4.1	Region Hovedstaden	24
4.2	Region Sjælland.....	70
4.3	Region Syddanmark.....	95
4.4	Region Midtjylland.....	118
4.5	Region Nordjylland	141
4.6	Sammenligning af kortlægning på tværs af regioner	157
5	Vurdering af styrker og svagheder ved den regionale styring	160
5.1	Baggrund for vurderingen	160
5.2	Region Hovedstaden	162
5.3	Region Sjælland.....	166
5.4	Region Syddanmark.....	170
5.5	Region Midtjylland.....	174
5.6	Region Nordjylland	178
6	Tværgående vurdering.....	182
6.1	Kvalitet.....	182
6.2	Omkostningseffektivitet.....	183
6.3	Sammenhængende patientforløb	184
6.4	Potentielle områder for forbedring	185

1 Sammenfatning

1.1 Baggrund og introduktion

Regeringen besluttede i sommeren 2017 at igangsætte et styringseftersyn af sundhedsvæsenet. Formålet med styringseftersynet er at belyse, hvad der virker og ikke virker i den nuværende styring samt komme med forbedringsinitiativer hertil.

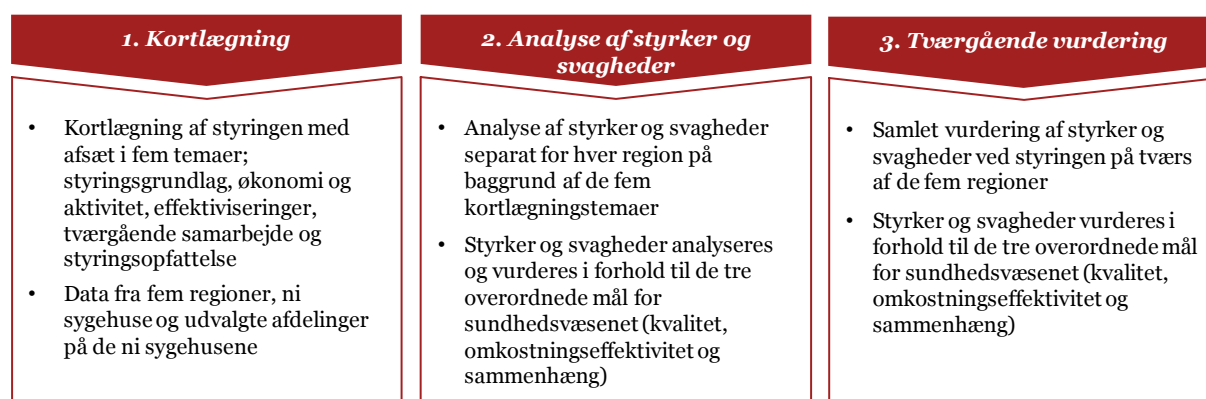
Nærværende analyse skal bidrage til dette arbejde og har særligt fokus på at belyse den nuværende regionale styring af det somatiske sygehusvæsen fra region til sygehuse og til afdelinger, herunder hvordan styringen bidrager til faglig kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhæng i patientforløb både inden for sygehusvæsenet samt i samarbejdet med den kommunale sundhedspleje og almen praksis.

Kortlægningen har fundet sted i perioden september til december 2017 og er organiseret omkring et konsulentteam fra PwC og McKinsey & Company samt en styregruppe med repræsentanter fra Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Danske Regioner.

Kortlægningen er baseret på 53 interviews med 87 personer på tværs af de fem regioner og ni udvalgte sygehuse og udvalgte afdelinger på disse sygehuse. Udvælgelsen af sygehusene er baseret på ønsket om at opnå et repræsentativt billede af styringen på tværs af landet. I tillæg hertil bygger kortlægningen på en gennemgang af rekvireret skriftligt materiale fra regioner og sygehuse.

Der er i interviewprocessen taget afsæt i fem kortlægningstemaer, som er gennemgående i analysen; styringsgrundlag, økonomi og aktivitet, effektiviseringer, tværgående samarbejde og styringsopfattelse. Tilsvarende gælder for gennemgang af relevant dokumentation for styringsmekanismer på alle niveauer i styringskæden samt andet relevant baggrundsmateriale, som er modtaget fra regioner og sygehuse.

Figur 1: Opbygning af analysen



På baggrund af kortlægningen er der foretaget en vurdering af styringen separat for de fem regioner. Analysen er opbygget efter de fem kortlægningstemaer, hvor styrker og svagheder inden for det enkelte tema analyseres og vurderes i forhold til de tre overordnede mål for sundhedsvæsenet om kvalitet,

omkostningseffektivitet og sammenhæng. Analysen afsluttes med en samlet vurdering på tværs af de fem regioner i forhold til de tre overordnede mål, samt potentielle forbedringsområder i den regionale styring.

1.2 Kortlægning

Kortlægningen viser, at den samlede styring af sundhedsvæsenet er en kompleks størrelse, som udgøres af en lang række styringsinstrumenter, som anvendes på forskellig vis mellem staten, regioner, sygehuse, praksis og kommuner. Det gælder de statslige rammevilkår omkring kliniske retningslinjer, budgetoverholdelse, patientrettigheder, særlige pakkeforløb, aktivitetskrav, overordnede nationale mål og lignende, samt den regionale udmøntning og styring af den løbende drift på sygehuse og afdelinger. Hertil kommer det tværsektorielle samarbejde med de øvrige aktører i kommuner og praksissektoren, som især er forankret i de fem Sundhedsaftaler.

Kortlægningen viser endvidere, at der er mange både ligheder og forskelle ift. anvendte styringsmekanismer på tværs af regionerne, herunder ift. udmøntning af de nationale rammer.

Centrale observationer fra kortlægningen i de fem regioner sammenfattes nedenfor.

- **Region Hovedstaden:** Regionens styring er kendetegnet ved en vis "armslængde" mellem region og sygehuse, hvor der styres ved hjælp af overordnede rammer og målrettede nedslag. Driftsmålstyringen indeholder nationale og regionale mål, som udmøntes tydeligt gennem styringskæden med lokal frihed til at supplere med lokale indsatser. Mængden af mål kan bevirke, at nogle af driftsmålene på afdelingsniveau virker som dokumentationskrav opadtil i systemet, og på afdelingsniveau kan der endvidere opleves uklarhed ift. strategi og prioriteringer vertikalt i styringskæden. Budgetoverholdelse er et centralt element i styringen på alle niveauer. Sygehuses og afdelingers budgetter er historisk baserede og justeres typisk på marginalen. Effektiviseringer drives primært på hospitals- og afdelingsniveau, men understøttes også centralt af regionens "Analyseprogram". Aktivitetsfinansieringen gennemsyrrer til dels styringen, idet der er stor fokus på produktionsværdi og omkostningseffektivitet på alle niveauer, men takststyringen skaber også incitamenter, der modarbejder den fulde realisering af effektiviseringspotentialer. Produktivitetskravet er nogle steder blevet anvendt som styringsværktøj til at gennemtrumfe "upopulære" beslutninger vedr. besparelser og omfordelinger, hvorfor dette krav opfattes særligt negativt på klinikerniveau. Datagrundlaget til styring forventes forbedret ved den fulde implementering og anvendelse af Sundhedsplatformen vertikalt såvel som horisontalt. Det tværsektorielle samarbejde foregår centralt i regionen primært via politiske og administrative fora, hvor der drives projektbaserede initiativer. På sygehuse og afdelinger drives endvidere lokale initiativer. Styringen på tværs af sektorer er udfordret ved et fælles manglende datagrundlag, blandt andet pga. lovgivningsmæssige barrierer.
- **Region Sjælland:** Regionens målbillede afspejles i driftsaftaler og strategier gennem styringskæden og supporteres af et fælles datagrundlag på tværs af niveauer. Overholdelse af økonomiske rammer er en nøgleforudsætning i styringen. Sygehuse og afdelinger har fokus på at ramme "nul" i forhold til budgetteret forbrug grundet begrænsede overførselsmuligheder mellem årene. Fra 2017 har regionen fjernet takststyring fra sygehusene, hvilket har været motiverende for sygehusene for det fortsatte arbejde med kvalitetsforbedringer, effektiviseringer samt initiativer, der skaber bedre sammenhæng for patienten. Dog tilskrives det øgede fokus på sådanne initiativer ikke udelukkende frisættelsen, men snarere nærværende ledelse samt klar og sammenhængende strategi gennem styringskæden, hvor regionen gerne støtter op om aktivitetsnedsættende initiativer, hvis det er hensigtsmæssigt for patienterne. Budgetter justeres

på marginalen mellem budgetår på både sygehus- og afdelingsniveau. Effektiviseringer drives primært decentralt på afdelinger, og primært af det øgende patientpres og suppleres af tværgående effektiviseringsprojekter, som drives centralt fra regionens tværgående centre. Tværsektorielle arbejde er typisk enkeltstående projekter, som drives både centralt i regionen og på sygehusene. Tværgående samarbejde mellem sektorer udfordres af strukturelle barrierer herunder især lovgivningen omkring datadeling på tværs.

- **Region Syddanmark:** Regionen har en sammenhængende og decentral styringsmodel, hvori sygehuse har stor frihed inden for udstukne regionale rammer. De nationale mål er en del af regionens styringsgrundlag, og der følges op på fællesmængden af mål på sygehusniveau. Styringen understøttes delvist af et fælles datagrundlag via en regional database, som rummer en stor portefølje af data, men som kræver særskilt databehandling for at dække det lokale behov for ledelsesinformation. Budgetoverholdelse er en central forudsætning i styringen på alle niveauer. Budgetter er historisk baserede og justeres kun på marginalen. Aktivitets- og produktivitetskrav udmøntes til sygehusene, mens der er visse frisatte afdelinger, som indgår i et regionalt forsøg med populationsansvar, hvortil erfaringer endnu ikke er kendte. Effektiviseringer drives primært på sygehus- og afdelingsniveau og primært af øget efterspørgsel samt faglige og patientrettede hensyn. Regionen understøtter desuden dette arbejde via fælles uddannelse i værktøjer og metoder, men økonomiske incitamenter for effektiviseringsarbejde (eksempelvis overførselsadgang) varierer på tværs af sygehusene. Sluttelig er samarbejdet mellem sektorer præget af lovmæssige og organisatoriske barrierer, og konkrete tiltag er typisk drevet af faglig udvikling og patienthensyn snarere end forudgående strategiske aftaler om opgaveflytning.
- **Region Midtjylland:** Regionen har et målbillede, som anvendes gennem styringskæden. Styringskæden indeholder nationale mål, som nedbrydes og suppleres med lokale kvalitets- og servicemål på afdelingsniveau. De forskellige niveauer benytter en fælles dataplatform som grundlag for den løbende styring og opfølgning på økonomi, aktivitet, kvalitet og servicemål. Rapporteringen tilpasses på sygehusniveau til lokale behov og opleves af sygehuse og afdelinger som validt. Budgetoverholdelse er en central forudsætning i styringen på alle niveauer. Budgetter er historisk baserede og justeres kun på marginalen. Regionen udmønter ikke aktivitets- eller produktivitetskrav til sygehusene, og der er således ikke sanktioner ved manglende opfyldelse, men udviklingen i aktivitet følges tæt ved fx lokale vejledende baselines. Effektiviseringer drives primært på sygehus- og afdelingsniveau som følge af øget efterspørgsel samt faglige og patientrettede hensyn. Understøttelse af effektiviseringer via værktøjer, kompetencer og incitamenter varierer på tværs af sygehusene, og er kun i mindre grad understøttet fra regionalt niveau. Samarbejdet mellem sektorer er ifølge det oplyste præget af både lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer. Konkrete tiltag er ofte projektbaserede og typisk drevet af faglig udvikling og patienthensyn på et givent område.
- **Region Nordjylland:** Regionen benytter et målhierarki gennem styringskæden, og der er på tværs af region og sygehuse en fælles opfattelse af, hvad der er styringsrelevant ift. at understøtte kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb. Styringen understøttes delvist af et fælles datagrundlag fra en regional database, som rummer en stor portefølje af data, men hvor det kan være en udfordring på afdelingsniveau at finde og afgrænse styringsrelevante indikatorer for afdelingerne. Budgetoverholdelse er en central forudsætning i styringen på alle niveauer. Budgetter er historisk baserede og justeres kun på marginalen. Regionen udmønter indtil 2018 aktivitetsbudget på sygehus- og afdelingsniveau. Effektiviseringer er drevet af en kombination af øget efterspørgsel, lægemangel og faglige og patientrettede hensyn. Regionen er givet dens størrelse tæt på sygehusene, og mål og indsatsområder koordineres således løbende i dialog mellem region og sygehuse, men den operationelle eksekvering er ofte personbåret på klinik- og afdelingsniveau. Regionen har etableret en BI-enhed og en udgående forbedringsenhed, som skal understøtte sygehusenes effektiviseringsarbejde. Brugen heraf (og

kendskabet til) varierer dog på tværs af afdelinger. Samarbejdet mellem sektorer er præget af lovgivningsmæssige barrierer og af forskellige opfattelser af opgaveplacering og finansiering af initiativer.

Sammenlignes kortlægningen af den regionale styring på tværs af regioner (se appendiks), kan de væsentligste uddrag opsummeres som følger:

- **Klart styringsgrundlag og sammenhængende vertikal styringskæde.** I alle regioner er der konstateret et sammenhængende styringsgrundlag på tværs af styringskæden, som kobler nationale mål med lokale prioriteringer og indsatsområder på sygehus- og afdelingsniveau. Transparens i styringskæden varierer dog, særligt fra sygehus til afdelingsniveau i flere regioner.
- **Rapporteringshierarkier.** Alle regioner har klare rapporteringshierarkier ift. økonomi -og aktivitet. Det gælder også i regioner, hvor sygehusene er fritaget for aktivitetsstyring. Dette gælder endvidere generelt for driftsmål, herunder kvalitet og delvist effektivitet. Det er observeret, at sygehusene i forskellig grad tilpasser og supplerer rapportering til eksempelvis forskellige målgrupper.
- **Fælles datagrundlag.** Alle regioner har etableret fælles datagrundlag til brug for styring ved hjælp af BI-værktøjer til analyse og opfølgning. Datagrundlaget anvendes også på sygehus- og afdelingsniveau og kan tilpasses lokale behov. Nogle steder kan data dog ikke anvendes uden yderligere bearbejdning og supplement fra andre datakilder. En enkelt region har udfordringer med datakvalitet, hvilket tilskrives den ikke-afsluttede introduktion af Sundhedsplatformen.
- **Beslutningsgrundlag for omprioritering:** Der er i alle regioner en detaljeret indsigt i den historiske udvikling i økonomi, aktivitet og kvalitet. Der er imidlertid kun mindre indsigt i direkte sammenhæng mellem ressourcer og aktivitet, herunder det faktiske ressourcetræk forbundet med en given efterspørgsel eller aktivitetsniveau. Det kan vanskeliggøre større omprioriteringer, da der ikke er et fuldstændig transparent beslutningsgrundlag. Omfordelinger mellem sygehuse baseres ofte på overordnede budgetmæssige størrelser (relativ omfordeling med budget som fordelingsnøgle), eller på baggrund af selvstændige analyser, mens omfordeling mellem afdelinger fx baseres på mere driftsnære nøgletal.
- **Budgettering:** Udgangspunktet for de årlige budgetter er i alle regioner sidste års budget eventuelt korrigeret for justerede politiske prioriteringer. Omfordelinger på regions- og sygehusniveau sker primært i forbindelse med opgaveflytninger, udvidelser, hjemtagning eller som reaktion på konkrete budgetudfordringer. Dette begrundes primært med et ønske om mest mulig stabilitet i budgetterne på både sygehus- og afdelingsniveau. Der tages således ikke stilling til sammenhæng mellem ressourcer (input) og forventninger til aktivitet (output) på et detaljeret niveau, som en del af den ”almindelige” budgetproces, jf. ovenfor.
- **Udmøntning af aktivitetsbudget.** Tre regioner har fra 2017 eller 2018 helt fritaget sygehusene for aktivitets- og produktivitetskrav, mens de to resterende regioner (Hovedstaden og Syddanmark) har fritaget udvalgte afdelinger/områder. Ved frisættelse fra aktivitetskrav påtager regionerne sig den økonomiske risiko ved ikke opnået aktivitetspuljefinansiering. Det betragtes dog reelt ikke som en risiko, givet generel vækst i efterspørgsel og aktivitet.
- **Udmøntning af produktivitetskravet.** Til og med 2017 har regionerne været underlagt produktivitetskravet på 2 pct. Dette er blevet udmøntet på forskellig vis. I tre regioner er kravet overvejende udmøntet ligeligt på alle sygehuse, fx i Region Nordjylland, mens to regioner har differentieret kravet (nogle år) baseret på sygehusenes generelle produktivitetsniveau, fx Region Hovedstaden. Det betyder, at der ikke sker en direkte vurdering af forskelle i potentielle gevinster på tværs af afdelinger. I nogle regioner har man fra 2017 valgt ikke at udmønte

produktivitetskrav på sygehusniveau, og har samtidig fravalgt et direkte aktivitetskrav, hvilket isoleret set har givet (likviditets-) risiko for evt. manglende overholdelse af økonomaftalens aktivitetsforudsætning. Risikoen anses generelt for lille, da efterspørgslen er konstant stigende, og uden behov for aktiv styring af udviklingen i produktivitet.

- **Tilgang og værktøjer til effektivisering.** Der er observeret forskellige tilgange til effektivisering, herunder i hvilket omfang og på hvilken måde effektiviseringsarbejdet understøttes fra centralt hold på regionalt og lokalt niveau. På operationelt plan drives effektiviseringer i alle regioner primært decentralt på afdelingsniveau som reaktion på krav om budgetoverholdelse kombineret med øget efterspørgsel. Nogle regioner søger at supplere decentrale effektiviseringsinitiativer på afdelings- og sygehusniveau med regionale effektiviseringsenheder, strategiske målsætninger, ”budgetanalyser” eller en fælles tilgang til løbende effektiviseringer (fx Region Sjælland og Region Syddanmark).
- **Økonomiske incitamenter til at identificere og gennemføre effektiviseringer.** Der er flere eksempler på økonomiske incitamentsstrukturer drevet lokalt i regionerne, som påvirker sygehuse og afdelingers adfærd mod mere omkostningseffektivitet. Fx finansiering af medicinudgifter i Region Hovedstaden, afregningsmodel for parakliniske ydelser i hhv. Region Hovedstaden og Region Sjælland (to forskellige modeller), og budgetansvar på afdelingsniveau for behandling på privathospitaler i Region Midtjylland og Region Sjælland samt for udenregionale patienter i Region Nordjylland. Budgetoverholdelse ses imidlertid som det primære redskab og incitament til effektiviseringer. Regionerne har som følge af budgetloven begrænsede muligheder for at overføre budgetoverskud mellem år. Dette medfører generelt, at man på regions-, sygehus- og afdelingsniveau har incitament til at ”gå i nul”, hvorfor der ses eksempler på øget forbrug mod årets afslutning (eksempelvis ved at købe til lager, investere i udstyr eller nedbringe fremtidige driftsudgifter til leasing). Tilsvarende kan det potentielt medføre tilbageholdenhed ift. realisering af større effektiviseringstiltag.
- **Konsekvens af ”frisættelse” fra produktivets- og aktivitetskrav.** På de områder, der er frisat fra aktivitetsstyring, har det endnu ikke været muligt at påvise en direkte sammenhæng mellem frisættelsen og øget realisering af effektiviseringsgevinster. Flere af forsøgene er dog først igangsat fra 2017, og der er i flere regioner planlagt evalueringer heraf i 2018/2019. Der er en generel positiv opfattelse af frisættelsen på sygehus- og afdelingsniveau, hvilket hænger sammen med en øget motivation til at ”gøre hvad der er bedst for patienten”, uden at have konsekvensen for produktionsværdien for øje. Dog ses det generelt, at regioner og sygehuse fortsat monitorerer aktivitetsniveau, samt flere steder også produktivetsniveau. Dette tilskrives, at man på alle niveauer i styringskæden opfatter aktivitets- og produktivetsdata som relevante og valide styringsparametre herunder også i forhold til den statslige aktivitetspulje.
- **Tværgående samarbejde.** Det tværgående samarbejde er fortsat en udfordring i alle regioner, og der er observeret såvel økonomiske, lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer, fx i forhold til opgaveplacering og deling af data. Kortlægningen har således ikke identificeret værktøjer eller systematiske tilgange til det tværgående samarbejde, der er præget af projektbaserede afprøvninger m.v. Der er ikke etableret et robust og anvendeligt datagrundlag til tværgående prioritering eller systematiske samarbejdsformer.
- **Styringsopfattelse I.** Budgetoverholdelse accepteres på alle niveauer som en grundlæggende forudsætning for kunne fokusere yderligere på regionale og lokale mål, patientrettigheder og faglig kvalitet. Økonomi, aktivitet og produktivitet fylder i den daglige styring, men opfattes på de fleste deltagende sygehuse og afdelinger ikke som overstyrende.
- **Styringsopfattelse II.** På sygehus- og afdelingsniveau opleves generelt, at styring ud fra patientrettede mål og forbedringstiltag giver styringsmæssig mening og er motiverende for personalet. Dog opleves i flere regioner på sygehus- og afdelingsniveau en til tider en manglende

sammenhæng mellem ressourcer og politiske forventninger, fx til overholdelse af patientrettigheder, som derfor opleves som overstyrede, idet styringen ud fra en klinisk betragtning ikke altid medfører en optimal udnyttelse af ressourcerne på sygehusene.

1.3 Tværgående vurdering

Regionernes styring er vurderet i forhold til de tre overordnede mål for sundhedsvæsenet om kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb, og skal endvidere ses i sammenhæng med den statslige styring, som sætter rammen for regionernes styring af sygehusene. Vurderingen skal således ses i en styringskontekst, og ikke som en fyldestgørende vurdering af, hvordan hver region klarer sig inden for de tre dimensioner. Det vurderes således, hvorvidt arbejdet med kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb understøttes af relevante styringsprocesser og -værktøjer.

Kvalitet

Den tværgående vurdering af styringselementer i den regionale styring, der påvirker arbejdet med kvalitet, kan opsummeres i følgende temaer:

- **Overordnet styring af kvalitet.** Det vurderes, at målsætningen om kvalitet generelt er understøttet af styringsdokumenter, visioner og målbilleder mv., der sætter retningen og rammerne for sygehusenes styring. I alle regioner indgår de nationale mål for sundhedsvæsenet, ligesom der i alle regioner arbejdes med styring efter faglige mål, patientrettigheder og mål for den patientoplevede kvalitet, som på sygehusniveau nedbrydes og suppleres med lokale og mere driftsnære mål. Det er på den baggrund vurderingen, at der generelt i regionerne er en fælles opfattelse af, hvad der er styringsrelevant. Der er dog også eksempler på afdelinger, hvor der opleves manglende gennemsigthed i strategien fra region til sygehus og afdelinger, hvilket kan medføre uklarhed i forhold til beslutninger om prioritering og omfordeling.
- **Datagrundlag.** Det er vurderingen, at regionerne – på trods af forskellige systemer og platforme – er kommet langt med udviklingen af et fælles datagrundlag for region og sygehus. Fx anvendes internt i Region Midtjylland og Region Sjælland den samme platform konsekvent på alle niveauer. Der er imidlertid også eksempler på, at data ikke opleves tilstrækkeligt valide og tidstro for det kliniske behov, ligesom der er eksempler på manglende brugervenlighed i rapporteringsfunktioner, hvilket nogle steder leder til udvikling af lokale datakilder for ledelsesinformation. Det betyder, at der på sygehus- og afdelingsniveau bruges tid og ressourcer på at udvikle egen ledelsesinformation og sikre validitet i data, ligesom det skaber uigennemsigthed i styringsgrundlaget og skaber barrierer for arbejdet med kvalitet og de øvrige delmål.
- **Aktivitetsfrisættelse.** Det vurderes, at det styringsmæssige skifte i retning af frisættelse fra aktivitetsstyring opleves som motiverende for det sundhedsfagliges personales arbejde med forbedringstiltag. Det kliniske niveau oplever aktivitetsafregning som demotiverende og en barriere i arbejdet med bedre kvalitet og sammenhæng for patienten på sygehus- og afdelingsniveau, fx i forbindelse med omlægning af patientforløb. Der kan imidlertid (endnu) ikke dokumenteres effekter, der kan henføres til frisættelse og ”værdi for patienten”, og realiserede forbedringer tilskrives primært tydelige ledelse med eksekveringsfokus samt en klar og sammenhængende strategi vertikalt gennem styringskæden, når finansieringen ikke stiller krav om mekanisk fokus på aktivitet. Samlet tegnes et billede af ledelse som et centralt element, der skal sikre kontinuerligt fokus på arbejdet med kvalitet (samt omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb), jf. nedenfor.

-
- **Barrierer.** Det er vurderingen, at arbejdet med kvalitet på tværs af sektorer er præget af økonomiske, lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer, fx i forhold til opgaveplacering og deling af data. Der er i regionerne igangsat en række forsøg, projekter og styringsmæssige tiltag (eksempelvis model for populationsansvar i Region Syddanmark og kortlægning af samlede patientforløbsomkostninger i Region Nordjylland), der skal adressere udfordringerne, men resultater og effekt heraf er endnu ikke kendte.

Omkostningseffektivitet

Den tværgående vurdering af styringselementer i den regionale styring, der påvirker arbejdet med omkostningseffektivitet, kan opsummeres i følgende temaer:

- Det vurderes, at der i styringen er mange elementer der understøtter målsætningen om omkostningseffektivitet, mens styringens indretning på nogle områder omvendt ikke nødvendigvis understøtter samlet omkostningseffektivitet. Målsætningen om omkostningseffektivitet understøttes af en kombination af konsekvent rammestyring¹ med stærkt fokus på budgetoverholdelse og patientrettigheder, en stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse og ønsket om frirum til faglig udvikling på sygehus- og afdelingsniveau. Det betyder, at der på sygehuse og afdelinger er et løbende behov for at identificere og frigøre prioriteringsrum. Omvendt er det ikke klart, om effektiviseringer fortsat vil drives aktivt, hvis efterspørgselspresset eller patientrettigheder skulle ændre sig, såvel som potentialet for realisering af effektiviseringsgevinster må antages at være forskellig mellem afdelinger.
- **Rammestyring.** Det vurderes, at den konsekvente rammestyring har bidraget til et stærkt fokus på budgetoverholdelse på alle niveauer. Det vurderes dog samtidig, at det er en problematik ved den nuværende rammestyring, at der ikke tages aktivt stilling til ressourcensiden, men snarere er fokus på at maksimere og effektivisere output inden for givne rammer. Det er således en svaghed, at der ikke i regionernes nuværende økonomi- og aktivitetsstyring er særlige mekanismer (foruden målrettede nedslag), der fuldt ud sikrer et kontinuerlig effektiviseringsfokus uanset rettigheder og efterspørgselspres mellem afdelinger.
- **Aktivitetsfrisættelse.** Det vurderes, at de fortsatte krav til overholdelse af udredningsret, behandlingsgaranti og kræftpakker i samspil med en stigende efterspørgsel betyder, at flere regioner (fx Region Midtjylland og Region Sjælland) har kunnet indføre nye styringsmodeller med frisættelse fra aktivitetsstyring uden at opleve en reel risiko for at ikke at kunne overholde de statslige aktivitets- og produktivitetskrav. Kombineret med den løbende reduktion af den statslige aktivitetspulje og justeringen af den kommunale medfinansiering har det betydet, at barriererne for at igangsætte omkostningseffektive, aktivitetsdæmpende tiltag er mindre nu, end hvis de skulle have været indført i tidligere år.
- **Effektiviseringsfremme.** Det er observeret, at regionerne har forskellige strategier for at fremme en omkostningseffektiv drift på sygehusene, men at effektiviseringsinitiativer typisk drives decentralt med afsæt i behovet om budgetoverholdelse. Nogle regioner (fx Region Sjælland og Region Nordjylland) har et tæt samarbejde mellem region og sygehuse om at drive effektiviseringer, mens andre regioner (fx Region Syddanmark) helt eller delvist har decentraliseret ansvaret til sygehuse og afdelinger. I nogle regioner sættes der centrale effektiviseringsagendaer (fx Region Hovedstaden) i form af benchmarkanalyser, normeringsanalyser mv. Eksempler herpå er dog hovedsageligt – men ikke kun – i forbindelse med større spareplaner. Det vurderes, at både den mere centrale og decentrale tilgang har

¹ Nogle regioner anvender fortsat takststyring, men effektivt opleves ikke reelle sanktioner i forbindelse med takststyringen

styrker og svagheder, men styrken afhænger i høj grad af, om afdelingsledelserne i begge tilfælde understøttes med ledelse, styringsværktøjer, kompetencer og incitamenter fra regionen og evt. sygehusledelsen – uagtet om der anlægges en central eller decentral tilgang. Der er en række gode eksempler herpå (fx tavlemøder, uddannelse, it-værktøjer osv.), men omfang, karakter og effekt heraf varierer på tværs af regionerne.

- **Ledelse og implementeringskraft.** Ledelse og implementeringskraft på tværs af styringskæden spiller en stor rolle ift. at identificere og realisere effektiviseringsinitiativer. Især lokalt på sygehuse og afdelinger opleves der store forskelle i den ledelsesmæssige tilgang og gennemslagskraft, hvilket vurderes at have indflydelse på mængden af nye initiativer, som føres ud i livet. Dertil kommer, at centralt (regionalt og på sygehusniveau) ledelsesmæssigt fokus på struktureret implementering af innovative behandlingsformer, it-systemer mv. er afgørende for, om der høstes reelle gevinster.
- **Datagrundlag.** Det vurderes som en styrke, at der i alle regioner er etableret et datagrundlag i form af fælles ledelsesinformationssystemer, hvor man på alle niveauer kan følge med i udviklingen i kvalitet og økonomi på aggregeret og mere detaljeret plan. Det vurderes dog i nogle regioner (Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Nordjylland) som en svaghed, at der på afdelingsniveau opleves (midlertidigt) behov for særskilt databehandling for at dække det lokale behov for ledelsesinformation, ligesom der opleves forsinkelser i aktivitets- og kvalitetsdata. Det betyder, at der opleves ”slør” og uigennemsigthed i styringen. Derudover anvendes datagrundlaget primært kontaktbaseret og vertikalt i styringskæden. Dette bevirker, at man i mindre grad forholder sig til forløb, som går på tværs af sygehuse og afdelinger, samt at der generelt ikke styres løbende efter kapacitetsbelastning på tværs af sygehuse. Sidstnævnte er der dog nogle eksempler på, fx den centrale henvisningsenhed i Region Sjælland og fælles visitation inden for udvalgte specialer på de østjyske sygehuse i Randers, Aarhus og Horsens.
- **Budgettering.** Det er et fællestræk på tværs af regionerne, at budgetterne er historisk baserede og primært justeres ift. rammerne i økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen samt beslutninger om udvidelser, flytninger mellem sygehuse mv. Omfordelinger foretages således primært med udgangspunkt i nationale eller regionale retningslinjer samt baseret på ledelsesmæssige vurderinger og politiske prioriteringer. Formålet med ikke at lave større budgetomlægninger er at sikre økonomisk stabilitet på afdelingsniveau, og som følge heraf bl.a. fostre arbejdet med effektiviseringer. Dette betyder, at der i mindre omfang er skabt økonomisk transparens og et grundlag for løbende omprioriteringer baseret på faktisk sammenhæng mellem ressourcer og behandlingsaktivitet, herunder stillingtagen til de grundlæggende budgetforudsætninger (patientsammensætning, behandlingsformer og personalesammensætning). Det kommer eksempelvis til udtryk ved, at omprioritering af personale- og lønomkostninger ofte ikke betragtes som en reel mulighed.
- **Barrierer.** Det vurderes som en generel svaghed i styringen af det samlede sundhedsvæsen, at effektiviseringstiltag på tværs af sektorer er præget af økonomiske, organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer, der medfører en optimering inden for egne sektorielle rammer. Det betyder, at behandlingen ikke nødvendigvis foretages i den sektor, hvor det kan gøres mest omkostningseffektivt, ligesom det kan være en barriere for at skabe sammenhængende patientforløb, sikre effektiv arbejdsdeling, eller identificere de borgere der på tværs af sektorer har det største behov.

Sammenhængende patientforløb

Den tværgående vurdering af styringselementer i den regionale styring, der påvirker arbejdet med sammenhængende patientforløb, kan opsummeres i følgende temaer:

- **Overordnet styring af sammenhængende patientforløb.** Det vurderes, at der både fra nationalt og regionalt hold i stigende grad er et styringsmæssigt fokus på målsætningen om sammenhængende patientforløb. Der er således på både regions-, sygehus- og afdelingsniveau en række eksempler på tiltag og initiativer, der har til formål at sikre mere sammenhængende patientforløb til gavn for patienterne. Det gælder eksempelvis forsøg med modeller for populationsansvar (Region Syddanmark og Region Midtjylland), nye samarbejdsformer med kommuner og almen praksis (fx Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden) og regionale projekter om telemedicin. Det er dog et fællestræk, at konkrete initiativer på sygehus- og afdelingsniveau typisk er projektbaserede og i mindre grad udtryk for systematiske, økonomiske eller strategiske overvejelser om opgaveplacering, jf. nedenstående afsnit om barrierer. Dette vurderes som en svaghed i styringen.
- **Tværgående samarbejde.** Det har igennem kortlægningen ikke været muligt at identificere systematiske mekanismer – ud over sundhedsaftalerne – som understøtter arbejdet med sammenhængende patientforløb på tværs af alle sygehuse og kommuner i regionerne. Det er vurderingen, at sygehuse, praksis og kommuner i overvejende grad optimerer inden for egne rammer i forhold til kvalitet og omkostningseffektivitet. Herunder oplever regionerne, at det er vanskeligt, at etablere standardiserede løsninger for samarbejdet med kommunerne grundet forskellige tilgange og organiseringer af sundhedsopgaven.
- **Barrierer.** Der er som led i analysen påpeget en række økonomiske, organisatoriske og lovgivningsmæssige forhold, som opleves som barrierer for at skabe mere sammenhængende patientforløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Det glæder eksempelvis lovgivningen om datadeling på tværs af sektorer, som er en barriere for at etablere et systematisk styringsgrundlag, som kan understøtte arbejdet med sammenhæng og omkostningseffektivitet på tværs af sektorer. Andre barrierer er mangel på fællesfinansiering af tværsektorielle løsninger (fx telemedicin, fælles personale) samt forskellige rammer og muligheder for udskrivning af patienter fra sygehusene til kommunerne.

Potentielle områder for forbedring

Der er i vurderingsafsnittet beskrevet en række styrker og svagheder ved den nuværende regionale styring. I nærværende afsnit opsummeres en række mulige forbedringspunkter til den fremadrettede styring.

Det bemærkes, at de potentielle forbedringspunkter er baseret på afholdte interviews og gennemgang af rekvireret materiale fra regioner og udvalgte sygehuse. Det har således ikke været muligt at tale med alle sygehuse eller med alle afdelinger på de deltagende sygehuse.

- **Bedre rammer til mere systematisk tværgående samarbejde og prioritering.** For at sikrer et bedre grundlag for samarbejde på tværs af sektorer bør der fortsat på nationalt og regionalt niveau være fokus på, hvordan rammerne for samarbejde kan forbedres. Kortlægningen har vist, at de nuværende strukturer og organisering kun i mindre grad – og ikke systematisk – understøtter prioritering mellem sektorer, herunder mere sammenhængende patientforløb og at patienter behandles ”det rigtige sted”. Hertil kommer manglende indsigt og mulighed for at dele data mellem sektorerne.
- **Review og evt. opdatering af årlige budgetforudsætninger.** Budgetterne er historisk baseret og justeres kun marginalt (udover strukturelle besparelser), hvilket skaber økonomisk stabilitet på sygehus- og afdelingsniveau. Der er således en risiko for, at budgetforudsætningerne ikke altid er tidssvarende, hvilket skaber risiko for at det økonomiske budget ikke i tilstrækkelig

hænger sammen med det forventede aktivitetsniveau. Det kunne fx være i form af tematiserede budgetanalyser med en fast tilbagevendende kadence over eksempelvis 3-5 år.

- **Øget økonomisk transparens - og bedre grundlag til løbende omprioritering.** Styringen er fokuseret på rammeoverholdelse, og et ønske om stabile budgetter, men kan styrkes ved større transparens og indsigt i ressourcetræk. Herunder fordeles ekstra midler eller besparelser ofte ud fra en fordelingsnøgle, som tager udgangspunkt i den budgetmæssige fordeling mellem sygehusene. Større transparens og indsigt i faktisk ressourceforbrug (ikke kun i økonomiske størrelser) og sammenhæng til behandlingsaktivitet, herunder budgetforudsætninger som patientsammensætning, personale og behandlingsformer, vil kunne øge kvaliteten af styringen og grundlaget for omprioritering og viden om, ”hvad får vi for pengene?”.
- **Implementering af fælles metoder og værktøjer til effektivisering.** Arbejdet med effektiviseringer på det decentrale niveau er kun delvist understøttet af regionerne og sygehusene med fælles metoder, værktøjer og support. Modenheden i brug af fælles metoder, værktøjer og support variere dog på tværs af regioner og sygehuse. Der er på dette område samtidig et væsentligt potentiale for at dele viden og sprede gode erfaringer med metoder og værktøjer på tværs af regioner og sygehuse.
- **Målbrettet rapportering.** Med afsæt i et fælles målbillede og fælles datagrundlag via BI-enheder er der i alle regioner et godt fundament for at udvikle en mere målbrettet rapportering. Der bruges fortsat flere decentrale ressourcer på at udvikle og vedligeholde lokale rapporteringsløsninger (med afsæt i det fælles datagrundlag). De eksisterende standardrapporter og datakuber er for mange svære at finde rundt i, hvorfor der bruges tid på at udvikle egne mere målrettede rapporter. Det vurderes, at udvikling af mere målrettede rapporter vil skabe mere konsistens brug af data og således kunne øge kvaliteten og omkostningseffektiviteten.
- **Datagrundlag:** Der er stor efterspørgsel efter et fælles datagrundlag særligt mellem sektorer, der kan skabe større transparens om det samlede patientforløb, og viden om behandlings- og plejeaktivitet mellem sektorerne. De nuværende lovgivningsmæssige rammer understøtter ikke et fuldstændigt fælles datagrundlag, men der kan i højere grad arbejdes systematisk med data inden for gældende lovgivning, der fx illustrerer udfordringer i overgange mellem sektorer, herunder henvisningsmønstre, genindlæggelser fra kommuner og lignende.

2 Indledning

2.1 Baggrund

Som følge af den demografiske udvikling, særligt drevet af udviklingen i antallet af ældre og kronikere, forekommer der et opadgående pres på efterspørgslen for behandling og pleje. Sammenholdt med et begrænset råderum for holdbare offentlige finanser stiller det krav til styringen af det danske sundhedsvæsen – herunder den regionale styring af det somatiske sygehusvæsen.

Den samlede styring af sundhedsvæsenet udgøres af en lang række forskellige styringsinstrumenter, der anvendes på forskellig vis mellem staten, regioner, sygehuse, praksis og kommuner. Det gælder de statslige rammevilkår omkring kliniske retningslinjer, budgetoverholdelse, patientrettigheder, særlige pakkeforløb, aktivitetskrav, overordnede nationale mål og lignende samt den regionale udmøntning og styring af den løbende drift på sygehuse og afdelinger. Hertil kommer det tværsektorielle samarbejde med de øvrige aktører i praksissektoren og kommuner. Samlet set gør det styringen af sundhedsvæsenet til en meget kompleks størrelse.

Senest har regeringen besluttet at igangsætte et styringseftersyn på sundhedsområdet, som også bekræftet i aftalen om regionernes økonomi for 2018. Formålet med styringseftersynet er at belyse, hvad der virker og ikke virker i den nuværende styring, samt komme med forbedringsinitiativer hertil. Nærværende analyse skal bidrage til dette arbejde og har særligt fokus på at belyse styringen på regions-, sygehus- og afdelingsniveau (styringskæden – se Figur 2), herunder hvordan en sammenhængende og omkostningseffektiv håndtering af bl.a. ældre og kroniske patienter udmøntes, og hvordan sundhedsprofessionelle opfatter den nuværende styring.

Figur 2: Styringskæden for det regionale sygehusvæsen



Tidligere analyser af styringen i sundhedsvæsenet har vist, at det overordnede fokus på overholdelse af økonomiske rammer er stærkt og gennemgående i hele styringskæden, men at fokus på økonomi og aktivitet ikke kan stå alene som pejlemærker for styringen. Særligt er den sammenhængende styring på tværs af sektorer udfordret. Det gælder ikke mindst i forbindelse med håndteringen af ældre og kroniske patienter, herunder behandling på lavest mulige/effektive omkostningsniveau.

2.2 Formål

Formålet med analysen er at beskrive og vurdere den regionale styring af det somatiske sygehusvæsen, med særligt fokus på:

1. *Kvalitet af behandlingen.* Sundhedsvæsenet skal levere behandling af bedst mulig kvalitet for patienten, herunder en god patientsikkerhed
2. *Omkostningseffektivitet.* Sundhedsvæsenet skal levere behandling til lavest mulige, effektive omkostningsniveau. Det indebærer, at behandling foretages i den sektor eller afdeling, hvor den kan foretages mest effektivt (og produktivt), og at hver sektor/afdeling leverer behandling så effektivt (og produktivt) som muligt. Der gennemføres herved løbende effektiviseringer
3. *Sammenhæng.* Der skal være sammenhæng i den behandling, en patient modtager. Det indebærer, at der er god koordination på tværs af sektorer, og at enkelte sektorer/afdelinger handler under hensyn til dets effekter på tværs af sundhedsvæsenet

Analysen skal belyse styringen gennem hele styringskæden – på regions-, sygehus- og afdelingsniveau. Der vil især være fokus på, hvordan nationalt kommunikerede styringsmekanismer (fx aktivitetskrav og patientrettigheder) udmøntes ned gennem styringskæden til regioner, sygehuse og afdelinger, herunder hvordan det kliniske personale og afdelingsledelsen oplever og anvender styringsmekanismerne i deres daglige arbejde.

Figur 3: Målsætning for sundhedsvæsenet



2.3 Arbejdets tilrettelæggelse

Projektet har været organiseret med et konsulentteam fra PwC og McKinsey & Company samt en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Danske Regioner. Danske Regioner har indledningsvist orienteret regionerne om projektet, hvor der er udsendt en kort beskrivelse af baggrund, formål og proces til udvalgte kontaktpersoner i regioner og på sygehuse.










PwC og McKinsey har i forlængelse heraf gennemført interviews med alle regionsledelser samt de ni udvalgte sygehuse på hhv. sygehusledelses- og afdelingsniveau. Udvalgelsen af sygehuse er beskrevet nedenfor.

Formålet med interviewsne har været at kortlægge styringsmekanismer på tværs af styringskæden, herunder udmøntning af statslige og regionale rammer ned gennem kæden samt om oplevelsen og anvendelsen af disse på sygehus- og afdelingsniveau. Desuden er der foretaget gennemgang af relevant dokumentation for styringsmekanismer på alle niveauer samt anden relevant baggrundsinformation. Figur 3 viser hvilke enheder, der har været involveret.

Udvalg af sygehuse til analysen

Der er udvalgt ni sygehuse (se Figur 4) som grundlag for analysen. Disse ni sygehuse vurderes at udgøre et repræsentativt grundlag for kortlægnings- og analysearbejdet. Det forventes dermed, at analysens resultater kan generaliseres på tværs af de enkelte regioner og samtidig tager hensyn til projektets tidsplan og forventede ressourcetræk på de udvalgte sygehuse.

Figur 4: De 9 udvalgte sygehuse

	Type	Region	Budget 2016 (kr.)	# Lokationer	Centerstruktur/ decentral styring
Bornholms hospital	Akutsygehus		0,4 mia.	1	✗
Bisbjerg & Frederiksberg Hospital	Akutsygehus		2,3 mia.	2	✗
Rigshospitalet	Universitets-hospital		6,7 mia.	2	✓
Holbæk Sygehus	Akut- og specialsygehus		1,1 mia.	1	✗
Hospitalsenheden Vest	Akutsygehus		2,2 mia.	5	✗
Hospitalsenheden Horsens	Akutsygehus		1,0 mia.	3	✗
Odense Universitets-hospital	Universitets-hospital		6,9 mia.	4	✗
Sygehus Lillebælt	Akut- og specialsygehus		3,4 mia.	5	✗
Aalborg Universitets-hospital	Universitets-hospital		4,7 mia.	4	✓

De ni sygehuse er udvalgt på baggrund af nedenstående parametre, som erfaringsmæssigt ligger til grundlag for den overordnede styringstilrettelæggelse:

- **Sygehustype:** Afdækning af alle sygehustyper (akutsygehus, universitetshospital, akut- og specialsygehus)
- **Regioner:** Repræsentation af sygehuse i alle regioner
- **Økonomi:** Afdækning af sygehuse af forskellig budgetmæssig størrelse, samt fokus på sygehuse, der har klaret sig særligt godt eller mindre godt ift. budget
- **Central vs. decentral styring:** Afdækning af sygehuse med både én og flere matrikler med særligt fokus på central vs. decentral styring

- **Produktivitetsudvikling:** Afdækning af sygehuse med både positiv og negativ produktivitetsudvikling samt forskellige produktivetsniveauer (sammenlignet med landsgennemsnit)
- **Særlige forhold:** Fokus på sygehuse, der har gennemgået/gennemgår interessante transformationer, eksperimenter eller lign.

Der er afholdt i alt 53 interviews med 87 personer på tværs af de 5 regioner og 9 udvalgte sygehuse. Gennem projektføreløbet har der været en væsentlig inddragelse af arbejdsgruppen og opfølgning med interviewpersoner i forbindelse med den grundlæggende forståelse af styringsmekanismerne på tværs af styringskæden. Repræsentanter fra arbejdsgruppen har således deltaget i 33 ud af 53 interviews.

2.4 Metodiske overvejelser

Kvalitativ tilgang

Den metodiske tilgang har været kvalitativ og hypotesedrevet. Konsulentteamet har således i samarbejde med arbejdsgruppen udarbejdet spørgerammer til anvendelse i interviews med hhv. regioner, sygehuse og afdelinger. Disse spørgerammer har hjulpet med at forme og guide samtalerne i interviews samt sikre, at alle aspekter af styringen dækkes. Temaerne i spørgerammen centrerer sig omkring følgende temaer:

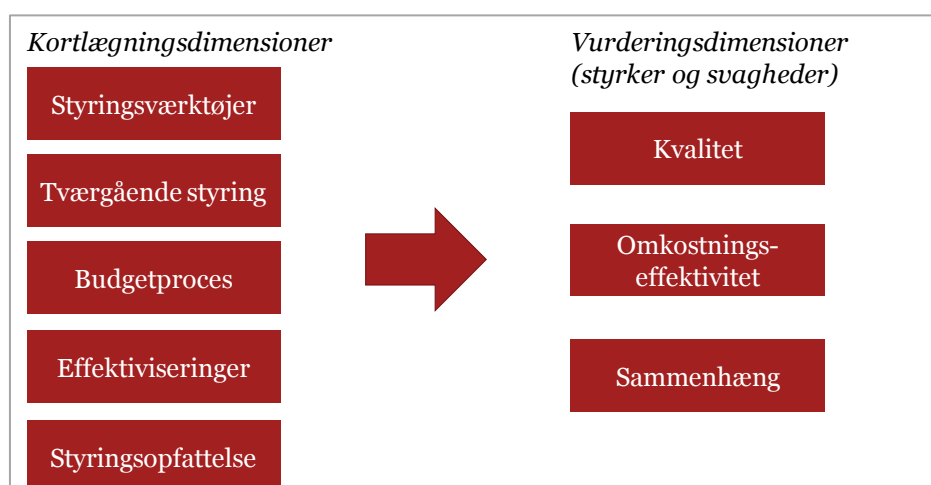
- **Styringsværktøjer:** Omhandler de redskaber, der anvendes til at danne grundlag for styringsmæssige beslutninger. Disse kan fx relatere til patientrettigheder, nationale mål eller økonomi og aktivitet. Heraf er vægtningen af de forskellige parametre også relevant ift. den løbende styring, opfølgning og rapportering
- **Tværgående styring og prioritering:** Fra politisk side er der et stort fokus på et forstærket tværgående samarbejde internt på sygehusene samt på tværs af sektorer for at skabe mest mulig sammenhæng i patienternes forløb. Det er derfor yderst relevant at få belyst organiseringen samt, hvilke overvejelser disse instanser gør sig i forhold til prioritering og planlægning mellem afdelinger og sygehuse og på tværs af sektorer
- **Budgetprocessen:** Vedrører tilrettelæggelsen af budgetprocesser, fx belysning af de grundlag, hvorpå rammer, målsætninger og prioriteringer i budgetterne baseres. Heriblandt er det interessant, hvordan budgetprocessen og produktivitetskravet har spillet sammen, og hvordan dialogen mellem regioner og sygehuse finder sted mht. budgetplanlægning
- **Effektiviseringer:** Har til formål at belyse, hvordan der arbejdes med effektiviseringstiltag. Hvem/hvad driver effektiviseringstiltag, om der er en standardiseret tilgang til at høste effektiviseringsgevinster, hvordan samarbejder de forskellige instanser inden for dette emne?
- **Styringsopfattelse:** Sluttelig er det relevant at belyse hvordan de styringsmæssige rammer bliver modtaget, hvordan de påvirker instansernes daglige planlægning og prioritering samt, hvorledes dette påvirker kommunikationen vedr. mål, rammer og krav instanserne på tværs af instanserne

Dimensioner i kortlægning og vurdering

Formålet med analysen er at beskrive og vurdere den regionale styring af det somatiske sygehusvæsen, med særligt fokus på kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhæng. De afdækkede styrker og

svagheder i kortlægningen af den eksisterende styring vil derfor blive vurderet op imod de tre centrale dimensioner, som vist i Figur 5.

Figur 5: Kortlægnings- og vurderingsdimensioner



2.5 Læsevejledning

I kapitel 3 beskrives de overordnede styringsmæssige rammer for sygehusområdet, herunder bl.a. finansieringsstruktur, nationale mål og patientrettigheder.

I kapitel 4 beskrives resultaterne af kortlægningen af de enkelte regioner og de udvalgte sygehuse. Beskrivelsen er opbygget med udgangspunkt i de fem kortlægningstemaer. For hver region og sygehus afsluttes kortlægningen med en beskrivelse af, hvordan den nuværende styring opleves, herunder i forhold til den fremførte kritik af aktivitets- og produktivitetskravets implikationer. Afsnittene "Oplevede fordele og ulemper ved nuværende styring" under hver niveau er en beskrivelse af den gængse opfattelse, der er blevet tilkendegjort under interviewsene, og skal således ikke læses som en vurdering fra konsulentteamet.

I kapitel 5 vurderes styrker og svagheder ved den regionale styring op imod de tre mål om kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb for hver region for sig.

Afslutningsvist opsamles den tværgående vurdering i kapitel 6, herunder potentielle forbedringsområder i den regionale styring.

3 Overordnede styringsmæssige rammer for sygehusområdet

3.1 Introduktion til sygehusområdet

Tidligere var det danske system indrettet efter amtsstrukturen og bestod af 14 amter. I 2007 blev amtsstrukturen afløst af en ny administrativ struktur med 5 regioner. Den nuværende danske offentlige sundhedssektor består af tre forskellige myndigheder: centraladministrationen (staten), regionerne og kommunerne.

Centraladministrationen udgør første lag og varetager typisk opgaver, der går på tværs af kommuner og regioner. Centraladministration er således primært ansvarlig for at sætte de overordnede rammer for kommunernes og regionernes økonomi og styring, herunder hvor stor en andel af budgettet, der tilskrives sundhedsrelaterede opgaver.

I det næste lag forekommer regionerne. Danmark består af 5 regioner; Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Syddanmark. Regionernes primære opgave er at varetage det danske sundhedsvæsen. Varetagelsen inkluderer tilvejebringelse af sundhedsrelaterede ydelser såsom drift af sygehuse, psykiatri, praktiserende læger og medicinske specialister samt prioritering af opgaver og fastsættelse af det lokale serviceniveau, som kan udføres af det pågældende Regionsråd inden for rammerne af sundhedslovgivningen². Hver region har således et demokratisk valgt regionsråd, som består af 41 medlemmer.

I det tredje og sidste lag forekommer kommunerne. Danmark har 98 kommuner, hvis primære formål er at varetage borgerrettede opgaver, herunder sundhed. Kommunerne er således ansvarlige for forebyggelse og rehabilitering samt medfinansiering af regionernes sundhedsudgifter. Dette inkluderer bl.a. sikring af generel sygdomsforebyggelse, tilvejebringelse af sundhedsrelaterede tilbud såsom rehabilitering som følge af ulykker eller sygdomme, samt understøttelse og levering af andre former for pleje, fx børns sundhed, ældrepleje og hjemmepleje.

3.2 Finansieringsstruktur i sygehusvæsenet

I en offentlig økonomi med høj grad af decentralisering er koordination en væsentlig udfordring, som siden 1970'erne har været forankret i et institutionaliseret samarbejde mellem staten, amter/regioner og kommuner. Den kommunale og regionale økonomi udgør ca. 70 % af det samlede offentlige forbrug og er dermed en central komponent i tilrettelæggelsen af den økonomiske politik. På samme tid er den nuværende finansieringsmodel inden for sundhed med til at skabe de overordnede forudsætninger og incitamenter for regionernes og kommunernes opgavestyring på sundhedsområdet.

Et afgørende element i indretningen af den nuværende samarbejdsstruktur er samarbejdet mellem regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (KL). Budgetsamarbejdet udfoldes gennem årlige forhandlinger, hvor slutproduktet er en rammeaftale for kommunernes og regionernes økonomi. Den økonomiske ramme fastsættes dels med hensynstagen til den enkelte region og dennes socioøkonomiske faktorer, hvilket primært drives af de markante udgifter til sundhedssektoren, og

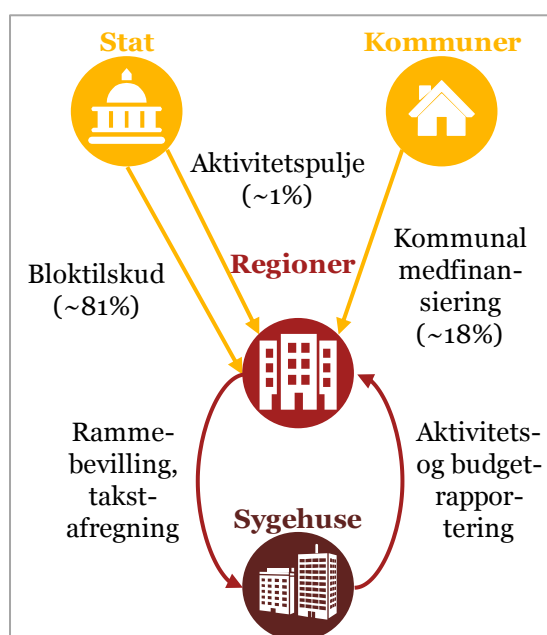
² Sundhedsloven blev vedtaget d. 16 juni 2005 i forbindelse med Strukturreformen som følge af overgangen fra amter til regioner og regulerer ansvarsfordelingen ift. behandling, forebyggelse mm.

dels med hensynstagen til den overordnede økonomiske udvikling, herunder konjunktursituationen. Den årlige finanslov har endvidere i de seneste år i stigende grad øremærket yderligere finansiering til sundhedsvæsenet. Senest har regeringen med finansloven indgået december 2017 bevilliget ca. 2 mia. kr. i perioden 2018-2021 til en række initiativer, som vil styrke sundhedsvæsenet.

Kommunernes sundhedsopgaver finansieres inden for den generelle kommunale finansiering fra skatter og statslige bloktilskud, som fastlægges i de årlige aftaler om kommunernes økonomi. Kommunerne prioriterer således deres opgaver og udgifter i overensstemmelse med de samlede aftalte rammer. Herunder tilhører også en kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen. Fra 2017 er betalingen af den kommunale medfinansiering afkoblet fra den marginale aktivitetsbestemte finansiering af regionerne, så ordningen i praksis ikke længere kan påvirke den regionale adfærd. Da betalingen fra den kommunale medfinansiering fordeles på samme vis som bloktilskuddet mellem regionerne, har den kommunale medfinansiering således reelt karakter af bloktilskud. Kommunernes medfinansiering af regionernes sundhedsvæsen udgør ca. 18 pct. af den samlede finansiering af sundhedsvæsenet, jf. Figur 6.

Fra staten modtager regionerne et generelt bloktilskud samt et aktivitetsafhængigt tilskud via den statslige aktivitetspulje. Bloktilskuddet udgør ca. 81 pct. af regionernes samlede finansiering af deres sundhedsopgaver, mens det aktivitetsafhængige tilskud udgør ca. 1 pct.

Figur 6: Regionernes finansieringsmodel



Tilrettelæggelsen af budgetrammerne mellem regeringen og Danske Regioner understøtter et prioriteringsrum for den enkelte region. Der er således frihed for den enkelte region til at prioritere, hvordan ressourcer, rammer og krav fordeles, såfremt de overordnede rammeaftaler overholdes. Dog kan der være puljer, som er afsat til specifikke udgiftsområder, og hvor der vil være målrettet opfølgning, hvor regionen skal aflægge regnskab, der viser, at midlerne er brugt til det forudsatte formål.

Budgetaftalerne er ikke juridisk bindende, hvorfor de enkelte regioner og kommuner ikke er lovmæssigt bundet til denne. Der forekommer dog en fastsat øvre grænse for nettodriftsudgifterne,

som understøttes af flere sanktionsmekanismer, såfremt denne overstiges. Regionerne er delvist underlagt aktivitetsstyring, da omkring 1 pct. af den statslige finansiering er betinget af, at det fastsatte aktivitetsniveau realiseres. Produktivitetskravet er suspenderet fra 2018, men der er fortsat et aktivitetskrav, som regionerne skal leve op til, for at få del af aktivitetspuljen.

3.3 Rammevilkår i det regionale sygehusvæsen

Det regionale sygehusvæsen er underlagt en række rammevilkår, som typisk er udstukket af staten. Det indebærer bl.a. følgende:

- *Specialeplan og kliniske retningslinjer:* Staten fastsætter sundhedsfaglige regler, som det regionale sygehusvæsen skal leve op til bl.a. Sundhedsstyrelsens specialeplaner og nationale kliniske retningslinjer
- *Budgetlov og rammestyring:* Budgetloven indebærer, at regionerne under ét ikke må overskride et fastsat udgiftsloft Dette udgiftsloft fastsættes for ét år af gangen
- *Aktivitetspulje og produktivitetskrav (produktivitetskrav suspenderet fra 2018):* En del af den regionale finansiering er den såkaldte statslige aktivitetspulje, som udmøntes såfremt der præsteres det forudsatte og aftalte aktivitetsniveau. Trods suspenderingen af produktivitetskravet er der fortsat et aktivitetskrav, som skal opfyldes for at få del af aktivitetspuljen
- *Patientrettigheder og frit valg af sygehus:* Patienter har en række rettigheder, som sygehusvæsenet skal leve op til. Med frit sygehusvalg kan patienter vælge, hvilket offentligt sygehus de vil behandles på. Dertil er der udrednings- og behandlingsret og et tilknyttet udvidet frit sygehusvalg
- *Forløbspakker (på hjerte- og kræftområdet):* Behandling inden for nogle områder skal leve op til forløbspakker, fx såkaldte kræftpakker

Hertil kommer den øvrige regulering af sundhedsvæsenet, som følger af bl.a. sundhedsloven og autorisationsloven. De centrale patientrettigheder samt pakkeforløb er kort beskrevet nedenfor.

Patientrettigheder

Frit sygehusvalg

Frit sygehusvalg indebærer, at patienten i samarbejde med en henvisende læge som udgangspunkt frit kan vælge mellem alle offentlige sygehuse og afdelinger. Såfremt retten til frit sygehusvalg benyttes, kan patienten dog afvises behandling på det pågældende sygehus, hvis fx den relevante afdeling ikke har den nødvendige ekspertise, eller hvis diagnosen kræver et særligt specialiseret behandlingssted.

Udredningsret

Ved henvisning til et sygehus har patienten ret til at blive udredt inden for 30 dage, såfremt det er fagligt muligt. I tilfælde af at sygehuset ikke er i stand til at udrede patienten inden for 30 dage, er bopælsregionen ansvarlig for, at patienten udredes andetsteds, værende et offentligt eller privat sygehus. Tager udredningen mere end en måned er patienten berettiget til en udredningsplan. Udredningsplanen skal som minimum kortlægge det videre forløb, inklusiv information om næste undersøgelsestid- og sted.

Udvidet frit sygehusvalg (udrednings- og behandlingsgaranti)

Såfremt ventetiden til udredning eller behandling på et offentligt sygehus overstiger 30 dage, er patienten berettiget til at blive henvist til et privathospital. Patienten kan således frit vælge mellem de

privathospitaler som Danske Regioner har indgået aftale med herom. Ca. 75.000 unikke patienter benyttede sig af det udvidede frie sygehusvalg (somatisk sygehusvæsen) i 2016³.

Pakkeforløb

Overordnet set er der to kategorier af pakkeforløb, kræft-pakkeforløb og hjertesygdomme-pakkeforløb, som tydeligt specificerer retningslinjer for patientens forløb i tilfælde af forskellige sygdomme.

I 2008 blev der implementeret pakkeforløb for alle kræftformer. Et pakkeforløb er en måde, hvorpå undersøgelser og eventuel behandling for særligt udvalgte patienter inden for kræft- og hjerteområdet tilrettelægges. Pakkeforløbene baseres på kliniske retningslinjer og skal sikre, at alle patienter modtager korrekt og rettidig behandling. Pakkeforløb kan strække sig over flere kontakter, forskellige afdelinger, på tværs af sygehuse og regioner, og indeholder desuden mål for, hvor hurtigt behandlingen bør gennemføres.

Pakkeforløbene er løbende blevet revideret, og antallet af forløb øget. Revisionen i pakkeforløbene er baseret på nyttilkomne erfaringer og evidensbaseret viden inden for udredning og behandling.

Hjertepakkerne har siden 2010 givet garantier og tidsfrister for hjertepatienter. Pakkerne har været en stor succes ift. øget kvalitet af behandlingen for disse patienter. Det har dog været en udfordring at identificere de præcise patientgrupper, hvorfor pakkerne også har resulteret i, at man undersøgt (og behandlet) patienter, som ikke nødvendigvis havde brug for det. Af samme årsag har man besluttet at udfase hjertepakkerne og erstatte dem med kliniske retningslinjer, som udarbejdes i løbet af 2017.

3.4 De 8 nationale mål for sundhedsvæsenet

Formål

Som et led i indsatsen for at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet har Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening i foråret 2016 udarbejdet otte konkrete nationale mål. Målene er en del af Det Nationale Kvalitetsprogram, der sætter retningen for kvaliteten af det danske sundhedsvæsen. Grundlæggende er formålet bedre kvalitet, sammenhæng og geografisk lighed i sundhedsvæsenet, og målene omhandler derfor alle niveauer i sundhedsvæsenet.

De otte nationale mål er blot ét element i en større omstilling af kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet. De fungerer som en integreret del af den samlede styring af sundhedsvæsenet og anvendes på forskellig vis af stat, regioner, kommuner, sygehuse og praksis.

De nationale mål skal sikre, at alle sundhedsvæsenets aktører arbejder i en tydelig og fælles retning mod højere kvalitet, og samtidig gør det lettere at overskue, hvor der er behov for forbedringer.

Definition

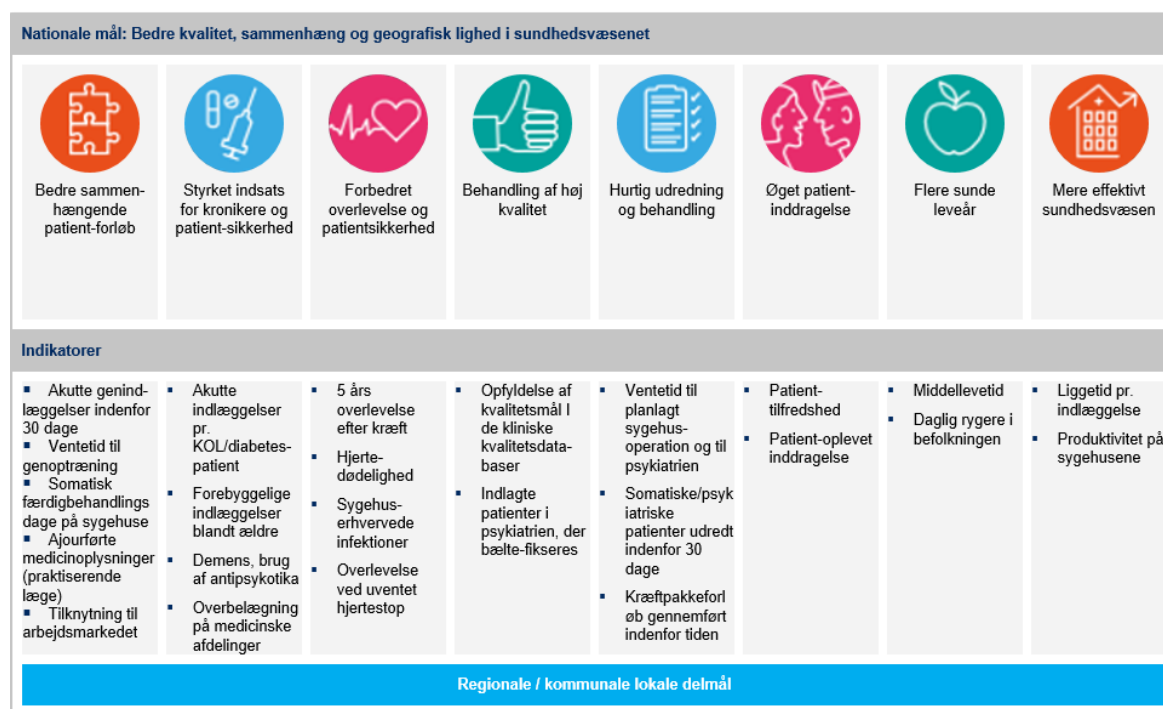
De nationale mål er politisk bestemte og bygger på en række indikatorer, som konkretiserer de overordnede mål, som vist i Figur 7.

Indikatorerne muliggør, at regioner og kommuner kan følge fremgang samt identificere eventuelle områder, hvor forbedringsinitiativer er nødvendige. Lokale mål og indsatser skal forankre de

³ Tabel 20, <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sundhedsvaesenet/noegletal-om-sundhedsvaesenet>

overordnede mål på regionalt og kommunalt plan og adressere konkrete lokale kvalitetsudfordringer, som skal løfte kvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Det er ambitionen at udvikle indikatorerne under de nationale mål, så de kommer til at afspejle værdien, som skabes for den enkelte patient. Den lokale forankring i de enkelte sygehuse, i de kommunale sundhedsindsatser og i praksissektoren er et helt centralt omdrejningspunkt for arbejdet med de nationale mål. Her skal de nationale mål omsættes til lokale delmål og indsatser, så de bliver en meningsfuld og håndgribelig del af sundhedspersonalets arbejde.

Figur 7: De otte nationale mål og tilhørende indikatorer



Anvendelse

Udviklingen i de nationale mål følges løbende på det politiske niveau og udgør bl.a. grundlag for dialogen mellem regeringen og regionerne om udviklingen på sundhedsområdet. Herudover anvendes målene i regionerne i den løbende dialog med sygehuse. Et af formålene med forankringen på politisk niveau er at erfare, om der er potentiale for vidensdeling regionerne imellem, samt i hvilken udstrækning regionerne kan hjælpe hinanden med at opnå bedre resultater, fx ved at have fokus på lægedækning i hele landet. Hver region har indarbejdet indikatorer for de nationale mål i deres ledelsesinformation, som anvendes til opfølgning og resultatopgørelse, både på regionspolitisk niveau såvel som på afdelingsniveau.

Regional forankring

Regionerne benytter de nationale mål i både den enkelte regions kvalitetsarbejde og på tværs. Danske Regioner udarbejder således løbende nøgletal for udviklingen i de fem regioner og mødes kvartalsvist for at drøfte disse samt resultater.

I budgetforligene for 2017 beskrives, hvorledes regionerne vil bevæge sig mod mere værdibaseret styring, hvori de nationale mål spiller en eksplicit rolle. I beskrivelsen af de nationale mål står således: *”Målene integreres i styrings-modellernes strukturer for dialog og løbende opfølgning, hvor*

*ambitionen er, at regionsråd og administrative niveauer har adgang til rettidig og beslutningsrelevant information om kvalitets og serviceniveauer såvel som aktivitet og omkostninger.*⁴ I hver region er målene dermed en integreret del af de overordnede politisk vedtaget strategiske indsatser.

Kommunal forankring

Kommunerne i de fem regioner samarbejder om at udvikle fælles udviklingsmål for det sammenhængende sundhedsvæsen. Desuden arbejdes der på kommunalt niveau, med afsæt i de nationale mål og indikatorer, med at etablere mål og indikatorer, der søger at opstille fælles retning i samarbejdet med regionen.

3.5 Sundhedsaftalerne

Kravet til regioner og kommuner om at udarbejde sundhedsaftaler blev indført med sundhedsloven fra 2007 som et redskab til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sygehuse, kommuner og praksissektor (særligt almen praksis).

Sundhedsaftalerne indgås mellem regionsråd og kommunalbestyrelserne i de kommuner, der ligger i regionen. Regioner og kommuner skal udarbejde sundhedsaftaler minimum én gang for hver kommunal valgperiode. Der indgås fra 2013 fem sundhedsaftaler – én for hver region. Tidligere blev der indgået én aftale for hver af de 98 kommuner.

Udarbejdelsen af sundhedsaftalen varetages af sundhedskoordinationsudvalget i hver region. Sundhedskoordinationsudvalget består af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunekontaktrådet i regionen samt Praktiserende Lægers Organisation i regionen. Det er regionen, der varetager sekretariatsfunktionen for sundhedskoordinationsudvalget. Sundhedsaftalerne skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

⁴ Side 19, <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2017/Juni/~media/Filer%20-%20dokumenter/Nationale-maal-23062017/Nationale-Maal-2017-juni-2017.ashx>

4 Kortlægning af den regionale styring

I dette kapitel beskrives resultaterne af kortlægningen af de enkelte regioner og de udvalgte sygehuse. Beskrivelsen er opbygget efter de fem kortlægningstemaer, som beskrevet i kapitel 2. For hver region og sygehus afsluttes kortlægningen med en beskrivelse af, hvordan sundhedspersonalet opfatter den nuværende styring.

4.1 Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har pr. 1. oktober 2017 1,8 mio. indbyggere og omfatter geografisk 29 kommuner, der rækker fra Gribskov i nord til Dragør i syd, og Frederikssund i vest til Bornholm i øst. Regionen har administrativt hovedsæde i Hillerød og beskæftiger ca. 38.000 ansatte.

Regionen driver hospitaler, forskning, handicap- og sociale tilbud. Regionen bruger 35 mia. kr. i 2017⁵ på sundhedsområdet, hvilket svarer til ca. 95 pct. af det samlede driftsbudget. Heraf går ca. 28 mia. kr. til hospitalsvæsenet.

Regionsrådet vedtog i 2014 en ny mission og vision samt en række politiske målsætninger, som sætter rammen for regionens nuværende sundheds- og hospitalsplanlægning. Målet er at skabe 'fokus og forenkling' gennem færre regionale politikker, strategier og handleplaner end tidligere. Dertil er "Hospitalsplan 2020" et centralt element i den langsigtede udvikling af hospitalsvæsenet og udspecificerer bl.a. nye hospitalsbyggerier for 15 mia. kr.



Den politisk vedtagne budgetaftale for 2018 sætter rammen for en række prioriteter for sundhedsområdet på den kortere bane, herunder:

- At flere afdelinger fritages for takststyring
- Fortsat arbejde med implementering af Sundhedsplatformen
- Udforskning af effektiviseringsmuligheder inden for de administrative funktioner
- Udvidelse af kapaciteten på de store fødeafdelinger samt undgåelse af overbelægning på de medicinske afdelinger
- Fortsat arbejde med at skabe nye bygningsmæssige rammer

Hospitalerne, som Region Hovedstaden administrerer, omfatter Amager og Hvidovre Hospital, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Bornholms Hospital, Herlev og Gentofte Hospital,

⁵Nettodriftsudgifter, udgiftsbaseret, budget 2017 årets priser (<http://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/udgifter-og-finansiering/budget>)

Nordsjællands Hospital, Rigshospitalet samt Region Hovedstadens Psykiatri. Denne analyse omfatter Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Bornholms Hospital samt Rigshospitalet.

Overordnet styring

Region Hovedstadens styring tager udgangspunkt i fire primære styringsværktøjer: (i) Den overordnede strategi kaldet "Fokus & Forenkling", (ii) driftsmålstyring, (iii) budgetaftaler og tilhørende opfølgning samt (iv) hospitalsplanlægning.

(i) Fokus & Forenkling er den overordnede strategi i regionen. Strategien bygger på fire overordnede politiske målsætninger, se Boks 1.

Boks 1

Fire politiske målsætninger og tilhørende kongeindikatorer

De fire politiske målsætninger har hver en tilknyttet kongeindikator, som monitoreres løbende:

- Patientens behov styrer forløbet: Patienttilfredshed ift. indlæggelsens/besøgets forløb
- Høj faglig kvalitet: Kliniske kvalitetsdatabaser/forebyggelige genindlæggelser
- Ekspansive vidensmiljøer: Hjemtagne eksterne midler fra offentlige og private finansieringskilder
- Grøn og innovativ metropol: *CO₂-udledning*

Fem strategiske indsatsområder er koblet til denne strategi og understøtter herved de politiske målsætninger samt regionens generelle vision:

- *Ventet og Velkommen* bygger på, at nærvær gør en forskel for patienter og pårørende. Derfor fokuserer regionen på nemmere vejfinding, bedre ventemiljø og udvidede telefon- og besøgstider samt forbedret borgerkontakt
- *Styrkelse af forskning og innovation* omhandler, hvordan regionen, vidensinstitutioner og erhvervsliv kan samarbejde om forskning og innovation for at opnå vækst og bedre patientbehandling. Herunder arbejder man på at etablere fælles forskningsfaciliteter, som skal optimere samarbejdet på tværs, skabe synergi mellem forskergrupperne og forbedre mulighederne for at gennemføre fælles forsøg med bl.a. testpersoner
- Igennem *Bedre behandling med Sundhedsplatformen* skal gode rammer for udnyttelsen af Sundhedsplatformen skabes med henblik på at gavne det sammenhængende patientforløb, kvaliteten og medarbejdernes hverdag. Herunder i form af forbedring af patientforløbene med hurtig tilgang til alle systemets funktionaliteter, standardisering af udredning og behandling på tværs af regionerne samt større involvering af patienterne i deres egen behandling
- *Fremtidens akuthospital* handler om, at regionen investerer ca. 15 milliarder på at bygge nye og bedre hospitaler for at sikre moderne rammer for den bedste behandling, hvor patienten og pårørende er i centrum. Hospitalerne betragtes som en vigtig motor for vækst og udvikling i hovedstadsområdet
- *Patientansvarlig læge* har til formål at øge patienternes tryghed og overblik gennem større koordination. Den patientansvarlige læge får ansvaret for patientens behandlingsforløb i

specialet og skal være den gennemgående lægelige figur, som skal sikre det lægefaglige overblik på tværs af afdelinger og bidrage til sikker overdragelse til egen læge, samt til bedre samarbejde og forventningsafstemning med patient og pårørende

De strategiske indsatsområder belyses ud fra fire perspektiver, som skal bidrage til at konkretisere indsatserne: Brugere, borgere og samarbejdspartnere; Kvalitet; Økonomi og aktivitet; samt Medarbejdere og ledere (se Figur 8).

Indsatsområderne revideres årligt på et regionalt seminar, hvor specifikke temaers indflydelse på de strategiske indsats, herunder senest fx digitaliseringens muligheder, diskuteres. Regionsledelsen fokuserer generelt på de strategiske indsats og dernæst på, hvordan de enkelte perspektiver spiller ind.

Figur 8: Region Hovedstadens strategiske indsats

Strategiske indsats		Ventet og Velkommen	Styrkelse af innovation og forskning	Bedre behandling med Sundhedsplatformen	Fremtidens hospital	Patient-ansvarlig læge
Perspektiver	Brugere, borgere og samarbejdspartnere					
	Kvalitet					
	Økonomi og aktivitet					
	Medarbejdere og ledere					

(ii) Driftsmålstyring benyttes på alle niveauer i organisationen for at sikre forankring hos medarbejdere, ledelse og politikere. De enkelte overordnede driftsmål fastlægges årligt baseret på regionens vision, mission, politiske målsætninger og strategiske indsats, og tager herunder også afsæt i de nationale mål. Regionsrådet indgår i processen med udvælgelse af driftsmål og fastlæggelse af ambitionsniveauer. Driftsmålene anvendes både som et dagligt ledelsesværktøj mellem koncernen og regionens virksomheder samt til at give koncernledelse og politikere et billede af regionens præstation. De anvendte data i driftsmålstyringen indgår i den samlede styringskæde og anvendes også af koncernledelsen og politikerne. Driftsmålene er inddelt i fem kategorier: tilfredshed, levering, kvalitet, medarbejdere og ledere samt produktivitet (se Boks 2). Dataaktualitet vægtes højt og har blandt andet ført til, at der gennemføres løbende patienttilfredshedsmålinger.

Koncernledelsen udvælger områder, som der fokuseres særligt på og som indsats tilpasses efter. Dette er også med til at guide hospitalernes prioriteringer inden for udvalgte indsatsområder. På nuværende tidspunkt er der fokus på indikatorer inden for kræftpakker, udredningsgaranti, patienttilfredshed (herunder drevet af bedre PROM-data) og ventetider på akuttelefonen.

Region Hovedstadens driftsmål**Tilfredshed**

- Patienttilfredshed
- Patientinddragelse

Levering

- Svartider, Akuttelefonen
- Overholdelse af standardforløbstider i kræftpakker
- Somatiske patienter udredt inden for 30 dage
- Psykiatriske patienter udredt inden for 30 dage (voksne; børn og unge)
- Andel af elektroniske epikriser afsendt inden for én dag
- Belægning

Kvalitet

- Antibiotikaforbrug
- Kliniske kvalitetsdatabaser
- Overlevelse ved uventet hjertestop
- Akutte genindlæggelser (somatik)
- Tvang (antal bæltefikseringer)

Medarbejdere og ledere

- Sygefravær
- Medarbejdertrivsel

Produktivitet

- Budgetoverholdelse, økonomi
- Budgetoverholdelse, aktivitet
- Udvikling i produktivitet (indeks)

Det anbefales, at der på hospitalsniveau vælges minimum ét driftsmål i supplement til regionens mål for hver af de fem kategorier. På hospitalerne er det i høj grad afdelingerne og afsnittene selv, der udvælger relevante driftsmål, som de således monitorerer og følger op på til tavlemøder. Der findes ingen regler for, hvor længe de lokale driftsmål skal fastholdes. Det anbefales, at de lokale mål udskiftes, når ambitionsniveauet er nået og har været stabilt over en længere periode. Der er ikke koblet økonomiske incitamentter til driftsmålene fra koncernens side.

(iii) Budgetaftaler og budgetopfølgning danner rammen om de økonomiske spilleregler for regionens virksomheder og fastlægger bl.a. budgetansvar og ansvarsområder. Den økonomiske styring bygger overordnet på mål- og rammestyring, suppleret med aktivitetsafhængig bevillingsstyring. Der benyttes en udstrakt grad af delegering af kompetencer og ansvar til hospitaler, virksomheder og centre. Regionsrådet og forretningsudvalget fastlægger de generelle mål og prioriteringer, hvorefter det er hospitalernes, virksomhedernes og centrenes ansvar at tilrettelægge disses aktiviteter, så de fastsatte mål realiseres inden for den økonomiske ramme.

(iv) Hospitalsplanlægning skal med afsæt i Hospitalsplan 2020 bidrage til at skabe rammer, der gør det muligt at tilbyde den bedste behandling, service og kvalitet for patienterne. Hospitalsplanlægningen skal også bidrage til mere effektive arbejdsgange, bedre logistik og et grønt miljø. Hospitalsplanen har bl.a. defineret den fremadrettede hospitalsstruktur med fire store akuthospitaler, et centralt højtspecialiseret hospital og Bornholms Hospital.

Regionsrådet vurderer hvert år, om der er sket ændringer i planlægningsgrundlaget for Hospitalsplanen. Denne vurdering skal sikre, at specialefordelingen og opgavevaretagelsen, herunder optageområderne for regionens hospitaler, kan leve op til de krav, der stilles. Fx førte vurderingen i 2015 til en større revision – af den da gældende ”Hospitals- og Psykiatriplan 2020” fra 2011. Her førte input vedrørende den faglige udvikling, nye behandlingsmetoder, nye krav fra Sundhedsstyrelsen og viden om, hvordan specialer og funktioner bedst samarbejder, til en omorganisering af optageområder og specialer.

Økonomi – budget og aktivitet

Region Hovedstaden tildeler årligt hospitalerne en økonomisk udgifts- og aktivitetsramme. Denne ramme tager som regel udgangspunkt i forrige års budget, justeret for ændringer i rammerne i fx økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen. Det kliniske niveau er bl.a. involveret i budgetprocessen gennem de sundhedsfaglige råd, lægemiddelkomité o. lign. Hospitalerne har fuld metodefrihed til at fordele budgetterne på center- eller afdelingsniveau, så længe de overordnede målsætninger efterleves jf. driftsmålstyringen.

Generelt vægtes budgetoverholdelse højt. I tilfælde af, at et hospital overskrider budgettet, vil næste års budget blive tilsvarende reduceret (éngangsændring). Der kan ikke overføres merforbrug (”lånes” af bevillingen) til det efterfølgende år, med mindre der træffes særskilt beslutning herom i forbindelse med 4. økonomirapport (jf. senere afsnit *Opfølgning – Økonomi og drift*). Et eventuelt mindreforbrug vil kunne søges overført til ikke-varige driftsformål (apparaturskaffelser o. lign.) inden for en ramme på 0,4 pct. af sygehusets nettobevilling. Der er endvidere mulighed for at overføre bevillinger til særlige formål, herunder fx konkrete projekter.

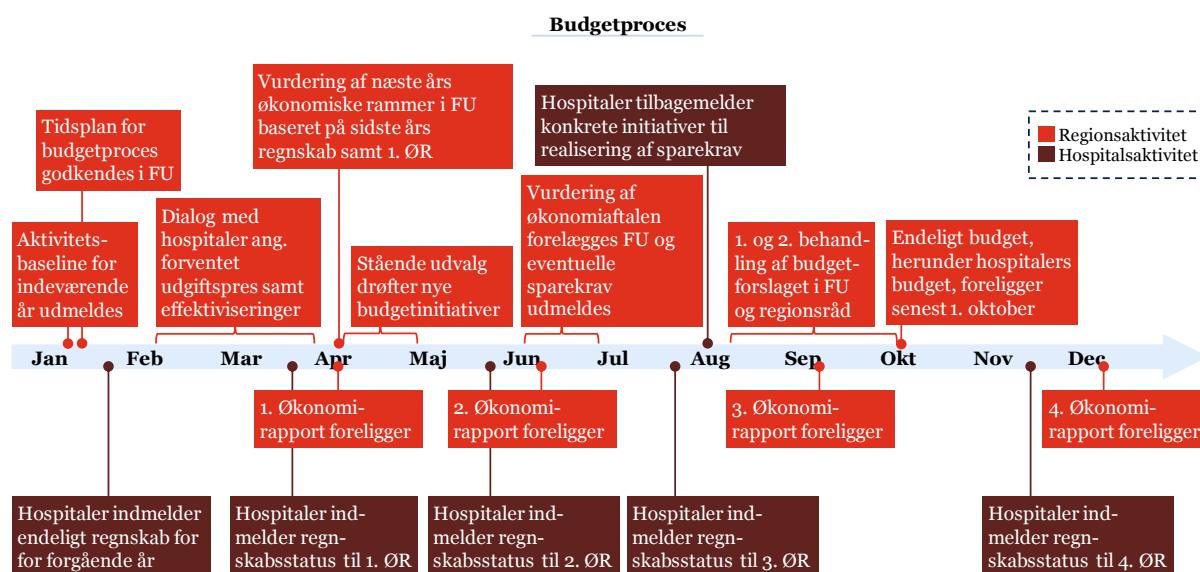
Selve budgetprocessen starter i foråret, hvor hospitalerne melder ind med forventninger til udviklingen i det efterfølgende budgetår, herunder forventede udgiftspres. I denne periode indgår Koncerndirektionen og Center for Økonomi endvidere i dialog med hospitalerne om effektiviseringer, som ofte er temabaseret. Fx var temaet i 2017 ”Gevinstrealiseringer ved implementering af Sundhedsplatformen”. Idégenerering, fx via regionens analyseprogram (mere herom under *Regionalt arbejde med effektiviseringer*) spiller ind i budgetprocessen som redskaber for hospitalsledelserne. Regionsgården involverer sig ikke direkte i det faglige aspekt af disse besparelsesinitiativer, men der bidrages til håndtering af initiativernes organisatoriske effekt. Derudover kan Center for Økonomi bidrage med supporterende analyser, hvis hospitalerne anmoder om det.

Den politiske proces i forhold til budgetarbejdet begynder ligeledes i foråret, hvor forretningsudvalget forelægges en første vurdering af de økonomiske rammer for det kommende budgetår. Denne vurdering baseres dels på regnskabsresultatet for foregående år samt den første økonomirapport (”ØR”, se endvidere næste afsnit *Opfølgning – økonomi og drift*) for indeværende år. Endvidere inddrages de politiske udvalg i budgetprocessen og prioriteringen af nye indsatser. Inddragelsen er primært fokuseret omkring forslag til nye initiativer inden for udvalgenes eget område og prioritering af disse forslag, som indspil til den politiske proces ved budgetforhandlingerne. Målsætningen er, at forslagene skal være i tråd med de overordnede politiske målsætninger.

I juni måned forelægges vurderingen af økonomiaftalen for forretningsudvalget, som på den baggrund kan træffe beslutning om at indhente besparelsesforslag fra centre, hospitaler og virksomheder. Er besparelser nødvendige, har de involverede hospitaler og virksomheder indtil august til at komme med besparelsesforslag.

Det samlede budgetforslag er baseret på ændringer til og med 2. økonomirapport. Budgetforslaget første- og andenbehandles i forretningsudvalget og regionsrådet i august og september. Der foreligger herefter et endeligt budget inden d. 1. oktober.

Figur 9: Årshjul for budgetproces og -opfølgning



Budgetopfølgning*

**Budgetopfølgningen er et element af driftsopfølgningen. Behandles i direktionen, Forretningsudvalget og Regionsrådet i løbet af de efterfølgende 1-2 måneder*

Præstationsbudgetterne – den såkaldte 'baseline' – for hvert hospital udarbejdes i forbindelse med budgetlægningen og fastlægges på hospitalsniveau som produktionsværdien af aktivitetsmåltallene for stationære og ambulante besøg. Det endelige præstationsbudget foreligger i starten af det nye år, når det endelige aktivitetsniveau for sidste år er kendt. Præstationsbudgettet reguleres i årets løb, hvis der sker korrektioner af driftsbudgettet, som har aktivitetsmæssige konsekvenser. Derudover kan der forekomme korrektioner, såfremt der gennemføres omlægning af patientforløb, herunder fx fra stationære til ambulante besøg, overgang til sammedagsbehandling eller telemedicin mv.

Mindreaktivitet samlet for et hospital medfører en automatisk reduktion af budgettet fra indeværende år svarende til 50% af produktionsværdien. Dette kan i særlige tilfælde fraviges, hvis hospitalet kan godtgøre, at den marginale mindredrift afviger væsentligt herfra. Meraktivitet skal forhåndsgodkendes for at opnå kompensation, kompensation er som regel 50% af produktionsværdien. Udmøntning af midler til meraktivitet forudsætter, at hospitalet som helhed vurderes at have meraktivitet.

Udmøntning af produktivitetskravet har indtil dets suspendering fra 2018 varieret fra år til år. Nogle år har man fordelt de 2 pct. ligeligt mellem hospitalerne. I 2016 blev hospitaler med en produktivitet under regionsgennemsnittet pålagt 2 pct. aktivitetsstigning, mens hospitaler med en produktivitet over gennemsnittet skulle levere et uændret aktivitetsniveau. Dette øger hospitalernes samlede præstationsbudgetter med 1 pct., hvortil den resterende procent skulle findes ved besparelser og øget efterspørgsel. Det var muligt, fordi aktivitetsniveauet i regionen var så højt, at man med denne forudsætning ville være sikret fuld finansiering. I 2017 var det en forudsætning, at minimum 1 procentpoint af produktivitetskravet udmøntedes ved konkrete aktivitetsforhøjelser på de afdelinger, hvor der kunne forventes at være ventetidsudfordringer eller stigende aktivitet i øvrigt. Dette kunne indebære, at der skulle foretages en intern ressourceomfordeling fra afdelinger, der ikke havde aktivitetsvækst til afdelinger med forventet vækst.

Med Budget 2018 videreføres forsøget med værdibaseret styring på Bornholms Hospital og Hjertecentret på Rigshospitalet. Derudover ophæves takststyring for Finsencentret og Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme på Rigshospitalet, for Diabetesambulatoriet på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital som for en række andre områder på de øvrige hospitaler⁶, som man på hospitalsniveau har anbefalet var klar til og kunne få gavn af at eksperimentere med værdibaseret styring. De frisatte områder tildeles faste økonomiske rammer, hvorunder der er frihed til fx at omlægge patientforløb for at øge kvalitet og patientoplevelse uden at skulle tænke på effekten på aktiviteten. Der er endnu ikke defineret succeskriterier for de "frisatte" områder og hospitaler, men regionen er i dialog med hospitalerne for at udarbejde disse i fællesskab. Frem mod forhandlingerne for budgettet for 2019 vil der arbejdes med, hvordan værdibaseret styring kan implementeres i hele regionen.

Regionen har siden 2011 valgt, at hospitalerne selv skal finansiere 20% af eventuel vækst i medicinudgifter med henblik på at indføre et økonomisk incitament for hospitalerne til at begrænse denne vækst. Ordningen er symmetrisk, således at hospitalerne også beholder 20%, når medicinforbruget reduceres fra det ene år til det andet. Hospitalerne har metodefrihed til, at bestemme, hvordan dette udmøntes på afdelingsniveau.

Opfølgning – økonomi og drift

I Region Hovedstaden anvendes det fælles ledelsesinformationssystem, FLIS, som kan tilgås på tværs af regionen på alle niveauer. Det er hospitalernes ambition at understøtte deres detailbudgettering med data fra fælles regionale systemer, som de kobler til lokale BI-systemer. Alle systemerne bygger på et fælles datagrundlag. Der er dog tilfælde, hvor hospitalerne anvender lokal drift- og økonomirapportering i deres daglige styring som supplement til den data, der fremgår af FLIS. Datakvalitet og rapportering er i øjeblikket udfordret af Sundhedsplatformen, hvilket gør at man flere steder på hospitalerne benytter yderligere (midlertidige) lokale datakilder.

Boks 3

Eksempler på parametre som belyses i løbende økonomiopfølgninger mellem hospitaler og Center for Økonomi

Nedestående parametre belyses eksempelvis i forhold til budgettet samt prognose for årets resultat med nuværende udvikling:

- Løn
- Medicin
- Medicin-kompensation
- Aktivitets ift. bevillinger
- Mellemregionale indtægter og behandling
- Øvrig drift
- Egne indtægter

Væsentligste mer- og mindreforbrug opgøres for ovenstående parametre for hver afdeling. Overordnede bemærkninger knyttes til hver af de fem poster, hertil også aktivitet, interne projekter og lokale investeringsramme.

⁶ Ortopædkirurgisk afdeling (planlagte hofte- og knæalloplastikker) på Herlev og Gentofte Hospital, medicinske ambulatorier på Amager og Hvidovre Hospital, samt KOL og hjerteområdet på Nordsjællands Hospital

Rigshospitalets ledelse kunne drage nytte af analyserne i forbindelse med at finde rationaliseringsgevinster via effektiviseringstiltag.

Derudover har bl.a. workshops været anvendt som afsæt for effektiviseringer, hvor der for nyligt er udarbejdet en analyse inden for diagnostikken.

Sluttelig sørger regionens centrale indkøbsfunktion for at indhente indkøbsbesparelser ved indgåelse af indkøbskontrakter for hele regionen. Besparelserne udmeldes som en del af korrektionerne til det vedtagne budget. Internt på hospitalerne besluttet fordelingen af besparelserne på afdelingsniveau af hospitalsledelsen.

Tværgående prioritering og samarbejde

Region Hovedstaden arbejder hele tiden med at sikre et sundhedsvæsen, der er kendetegnet ved udvikling og høj faglig kvalitet i behandlingen. Derudover skal alle patienter tilbydes sammenhængende patientforløb, hvor patientens situation styrer forløbet, samt et veltilrettelagt samarbejde med kommuner og praktiserende læger.

På tværs af hospitaler

Regionens Hospitalsplan 2020 lægger rammerne for kommende års tværgående planlægning og organisering af hospitalerne. I Hospitalsplanen beskrives hospitalernes faglige profiler, som sikrer, at funktionerne i regionen varetages på et passende antal steder under hensynstagen til regionens samlede kvalitet, ressourcer og volumen. Herudover falder hospitalerne i kategorierne fire akuthospitaler, ét højt specialiseret hospital samt Bornholms Hospital og et psykiatrihospital. Hospitalsplanlægningen i relation til Hospitalsplanen varetages administrativt på regionsgården men med tæt involvering af sundhedsfaglige råd og hospitaler. Hospitalsplanen godkendes politisk, ligesom løbende ændringer i hospitalsplanen skal godkendes. Den mere konkrete planlægning inden for de enkelte hospitalers egne rammer foregår lokalt.

Fordelingen af specialfunktioner på regionens hospitaler skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. Opgaven varetages administrativt på regionsgården men i tæt dialog med sundhedsfaglige råd og hospitaler. Det er administrationens opgave at sikre det tværgående perspektiv og træffe beslutning om, hvilke hospitaler der skal indstilles til godkendelse af hvilke specialfunktioner.

Et eksempel på et aktuelt tværgående samarbejde om kapacitetsplanlægning er etableringen af garantiafdelinger. På regionsrådets møde den 18. april 2017 blev det besluttet, at der skal etableres forsøg med garantiafdelinger inden for fem specialer. Garantiafdelingerne skal fungere som ekstra buffer på tværs af hospitalernes afdelinger, så der gives bedre muligheder for at overholde udredningsgarantien. Et andet eksempel er, at der i regionen arbejdes med forløbsansvarlige vicedirektører for udvalgte kræftpakkeforløb, hvor formålet er at sikre koordinering og bedre overholdelsen af forløbstiderne i kræftpakkerne på tværs af hospitalerne.

På sigt vurderes det, at Sundhedsplatformen vil kunne bidrage til den tværgående planlægning, især i forhold til belægning og kapacitetsplanlægning mellem regionens hospitaler.

På tværs af sektorer

Tværgående styring og prioritering fylder meget i både politiske og administrative fora i regi af Sundhedsaftalen, hvor det diskuteres, hvordan samarbejdet kan forbedres på tværs af sektorer og mellem hospitalerne i regionen. Nye samarbejdsformer er bl.a. et af de fire politiske visionsområder i

Sundhedsaftalen 2015-2018, og hertil har man i Region Hovedstaden bl.a. igangsat fire modelprojekter, se Boks 4.

Potentielle tværgående indsatser bliver diskuteret i disse fora, hvor relevante klinikchefer deltager. Regionsledelsen har ikke direkte dialog med de enkelte klinikchefer på hospitalerne. Dette er overladt til hospitalsledelserne. Politiske fora inkluderer Regionsrådet, kommunale bestyrelser og PLO-Hovedstaden. Hertil kommer Sundhedskoordinationsudvalget på baggrund af Sundhedsaftalen og Praksisplanudvalget på baggrund af Sundhedsloven. Administrative fora inkluderer kommuner, hospitaler og praksis i Sundhedsaftalens bestemte styregrupper og samordningsudvalg for det somatiske og psykiatriske område samt praksisplanen.

I regionen har der været nedsat et midlertidigt politisk udvalg vedrørende sammenhængende patientforløb, som havde til formål at undersøge, hvordan der bedst skabes sammenhæng i både udredning og behandling på regionens hospitaler, herunder hjælp fra kommunen i de tilfælde, hvor det er nødvendigt for at sikre et godt resultat af behandlingen. Udvalget skulle med sit arbejde fremme, at overgangene og kommunikationen imellem sundhedspersonalet, afdelinger og hospitaler fungerer sammenhængende og smidigt, og at der sker en tæt involvering af patienter og pårørende i alle patientforløb. Udvalget er kommet med sine anbefalinger, og administrationen i Region Hovedstaden er i færd med at tilrettelægge en proces for implementering.

Boks 4

Eksempler på tværsektoriel samarbejdsprojekter

I regi af Sundhedsaftalen 2015-2018 har samarbejdspartnerne igangsat fire modelprojekter, som har til formål at skabe et styrket tværsektorielt samarbejde inden for forskellige områder:

- *Tidlig opsporing af børn og unge med tegn på mistriivsel* med Frederiksberg og Halsnæs Kommuner og kommunernes praktiserende læger. Projektet har til formål at formalisere samarbejdet mellem parterne med henblik på at styrke den tidlige opsporing og indsats for børn og unge gennem tidlig, tværfaglig vurdering og evt. behandling
- *Tværsektoriel stuegang* foregår mellem Nordsjællands Hospital og de otte kommuner. Der er etableret et mobilt stuegangsteam bestående af en speciallæge i almen medicin og en sygeplejerske samt en farmaceut og en bioanalytiker på halv tid. Teamet påbegyndte i maj 2017 stuegange på de kommunale midlertidige pladser i de otte kommuner. Teamet er en halv dag om ugen i hver kommune, og de første erfaringer med det mobile stuegangsteam hos borgere på de kommunale midlertidige pladser er gjort. Det forventes, at der i projektet vil blive testet flere modeller for den tværsektorielle stuegang
- *Tværsektoriel neurorhabilitering* har til formål at skabe bedre sammenhængende rehabiliteringsforløb for borgere med nedsat funktionsevne efter apopleksi og dermed sikre borgeren de bedste forudsætninger for at generhverve højest mulige funktionsniveau. Samarbejdet sker mellem Herlev og Gentofte Hospital samt otte ud af ni kommuner i planområde Midt med projektstart 1. november 2017
- *Fra dobbeltarbejde til enkelthed for patienten* fokuserer på at udbrede og udvikle tværsektoriel netværksmøder mellem Region Hovedstadens Psykiatri og de 29 kommuner således, at der kan skabes standardiserede og koordinerede indsatsplaner for patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug (regionen har ansvaret for at behandle psykisk sygdom, og kommunerne har ansvaret for at behandle misbruget)

Oplevede fordele og ulemper ved nuværende styring

Regionsledelsen giver udtryk for, at produktivitetskravet har fungeret efterhensigten i forhold til den politiske ambition, nemlig at nedbringe ventetider og øge effektiviseringsniveauet på hospitalerne. Givet at ventelisterne nu er blevet forkortet og aktiviteten steget, har produktivitetskravet ikke længere denne tiltænkte effekt og bidrager ikke i forhold til at skabe de rette incitamenter i forhold til faglig kvalitet, patientforløb og ressourceudnyttelse.

Arbejdet med besparelser kan tilrettelægges på flere måder. Politisk har der i regionsrådet været et ønske om, at gå fra ”grønthøsterbesparelser” over i retning af mere ”intelligente” besparelser fx effektiviseringer og mere konkrete besparelser på specifikke områder. I processen med fremkomsten af forslag til besparelser, opstår der ind imellem forskelle mellem de politiske ønsker til prioriteringer og hospitalernes forslag til besparelser. Endelig kan der være en tendens til, ved de mere konkrete besparelser, at sager nemmere kan løftes i pressen og problematiseres.

Generelt er det tværsektorelle samarbejde mellem kommuner, praksis og regioner udfordret, særligt i overgangene mellem de forskellige aktører. Det medfører en større risiko for, at patienter falder mellem to sektorer, når de udskrives fra hospital og skal efterbehandles i den kommunale sundhedssektor eller almen praksis. Ofte ligger en stor del af ansvaret for, at overgangen er gnidningsfri, hos patienterne selv, men patienterne er ikke nødvendigvis selv i stand til at sikre denne overgang grundet fx alderdom eller ressourcetsvaghed.

Regionsrådet ønsker en mere systematisk fælles opgaveløsning, og der peges bl.a. på tre mere specifikke udfordringer for dette: For det første er der begrænsede muligheder for dataudveksling mellem hospitaler, kommuner og den almene praksis. Dette modvirker udarbejdelse af analyser, som vil kunne belyse, hvilke patienter det er en god idé at sætte ind over for tidligt og derved undgå alvorlige og bekostelige sygdomsforløb. For det andet har organiseringen i hospitaler og almen praksis faste rammer, hvilket bevirker, at ændringer ud over det marginale er svære at gennemføre. Sluttelig sætter overenskomsttaftalerne i praksissektoren, samt deres selvstændige virke og størrelse, snævre rammer for mulighederne for at udvide services i praksissektoren, herunder indførelse af mere specialiseret behandling og diagnosticering i almen praksis.

Case – Rigshospitalet

Introduktion til hospitalet

Rigshospitalet er Region Hovedstadens centrale højtspecialiserede hospital. Hospitalet består af det tidligere Glostrup Hospital og Rigshospitalet, som ledelsesmæssigt blev fusioneret den 1. januar 2015, og nu er ét bevillingsområde. Rigshospitalet har et nettodriftsbudget på knap 6 mia. kr., 1.361 normerede senge ekskl. patienthotel og varetager ca. 100.000 stationære og 1.100.000 ambulante besøg årligt. I denne analyse er hospitalsledelsen, ledelserne for Finsencentrets og HovedOrtoCentrets samt Klinik for Blodsygdomme og Øre-næse-halskirurgisk og Audiologisk Klinik interviewet.

Rigshospitalet har en særlig status, da det varetager et stort antal funktioner for hele landet samt de færøske og grønlandske sundhedsvæsener, foruden hovedfunktionen inden for en lang række områder for planlægningsområde Byen og dele af planlægningsområde Syd. Målt i sagedage udgjorde kræft, eller mistanke om kræft, det største behandlingsområde med 17% i 2015, efterfulgt af kredsløbssygdomme med 13%. Samtlige kliniske afdelinger har særlige behandlings-, forsknings- og uddannelsesmæssige forpligtigelser både regionalt og nationalt.

I 2017 blev Rigshospitalets Hjertecenter fritaget for takststyring. Det er ambitionen at afprøve nye styringsmæssige muligheder på et stort fagligt ensartet, højt specialiseret og forskningsstærkt center. I

forlængelse heraf skal fokus flyttes fra aktivitet til styring på en række andre parametre, som giver mere værdi for patienten fx overlevelse, re-operation for blødning, smerter, forløbstider mm. Målepunkterne udvælges i en bred faglig proces, som skal sikre, at de i højere grad afspejler, hvordan patienten oplever kvalitet og ikke mindst livskvalitet. Fra 2018 fritages Finsencentret og Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme ligeledes for takststyring (se Boks 5).

Boks 5

Ny styring i Finsencentret ved fritagelse fra takststyring fra 2018

Når Finsencentret overgår til fuld rammestyring (med udgangspunkt i værdibaseret styring), vil styringsværktøjerne i højere grad basere sig på:

- Patientsynspunkt: Oplevelse af resultater og (bi)virksomheder, PROM-data etc.
- Fagligt synspunkt: Overlevelse, progressionsfri overlevelse, komplikationer etc.
- Politiske procesmål: Kræftpakkeoverholdelse, udredningsret, FMK-ajourføring etc.

Aktivitet vil fortsat monitoreres, men der måles ikke på det – fx har man i centret en ambition om, at der maksimalt må være en afvigelse på 5% i antal CPR-numre. Dog er de nye styringsparametre endnu ikke endeligt defineret.

Der er en forventning til, at frisættelsen vil lede til fx omlægninger af patientforløb. Hver klinik skal komme med 3 forslag til områder, som skal analyseres med henblik på nye tiltag.

Udfordringen med frisættelsen er ifølge Finsencentrets centerdirektør, at der ikke nødvendigvis er direkte sammenhæng mellem fx faglig kvalitet og patientopfattelse eller andre faktorer, og den uklare sammenhæng gør det svært at vide hvilke mål man bør måle på. Et trilemma opstår, hvori der er ukendte afvejninger alt efter, hvilken kombination af patientoplevelse, faglighed og effektivisering, der er realistisk at stile efter, og netop dette trilemma vil blive bærende i tilgangen til værdibaseret styring.

Styring på hospitalsledelsesniveau

Grundstenen i styringen på Rigshospitalet er baseret på overholdelse af de økonomiske rammevilkår, herunder budget og aktivitetskrav. Hospitalet er underlagt takststyring, hvilket er udmøntet på center- og klinikniveau, med undtagelse af Hjertecentret samt Finsenscenteret og Videnscenter for Reumatologi og Rygsygdomme fra 2018 jf. ovenfor. Dernæst tager styringen afsæt i, at der bliver leveret tilstrækkelig høj faglig kvalitet, herunder er der særligt fokus på de otte nationale mål, pakkeforløb, udredningsret, behandlingsgaranti mv., som hvert center ligeledes pålægges at efterleve. Disse mål tager afsæt i regionens overordnede strategi, Fokus og Forenkling, samt de tilhørende driftsmål.

En stor del af kvalitetsarbejdet udmøntes i det kliniske univers og har derfor ikke direkte med den økonomiske ledelse at gøre. Mange kvalitetsparametre har dog stor indflydelse på både patientoplevelsen og økonomi, og det er deriblandt ledelsens opgave at sikre den mest hensigtsmæssige kombination af høj kvalitet og omkostningseffektivitet.

De enkelte indikatorer i de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP) monitoreres løbende med varierende frekvens på tværs af

områder. Hospitalet og dets specialer sammenlignes derpå kvartalsvist på tværs af landet. Hvis et givent speciale underpræsterer på bestemte punkter vil det medfølge en audit og en handleplan. Denne monitorering og sammenligning foregår på nuværende tidspunkt ikke systematisk. Hospitalet arbejder derfor på at udvikle et ledelsesinformationssystem, der hver 3. måned skal give et overblik over hospitalets præstation sammenlignet på tværs af landet.

Produktivitetskravet er indtil dets suspendering fra 2018 blevet anvendt på direktionniveau som et omfordelingsværktøj mellem centrene. Det er blevet udmøntet som 1% jævn besparelse eller aktivitetsforøgelse på tværs af alle centre, mens den øvrige 1% fordeles mellem centre på baggrund af en konkret vurdering af behov og muligheder. Der er således nogle centre, der skal finde mere end 1%, og andre der skal finde mindre. Forskelle i udmøntede krav til produktivitetsforøgelse kan fx være drevet af forskelle i aktivitetspres eller indførelse af nye behandlinger. Centrene har derpå selv skulle udmønte den eventuelle pålagte aktivitetsforøgelse til de enkelte klinikker. Efter suspenderingen kan produktivitetskravet ikke længere anvendes som løftestang til omfordeling af ressourcer, hvorfor direktionen vil til at etablere en ny tilgang til omfordeling mellem centrene.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgetlægning og -opfølgning er et centralt element i hospitalets styring. Processen følger et fast årshjul, som afspejler Center for Økonomis budgetprocesser samt samarbejdet med hospitalets centre og klinikker.

Rigshospitalet er det eneste hospital i Region Hovedstaden, som har en intern afregningsmodel for parakliniske ydelser. Andre hospitaler har en rammestyringsmodel, hvorved de parakliniske afdelinger her ikke afregner direkte mellem afdelinger. På Rigshospitalet er det økonomiske ansvar for at styre det parakliniske forbrug således lagt ud til de enkelte centre. Ulempen ved denne model kan til dels være, at centrene er dårligt stillede ved aktivitetsforøgelser, hvor flere ydelser ikke tildeles; dels at der er en uigennemskuelig prisstruktur; samt dels at et givent centers besparelser på det parakliniske område sjældent hentes hjem 1:1, da Diagnostisk Center kan vælge at hæve priserne på pågældende (eller andre) ydelser.

Budgetproces

Budgetprocessen starter i begyndelsen af året, hvor Rigshospitalet indmelder dets vurdering af mer- og mindreudgifter for økonomi og aktivitet for næste år til Region Hovedstaden. I juni har regionen udarbejdet et teknisk budget for hospitalet baseret på historiske ændringer og et eventuelt sparekrav, og i denne forbindelse fordeler hospitalsledelsen eventuelle sparekrav på centerniveau. Det er op til centrene selv at udmønte besparelserne på klinikniveau.

I august indsender centrene deres budgetforslag inkl. effektiviseringsinitiativer, hvorefter centerledelser og hospitalsledelsen mødes og gennemgår alle forslag i fællesskab. De enkelte forslag diskuteres desuden i lyset af, hvilken effekt de kan tænkes at have på tværs af centre og klinikker (i realiteten foregår meget af forarbejdet med at nå til enighed centre imellem uden for de formelle rammer af budget-/effektiviseringsforhandlingerne). Hospitalsledelsen sender derefter besparelsesforslag videre til Center for Økonomi i regionen, hvor det skal gennemgå 1. og 2. behandling i forretningsudvalget og regionsrådet, før de grundlæggende rammer for hospitalets og centrenes kommende års budget udmeldes endeligt til hospitalet ultimo september.

I løbet af november bliver det kommende års budget indarbejdet i økonomistyringssystemet på centerniveau, og alle organisatoriske enheder skal have kendskab til det endelige budget inden udgangen af året. Af udmeldingen fremgår, hvad der er øremærket til medicin- og særydelser samt

fællesrammer. Inden ultimo januar skal centrene ligeledes have færdiggjort detailbudgetteringen i systemet.

Centrenes budgetter tager udgangspunkt i foregående års budgetter, korrigeret for eventuelle pris- og lønjusteringer, besparelser, nye behandlingsmetoder, kapacitetstilpasningssager o. lign. Det er primært centrenes ansvar at tage stilling til, om en given klinik skal fratages eller tildeles ressourcer som en prioritering inden for centrets ramme. Hospitalsledelsen og centerledelserne benytter fx benchmarks, som regionen har udarbejdet (jf. *Regionalt arbejde med effektiviseringer*), til at (om)prioritere ressourcer mellem centre eller klinikker. Der kan løbende ske budgettilpasninger via centres interne omfordelinger, som kan finde sted ved årlige tilpasningsrunder. Et center kan eksempelvis spare mere end regionen/hospitalet kræver, typisk pga. risikoen for særlige driftsmæssige udfordringer. Herigennem sikrer centerledelsen sig midler til konkrete nødvendige indsatser fx etablering af mere operationslejekapacitet, udvidede åbningstider i ambulatorier, nødvendige ombygninger mm. Sådanne budgettilpasninger sker på baggrund af indmeldinger fra klinikkerne og dataindsamling på vagtbelastning, aflyste operationer, liggetider i sengeafsnit o. lign.

I forbindelse med sparekrav opleves der ikke altid incitament til at foreslå effektiviseringer, der påvirker aktivitetsbudgettet. Det var fx en præmis i 2017, at der ikke måtte anvendes besparelsesforslag, der havde en aktivitetspåvirkning. Forslag af denne type blev behandlet i en separat proces. Således vil innovative effektiviseringer, som fx omlægger patientforløb, således at patienten skal ind på hospitalet færre gange, ifølge centerledelsen på Finsencentret ikke i sådanne tilfælde blive bragt op i dette forum.

Økonomiopfølgning

Opfølgningen på centrenes økonomi- og aktivitetsoverholdelse er en månedlig proces, hvori der indhentes kommenteret opfølgning fra centrene, som derpå gennemgås sammen med centerledelseskredsen. Det enkelte center pålægges at udarbejde en handleplan, hvis prognosen for dets økonomi eller aktivitet tyder på, at budgetterne ikke vil blive overholdt.

Som udgangspunkt vil et økonomisk merforbrug medføre et tilsvarende nedsat budget for det efterfølgende år. Udover indmeldte og regionsgodkendte overførsler vedrørende periodeafgrænsede projekter/anskaffelser er det muligt at overføre mindreforbrug på op til 0,5% af løn- og driftsbudgettet imellem budgetår på centerniveau. Sådanne overskud "gemmes" sædvanligvis i centerkassen til finansiering af øremærkede initiativer på klinikkniveau. Klinikker får således ikke direkte glæde af mindreforbrug men kan søge del i overskuddet via konkrete initiativer. Ved mindreaktivitet modregnes automatisk 50% af produktionsværdien som en varig engangsjustering, og meraktivitet udløser normalt ikke yderligere finansiering. Der tages ligeledes højde for eventuelle projekter, som udskydes til følgende budgetår, hvis der er en fornuftig forklaring herfor. Centre og klinikker kan indbyrdes aftale, at et ressourceoverskud ét sted kan udlånes til et underskudsgivende område for at undgå for store udsving i budgetterne år for år.

Der er stort fokus på at holde udgifter nede på tværs af hospitalet. Et eksempel herpå er, at man fra direktionens side har etableret et internt vikarbureau for at holde udgifter til eksterne vikarleverandører nede.

Driftsmål og daglig styring

Hospitalsledelsen mødes ugentligt med centerledelseskredsen og afholder løbende diskussioner angående fælles prioriteringer og udfordringer, tværgående forløb og samarbejdet med Region Sjælland. Derudover følger hospitalsledelsen op på økonomi, aktivitet og nationale rammer hver 14.

dag med centerledelseskredsen. Eventuelle flaskehalse for ventetider identificeres ved gentagne problemer, og det varierer meget, hvor hurtigt man kan reagere på indikatorer, som ikke lever op til målene, især ift. personaleændringer og kapacitet. Hver måned modtager hospitalsledelsen desuden en skriftlig opsamling fra de forskellige centre, hvor klinikledelserne redegør for og skriver under på, at alle patienter har modtaget behandling inden for garantierne.

Utilsigtede hændelser indberettes systematisk og monitoreres på klinik-, center- og hospitalsniveau. Ledelsen modtager ugentlige rapporter med signifikante hændelser og er derved altid orienteret om sådanne udfordringer og kan facilitere håndteringen af eventuelle større sager på direktionniveau.

Det kan være en udfordring for styringen på fx pakkeforløb, at patienter henvises til Rigshospitalet for ”svære” udredninger eller sent i deres pakkeforløb, hvilket efterlader kort tid til at opfylde kravene fra Rigshospitalets side.

Effektiviseringer og forbedringer

Rigshospitalet arbejder løbende med effektiviseringer på tværs af organisationen. Oppefra udvælger hospitalsledelsen hvert år i 4. kvartal et effektiviseringstema, som undersøges i det kommende år (år 1) med henblik på realisering i det efterfølgende budgetår (år 2). I forbindelse med et konsulentprojekt i 2013-14 blev der endvidere udarbejdet et katalog med forslag til effektiviseringer inden for 10 temaer. Disse temaer indgår stadig delvist i det aktuelle katalog sammen med temaer, der var resultatet af en række workshops i 2016. I forbindelse med regionens budgetlægning udarbejdes ”nedefra” hver sommer, af centrene i samarbejde med deres klinikker, effektiviserings- og produktivitetstiltag, som på et klinisk grundlag kan bidrage til at tingene gøres smartere på hospitalet.

Boks 6

Eksempler på arbejde med effektiviseringer

- **Finsencentret** afholdte effektiviseringsworkshops i foråret 2017, hvor klinikker i fællesskab udviklede tiltag, som (set bort fra økonomiske og aktivitetsbaserede rammer) kan tilgodese det stigende pres på centret og sundhedsvæsenet generelt. Effektiviseringstiltagene involverede også ændringer i patientforløb. Idéen med disse workshops var at komme på forkant med besparelsesrunderne. Centerledelsen oplevede stor motivation fra medarbejderne i dette arbejde, når indsatsen blev kommunikeret som nødvendig grundet faglig pres fra fx en stigende aldrende befolkning og flere kræftpatienter. Det havde – angiveligt – været en anden oplevelse, hvis effektiviseringerne skulle findes på baggrund af pres om øget produktivitet fra direktion eller region
- Drevet af et sparekrav har **Øre-næse-halskirurgisk Klinik** måtte lukke et sengeafsnit på Gentofte Hospital ned fra torsdag aften, således at der om fredagen frigøres plads og kapacitet til at udføre dagkirurgi. Sengeafsnittet var i forvejen lukket i weekenden, hvor indlagte patienter, der ikke kunne udskrives inden weekenden, blev flyttet til fx Rigshospitalet

For at sikre at effektiviseringer, der leder til lavere aktivitetsproduktion, ikke – bevidst eller ubevidst – holdes tilbage, har det været nødvendigt at forhandle baselinekorrektioner med Center for Økonomi. Det er dog ikke hospitalsledelsens opfattelse, at effekten på aktivitet er styrende (eller bremsende) for effektiviseringer på klinisk niveau; som udgangspunkt tænker klinikere ikke produktionsniveau ind i deres beslutninger. I stedet tænker de på, hvad der er bedst for den enkelte patient, samt at de ”ser de

rigtige patienter”. Desuden vil klinikere hellere ”lave lidt mere end at spare”. Det er ”svært” for de enkelte klinikker at komme med forslag, som skal have personalemæssige konsekvenser.

Tværgående samarbejde og prioriteringer

Internt på hospitalet

Med undtagelse af Diagnostisk Center er det et fåtal af patienter, som har berøring med flere centre i deres forløb, og multisyge, som oftest er dem, der har kontakter på tværs af flere centre, fylder meget lidt i det samlede billede på Rigshospitalet. For de patientgrupper, som har store snitflader mellem klinikker, sker det indbyrdes samarbejde ude i klinikkerne, uden fx centerledelsernes involvering.

På alle regionens hospitaler arbejder man på at indføre ”patientansvarlige læger”, hvor hver patient overordnet set vil have én læge tilknyttet. Det skal bidrage til patienternes oplevelse af sammenhæng, koordination og tryghed i deres behandlingsforløb på tværs af specialer på hospitalerne. I Rigshospitalets tilfælde er dette dog en udfordring, da mange af hospitalets patienter er henvist fra andre hospitaler. Fremadrettet kommer tværgående prioritering til at fylde mere, når rapporter for patienternes opfattelse af det *samlede* forløb udarbejdes og indsamles (baseret på PROM-data).

Med andre hospitaler

Rigshospitalet modtager mange patienter fra andre hospitaler i hele landet. På hospitalets centre arbejder man med forskellige tværfaglige teams, som deltager i udredning og udarbejdelse af behandlingsplaner for særligt komplicerede patienter på tværs af hospitaler og regioner. Fx har Øre-næse-halskirurgisk Klinik to gange om ugen besøg af speciallæger fra Region Sjælland, som deltager i udredningen og forløbsplanlægningen af regionens patienter, således at der skabes sammenhæng, når patienten hjemtages.

Med kommuner og almen praksis

Samarbejdet med kommuner, praksis og andre eksterne interessenter foregår primært ude i Rigshospitalets centre. Finsencentrets terapeuter har fx tæt kontakt med de kommunale sundhedsplejer i forbindelse med genoptræning, hvor genoptræningsplaner følges nøje også efter udskrivning fra hospitalet. Kommunikationsplatformen ”MedCom” benyttes ofte ved udskrivelser af patienter til at informere den kommunale pleje om udskrivelsesdato, patientens situation, specielle behov, behov for ’aflastning’ mv.

Derudover er der tætte samarbejder med diverse patientforeninger og organisationer i forsøget på at forbedre patientforløb på tværs af sektorer. Fx har Øre-næse-halskirurgisk Klinik et samarbejde med House of Hearing, som er en frivillig organisation på Frederiksberg. Organisationen stiller frivillige medarbejdere til rådighed, som kan støtte patienter (og pårørende) med at håndtere psykosociale følger virkninger grundet høreproblemer eller øresygdomme.

Boks 7

Eksempel på tværgående samarbejde: Klinikfinansieret udgående rehabiliteringsteam

På Øre-næse-halskirurgisk Klinik har man valgt at afsætte en del af eget budget til etablering af et ”rehabiliteringsteam med udgående funktion”, hvor et sygeplejersketeam arbejder på tværs og direkte sammen med hjemmesygeplejersker fra kommunen og andre afdelinger mhp. at styrke rehabiliteringen og forebygge genindlæggelser af hovedhalscancerpatienter efter operation.

Oplevede fordele og ulemper

Det er hospitalsledelsens opfattelse, at produktivitetskravet har fungeret som et godt værktøj til at omfordele ressourcer mellem centre. Dets funktion som omfordelingsværktøj er velkendt på centerledelsesniveau, men ikke nødvendigvis på klinikniveau. Suspensionen af produktivitetskravet vil ikke effektivt betyde, at udgiftsbesparelser ikke skal finde sted. Kommunikationen omkring kravet og omfordeling må dog ændres, og de tværgående puljer skal forøges, hvilket forventes at møde noget modstand fra klinikkerne.

Hospitalsledelsen giver udtryk for, at det er en udfordring, at drifts- og investeringsbudgettet er adskilt i budgetprocessen. Investeringsrammerne er låste og beløbet er utilstrækkeligt. Udfordringen løses ved hjælp af leasing, hvilket indgår i driftsrammen. Det ville give mere fleksibilitet, hvis man kunne spare op og have mere langsigtede budgetter end 1-årige – dette ville også kunne effektivisere driften. Dertil ville mere hensigtsmæssig drift kunne opnås ved at investere i mere ensartet apparatur samt bygninger for at løse hospitalets pladsproblemer.

Styring på center- og klinikniveau

Der er tre primære elementer, der påvirker styringen i centrene: i) et fagligt pres for at yde en god og effektiv behandling, ii) et pres oppefra for løbende at øge produktiviteten, og iii) et pres nedefra fra den stigende efterspørgsel som skal imødekommes inden for givne rammer. Dertil kommer, at centrene har tre hovedopgaver; klinik, forskning og uddannelse. Således bruges der også mange kræfter på områder, som ikke direkte berører patienterne. Derudover skal styringen tage højde for, at der er mange interessenter – patienter, patientforeninger, politikere, klinisk og administrativt personale, regionen etc. – og dermed et krydspres fra mange sider.

Helt overordnet skal centrenes budgetrammer overholdes. Budgetter er lagt ud i klinikkerne, og de enkelte klinikers budget- og aktivitetsoverholdelse er centralt i styringen – heraf er budgetoverholdelse det vigtigste. På centerniveau er der mulighed for overførsel mellem budgetår, mens der på klinikniveau i mindre grad er systematisk overførsel, hvorfor der generelt sigtes mod at ”gå i nul”.

Derudover styres der efter overholdelse af de nationale rammer. Indtil implementeringen af Sundhedsplatformen kørte centrene med driftsmålstyring (tavlemøder). Dette er dog midlertidigt sat i bero grundet begrænset retvisende og tidstro data. Normalt kigges der på ledelsesinformation inden for fx ventetider, sygefravær, FMK-ajourføring, patientrettigheder, kapacitet, økonomi og aktivitet mv. samt kvartalsvise rapporter fra relevante kvalitetsdatabaser.

I centrene har man stor fokus på patientinddragelse og -oplevelse. Her styres således efter årlig data fra den Landsdækkende Undersøgelse for Patientoplevelser (LUP) og eventuelle klager/feedback. Hvis en klinik ikke præsterer tilfredsstillende indgår centerledelsen i dialog med denne om, hvad den negative feedback kan skyldes, og hvordan situationen kan udredes. På Finsencentret har man lavet undersøgelser om, hvad der betyder mest for patienten under indlæggelser ved at interviewe både patienter og klinikere og derpå sammenholde svarene.

Kvalitet fylder også meget i den daglige styring, men mange kvalitetslementer er grundet databegrænsninger svære at styre efter direkte. Fx er det ikke muligt at følge udviklingen i de nationale kvalitetsdatabaser hyppigt nok til at det giver mening at styre efter til dagligt, da man ikke direkte vil kunne monitorere effekten af eventuelle tiltag. På tilsvarende vis kan man ikke styre efter en af de

vigtigste kvalitetsparametre, nemlig 5-års overlevelsesrate, da der også her er for lang tid mellem tiltag og eventuel effekt. Derfor bliver økonomi, aktivitet og procesmål mere håndgribelige, da disse informationer kontinuerligt er tilgængelige i opdateret format (når Sundhedsplatformen er fuldt funktionsdygtig).

Andre mere ad hoc baserede styringselementer, som håndteres på centerniveau, inkluderer fx klagesager og specifikke patientgrupper, som reagerer på centrenes behandling. Dertil indgår centrene i en dialogbaseret løsning med klinikkerne, hvis der fx ses et mønster i klagesagerne for at forstå, hvordan problemet er opstået og hvordan det fremadrettet kan forbedres.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgetproces

Budgetprocessen er relativt automatiseret i den forstand, at budgetter fordeles ud til centrene baseret på foregående års aktivitet og udgifter.

Før sommeren får centrene udmeldt et retningsgivende budget for det kommende år, og derfra skal centerledelserne fordele budget og eventuelle besparelser på klinikniveau i tæt dialog med klinikledelserne. Kan klinikker ikke i fællesskab realisere eventuelle sparekrav som tværgående initiativer, udmøntes resterende besparelser som grønthøsterbesparelser.

I løbet af november bliver det kommende års budget indarbejdet i økonomistyringssystemet på centerniveau, og alle organisatoriske enheder skal have kendskab til det endelige budget inden udgangen af året.

Primo januar i indeværende budgetår udregner centrene et detailbudgetudspil for året, som er baseret på et foreløbigt overslag over sidste budgetårs resultat for hver klinik; centrene kan dog frit omprioritere mellem klinikkerne efterfølgende. Det foreløbige budget diskuteres med klinikledelserne i lyset af eventuelt udgifts- og aktivitetspres, og de endelige klinikbudgetter for året foreligger typisk i marts eller april.

Som udgangspunkt stiler centrene efter, at klinikkernes budgetter holdes konstante i løbet af året, da dette er vigtigt for en stabil drift med fokus på fagligheden; i forlængelse heraf afregnes klinikker som udgangspunkt heller ikke for mer-/mindreaktivitet internt i centrene. Finsencentret tilsidesætter fx en buffer på 6-8 mio. kr. (~0,5% af budgettet), som bl.a. kan bruges til at udligne utilsigtede eller ekstraordinære omkostninger på klinikniveau. Denne buffer blev fx anvendt i sommeren 2017, da man besluttede at flytte ansvaret og budget for 16-17-årige til børneafdelingen, som ligger i et andet center. Eventuelle tilbagestående i bufferen mod årets afslutning bliver anvendt på engangsinvesteringer i fx apparatur.

Hvis klinikker har et merforbrug kan dette ofte dækkes af andre klinikkers mindreforbrug. Er der budget- eller aktivitetsudfordringer træder centerledelserne ind og assisterer den enkelte klinik med fx personale/kapacitetsplanlægning eller budgetplanlægning. Løn udgør som regel størstedelen af driftsbudgetterne, og konsekvensen ved budgetoverskridelser er som regel ansættelsesstop (vikarer finansieres desuden via lønrammen, så 100% af lønrammen udmøntes ikke). Som udgangspunkt sker der ikke en omfordeling mellem klinikker i løbet af året. Et signifikant merforbrug, som centret ikke selv kan dække, kan være skadeligt for den pågældende klinik fremadrettet, da merforbruget, som ikke kan dækkes, direkte modregnes i efterfølgende års budget.

I Finsencentret arbejder man med forskellige principper vedrørende økonomijusteringer for at skabe bedst muligt incitament til effektiv økonomistyring: Mindreforbrug inden for parakliniske ydelser og aktivitet fjernes varigt i budgettet for klinikkerne med en 50% fordeling, dvs. hvis en klinik et år sparer 2 mio. kr. på parakliniske ydelser modtager denne et permanent reduceret budget på 1 mio. kr., hvor de 'resterende' 1 mio. kr. går til klinikkens budget. Ved merforbrug på udgifter til blodbanken betales 100% for merforbruget af klinikken, mens øvrige parakliniske ydelser finansieres med 50% af klinikken og 50% af Diagnostisk center.

Den faste effektiviseringsstruktur, hvor produktiviteten som minimum skal øges med 1% årligt, skaber incitamenter til at sprede realiseringen af effektiviseringspotentialer ud over flere år. Hvis der fx kan spares 10% på et givent område risikerer man, ved at udnytte de 10% på én gang, at budgettet for næste år vil være tilsvarende 10% lavere, men at der stadig vil være et krav om øget produktivitet året efter. Der er således et incitament til at realisere effektiviseringspotentialer gradvist, således at man allerede på forhånd har løsningen på næste års effektiviseringskrav klar (se eksempel i Boks 8).

Boks 8

Eksempel på effektiviseringsinitiativ, som blev gradvist udmøntet: "Hjemmekemo"

En ny teknologi muliggør, at nogle kræftpatienter fremover kan klare en del af kemoterapien hjemmefra og dermed reducerer antallet af hospitalsbesøg: En lille pumpe i en rygsæk sender via en plastikslange kemovæske direkte ind i patienternes blodårer. Dette forbedrer oplevelsen for patienterne og er samtidig væsentligt mere omkostningseffektivt for hospitalet (henved 100.000 kr. om året kan spares per patient).

Det kan som udgangspunkt ikke svare sig økonomisk for Finsencentret at udrulle denne mulighed til alle kræftpatienter med det samme grundet konsekvensafregningen ved takststyring, selv om der er store økonomiske og kvalitetsmæssige gevinster at hente. Dog har regionen – som konsekvens af en budgetsag – medfinansieret første fase af dette tiltag, som dermed er igangsat. Den videre udrulning skal Finsencentret selv finansiere.

Når centerledelserne skal afveje initiativer eller konkrete patientbehandlinger ift. hhv. kvalitetsmæssig/faglig effekt for patienten og indflydelse på økonomi og aktivitet, vil man typisk lave en budgetsag. Budgetsags-processen opleves som værende bureaukratisk og langsommelig, hvilket i sidste ende nedsætter kreativiteten. Finsencentret giver udtryk for, at hvis der ikke er tid til at vente på sagsbehandlingen, kan centret påtage sig den økonomiske risiko og dermed give den pågældende klinik grønt lys til at gennemføre initiativet med det samme, hvorefter centret fortsætter budgetsagen.

Økonomiopfølgning

Hvert center har en økonomifunktion, som står for den generelle økonomiopfølgning med klinikkerne. Økonomifunktionen sender månedlige økonomiopfølgninger ('kvalifikationsprognoseark') til klinikkerne, som indeholder oversigt over løn, drift, medicin, paraklinisk forbrug og aktivitet inkl. prognose for disse for året. Budget og forbrug brydes ned på de enkelte afsnit og budgetposter. Data trækkes fra hospitalets BI-system. BI-systemet er økonomifunktionens daglige styringsredskab til budgetlægning, styring, analyse og opfølgning – som alle klinikker har adgang til, og som økonomifunktionen er i færd med at uddanne alle klinikere/teamledere i af benytte på afdelingsniveau. Derpå kvalificeres tallene og prognoserne med hver klinik. Hvis budgetterne ikke ser ud til at blive overholdt, udarbejdes der i samarbejde mellem centerøkonomerne og klinikkerne en handleplan. I visse tilfælde har gentagne overforbrug på afsnitsniveau vist sig at være et tegn på, at budgetterne ikke har været kalibreret til opgaven, og man har på kliniskniveau valgt at re-allokere

ressourcer mellem afsnit. I 2015 foretog man en større justering på HovedOrtoCentret, hvor budgetter ligeledes blev kalibreret klinikker imellem, primært ved at tilføre enkelte klinikker flere ressourcer fra centrets reserve. Klinikernes individuelle kvalificeringer samles for de respektive centre, som centerledelserne tager med videre til møder med hospitalsdirektionen.

Aktivitetsprognoser sammenlignes løbende med klinikernes historik og trends samt hvilke udfordringer, der måtte ligge forude. Der kan være mange årsager til, at et aktivitetsniveau ikke lever op til det forventede, og sådanne årsager undersøges grundigt i samarbejde mellem centerøkonomerne og klinikkerne.

Fra centrenes side lægges der stor vægt på, at klinikledelserne har gode styringsevner, herunder økonomiplanlægning og -overholdelse, og klinikledelserne uddannes løbende heri.

Driftsmål og daglig styring

Efter klinikledelserne har afholdt økonomiopfølgning med centerøkonomerne, mødes de individuelt med centerledelsen. Her gennemgås den overordnede økonomiske situation (kun i detaljer, hvis der er markante afvigelser ift. budgetterne), status på patientrettigheder, faglige udfordringer mv. Der fokuseres økonomisk mere på langsigtet overholdelse frem for uge-til-uge, mens løbende driftsudfordringer kan have mere kortsigtet karakter.

Derudover har hvert center et centerråd, hvor alle klinikledelser er repræsenteret, som mødes hver anden uge og diskuterer driftsmæssige udfordringer på tværs og nye strategiske initiativer i centret.

En stor del af klinikernes daglige drift bygger på, at 'produktionsapparatet' skal være veldrevet, herunder fuld kapacitetsudnyttelse samt "de rigtige patienter i de rigtige senge". Nogle gange henvises en lille andel af det forventede antal patienter, mens der andre dage henvises mere end dobbelt så mange patienter som forventet. Der forekommer dermed meget manuelt arbejde ift. at få den daglige kapacitetskabale til at gå op, hvilket også indebærer flytning af patienter på tværs af matrikler. I nogle tilfælde (fx på Klinik for Blodsygdomme) tælles sengene på afsnit manuelt op til tre gange om dagen, mens der i andre tilfælde trækkes data fra hospitalets it-systemer/Sundhedsplatformen.

Kapacitetsplanlægning drives af afsnitsledelserne, og kun i særlige tilfælde inddrages klinikledelser. Kapacitetsstyring er således et vigtigt element i den daglige ledelse og styring.

Dertil kommer efterlevelse af kvalitetsparametre og patientrettigheder. Hospitalets BI-system spiller en central rolle i styringen, da systemet leverer ledelsesinformation på tværs af organisatoriske niveauer. Afsnitsledelserne kan selv styre direkte efter den tilgængelige information, med ad hoc support fra klinikledelserne om nødvendigt. Generelt indeholder BI-systemet data på tværs af hospitalets centre, klinikker, afsnit og specialer, løbende opdateret information på økonomi og aktivitet, patientrettigheder, servicemål mv. Dog anvender flere klinikker lokale datakilder, som supplement i deres styring (se Boks 9).

I klinikker, afsnit og personalegrupper afholdes med jævne mellemrum forskellige (ad hoc) møder – fx daglige (tværgående) morgenkonferencer – hvor tværgående opgaver og udfordringer tilrettelægges. Dertil har klinikledelserne ugentlige møder med afsnitsledelser, hvor man samler op på ugen der gik og diskuterer eventuelle udfordringer.

Eksempel: Brug af klinikkens lokale data

Centerledelserne drøfter løbende med de enkelte klinikker det data, der måtte foreligge i klinikken "håndholdt". Fx:

- Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme har eget interne data til at afholde tavlemøder ("bottom-up") selv under Sundhedsplatformens udfordringer
- Øre-næse-halskirurgisk Klinik har et Excel-ark, som administreres af en overlæge ("forløbskoordinator"). Denne skal sikre, at klinikken overholder de forskellige garantier på CPR-niveau

En stor del af centerledelsernes arbejde går også på at sikre samarbejdet mellem klinikkerne internt på centrene, centre imellem samt med eksterne interessenter, fx andre hospitaler og primærsektoren. Centerledelseskredsen mødes ugentligt med direktionen og afholder løbende drøftelser angående fælles prioriteringer og udfordringer, tværgående forløb og samarbejdet med særligt Region Sjælland qua de mange patienter, som kommer derfra. Emner, der løbende diskuteres, omhandler, hvordan man gør det nemmere at 'slippe' patienterne og sende dem ud i praksissektoren hurtigere. Overvejelser inkluderer om det er nødvendigt at afholde fysiske kontrolbesøg efter endt behandling på Rigshospitalet, eller om man i højere grad kan udnytte digitale løsninger. Digitale løsninger kan indebære telekonsultation eller decentrale specialiserede enheder, hvor eksempelvis CT-scanninger og blodprøver kan tages lokalt og analyseres af specialister i eksempelvis Finsencentret. Specialisterne overleverer der på resultaterne via video, så patienterne ikke skal bruge en hel dag på transport og ventetid.

Oplevede fordele og ulemper

De nationale rammer fungerer godt ift. at sætte retningslinjer for sundhedsvæsenet på tværs, men visse mål opleves for rigide og tillader ikke en faglig prioritering af patienter. Der efterspørges således mere fleksibilitet til at kunne tilrettelægge patientforløb baseret på klinisk faglighed og vurdering. Fx at udredningsretten/behandlingsgarantien blev defineret med et mindre interval på et par dage, sådan at man kan undgå at fokusere uforholdsmæssigt meget på patienter, som har overskrevet garantierne med én dag, uden at det har haft negativ betydning for den pågældende patient.

Den aktivitetsbaserede styringsmodel fungerede godt til dets oprindelige formål; at nedbringe lange ventelister. Da dette ikke længere er relevant i samme omfang, medfører styringsmodellen udfordringer, fx er der incitament til at lave unødigt aktivitet. Dertil kommer, at modellen ikke tillader en differentieret afregning ift. den tid, en behandling tager. Fx kan man omlægge et stationært forløb til et 4-timers ambulært besøg, men den aktivitetsbaserede finansiering falder til et niveau, der afspejler et blot 30-minutters ambulært besøg, selvom der anvendes ressourcer i de fulde 4 timer.

Til trods for stort fokus på aktivitet og produktionsværdi på hospitals- og centerniveau, opleves aktivitet ikke som overstyrede på klinik og afsnitsniveau, selv om der generelt gøres meget ud af, at der foretages den korrekte kodning/registering.

Det ville være en fordel, hvis man på regionsniveau og hospitalsniveau var mere villige til at lave strukturelle ændringer på tværs af hospitalet eller hospitalerne i regionen, hvilket kunne drive overordnede og fælles effektiviseringstiltag og besparelser.

De mange administrative centraliseringer, som er blevet gennemført, har omvendt medført, at mange beslutninger tages i armslængde fra klinikkerne, som har den egentlige patientkontakt- og viden, hvilket ikke er hensigtsmæssigt.

Budgetsager opleves som bureaukratiske og krævende at udarbejde og sende videre i systemet. Derudover er der lang ventetid – nogle gange modtager man aldrig en afgørelse – og nogle klinikker oplever, at det nærmest er umuligt at få budgetsager godkendt. Desuden er besparelser, som har en negativ indflydelse på aktivitetsproduktionen, meget svære at få igennem.

På centerniveau er der fuld forståelse for nødvendigheden af omfordeling af ressourcer centre imellem, men der er et ønske om en dybere forståelse af kriterierne for omfordelingen samt at omfordelingen sættes mere i kontekst af hospitalets overordnede strategi. En klinik giver ligeledes udtryk for, at det ville være en fordel med flere ”guidelines” fra staten eller regionen, således at indsatser nemmere kan prioriteres, fx ift. reduktion af kontroller, guidelines til valg af medicin o. lign. I denne sammenhæng gav klinikken også udtryk for, at styringskrav oppefra kan være et godt redskab til at give mandat til at udmønte svære beslutninger.

Medicinudgifter er meget svære at styre, og man mangler et værktøj til at kunne kontrollere forbruget. I teorien har centrene et økonomisk incitament til at beherske forbruget – 5% af væksten i medicinforbrug skal centrene selv finansiere – men i praksis er der meget lidt frihed til at styre medicinomkostningerne. Yderligere opleves det som en generel udfordring, at der kan forekomme et politisk pres fra patientforeninger eller fx Kræftens Bekæmpelse for at tage dyr medicin i brug, selvom den forbedrede effekt ikke nødvendigvis opvejer meromkostningerne.

Tillid og kontrol er et stort problem i sundhedsvæsenet. Hver gang der er en ny sag i medierne, udløser det en ny kontrolmekanisme. Læger og sygeplejersker skal i stigende omfang gøre ting for kontrollens – ikke patientens – skyld. Fx udløste tre forskeres misbrug af forskningsmidler et nyt kontrolregime, hvori mere end 600 forskningskonti i Finsencentret månedligt kontrolleres, og der stilles strikse og rigide krav til budgetter, overholdelse, dokumentation etc., hvilket er meget omkostningstungt for regionen.

Omlægning af patientforløb på tværs af sektorer hindres ved, at hvert center, kommune og praksis har egen økonomi, og en ny afregningsmodel kan være svær at blive enige om. Der gives udtryk for, at dette muligvis kan løses ved, at der bliver oprettet tværgående ”innovationspuljer”, som fællesfinansieres af region og kommuner, og som kan søges til tværgående initiativer, fx lønudbetaling til tværsektorielle sygeplejersker eller hjemmeplejepersonale.

Case – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Introduktion til hospitalet

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital blev ledelsesmæssigt fusioneret den 1. januar 2012 og har været ét bevillingsområde siden 1. januar 2013. I dag udgør det samlede universitetshospital et af Region Hovedstadens fire akuthospitaler, fordelt på to matrikler. Med en nettodriftsramme på ca. 2,3 mia. kr., 530 senge og 4.200 ansatte betjener hospitalet de ca. 460.000 borger i bydelene Bispebjerg, Brønshøj-Husum, Indre By, Nørrebro, Vanløse og Østerbro samt Frederiksberg Kommune. Hospitalet har årligt ca. 80.000 akutte besøg, 400.000 ambulante besøg samt knap 55.000 stationære forløb. I denne analyse er Neurologisk Afdeling samt Fysio- og Ergoterapeutisk Afdeling interviewet.

Hospitalet varetager akutte og elektive funktioner på hovedfunktionsniveau inden for en række kirurgiske og medicinske specialer samt en række specialfunktioner. Hospitalet har en døgnåben akutmodtagelse på Bispebjerg-matriklen og en akutklinik på Frederiksberg-matriklen. Der skal bygges et nyt hospital på det nuværende Bispebjerg Hospitals matrikel, hvor Frederiksberg Hospital og Bispebjerg Hospital fysisk fusioneres. Når hospitalerne fysisk fusioneres til "Nyt Hospital Bispebjerg" frem mod 2025, skal det nuværende Frederiksberg Hospital lukkes.

Fra 2018 indgår Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i Region Hovedstadens videre arbejde med værdibaseret styring, idet diabetesambulatoriet frisættes fra takststyring.

Styring på hospitalsledelsesniveau

Bispebjerg Hospital styring tager afsæt i regionens overordnede strategi, Fokus og Forenkling, samt de tilhørende driftsmål, som indeholder målkrav inden for regionens fem definerede kategorier: tilfredshed, levering, kvalitet, medarbejdere og ledere, samt produktivitet.

Regionens driftsmålstyring indgår som en del af hospitalets arbejde med datadrevet ledelse. Hospitalsdirektionen indgår dialogaftaler med de enkelte afdelinger, som igen laver aftaler med deres tilhørende afsnit. For hvert af regionens driftsmålepunkter er udvalgt én eller flere indikatorer (mål), der måles på for at følge udviklingen i driftsmålepunktet. Udvælgelsen af den enkelte afdelings mål tager afsæt i driftsmålepunkterne, og hvad der er relevant for den enkelte afdeling. Udvælgelsen sker i dialog med den pågældende afdelingsledelse og direktionen (og aftales for næste år ved dialogmødet ved slutningen af indeværende år).

Afdelingsledelsen fastlægger herefter i samarbejde med afdelingens afsnit, hvorledes de bedst bidrager til den samlede målopfyldelse på afdelingen. Indhold på afsnittenes datatavler behøver ikke at følge ovenstående målsætninger fuldstændigt, men kan indeholde lokale og supplerende mål, der bidrager til forbedringsarbejdet i afdelingen. Det er kun få afdelinger eller afsnit, der selv definerer mål.

Datadrevet ledelse er implementeret på alle afdelinger: Hospitalsadministrationen udsender ugentlig data til alle afdelinger med links til det fælles ledelsesinformationssystem, hvor alle kan tilgå data inden for alle specialer og på alle niveauer og med mulighed for selektering på de fastsatte målpunkter. Beslutninger og løbende forbedringer skal skabes på baggrund af denne data, som på afdelingsniveau også hænger fremme på datatavler.

Budget- og aktivitetsoverholdelse er en forudsætning for, at medarbejdere kan styrke fokus på kvalitet og patientsikkerhed. Økonomi er derfor den væsentligste styringsparameter. De gange, hvor hospitalet har været udfordret på at overholde budgetterne, har styringen været drevet af et økonomisk fokus.

Efter økonomi prioriteres overholdelse af **patientrettigheder** højst, herunder udredningsret, behandlingsgaranti og overholdelse af pakkeforløb. Derudover vægter ledelsen et godt fundament for hospitalets forsknings- og uddannelsesdel højt.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgetlægning og -opfølgning er et centralt element i hospitalets styring. Budgetlægningen følger en fastlagt proces, som dels drives af regionens budgetprocesser og dels af samarbejdet med hospitalets afdelinger.

Budgetproces

Budgetlægningen tager udgangspunkt i afdelingernes historiske budgetter, PL-reguleringer samt eventuelle besparelser og merbevillinger til specifikke områder, fx udvidelser som følge af godkendt meraktivitet, tilskud fra kræftpakker eller politisk fokus på den ældre medicinske patient o. lign.

Allerede i foråret får afdelingsledelserne en indikation på, hvad den forestående økonomiaftale vil bringe af tiltag og krav. Dette tilskrives hospitalets økonomidirektør, som har en finger på pulsen ift., hvilke emner der er på den politiske agenda i regeringen og regionen. Økonomidirektøren kommunikerer nyheder ud til afdelingerne, så der tidligt i budgetlægningsprocessen kan være åben debat mellem afdelingslederkredsen og hospitalsledelsen om, hvordan forestående ændringer og eventuelle besparelser bedst muligt kan imødekommes. Denne debat drøftes i afdelingsledermøder og belyser også muligheder for tværgående besparelser og effektiviseringer. Hospitalsdirektionen har endvidere løbende dialog med afdelingerne om kommende nye behandlingsmetoder, som kan påvirke budgettet.

I juni modtager hospitalet den anslåede overordnede ramme fra Center for Økonomi inkl. eventuelle besparelser. Ved udmøntning af sparekrav søger hospitalsdirektionen først og fremmest at dække besparelser ved strukturelle ændringer, fx sammenlægning af afdelinger eller lukning af sengeafsnit. Sådanne idéer genereres centralt i et forum med afdelingsledelserne, men tager ofte udgangspunkt i ideer, som direktionen har baseret på dens løbende dialog med de enkelte afdelinger. Resten af et eventuelt sparekrav fordeles på afdelingerne baseret på en fordelingsnøgle, som tager udgangspunkt i afdelingernes økonomi og aktivitet, produktivitet. Det har hændt, at grønthøstermetoden er blevet anvendt. De endelige sparekrav er summen af regionens sparekrav samt hospitalets egne ”usynlige” sparekrav, som følger af, at merbevillinger ikke følger hospitalets reelle merudgifter. Afdelingernes budgetter er ikke til forhandling, men afdelingsledelserne har stor frihed til at fordele ressourcerne internt på afdelingerne.

I starten af august skal afdelingerne melde tilbage med konkrete besparelsesinitiativer. Hospitalsdirektionen samler og vurderer tiltagene sammen med afdelingerne og sender derefter samlet videre til godkendelse i regionsledelsen, forretningsudvalget og regionsrådet.

Hospitalets basisbudget (også kaldet Vedtaget budget) udmeldes ved Regionsrådets budget-vedtagelse i september. I december fastlægges afdelingernes basisbudgetramme for løn, øvrig drift og indtægter for det kommende år. Budgetgrundlaget pris- og lønreguleres til det nye års niveau.

Produktivitetskravet er generelt blevet udmøntet som aktivitetsstigninger frem for besparelser. I denne sammenhæng har direktionen vurderet vilkårene for de enkelte afdelinger, samt hvorvidt de har muligheder for at øge aktiviteten. Sådanne vurderinger baseres bl.a. på, om en given afdeling ligger over eller under det generelle produktivitetsniveau på hospitalet; om der er nok ’efterspørgsel’ til at

afdelingen kan øge aktiviteten; og om afdelingen har mulighed for at øge kapaciteten, herunder fx om den nødvendige rekruttering er mulig. For den officielle fordelingsnøgle, se Boks 10.

Boks 10

Præstationsbudgetlægning

For de afdelinger, der har taksstyring, fremkommer afdelingens mål for aktiviteten for 2017 som produktionsresultatet for 2016 opgjort i 2017-takster plus mellem 0-2 % aktivitetsvækst afhængigt af resultatet i 2016 (indtil suspenderingen af produktivitetskravet fra 2018)

- Hvis afdelingen i 2016 ikke når aktivitetsmålet, vil præstationsbudgettet for 2017 blive lig budgettet i 2016 (i 2017-takster) plus 2 %
- For afdelinger med ufinansieret meraktivitet i 2016 beregnes præstationsbudgettet for 2017 som resultatet i 2016 + 0-2 % meraktivitet, således at præstationskravet øges med minimum 2 % i forhold til budgettet for 2016
- Siden budget 2017 har det været et krav at minimum 1 % af de 2 % meraktivitetskrav prioriteres til løsning af problemer med udrednings- og behandlingsretten. Afdelinger bedes inden dialogmødet med direktionen fremsende forslag til, hvilke patientgrupper som vil blive prioriteret, samt hvilke ekstra ressourcer afdelingen vil prioritere til formålet

For hospitalets vedkommende vil et mindreforbrug, fx afledt af tilbageholdenhed som følge af usikkerhed om endeligt regnskabsresultat, kunne søges overført til ikke-varige driftsformål (apparaturskaffelser o. lign.) inden for en ramme på 0,4 pct. af hospitalets nettobevilling. Afdelingernes mer-/mindreforbrug bliver som hovedregel ikke overført mellem forskellige år, da eventuelle overskud samles på hospitalsniveau og anvendes til at dække merforbrug på andre afdelinger. Internt på hospitalet er det sjældent, at afdelinger bliver 'straffet' for mindreaktivitet, omend afdelingers budget formelt set bør reduceres med 50% af den manglende produktionsværdi. Dette skyldes, at man på hospitalsniveau generelt har kunne dække eventuelle underskud på nogle afdelinger vha. overskud på andre, og det har således ikke været et problem at nå det overordnede aktivitetsniveau.

Særligt øremærkede bevillinger, der ikke anvendes i indeværende år, vil kunne søges overført til færdiggørelse af projektet næste år. Der vil typisk være tale om eksterne bevillinger til særlige formål (projektmidler, fondsmidler), bevillinger afsat til etableringsformål (ombygning og indretning mv. af særlige funktioner) eller flerårige projekter. Overførslerne skal godkendes politisk i Regionsrådet, hvilket vil ske i forbindelse med 1. økonomi- og aktivitetsrapport i ultimo marts/primio april.

Økonomiopfølgning

Opfølgning på afdelingernes økonomi og aktivitet sker via udsendelse af månedlige Excel-regneark med rapporter på løn, øvrig drift, indtægter, og medicinforbrug samt tilhørende økonominotater, foruden opgørelser på hospitalets intranet "Insite" vedr. aktivitet. Regnearkene udsendes fra hospitalets økonomifunktion til afdelingerne og indeholder forbrug inden for en lang række poster, herunder løn, særydelser, uddannelse, vikarforbrug, medicinforbrug, laboratorieforbrug mv. Afdelingsledelserne har særligt ansvar for at oplyse om den forventede udvikling af afdelingens løn- og øvrig driftsforbrug samt aktivitet, såfremt der forventes væsentlige afvigelser i forhold til det budgetterede. Økonomiafdelingen gennemgår kalkulerne med afdelingsledelserne og udarbejder der på én overordnet månedlig rapport til direktionen.

Generelt arbejder hospitalet og alle afdelinger mod, at budgetter går i "nul". Eventuelle overskud på enkelte afdelinger monitoreres løbende af økonomiafdelingen gennem året og anvendes til at dække andre afdelingers eventuelle underskud.

Ud over de månedlige skriftlige opfølgninger afholder økonomiafdelingen møder med de enkelte afdelingsledelser hver 2-3. måned, hvor prognoser for året diskuteres. Afsnitsledergruppen deltager også, så alle har indsigt i økonomien. Hvis der er behov for hyppigere opfølgning som følge af de månedlige rapporter, afholdes disse med afdelingerne ad hoc.

Hospitalets budget bliver korrigeret fire gange om året i forbindelse med udarbejdelsen af en økonomirapport (kaldet 1.ØR, 2.ØR, 3.ØR og 4.ØR). Hver økonomirapport bliver forelagt Regionsrådet med henblik på politisk beslutning ift. godkendelse, bevillingsændringer, korrektioner etc. Budgetkorrektionerne indeholder bl.a. ændringer, som hospitalet forinden har indgået aftale, evt. med andre hospitaler. Materiale, der skal diskuteres i forbindelse med behandlingen af økonomirapporterne skal indsendes typisk omkring marts, maj, august og november.

Ved budgetårets begyndelse er der typisk sket en række ændringer efter, at budgettet er vedtaget i september. Der bliver derfor beregnet et såkaldt oprindeligt budget, der indeholder korrektioner siden budgetvedtagelsen (dvs. 3. og 4. ØR i det forgående budgetår, inkl. pris- og lønregulering heraf).

I 4. økonomirapport bliver både driftsbudget og investeringsbudgettet korrigeret med de forventede overførsler til næste år. De endelige beløb bliver overført i 1. Økonomirapport i det nye år forudsat Regionsrådets godkendelse.

Driftsmål og daglig styring

Administrationen udarbejder ugentlige rapporter til "Datadrevet Ledelse" til afdelingerne (se eksempel i Figur 11). Disse rapporter indeholder links til Insite, hvor afdelingerne kan tilgå opdateret data inden for de af regionens driftsmål, som er relevante for de enkelte afdelinger. Afdelingerne kan derpå anvende relevant data på de ugentlige tavlemøder med personalet. Hospitalets direktører deltager i de enkelte afdelingers tavlemøder hver tirsdag for at have "en finger på pulsen". Deltagelsen bidrager også til direktionens indsigt i, hvordan driften forløber, samt hvor der eventuelt måtte være overordnet effektiviseringspotentiale.

Data kan tilgås på forskellige aggregeringsniveauer, og man kan således grave dybere i enkelte parametre på fx afsnitsniveau. På afdelingsniveau monitorerer man visse styringsparametre på endnu højere detaljeringsniveau, fx holder man i akutmodtagelsen øje med ventetider indtil tilset af en læge samt antal patienter med diagnose inden for fire timer (parameter er ved at blive tilføjet i styringen). Generelt kan alle på hospitalet tilgå data på Insite, hvilket således skaber transparens i styringen mellem direktionen og de enkelte afdelinger og afsnit. Data fra Insite anvendes ugentligt på afdelingsniveau til tavlemøder og detaljeret indsigt i eventuelle udfordringer. Ikke alle parametre fra den ugentlige rapport fra ledelsen (jf. Figur 11) følges nødvendigvis slavisk, men afdelingerne udvælger hvilke, der på et givent tidspunkt, giver mening for dem at følge op på.

Figur 11: Eksempel på data indeholdt i ugentlig rapport til Fysio- og Ergoterapiafdelingen uge 46 2017

Tilfredshed	til og med
✓ Den Løbende Patienttilfredshedsmåling *	uge 44
Levering	til og med
✓ Epikriser afsendt inden for 1 hverdag *	uge 44
✓ FMK ajourføring *	uge 44
Føreløbstider for kræftpatienter *	juni
✓ Udredningsret (uden selvvalgt ventetid), antal udredte	uge 44
✓ Udredningsret (uden selvvalgt ventetid), overholdelse *	uge 44
✓ Udskrivninger på afdelingsniveau	uge 44
✓ Udskrivninger på hospitalsniveau	uge 44
Kvalitet	til og med
Antibiotika * (liste over indholdsstoffer)	oktober
Kliniske kvalitetsdatabaser *	sep., 2016
PDA ved blodprøvetagning	uge 43
✓ Stregkodescanner anvendt ved medicinadministration	uge 44
Uventede hjertestop (samlet BFH-niveau) *	uge 06
Utsigtede hændelser	oktober
Produktivitet	til og med
✓ Aftale tjek ind	08. nov.
Biologiske lægemidler, DDD	juli
Biologiske lægemidler, udgifter	juli
Budgetoverholdelse - Aktivitet *	april
Budgetoverholdelse - Lønforbrug	september
Budgetoverholdelse - Medicinudgifter	september
Budgetoverholdelse - Samlet økonomi *	september
Effektivitetsindeks (produktivitet) *	marts
Medarbejdere og ledere	til og med
✓ Sygefravær *	september
Uddannelsesevaluering	3. kvartal 2017

Effektiviseringer og forbedringer

Effektiviseringer drives både ”nedefra” på afdelings- og afsnitsniveau samt fra centralt hold igennem fx sparerunder (jf. *Budgetproces*). Nogle afdelingsledelser arbejder løbende med effektiviseringer, og tiltag der udspringer heraf realiseres dels løbende via budgetsager (hvis tiltaget påvirker aktiviteten) og dels samles de i en pipeline, som kan anvendes til at realisere de årlige besparelser. Andre afdelinger skal ’skubbes’ i gang, typisk ved udmøntning af sparekrav.

Tværgående samarbejde og prioriteringer

Internt på hospitalet

Samarbejdet med andre afdelinger er ifølge ledelsen og afdelingerne generelt velfungerende. Det løbende samarbejde faciliteres bl.a. via samarbejds møder, hvor afdelinger med store snitflader diskuterer samarbejdet, og fx foretager Neurologisk Afdeling ”komplekskald” på tværs af specialer for konkrete (komplekse) tværgående patienter. Dertil kommer månedlige møder mellem afdelingsledelserne. Dog giver Neurologisk Afdeling udtryk for, at forskellige kulturer mellem afdelinger, delvis mangel på tillid samt diskussioner vedrørende hvordan udgifter skal allokeres modarbejder et styrket samarbejde på tværs af afdelinger.

Med kommuner og almen praksis

Hospitalsledelsen oplever generelt et godt dag-til-dag samarbejde med Københavns og Frederiksberg Kommune i forbindelse med udskrivelse af patienter. I denne forbindelse er hospitalet begunstiget af kun at have to samarbejdskommuner, også selv om der er visse udfordrende optageområder i kommunerne. Samarbejdet er konstitueret ved, at kommunale udskrivningskoordinatorer har deres daglige gang på hospitalet og derved bidrager til en god patientovergang til den kommunale sundhedspleje. Senest har fordoblingen af den kommunale takst for en færdigbehandlet patient pr. 1/1-2017 haft en positiv effekt på antallet af patienter, som udskrives fra hospitalet og viderebehandles/-plejes i kommunen: Fra 4. kvartal 2016 til 3. kvartal 2017 er antallet af færdigbehandlingsdage næsten halveret på landsplan, primært drevet af et stort fald i Region Hovedstaden. Kommunerne har herved øget deres kapacitet til at modtage flere patienter fra hospitalet.

Ligeledes har hospitalet regelmæssig kontakt til almen praksis via praksiskoordinatorer og samarbejdskonsulenter, og værdibaseret styring er et redskab man forsøger at inddrage i samarbejde med både almen praksis og kommuner.

Det tværsektorielle samarbejde er primært drevet af projekter som drives lokalt fra hospitalet og kommunerne, se Boks 11. Nogle projekter drives også centralt fra regionen, fx startede TrygFonden et regionalt projekt, men her endte Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune med at være de eneste, som bød ind og dermed deltog.

I samarbejdet med den kommunale sundhedspleje giver hospitalsledelsen udtryk for, at det er en udfordring, at plejehjem ikke er kvalificerede til at tage imod *syge* ældre borger. Dermed må disse patienter forblive på hospitalet, hvilket er uhensigtsmæssigt for patienten såvel som for hospitalets kapacitet og samt især kommunernes økonomi.

Boks 11

Projektdrevne initiativer på Bispebjerg

- Tværsektoriel Udregningsenhed (TUE) er et 3-årigt samarbejdsprojekt mellem Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital og er udsprunget af en tillægsaftale til Sundhedsaftalen under overskriften 'Tidlig indsats'. TUE har til formål at give sårbare ældre og andre medicinske patienter et hurtigt, sammenhængende og målrettet patientforløb. Kommunalt ansatte sygeplejersker på hospitalet modtager, plejer, koordinerer ophold og følger op på borgerforløb i tæt samarbejde med hospitalets læger, som foretager udredning, behandling og visitation. TUE bidrager dermed til unødvendige indlæggelser
- Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Københavns Kommune og Dansk Selskab for Patientsikkerhed indledte i begyndelsen af 2017 et samarbejdsprojekt, der med fokus på den ældre borger skal nedbringe ventetiden på udskrivelse fra hospitalet og reducere antallet af akutte genindlæggelser

Oplevede fordele og ulemper

Det er hospitalsledelsens opfattelse, at det tværsektorielle samarbejde i høj grad er nødt til at udspringe fra nationalt eller regionalt niveau, da det ellers kan være udfordrende at aktivere sådanne samarbejder med kommune og praksis. Fx er samarbejdet med praksis udfordret af skævvridninger i de økonomiske incitamenter for begge parter: Praksis vil honoreres for alle ydelser og kontakter, og

hospitalet mister som udgangspunkt aktivitet ved at flytte opgaver over i praksis. I denne forbindelse er håbet, at en ny overenskomst vil give nye og bedre muligheder for et øget samarbejde, herunder bl.a. ved at definere, hvad der *skal* flyttes ud i almen praksis.

Det er hospitalsledelsens opfattelse, at udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde hypotetisk set kan afhjælpes ved, at man lægger det kommunale sundhedsansvar ind under hospitalerne, så disse nemmere kan styre, hvilke kompetencer og tilbud den kommunale pleje skal tilbyde, samt hvilke patienter, som sendes dertil og hvornår.

I det store og hele har de nationale rammer og mål haft en positiv effekt på hospitalsvæsenet. Fx giver ledelsen udtryk for, at pakkeforløbene været med til at øge kvaliteten af behandlingen for disse patienter gennem standardiserede behandlingsforløb og ventetidsgarantier. Ligeledes har ventetidsgarantier sænket den generelle ventetid på udredning og behandling signifikant.

Dog opleves det, at målene til dels er unuancerede og ikke altid veldefinerede. Fx er det ikke tilstrækkeligt at måle på andelen af patienter, som er udredt inden for garantien, da der er stor forskel på, hvordan forskellige hospitaler definerer, hvornår patienter står "til udredning". Man er således nødt til at kigge på både tæller og nævner og gerne tydeliggøre definitionen af, hvornår en patient venter på udredning og er udret for at undgå usammenligneligt datagrundlag mellem hospitaler, som det angiveligt er tilfældet i dag. Derudover opfattes mange af målene for rigide, idet de ikke altid tillader faglig prioritering af patienter. Fx ender hospitalet ofte med at bruge uforholdsvist meget tid og energi på patienter, som er lige ved at nå målgrænsen, selv om det fra et fagligt perspektiv ikke ændrer på patientens situation, om denne behandles én dag før grænsen eller et par dage efter. Således indsnævres råderummet til at prioritere mere kritiske patientsituationer. Ydermere kan ventetidsgarantier også være med til unødigt at drive aktiviteten op på visse områder. Et eksempel kan være inden for ortopædkirurgi, hvor nogle patienter faktisk ville have bedre af at afvente en eventuel operation.

Direktionen oplever, at politiske initiativer og dertilhørende bevillinger kommer meget pludseligt fra stat eller region, hvorved hospitalerne ikke har tilstrækkelig tid til at tænke over, hvorledes disse kan effektueres. Dertil kommer, at administrationen gerne allerede efter et halvt år vil se resultater. Dette medfører samlet set, at systemet til tider styrer for tilfældigt ift., hvad der vurderes at give bedst mening for sundhedssektoren og samfundet.

Hospitalsdirektionen oplever det som værende vanskeligt at få aktivitetsnedsættende budgetsager godkendt i Center for Økonomi. Førhen var dette angiveligt lettere, eftersom der da ikke var udfordringer med at nå det overordnede aktivitetskrav i regionen.

Styring på afdelingsniveau

På afdelingsniveau er man bevidst om, at økonomi og aktivitet skal overholdes, men så længe dette er tilfældet, er der kun begrænset fokus på budgetoverholdelse i den daglige styring. Dernæst styres der i høj grad efter faglig kvalitet og overholdelse af nationale mål. Hertil er jævne opfølgninger på afsnittenes målsætninger med til at sikre en god, stabil drift. Konkrete indsatsområder – ud over de faste driftsmål – kan skifte over tid og varer typisk 1-3 måneder ad gangen. Hvis en afdeling gentagne gange ikke overholder fx de nationale rammer italesættes dette af en 'kontaktdirektør'.

Økonomi – budget og aktivitet

I løbet af foråret er der dialog mellem afdelingsledelserne og direktionen om forventningerne til det kommende års budget. Man diskuterer bl.a. muligheder for tværgående besparelser/effektiviseringer

for i fællesskab at udforske, hvor besparelser vil påvirke patienterne mindst. Hver afdeling kæmper for sit, men der er gensidig respekt. Før sommeren udmelder hospitalsledelsen de konkrete besparelseskra v til hver afdeling, hvorefter afdelingerne finder tiltag, som kan realisere disse. På fx Fysio- og Ergoterapeutisk Afdeling forsøger man at tackle sparekravene i et afsnitslederforum. Det er ikke unormalt, at afdelingerne i løbet af året tænker over mulige spare-/effektiviseringstiltag for at være på forkant med eventuelle sparekrav; årlige sparekrav og kommer sjældent som en overraskelse, jf. afsnittet *Styring på hospitalsniveau, Økonomi – budget og aktivitet*. Dog er der ikke en systematisk proces herfor. Forventningen om sparekrav resulterer nogle gange i, at afdelinger i løbet af året ikke iværksætter identificerede effektiviseringstiltag, så disse i stedet kan benyttes i forbindelse med specifikke sparerunder. Et eksempel herpå er sammenlægning af ambulatorier på Neurologisk Afdeling.

Presset fra den øgede efterspørgsel inden for givne rammer foranlediger en naturlig tilgang til arbejdsgangsanalyser og samarbejdsprojekter på de enkelte afsnit og afsnit imellem for at effektivisere arbejdsprocesser (for eksempler herpå, se Boks 12). Effektiviseringer udspringer ofte ved arbejdsmiljøudfordringer, hvor fx det, at medarbejdere ikke føler, de kan finde hinanden, foranlediger, at man gentænker personalets arbejdsgange. Arbejdsgangsanalyser kan fx være drevet af afdelingsledelsen og støttet op om fra staben. Fysio- og Ergoterapiafdelingen har fx en forsker ansat, som bruger op mod halvdelen af sin tid til at udføre stabsfunktioner ift. analysearbejde som bl.a. supporterer datadrevne effektiviseringer.

Boks 12

Eksempler på effektivisering

- Tidligere blev Neurologisk Afdeling tilkaldt ved alle hovedtraumepatienter i akutmodtagelsen. Nu har akutmodtagelsen og Neurologisk Afdeling i fællesskab udviklet et flowchart, der har bevirket, at akutmodtagelsens læger i højere grad selv kan håndtere hovedtraumepatienter
- ”Bagvagt i front”: Mere erfarne læger assisterer yngre læger i at beslutte, hvilke undersøgelser og behandlinger, patienter skal modtage. Dette har medført, at unødvendige undersøgelser i mindre grad gennemføres

I december måned fastlægges afdelingernes basisbudgetramme for løn, øvrig drift og indtægter for det kommende år. Aktivitetsbudgettet udmeldes i starten af det følgende år og tager direkte afsæt i sidste års aktivitetsniveau. Løbende justeringer af budgettet via budgetsager er muligt men tager op mod et halvt år at få behandlet, se eksempel i Boks 13.

Boks 13

Eksempel på budgetsag på Neurologisk Afdeling

Førhen kunne sub-akutte patienter blive indlagt om aftenen og først behandlet næste morgen. Dette gav en høj aktivitetsværdi, men var ikke altid hensigtsmæssigt for hverken patient (baseret på lægefaglig vurdering) eller hospitalets økonomi og kapacitet. Efter godkendelse af en budgetsag kan sådanne patienter, baseret på lægefaglig vurdering, nu sendes hjem i egen seng i stedet for at overnatte – og være indlagt – på hospitalet og derefter komme til (ofte ambulant) behandling næste dag.

Så længe det samlede budget på afdelingsniveau overholdes, kan det accepteres, at enkelte afsnit overskrider rammerne – der er solidaritet på tværs af afsnit. På afdelingsniveau får et mindre overforbrug som regel ikke konsekvenser for det kommende budgetår, hvis det kan godtgøres over for hospitalsledelsen. Ved underforbrug går det resterende beløb til hospitalets overordnede budget. Der er økonomiske konsekvenser ved både mer- og mindreaktivitet: ved meraktivitet øges baseline det efterfølgende år, og ved mindreaktivitet sænkes den budgetmæssige ramme.

Omfordeling af personale (og lønkroner) mellem afsnit foretages primært langsigtet og baseres på data omkring aktivitet og afdelingernes patientflow (SKS-data på Fysio- og Ergoterapi afdelingen) og patientpres inden for de enkelte specialer.

Ved overtagelse af patientgrupper fra andre hospitaler eller afdelinger skal man som afdeling udarbejde en case med beskrivelse af forventet meraktivitet og derfra forhandle budget med det afgivne hospital/afdeling; hertil er der ikke en fast 'budgetvejledning'.

Driftsmål og daglig styring

I forbindelse med budgetlægningen indgår afdelingerne dialogaftaler med hospitalsledelsen, som specificerer en række målsætninger for de enkelte afdelinger, herunder budget, normeringer og forventninger til aktivitet (se

Tabel 1). Nogle målsætninger er fastsat af ledelsen mens andre kan sættes af afdelingerne selv. Driftsmål inkluderer fx mål inden for implementeringen af Sundhedsplatformen, kvalitet, patienttilfredshed, levering (herunder kræftpakker, udredning, epikriser, FMK-ajourføring, antibiotikaforbrug), udeblivelser og afbud, sygefravær, forskning og produktivitet (budgetoverholdelse inden for økonomi og aktivitet). Mange af disse mål indgår i den daglige styring på afdelingerne.

Styringen og fokus på både økonomi og kvalitet udmøntes og forankres hos personalet via nærværende ledelse på alle afsnit. Tavlemøder er ét værktøj mens generel dialog anvendes hvis et afsnit har særlige udfordringer. På de kliniske afdelinger er der daglige morgenkonferencer med alle læger, hvorigennem der bl.a. kapacitetstyres. Ved komplekse patientsager sætter forskellige speciallæger sig sammen på tværs af specialer i såkaldte ”komplekskald” for at koordinere det bedste forløb for patienten. Derudover afholdes en række møder internt på afdelingerne og afdelingerne imellem. På ugentlige tavlemøder mellem en given afdelingsledelse og dennes afsnit vendes drifts- og kvalitetsmål. Derudover er der tavlemøder med afdelingsledelserne, hospitalsledelsen og kontaktdirektøren hver anden uge. Her diskuteres nyeste data for driftsmålene, og der laves fælles problemløsning. Afdelingsledere forsøger endvidere at være synlige på alle afsnit igennem fx ”floor walks”, hvori ledelsen får en mere nuanceret fornemmelse af, hvordan situationen er ude i klinikkerne.

Tabel 1: Eksempler på driftsmål fra Dialogaftaler med interviewede afdelinger

Driftsmålstyringsparametre	Neuro. Afd.	Fys-Ergo. Afd.
Sundhedsplatformen		
Antal uddannede personale	X	X
Antal certificeret personale	X	X
Reduktion i minutter, der er dikteret	X	
Tilfredshed		
"Er du tilfreds med besøgets forløb?"	X	X
"Lyttede personalet til dig?"	X	X
Udarbejde handleplan for 'patientansvarlig læge'	X	
Levering		
Overholdelse af kræftpakketider	X	
Opfyldelse af udredningsgarantien	X	
Elektroniske epikriser inden for én dag	X	
FMK afstemt inden for 2 timer efter udskrivelse	X	
Anvendelse af PDA ved medicinering	X	
Anvendelse af PDA ved blodprøvetagning	X	
Kvalitet		
Antibiotikaforbrug		
Andel af penicilliner ift. det samlede forbrug	X	
Faldende antibiotikaforbrug	X	
Kliniske kvalitetsdatabaser, "Kongeindikator"	X	
Løbende færre uventede hjertestop	X	
Dysfagi: Henviste patienter udredt og trænet		X
Medarbejdere og ledere		
Samlede sygefravær	X	X
Forskning		
Antal registreringer i PURE i 2017	X	X
Personaleressourcer anvendt på forskning	X	X
Produktivitet		
Budgetoverholdelse økonomi	X	X
Budgetoverholdelse aktivitet	X	X
Udvikling i effektivitet	X	X

Note: Størstedelen af målopfyldelseskriterierne opgives som procentsatser

På Fysio- og Ergoterapeutisk Afdeling blev der desuden lagt vægt på, at der ikke detailstyres. Der er stor tillid til, at medarbejdere træffer faglig kvalificerede valg og prioriteringer. God patientkvalitet er i sidste ende drevet af den enkelte terapeut, og det er således afdelingsledelsens opgave at fostre gode rammer og guidelinjer samt høj medarbejdermotivation. Herunder hører også tiltro til, at medarbejderne bedst kan vurdere, hvordan man skal prioritere, når arbejdsgange skal effektiviseres eller kortes ned. For at understøtte dette, arbejdes der ud fra vejledninger samt prioriteringstrekanter, der tilsammen skal sikre konsistent behandling og fagligt niveau.

Oplevede fordele og ulemper

Hospitalets ledelse er nærværende, og afdelingerne er generelt tilfredse med dialogen med hospitalsledelsen. Styringsrationaler er historisk funderet i faglighed, og der opleves stor gennemsigtighed op gennem systemet ift. nationale og regionale mål samt, hvordan disse er fortolket og udmøntet på hospitalet. Derudover har afdelingerne frihed til at prioritere i deres budgetter, så længe disse overholdes og driften og indsatser forløber tilfredsstillende. Der er således ikke en oplevelse af ”overstyring” fra hospitalsledelsens side.

De nationale rammer kan dog opleves overstyre i den forstand, at mange mål og indikatorer er rigide og ikke tillader faglig prioritering af patienter – nogle parametre monitorerer man desuden udelukkende for rapporteringens skyld og ikke, fordi det giver mening for afdelingen eller patienterne. Dette begrænser ledelsesrummet og kreativiteten på afdelingerne. Neurologisk afdeling udtrykker, at hvis der var mere frihed til at definere lokale driftsmål, ville visse kvalitetsmål ville blive udskiftet med andre, som er mere meningsfulde for den enkelte afdeling. Det er en hjælp at have overordnede målsætninger, men der efterlyses mere fleksibilitet til at tilpasse målene for den enkelte afdeling.

Hospitaler er store, komplekse organisationer med mange ledelseslag. Mange processer er igennem tiden blevet fastforankret i organisationen og er derfor svære at ændre. I forlængelse heraf er systemet meget professionshierarkisk, hvilket er med til at skabe en faglig siloopdeling. På Fysio- og Ergoterapiafdelingen efterspørger man eksempelvis, at terapeuter også ansættes direkte i andre afdelinger således, at den faglige ledelse på sigt ikke indsnævres til udelukkende at være læger og sygeplejersker.

I det tværsektorielle samarbejde ville det være en fordel, hvis der var mere fælles personale på tværs af sektorer, som kan bidrage til en gnidningsløs patientudskrivelse fra hospitalet.

Case – Bornholms Hospital

Introduktion til hospitalet

Bornholms Hospital er et akuthospital for Bornholms Regionskommunes ca. 40.000 indbyggere samt ca. 600.000 turister, som hvert år besøger øen. Hospitalet har et driftsbudget på 400 mio. kr., 550 fuldtidsansatte og 102 sengepladser. Bornholms Hospital er det eneste af regionens hospitaler, som ikke har aktivitet på tværs af flere matrikler. I 2014 varetog hospitalet 8.300 indlæggelser og 63.500 ambulante besøg.

Hospitalet er et basishospital, hvorved forstås, at kun få specialer varetages – inden for bl.a. intern medicin, kirurgi, anæstesiologi, diagnostik og ergo- og fysioterapi – men har grundet de geografiske forhold også en akutmodtagelse. Rigshospitalet og Bispebjerg Hospital varetager for Bornholms beboere de hoved- og specialefunktioner, som Bornholms Hospital ikke tilbyder. Den lægelige bemanning sikres for nogle specialers vedkommende via samarbejdsaftaler og konsulentfunktioner med regionens øvrige hospitaler. I denne analyse Hospitalsdirektionen, Administrationen samt ledelserne på Medicinsk Afdeling og Kirurgisk Afdeling interviewet.

Fra 2016 har Bornholms Hospital haft status som udviklingshospital (se Boks 14), hvilket betyder, at hospitalet er fritaget fra regionens takststyringsmodel. Målet er at afprøve en ny styrings- og afregningsmodel, der har til formål at give samfundet mere sundhed for pengene samtidig med, at patienter og borgere bliver mere tilfredse med sundhedsvæsenet. Hospitalet vil i løbet af projektperioden fra september 2016 til udgangen af 2018 forsøge at finde og styrke ydelser på tværs af afdelinger, hospitaler, kommune og almen praksis, som forbedrer den faglige kvalitet og understøtter et sammenhængende patientforløb.

Boks 14

Delprojekter i Udviklingshospital Bornholm

Udviklingshospital Bornholm består af otte delprojekter, som afprøver mulighederne for at styre efter andet end aktivitet samt definerer en række tiltag for at synliggøre og skabe værdi for patienterne:

- Fælles og fleksible ambulatorier
- Ny visitationsform for akutte patienter
- Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis
- Patientrapporterede oplysninger om behandlingsresultater (PROM-data)
- Bedre bestilling og brug af diagnostik
- Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår
- Bedre fysiske rammer
- Følg patienternes præferencer for den sidste levetid

Styring på hospitalsledelsesniveau

Bornholms Hospital styring tager afsæt i regionens overordnede strategi, Fokus og Forenkling, samt de tilhørende driftsmål, som indeholder målkrav inden for regionens fem definerede kategorier: tilfredshed, levering, kvalitet, medarbejdere og ledere, samt produktivitet.

Grundlæggende er budgetoverholdelse den vigtigste styringsparameter; budgetoverholdelse er afgørende for, at der skabes frirum til at fokusere på de ting, som skaber værdi for patienten. Personalet bruger meget tid på at sikre god kapacitetsudnyttelse, således at udredningsret og behandlingsgaranti overholdes og ventetider er acceptable.

Når budgetoverholdelse og kapacitet er på plads, koncentrerer ledelsen sig om, at den faglige kvalitet sikres i personalets arbejde. Hertil benyttes bl.a. patienttilfredshedsmålinger samt klager og ros i det omfang, at graden af detaljer tillader brug til rutinemæssig styring. Derudover styres der direkte på regionale kvalitetsparametre som fx udsendte epikriser inden for 24 timer eller ajourførte FMK; der styres efter disse parametre snarere fordi der findes tilgængelig og rettidig data hertil end at det skaber mere værdi for patienten.

Der er et generelt ønske om at bevæge sig fra administrativ ledelse til mere klinisk styring. Dette udfordres dog af et generelt manglende datagrundlag for kvalitetsparametre på tværs af hospitalet, fx sepsisdødelighed. De kliniske databaser er overvejende specialespecifikke, og grundet størrelsen og sammensætningen af specialer på hospitalet er disse specifikke indikatorer svære at anvende i den løbende styring på Bornholm. Hospitalsledelsen forventer, at den fulde implementering af Sundhedsplatformen vil kunne bidrage til et bedre datagrundlag på sigt.

På trods af at Bornholms Hospital er fritaget fra regionens takststyring, monitoreres afdelingernes aktivitet fortsat – dog styres der ikke efter det i den forstand, at der ikke er økonomiske konsekvenser for hospitalet eller afdelingerne, hvis det forventede aktivitetsniveau ikke opnås. Aktivitet ses som et brugbart redskab til at skabe gennemsigtighed i, hvad der produceres på afdelingerne. Der er således større fokus på antallet af kontakter og unikke CPR-numre, fordelingen og udvikling i stationær og ambulante besøg mv. frem for produktionsværdi.

Styringen effektueres mod hospitalets afdelingsledelser via dialogaftaler, som definerer lokale mål for de enkelte afdelinger. Disse mål fastsættes i samarbejde mellem direktionen og afdelingerne og kan være lokale af karakter, men skal som udgangspunkt indeholde mindst ét parameter inden for hver af de fem regionale driftsmålskategorier (tilfredshed, levering, kvalitet, medarbejdere og ledere, produktivitet).

Grundet hospitalets særlige optageområde er ~80% af patienterne kendte i forvejen. Hospitalet arbejder derfor med at klassificere patienter med kendt vs. ukendt på hospitalet, *før* der tages stilling til, om patienten skal indgå i et akut- eller ikke-akutforløb. Ved at udnytte den viden, som i forvejen findes om patienterne, kan hospitalet udnytte dets knappe ressourcer mere hensigtsmæssigt.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgetproces

Afdelingernes budgetter er overvejende historisk baserede, PL-fremskrevet og justeret ift. eventuelle budgetsager. Det er som oftest kun, når der skal udmøntes besparelser eller ved budgetsager, at der omprioriteres mellem afdelinger eller laves (marginale) ændringer. Omprioriteringer mellem afdelinger ”godkendes” i afdelingslederfora og sker oftest kun ved organisationsændringer.

Afdelingsledelser har fuld metodefrihed til at udmønte budgetterne internt på afdelingerne – og deriblandt omprioritere mellem afsnit – uden direktionens eller administrationens direkte involvering.

Budgetlægningen begynder i januar, hvor afdelinger vurderer eventuelle mer- eller mindreudgifter for det kommende budgetår og angiver dette til administrationen. I denne forbindelse kan hospitalet ansøge om engangsbevillinger til fx anlægsudvidelser – den faste investeringsramme er på ca. 800.000 kr. Ved tildeling af puljepenge til afdelinger udbetaler hospitalsadministrationen typisk ikke alle pengene til den pågældende afdeling på én gang, da administrationen først vil se, hvorledes midlerne anvendes.

I juni modtager hospitalet den anslåede overordnede budgetramme fra Center for Økonomi inkl. eventuelle besparelser. Umiddelbart derefter udmelder hospitalsledelsen sparekravene på afdelingsniveau. Sparekravene bliver ofte fordelt mellem afdelingerne baseret på eventuelle organisatoriske ændringer samt en ledelsesmæssig vurdering fra direktionen – herunder hvor det vil ”gøre mindst ondt” for helheden, samt hvor der vurderes at være ledelseskraft til at drive besparelsen. Til tider er grønthøsterbesparelser blevet anvendt, og det angives, at afdelinger sjældent selv proaktivt kommer med tiltag og idéer til, hvor der kan spares.

Ultimo juli/primus august melder afdelingerne tilbage med konkrete tiltag til, hvorledes de pålagte sparekrav kan realiseres, hvortil hospitalsledelsen foretager en samlet vurdering af initiativerne på tværs. Det påpeges, at der er en generel mangel på analysekraft på hospitalet til detaljeret kvalificering af besparelsesinitiativer. Derudover er alle organisationens arbejdsprocesser efterhånden så strømlinede qua tidligere års sparekrav, at vedvarende besparelser i høj grad vil medføre en reduktion i antallet af medarbejdere.

Den overordnede budgetramme for hospitalet ligger fast ultimo september efter godkendelse i forretningsudvalgets og regionsrådets 2. behandling. Afdelingerne har derpå til ultimo januar til at detailbudgettere. Internt på hospitalet er der en løbende dialog mellem administrationen og afdelinger ang. detailbudgettering. Økonomifunktionen er centralt organiseret, hvilket faciliterer nemmere omprioritering som følge af et samlet overblik.

Center for Økonomi i regionen leverer desuden data med aktivitetsregnskab i det nye års takster i begyndelsen af det pågældende år. Der udmeldes ikke en konkret aktivitetsbaseline, idet hospitalet er frisat fra takststyring.

Økonomiopfølgning

Økonomiopfølgningen er forankret i hospitalets administrationsfunktion, som løbende følger udviklingen i afdelingernes økonomi og aktivitet. Dertil afholder administrationen formelle månedlige budgetopfølgninger – prognosemøder – med de enkelte afdelingsledelser. Forud for prognosemøderne sender administrationen til de enkelte afdelingsledelser en *Business Warehouse (BW)*-rapport på økonomi, herunder løn, øvrig drift, konsulentbrug, vikarbrug, kursuspuljer, medicin forbrug mv., som afdelingerne skal forholde sig til på forhånd (se eksempel på BW-rapport for diagnostisk afdeling i

Figur 12). For fx Diagnostisk Enhed sammenholdes brugen af lægelige konsulenter og vikarer med forbruget af radiologiske læger. I realiteten er dataene i BW-rapporten dog for aggregeret, så selvstændige opgørelser på de enkelte områder medsendes og er det primære fokus. Størstedelen af tiden bruges på lønopfølgning. Erfaringsmæssigt ved administrationen, hvor de enkelte afdelinger har udfordringer, men hver afdelings parametre gennemgås alligevel slavisk. Derudover sammenlignes periodens prognoseafvigelser med forrige år.

Figur 12: Uddrag fra faneblad på Centrallaboratoriet fra Diagnostisk Enheds BW-rapport

						ATD Forbrug JAN - SEP 2017	Budget 2017	Forbrug 2016
						DKK	DKK	* 1.000 DKK
Profitcenter	PSP-element		Artskonto					
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13050	Lægelige kons, diagnostisk	Løn	Resultat	Skjult		
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13050	Lægelige kons, diagnostisk	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13050-00001	Lab.konsulent, 3001	Løn	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13050-00001	Lab.konsulent, 3001	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13050-00002	Mikrobiologi, 3008	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13050-00003	Ultralydsdiagnostik, 3064	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13091-00001	Ledelsen, Diagn.	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13091-00002	Læger, Diagn.	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13091-00003	Sygeplejen, Rad.	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13091-00004	Sygeplejen, Mammografi	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13091-00005	Bioanalytikere	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13091-00006	Lægeseekretærer, Diagn.	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	L-13098-00004	Småanskaffelser, Diag lægesekre	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	#	Ikke allokert	Løn	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	#	Ikke allokert	Drift	Resultat			
1000A13805	Diagnostisk enhed	#	Ikke allokert	Indtægter	Resultat			

Fra centralt hold i hospitalsadministrationen følges desuden aktivitetsudviklingen på de enkelte afdelinger for at undgå utilsigtet ændret adfærd som fx fald i aktivitet og stigende ventelister. Førhen blev aktivitet også gennemgået på prognosemøderne, men grundet hospitalets lille størrelse kunne aktivitet være meget volatil og ikke retningsgivende for eventuelle tendenser.

Driftsmål og daglig styring

Hospitalsledelsen følger op på driftsmålsparametre såsom udredning, FMK-ajourføring, epikriseudsendelser og økonomi på baggrund af FLIS-data samt i forbindelse med "Lederforum", som afholdes hver 14. dag med afdelingsledelser, direktion, administration og stab. Her diskuteres driften generelt samt udfordringer på tværs af hospitalet og ad hoc emner. Hver anden gang startes Lederforum som tavlemøde, hvor driftsmål gennemgås i detaljer. Her drives agendaen af afdelingerne, og hvis en afdeling ikke imødekommer et givent mål, skal denne udarbejde en handleplan forud for mødet.

Derudover afholder ledelsen løbende møder med afdelingsledelser både enkeltvis og sammen, hvor fx økonomi eller overordnede udfordringer er på dagsordenen. Hver 6. uge er der dialogmøder med de enkelte afdelingsledelser hver for sig, hvor økonomi vendes, samt generel drift og udvalgte ad hoc punkter vendes. Direktionen har ligeledes åben kontortid hver tirsdag ("direktionsmøder"), hvor afdelinger kan få sparring til ad hoc udfordringer eller ønsker om godkendelse til at lave interne ændringer.

Hospitalsledelsen lægger stor vægt på god kapacitetsudnyttelse og godt patient-flow således, at patientrettigheder overholdes. I denne forbindelse har ledelsen fx undersøgt patient-flow og indlæggelsesfrekvens for at frigøre kapacitet til at møde efterspørgslen inden for de givne rammer.

Effektiviseringer og forbedringer

Effektiviseringer realiseres dels i forbindelse med besparelsesrunder, som drives af hospitalsledelsen (mere herom under *Styring på afdelingsniveau*), og dels på afdelingerne, hvor arbejdsgange effektiviseres løbende for at imødekomme en øget efterspørgsel inden for givne fysiske og økonomiske rammer. Effektiviseringer diskuteres på afdelingsniveau løbende i Lokale Medarbejder Udvalg. Tiltag

realiseres ofte kun på afdelingsniveau, hvis de er faglig drevet og til gavn for patienten. Ledelsen har centralt fx kigget på patient-flow og indlæggelsesfrekvens, herunder omlægning af stationære til ambulante forløb, for at frigøre kapacitet på tværs af hospitalet.

Manglende analysekapacitet medfører, at nogle initiativer, som ellers kunne være gavnlige, nedprioriteres. Sådanne initiativer omhandler fx udarbejdelse af bedre ledelsesværktøjer såsom fordelingsregnskaber, herunder stamafdelingens træk på serviceydelser mv., benchmarkanalyser samt analyse af, hvordan befordringsbudgettet bliver anvendt.

Tværgående samarbejde og prioriteringer

Tværgående samarbejde omhandler både sammenhængende patientforløb på tværs af afdelinger på hospitalet samt det tværsektorielle samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis.

Internt på hospitalet

På daglig basis afholder afdelingsledelserne en fælles kapacitetskonference ("9.15-møder"), som foregår et synligt sted på hospitalet og varer mellem 5-30 minutter. Formålet er at sikre bedre udnyttelse af (senge)kapaciteten på tværs af afdelinger, bedre styring, koordinering og prioritering på tværs af afdelinger. Mere formelle møder – lederfora – finder sted hver 14. dag. Hospitalsledelsen deltager i kapacitetskonferencerne, når der er mulighed for det, for at være så tæt på driften som muligt.

Med andre hospitaler

Bornholms Hospital har traditionelt et tæt samarbejde med regionens andre hospitaler, da hospitalet årligt sender ca. ~20.000 patientkontakter til behandling på disse hospitaler. Dertil kommer konkrete samarbejdsprojekter. Fx gennemføres på nuværende tidspunkt en ny stor satsning inden for børneområdet, hvor pædiatriske patienter i forbindelse med behandlingsforløb har behov for særlig lægelig ekspertise, som kun forefindes på større hospitaler med højt specialiserede funktioner. Her vil hospitalet i samarbejde med Rigshospitalet i langt højere grad benytte telemedicin. Dertil vil Rigshospitalet udsende en specialist til Bornholm, når det er hensigtsmæssigt således, at patienterne kan undgå at rejse til Sjælland.

Med kommuner og almen praksis

Generelt opleves samarbejdet som velfungerende, og hospitalet fokuserer meget på at styrke samarbejdet med kommune og praksis. Det gode samarbejde skyldes primært, at hospitalets personale i bredt omfang har kendskab til de 28 lokale praktiserende læger på øen samt kommunens sundhedspleje. Det nære forhold til praksis medfører bl.a., at en konkret patientudfordring nogle gange let kan udredes ved blot at ringe til den pågældende praktiserende læge direkte. I særlige patienttilfælde har man været helt nede på journalniveau for at finde frem til, om genindlæggelser har nødvendige eller om det kunne klares eller forebygges på anden vis. Sundhedsaftalen spiller ikke en signifikant rolle i Hospitalets samarbejde på tværs af sektorer.

Efter en længere samarbejdsproces – hospitalets læger skulle indvillige i at bruge tid på dette; kommune ligeledes; praksis krævede en økonomisk kompensation for at deltage – har hospitalet fået etableret telefonkonferencer med kommune og praksis, når en patient skal udskrives. Disse telefonkonferencer finder sted mellem en af hospitalets læger, patientens tilknyttede praktiserende læge samt en kommunal repræsentant, hvortil formålet er, at patientens videre forløb bedst muligt varetages.

Boks 15

Eksempler på broprojekter på Bornholms Hospital

Bornholms Hospital har, selvstændigt og i tæt samarbejde med kommune og praksis lanceret en række broprojekter, som skal bidrage til et bedre patientforløb:

- Fællesfinansieret sygeplejerske i akutmodtagelsen, som forbedrer 'overdragelsen' til kommune og praksis samt bidrager til at forebygge (gen)indlæggelser
- Som en konsekvens af at to ydernumre ikke kunne sælges i Rønne, fik hospitalet bevilling til at oprette en praksisklinik på matriklen. Her er ansat et par praktiserende læger, som kan drage fordel af speciallægerne på hospitalet om nødvendigt. De praktiserende læger undgår det administrative arbejde, der ellers medfølger det at drive selvstændig klinik
- Fælles hjælpemiddelcentral mellem hospital og kommune
- Særaftale om, at fx Fysio- og Ergoterapeutisk Afdeling driver særlig neurorehabilitering for unge patienter på vegne af kommunen

Oplevede fordele og ulemper

Generelt opleves det, at der er tilstrækkelig frihed til at kunne operere under de givne rammer og sikre hospitalets fremgang. Politiske mål er retningsgivende for, hvordan ressourcer prioriteres og tildeles – ikke altid til forståelse ude i klinikkerne.

Aktivitetsfinansieringen har tidligere haft en styrende effekt helt ud på afsnitsniveau, hvor det fx ofte blev diskuteret på morgenkonferencerne. Aktivitetsstyringen har medført visse misforståelser på klinikniveau om, hvorvidt sundhedsvæsenet er indtægtsgenererende eller udgiftsdrivende; det handler ikke om at "generere indtægter" til hospitalet i form af DRG-værdi men i stedet om omkostningsbevidst at gøre, hvad der er bedst for patienten. Frisættelsen fra aktivitetsfinansiering har fjernet incitamenter til at styre efter, hvad der er indtægtsgenererende, idet det ikke direkte diskuteres i den daglige styring mere, men der bliver fortsat fulgt op på aktivitet – også på afdelingsniveau.

Det er opfattelsen, at et endnu bedre tværsektorielt samarbejde vil kunne forbedre patientforløbet samt bidrage til at forebygge genindlæggelser. Det nævnes, at den største udfordring er, at der er blevet skabt en forvaltningskultur, som er suboptimal på hvert enkelt område, både tværsektorielt såvel som internt på hospitalet. *Internt på hospitalet* er det nødvendigt at bevæge sig fra at arbejde som 'solister' til at arbejde i teams på tværs af specialer, da siloopdeling af faggrupper ikke er holdbart i længden. Et andet eksempel er, at det har været svært at få hospitalets læger til at investere tid i videokonferencer med praksis, kommune og pårørende ved patientudskrivning. Der er langsigtede argumenter for at afholde sådanne konferencer ift. sammenhængende patientforløb samt forebyggelse af genindlæggelser, men for den enkelte læge er der umiddelbart mere værdi i at bruge tiden på at behandle den næste patient i køen hurtigst muligt. *Eksternt* er fx almen praksis et "privat liberalt" frem for "solidarisk" erhverv, så hver gang praksis skal involveres "starter taxametret". Dertil kommer en generel udfordring i, hvordan aktivitet og økonomi skal afregnes parterne imellem – en udfordring, hvortil den kommunale medfinansiering ikke har haft den ønskede effekt ift. medansvar og planlægning af tværsektorielle forløb. Ledelsens bud på en økonomisk struktur, som mindsker risikoen

for perverterede økonomisk incitamentstyring, bygger på et populationsansvar med per capita afregning som fx ligger i optageområdet.

Det har været effektivt at samle hele regionens rejseplanlægning på Bornholm, hvor meget aktivitet alligevel lå. Dette har endvidere medført, at man har kunne udlicitere funktioner på tværs af regionen til specifikke hospitaler, hvor det har givet mening. Omvendt centraliseres flere og flere administrative funktioner på Sjælland, hvilket både er en tids- og udgiftsmæssig byrde for hospitalet, da den medførte rejseaktivitet og tidsforbrug ikke kompenseres tilsvarende.

Styring på afdelingsniveau

Styringen på afdelingsniveau tager afsæt i den daglige drift, herunder kapacitetsplanlægning, samt de definerede driftsmål, som indeholder både nationale og regionale mål samt lokale prioriteter. Dertil er budgetoverholdelse også et styrende element.

Generelt ønsker man at omlægge stationære forløb til ambulante forløb samt at sikre, at patienterne modtager den rette behandling, hvilket afhænger af patientens unikke situation.

Derudover er der på Bornholm en generel mangel på sundhedsfagligt personale, og der er således en kamp for kvalificeret arbejdskraft mod andre sundhedsinstitutioner såvel som interne afdelinger på hospitalet. Det er omkostningstungt og en udfordring for vagtplanlægning at bruge vikarer, og rekruttering er derfor et område, afdelingsledelser kontinuerligt beskæftiger sig med.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgetter er historiske betingede, justeret for fremskrivninger samt eventuelle budgetsager, forventede budgetpres og besparelser. Afdelingerne har fuld metodefrihed til at prioritere midlerne internt mellem afsnit uden direktionens direkte indblanding.

Som regel udmelder hospitalsledelsen i løbet af juni, hvis afdelingerne skal gennemføre besparelsesøvelser for det kommende budgetår. Besparelsesinitiativer udarbejdes i dialog med afdelingerne på morgenmøder, personalemøder, lederfora, Lokale Medarbejderudvalg, Virksomhedsmedarbejderudvalg o. lign. baseret på, hvad der er realistisk at opnå; til tider er besparelser blevet udmøntet som grønthøsterbesparelser. Generelt opfattes det som værende nemmere at spare på områder, hvor hospitalet ligger over det gennemsnitlige serviceniveau på fx landsplan, og fortsat vil efter besparelsen. Fx har man på Bornholm historisk tilbudt et højere end gennemsnittet serviceniveau til gravide kvinder og nybagte mødre, hvilket har været et af de områder, hvor man så har valgt at spare. Generelt er besparelsesinitiativer ofte meget specifikke helt ned på enkelte funktioner, men det opleves som svært at få tiltag godkendt des mere konkrete disse er, da fx patientforeninger, faggrupper og politikere da blander sig. Desuden bliver forslag, som vil nedbringe antallet af læger, sjældent vedtaget, da det primært er læger, der driver aktiviteten, og akutforpligtelsen kræver et vist antal læger, for at kunne opretholdes.

Driftsmål og daglig styring

På afdelingsniveau er man meget opmærksom på at overholde de tildelte budgetter. Fx styrer afdelingerne direkte på antal og fordeling af overarbejdstimer samt vikarbrug, og for sidstnævnte skal afsnittene udarbejde en oversigt over brugen af vikarer til afdelingsledelsen mindst en gang om måneden. For at opnå fuld økonomisk ansvarlighed fra klinisk side er alle på ledelses- såvel som afsnitsniveau fuldt informeret om status på forskellige budgetposter og løbende prognoser. Selv om økonomi fylder meget, opleves det ikke som værende overstyrende i den daglige drift og ledelse.

Budgetoverholdelse skal desuden ses som et samlet billede for afdelingerne og ikke nødvendigvis for de enkelte afsnit, idet overskud i et afsnit til en vis grad kan flyttes til et underskudsgivende afsnit.

Selve driften fylder desuden meget i afdelingsledelsernes hverdag; nogle gange så meget, at der savnes tid til at tænke større strategiske tanker. Hovedparten af styringen beror på kvantitative parametre såsom overholdelse af de nationale og regionale mål, pakkeforløb, patientrettigheder samt antallet af stationære/ambulante patienter mm. Herunder ligger det overordnede ansvar for optimal vagtplanlægning, afvikling af stuegange og belægning i afsnittene hos afdelingsledelserne. På Medicinsk Afdeling modtager afdelingsledelsen fx rapporter op til tre gange dagligt på belægningen i de forskellige afsnit. Dette skal ses som supplement til de daglige morgenkonferencer med lægestaben, hvor dagens opgaver, indlagte patienter, arbejdsfordeling inkl. hensyntagen til fx sygefravær vendes. Derudover effektueres styringen igennem de ugentlige møder mellem afdelingsledelse og de enkelte afsnit, hvor drift og budget vendes.

Boks 16

Eksempler på afdelingers driftsstyringsparametre

- Genindlæggelser
- Antibiotikaforbrug
- FMK-ajourføring
- Epikriseudsendelser
- Trivsel
- Ventetider

Da hospitalet er fritaget fra takststyring, er afdelingerne blevet bedt om ikke at tænke i produktionsværdi. Aktivitet monitoreres dog fortsat, og der bruges meget energi på at sikre, at personalet foretager de korrekte registreringer som gardering mod, at hospitalet på ny pålægges takststyring – om end der bruges mindre tid på dette end tidligere. Dertil kommer at aktivitet i form af antal kontakter, operationer, unikke CPR-numre mv. er et udmærket redskab til at monitorere, hvad der bliver lavet.

Oplevede fordele og ulemper

Afdelingerne oplever, at der er for meget top- og overstyring: Hvert driftsmål o. lign., som udspringer af nationale og regionale rammer, giver god mening i sig selv, men den samlede mængde af mål og dokumentation, der skal produceres, bevirker, at der ikke er tid til at reflektere over, hvordan de enkelte mål bedst opfyldes på hver afdeling. Der er mange mål, som skal opfyldes for opfyldelsens skyld – fx epikriser udsendt efter maks. et døgn – kontra mål, der mere direkte gavner patienten. Dette bevirker endvidere, at der ansættes medarbejdere for at opfylde givne mål frem for at forbedre patienternes behandlingsforløb. Desuden er mange af målsætningerne for rigide og tillader dermed ikke hensigtsmæssig prioritering af patienter og opgaver. Dertil kan der være mange eksterne faktorer, som påvirker, at fx udredningsretten overskrides. Afdelingerne savner mere tillid i systemet – der er unødigt mange krævende registreringer, kontroller, bureaukrati etc. som i stedet burde erstattes med ledelse og mod til at træffe beslutninger oppefra.

Koncernidéen i regionen er ikke organiseret til at imødekomme forholdene på Bornholms Hospital. For det første medfører centraliseringen af mange administrative funktioner, at hospitalets personale har meget rejseaktivitet til Hovedstaden. Som tidligere beskrevet er dette omkostningstungt. Derudover er godkendelse af rejseaktivitet bureaukratisk, hvilket bevirker, at rejseaktivitet skal planlægges i god tid og dermed begrænser fleksibiliteten. For det andet har centralisering af visse opgaver, fx bogholderi, medført en langt mindre grad af fleksibilitet og nærhed i systemet, som sluttelig medfører, at ”så bliver man [personalet, red.] til sidst ligeglåd [med fx at sikre korrekt bogføring, red.]”

I forbindelse med rekrutteringsudfordringen efterlyser fx Medicinsk Afdeling, at det er en regionsforpligtigelse at levere speciallæger, når rekruttering af faste læger er vanskelig. Der ønskes mulighed for fleksible løsninger, fx delestillinger mellem flere hospitaler. Kontinuitet ved faste læger er at foretrække, hvad enten det er enkelte dage i små specialer eller dagligt inden for de større områder.

Sammenfatning Region Hovedstaden

Nedenstående Tabel 2 viser en sammenfatning af udvalgte, centrale elementer i kortlægningen af styringen i Region Hovedstaden. Udvælgelsen af parametre er sket på baggrund af beskrivelsen af opgavens genstandsfelt i udbudsmaterialet og vil danne afsæt for analysen af styrker og svagheder ved den nuværende styring i kapitel 5.

Tabel 2: Opsummerende kortlægningstabel – Region Hovedstaden

Parameter	Beskrivelse
Styringsgrundlag	
Indeholder styringsgrundlaget: <ul style="list-style-type: none"> - Nationale mål - Regionale mål (fx kvalitet) - Økonomi og aktivitet - Daglig drift (dag-til-dag styring) 	De nationale mål er indarbejdet i regionens styringsgrundlag og suppleret med egne regionale mål i regionens driftsmålstyring. Der indgås ikke som sådan driftsaftaler mellem region og hospitaler, men nogle hospitaler arbejder med dialogaftaler med afdelinger. Alle hospitaler i regionen har pligt til at følge op på de regionale driftsmål og har som supplement mulighed for at tilføje lokale mål, fx på afdelingsniveau. Budgetoverholdelse er det centrale element i styringen, og der følges op her på ift. indgåede budgetaftaler mellem regionsledelse og hospitaler samt mellem hospitalsledelser og afdelinger. Aktivitetsmål opstilles særskilt. Styringsgrundlaget for den daglige drift er midlertidig udfordret af manglende data. Der henvises til den uafsluttede implementering af Sundhedsplatformen.
Er der en klar og entydig sammenhæng i mål gennem styringskæden: <ul style="list-style-type: none"> - Region til sygehus - Sygehus til afdeling 	Der er klar sammenhæng mellem nationale og regionale mål samt målsætninger på hospitalsniveau. Sammenhængen fra hospital (og region) til afdelinger opleves på afdelingerne som mindre entydig. Overordnede nationale mål skaber sammenhæng i styringskæden, men nogle afdelinger savner klarhed i de regionale og lokale strategiske prioriteringer. Nogle afdelinger definerer lokale driftsmål som supplement til de strategisk forankrede mål fra region og hospital. Udbredelsen af dette varierer på tværs af regionens sygehuse og afdelinger.
Er der etableret et klart rapporteringshierarki for data på <ul style="list-style-type: none"> - Økonomi/budget - Effektivitet - Kvalitet 	Regionen har defineret klare driftsmål som dækker både økonomi, effektivitet og kvalitet. Der følges op månedligt fra afdeling til hospitalsledelse samt samlet fra hospitalerne op mod regionsledelsen og administrationen. De enkelte hospitaler supplerer i varierende omfang disse driftsmål med lokale mål på hospitals- og afdelingsniveau, der ligeledes indgår som en del af opfølgningen for de enkelte hospitaler. Hospitalerne rapporterer endvidere på aftalte økonomi- og aktivitetsparametre månedligt (til Center for Økonomi), samt i større omfang fire gange årligt ifm. Økonomirapporterne som forelægges politisk.

Stilles et fælles datagrundlag til rådighed på alle niveauer, som understøtter en sammenhængende styring og rapportering i regionen?	Regionen anvender det fælles ledelsesinformationssystem, FLIS, som kan tilgås på tværs af regionen på alle niveauer. Hospitalerne kobler dette systemet til lokale BI-systemer, men det hele bygger på et fælles datagrundlag. Dog anvender flere hospitaler og afdelinger lokale datakilder som supplement, hvilket i øjeblikket er yderligere forstærket af dataudfordringer i forbindelse med Sundhedsplatformen.
Økonomi og aktivitet	
Er der beslutningsgrundlag til at kunne omfordele ressourcer på tværs: <ul style="list-style-type: none"> - på regionsniveau - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>Der findes detaljeret datagrundlag ift. udvikling i økonomi, aktivitet, produktivitet og definerede driftsmål på alle niveauer.</p> <p>På regionsniveau omfordeles ressourcer mellem hospitalerne dog primært i forbindelse med udvidelser eller flytninger af opgaver. Produktivitetskravet er til tider blevet anvendt som omfordelingsværktøj ved differentieret udmøntning baseret på hospitalernes relative produktivitetsniveau.</p> <p>Ligeledes har hospitalerne benyttet sparekrav og produktivitetskrav til relative omfordelinger. Hospitalerne anvender i høj grad dialog med deres afdelinger i besparelserprocesser for at fordele besparelser "intelligent", herunder med afsæt i regionale analyser, fx benchmarkanalyser. Det er forskelligt, hvordan et eventuelt resterende sparekrav fordeles – dog ofte i form af grønthøster. Løbende omfordelinger foregår kun i mindre grad, da man søger at holde budgetter stabile på afdelingsniveau.</p>
Revurderes tidligere års budgetter som grundlag for prioritering og omfordeling på tværs af sygehusene i budgetprocessen?	Regionens budgetlægning tager udgangspunkt i forrige års budget, justeret for ændringer i rammerne i økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen. Der er et generelt ønske om at give hospitalerne og afdelingerne stabilitet i budgetterne, hvorfor der kun foretages væsentlige revurderinger af budgettet ved fx organisatoriske forandringer og lignende.
Udmøntes et aktivitetsbudget/baseline (aktivitetsvækst-forudsætninger) sammen med økonomisk budget: <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>Aktivitetsbaseline og dertilhørende aktivitetskrav (frem til 2018 også produktivitetskrav) udmøntes sammen med økonomisk budget på hospitalsniveau på tværs af regionen.</p> <p>Internt på hospitaler er det sjældent, at afdelinger bliver 'straffet' for mindreaktivitet selv om der formelt set bør være sanktioner i sådanne tilfælde.</p> <p>Bornholms Hospital, enkelte centre på Rigshospitalet, samt udvalgte områder på øvrige hospitaler, er eller bliver fra 2018 fritaget fra takststyring.</p>
Effektiviseringer	
Udmøntes produktivitetskravet (indtil 2018) til sygehusene, og udmøntes kravet i så fald differentieret eller generelt: <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>Udmøntning af produktivitetskravet til hospitalerne har varieret år fra år: Nogle år har man fordelt de 2% ligeligt mellem hospitalerne, andre år differentieret ift. relativt produktivitetsniveau, eller med målrettede krav til specifikke afdelinger, hvor der var behov for en særlig indsats ift. fx ventetider.</p> <p>Hospitalerne har haft metodefrihed til at udmønte produktivitetskravet på afdelingsniveau, og udmøntningen har her taget udgangspunkt i ledelsesmæssige vurderinger af, hvilke afdelinger, der bedst muligt har kunne levere meraktivitet eller besparelser.</p>
Initieres tiltag til effektiviseringer fra: <ul style="list-style-type: none"> - Regionsniveau ("oppefra") - Sygehusniveau - Afdelingsniveau ("nedefra") 	<p>Effektiviseringer drives både lokalt på hospitaler og afdelinger som følge af det stigende efterspørgselspres inden for givne rammer; samt centralt i regionen via Region Hovedstadens "analyseprogram", herunder fx benchmarkanalyser, effektiviseringsworkshops og support i form af analysekapacitet til ad hoc initiativer på hospitalerne.</p> <p>Der er eksempler på, at afdelinger samler potentielle effektiviseringstiltag i en 'pipeline' således, at fremadrettede krav om effektivisering lettere kan imødekommes.</p>
Er der tiltag/mekanismer, der sikrer, at effektiviseringer løbende identificeres og drives?	Regionens analyseprogram opdateres ca. årligt, og der arbejdes på en systematisk tilgang til kvalitetssammenligninger via RKKP. Desuden sætter Koncerndirektionen og Center for Økonomi i dialog med hospitalerne særligt

<ul style="list-style-type: none"> - På regionsniveau - På sygehusniveau 	<p>fokus på ét effektiviseringstema årligt ifm. budgetlægningen.</p> <p>På hospitals- og afdelingsniveau afholdes løbende Lean-tavlemøder, som skal bidrage til bedre driftsmålsopfyldelse samt identifikation af effektiviseringstiltag.</p>
<p>Er der økonomiske incitament til løbende at identificere og gennemføre effektiviseringer på afdelingsniveau?</p>	<p>Taksstyringen skaber økonomiske incitament til løbende at effektivisere på hospitals- og afdelingsniveau. Der peges også på, at takststyringen vil kunne føre til, at effektiviseringsinitiativer ikke realiseres fuldt ud eller hurtigst muligt, da der kan være negative økonomiske konsekvenser forbundet hermed.</p> <p>På afdelingsniveau kan mindreforbrug overføres med op til 0,5% af nettodriftsrammen mellem år. Der anvendes andre incitamentsmekanismer som fx Rigshospitalets interne afregning for parakliniske ydelser, der har til formål at reducere brugen heraf. En uigennemskuelig prisstruktur gør det dog svært for centrene at styre og gennemføre besparelser på området. Et andet eksempel er finansieringsstrukturen til medicinudgifter, hvor 20% af en eventuel stigning/mindreforbrug pålægges hospitalerne.</p>
<p>Understøttes effektiviseringer på afdelingsniveau med analysekapacitet, kompetencer, uddannelse, værktøjer mv. fra sygehus og/eller region?</p>	<p>Regionshuset understøtter effektiviseringsarbejdet på hospitalsniveau igennem regionens "analyseprogram" bl.a. vha. analytisk kapacitet og i form af tværgående initiativer, fx benchmarkanalyser, som kan anvendes som inspiration på de enkelte sygehuse.</p> <p>På sygehusniveau er der variation i kapaciteten til understøttelse af effektiviseringer. På Bornholm er der generel mangel på ressourcer til at drive og understøtte sådanne initiativer, mens der på Bispebjerg og Rigshospitalet findes mere kapacitet i staben, som understøtter afdelinger med analyser.</p>
<p>Har en eventuel "frisættelse" fra produktivitetskrav via meraktivitet betydet introduktion af nye redskaber til at realisere effektiviseringsgevinster?</p>	<p>Der er ikke påvist nogen målbar sammenhæng mellem frisættelse fra takststyring for udvalgte områder på hospitaler og centre samt øget realisering af effektiviseringsgevinster. Kortlægningen har endvidere ikke identificeret nye redskaber til realisering af effektiviseringsgevinster, som direkte kan kobles til frisættelsen inden for de udvalgte områder.</p>
Tværgående samarbejde	
<p>Er der mekanismer til at kunne foretage prioriteringer mellem sektorer?</p>	<p>Tværgående styring og prioritering diskuteres løbende i regionens politiske og administrative fora, men kortlægningen har ikke identificeret systematiske værktøjer til at foretage prioritering, hvilket i regionen bl.a. tilskrives lovmæssige begrænsninger i datadeling på tværs af sektorer.</p> <p>Konkrete initiativer er typisk projektbaserede.</p>
<p>Er der anvendelse af data i styring og opfølgning, fx overblik over samlede patientomkostninger på tværs og visitationsmønstre i almen praksis?</p>	<p>Kortlægningen har ikke identificeret brugen af sådanne data.</p> <p>Brugen af data på tværs af sektorer er præget af organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer.</p>
<p>Er der tværgående styring af kapacitet og aktivitet mellem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sygehuse i regionen? - afdelinger på sygehuse? 	<p>Kapacitetsplanlægning styres på regionalt plan på længere sigt via hospitalsplanlægningen. Kortsigtet 'drifts'-kapacitetsstyring på tværs af hospitaler reguleres pba. overholdelse af patientrettigheder og vha. "garantiafdelinger". Der foretages ikke central regional styring på den kortsigtede kapacitet på tværs af hospitaler, fx med udgangspunkt løbende kapacitetsbelastningsdata eller central visitation.</p> <p>Internt på hospitalerne planlægges den løbende kapacitet på tværs af afdelinger typisk decentralt mellem enkelte afsnit, fx vha. tværgående morgenkonferencer. Derudover diskuteres bredere kapacitetsudfordringer typisk på afdelingsledelsesmøder sammen med hospitalsledelserne.</p>
<p>Er der regionale initiativer til samarbejde på tværs af sektorer, og drives disse projektbaseret eller systematisk?</p>	<p>Tværspektorielle initiativer drives primært projektbaseret, men i regi af de politiske og administrative fora og Sundhedsaftalen. Nye samarbejdsformer er bl.a. et af de fire politiske visionsområder i Sundhedsaftalen 2015-2018, og hertil har man i regionen bl.a. igangsat fire modelprojekter.</p>

Styringsopfattelse	
<p>Opleves økonomi, aktivitet og produktivitet som overstyrende ift. andre styringsværktøjer/-dimensioner på de forskellige niveauer?</p>	<p>Budgetoverholdelse har forrang og er grundlaget for, at hospitalerne kan fokusere yderligere på nationale mål, patientrettigheder og faglig kvalitet. Mens der er generel forståelse for, at økonomiske budgetter skal overholdes, opleves aktivitets- og produktivitetskravene til tider som overstyrende på afdelingsniveau, idet disse ofte står i vejen for rationelle beslutninger vedr. omlægning af patientforløb o. lig.</p>
<p>Hvordan opleves styringsrelevansen af nationale og regionale mål?</p> <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>Nogle mål opleves som unødvendige dokumentationskrav og med for lidt fleksibilitet, mens størstedelen anses som støttende op om fx patientsikkerhed og rettidig behandling. Dette er både gældende på hospitals- og afdelingsniveau, mens sidstnævnte måske i højere grad beklager dokumentationskravene end førstnævnte.</p> <p>Der efterspørges mere fleksibilitet i nationale mål, således at de generelt relevante mål ikke ender med at sætte fokus på elementer som ikke har signifikante konsekvenser for patienter. Et eksempel herpå er ventetidsgarantier, hvor man på afdelingsniveau til tider bruger uforholdsmæssig meget tid på patienter som overskredet garantien med én dag</p>

4.2 Region Sjælland

Region Sjælland har pr. 1. oktober 2017 835.000 indbyggere og dækker 17 kommuner, fra Ordsherred i nord til Lolland og Guldborgsund i syd. Regionshuset i Sorø er det politiske og administrative centrum i regionen. Regionen beskæftiger samlet ca. 15.000 årsværk.

Regionens hovedopgaver omfatter drift og udvikling af sygehuse, psykiatri og sociale tilbud samt regional trafikplanlægning og opgaver inden for miljø. Regionen bruger 17 mia. kr. i 2017⁷ på sundhedsområdet, hvilket svarer til ca. 93% af det samlede driftsbudget. Heraf går ca. 13 mia. kr. til sygehusvæsenet.

Region Sjællands vision fra 2012 for fremtidens sygehusvæsen 2020 består af syv fokusområder, som er styrende for den fortsatte udvikling:

- Vi sikrer sammenhæng i patientens forløb
- Vi giver patienten indflydelse på egen behandling
- Sygehuset er en attraktiv arbejdsplads
- Vi satser på forskning, læring og innovation
- Sygehuset er fleksibelt, effektivt og bæredygtigt
- Sygehuset helbreder og skaber trivsel
- Vi udnytter teknologiske muligheder

Visionen understøttes af 'Sygehusplan 2010', som gennemføres i årene frem mod 2022. Sygehusplanen fordeler opgaver på seks sygehuse, der med forskellige faglige profiler skal fungere som ét samlet sygehus. Sygehusplanen skal særligt sikre, at der er sammenhæng i patientforløb.

Budgetaftale 2018 angiver en række langsigtede strategiske indsatser, som skal bidrage til den fortsatte udvikling. Det gælder især videreudvikling af værdibaseret styring og fokus på de otte nationale mål samt bedre kapacitetsudnyttelse, implementering af Sundhedsplatformen og fremrykning af sygehusplanen i sammenhæng med specialeplanlægningen.

Sygehusene, som Region Sjælland administrerer, omfatter Holbæk Sygehus, Nykøbing Falster Sygehus, Næstved-Slagelse-Ringsted Sygehus, samt Sjællands Universitetshospital (Køge Sygehus og Roskilde Sygehus). Derudover er der i Nakskov og Kalundborg etableret sundheds- og akuthuse med en række regionale funktioner. Af alle nævnte sygehuse beskæftiger denne analyse sig med Holbæk Sygehus.



⁷ Nettodriftsudgifter, udgiftsbaseret, budget 2017 årets priser (<http://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/udgifter-og-finansiering/budget>)

Overordnet styring

Region Sjælland benytter overordnet set tre styringsværktøjer, som definerer de generelle målsætninger, der ønskes opnået: Vision og handlingsplan 2014-2017⁸, et-årige budgetaftaler, samt konkretiseringer af budgetaftalen i form af driftsaftaler for hvert sygehus. Sygehusledelserne indgår herefter driftsaftaler med de enkelte afdelinger.

Vision og handlingsplan 2014-2017 er den strategiske plan, der har rammesat Region Sjællands handlinger, der har været prioriteret i perioden 2014-2017. I handlingsplanen indgår en række politiske målsætninger:

- *Patienten som partner* omhandler sygehusdriften, hvor patienten og dennes netværk bemyndiges og inddrages aktivt i forløbet
- *Et sammenhængende og nært sundhedsvæsen* bebuder, at effekten af indsatser både sundhedsfagligt og økonomisk optimeres ved at anlægge et tværgående perspektiv
- *Et specialiseret sygehusvæsen* inden for regionen henviser delvist til strategien i Sygehusplan 2010, hvori der i egen region skal behandles flest mulige borgere, tilbydes mest muligt specialiseret behandling, samt sikres at alle borgere har mulighed for akut behandling. Realisering af sygehusplanen forudsætter en massiv driftsoptimering i form af kortere indlæggelsestider, omlægning fra stationær til ambulante aktivitet og fra ambulante besøg til telefon-/mailkonsultation mm.

Budgetaftalen, som årligt indgås i Regionsrådet på baggrund af økonomiaftalen mellem Danske Regioner og regeringen definerer regionens samlede budget, og danner dermed også grundlag for de enkelte sygehuses budgetter. Valgte prioriteringer og indsatsområder for det enkelte år tager udgangspunkt i førnævnte *Vision og handlingsplan 2014-2017*, og for 2017 fortsættes realiseringen af værdibaseret styring. Dertil er de otte nationale mål omdrejningspunkt for kvalitetsarbejdet på sygehusområdet og indgår som en del af styringskonceptet, der indarbejdes i sygehusenes driftsaftaler (mere herom nedenfor). Målopfyldelse monitoreres internt og opdateres løbende på regionens hjemmeside under ”Tjek vores kvalitet”. Derudover skal det nye styringskoncept med udgangspunkt i værdibaseret styring blandt andet understøtte:

- Patienter som partner: Bedre patientforløb med fokus på patientens behov
- Overholdelse af tidsgrænser for hvor længe patienterne må vente (udrednings- og behandlingsgaranti samt kræft- og hjertepakker)
- Fokus på behandlingseffektiviteten på egne sygehuse på hoved- og regionsfunktionsniveau
- Bedre samlet kapacitetsudnyttelse på egne sygehuse

Særlige indsatsområder for 2018 inkluderer patienttilfredshed, patientoplevelse inddragelse, genindlæggelser, kræftpakker, opfyldelse af kvalitetsstandarder samt bedre kapacitetsudnyttelse.

Drifts- og udviklingsaftalerne med de fire somatiske sygehuse, Psykiatrien, Præhospitall Center og Socialområdet indgås med regionsrådet, mens de øvrige virksomheder, indgår aftale med direktionen. Driftsaftalerne vedrører mål om fx patientrettigheder og kvalitet, aktivitet og budget for det kommende år. De tager udgangspunkt i budgetaftalen og skal sikre de bedste mulige betingelser for, at de enkelte enheder kan løse deres opgaver. Driftsaftalerne har bl.a. til formål at synliggøre de krav

⁸ Strategi for 2018-2021 og virksomhedsplan for 2019-2022 udarbejdes af det nye Regionsråd i 2018

og forventninger, som regionsrådet stiller til de enkelte enheder; synliggøre og præcisere roller, opgaver og ansvar; synliggøre mål for i hvilken retning sygehusene skal arbejde; og synliggøre de midler, som regionsrådet stiller til rådighed for opgaveløsningen. Eksempelvis indeholder driftsaftalerne specifikke mål inden for de givne rammer, herunder de nationale mål samt udredningsgaranti, behandlingsret og pakkeforløb, enhedernes egne rammer og andre generelle servicemål og indsatser.

Region Sjællands sammenhængende målbillede og stratego afspejles således i driftsaftaler og budgetaftaler gennem styringskæden fra regionsledelsen til sygehuse og afdelinger. De syv ovennævnte drifts- og udviklingsaftaler er tungt forankret i regionen, idet de forelægges politisk inden året begyndelse, og der følges op dem i regionsrådet tre gange årligt. Driftsaftalerne danner efter en fastlagt mødeskematik løbende rammer for styringsdialog imellem direktion og sygehusenes øverste ledelse.

Fra 2018 er styringskonceptet blevet reformuleret, med yderligere fokus på at sikre gennemslag af politisk og centralt fastsatte målsætninger i den løbende opfølgning, herunder at sikre tydeligere tværgående fokus. **Det nye styringskoncept for Region Sjælland** har til formål at sikre, at regionsrådets politiske målsætninger bliver omsat til konkrete driftsmæssige mål, så regionsrådet får en styrket politisk rolle i formuleringen af mål og opfølgningen på målopfølgningen. Udviklingen af et nyt styringskoncept har dels baggrund i ønsket om at foretage et ”serviceeftersyn” af konceptet, dels i at sikre en mere systematisk styring set i lyset af bl.a. indførelsen af værdibaseret styring. Konceptet indebærer, at der med udgangspunkt i Regionsrådets strategi 2018-2021 formuleres en virksomhedsplan, der ligeledes har et fireårigt perspektiv. Virksomhedsplanen vil beskrive de politiske mål i sammenhæng med de organisatoriske mål. Udmøntningen af initiativerne i de årlige budgetaftaler vil således være et element i en årlig konkretisering af virksomhedsplanen i sammenhæng med opfølgning på andre politisk godkendte planer mv. Inden for rammerne af virksomhedsplanen udarbejdes årlige drifts- og udviklingsaftaler, der omsætter de politiske mål til driftsmæssige målsætninger, som det er muligt at følge op på konkret på enhedsniveau.

Økonomi – budget og aktivitet

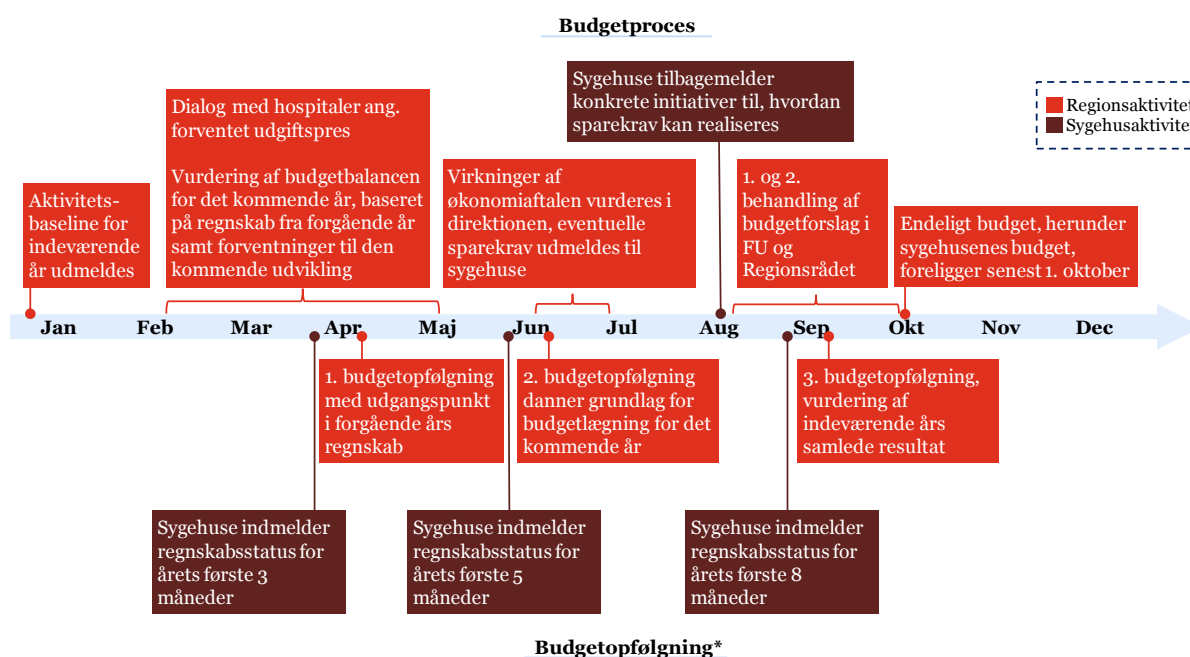
Regionen overgik i 2017 til fuld rammestyring for det somatiske område, så vidt forstås, at de enkelte sygehuse ikke længere konsekvensafregnes på baggrund af mer- eller mindreaktivitet i forhold til årlig aktivitetsforventning. Indtægter fra den statslige meraktivitetspulje indgår ikke i regionens driftsramme på sundhedsområdet. Manglende indtægter som følge af ikke opnået meraktivitet påvirker således alene regionens likviditet og får ikke økonomiske konsekvenser for sygehusene på kort sigt. Aktiviteten følges på regionsniveau, og der er løbende fokus på at få godkendt omlægninger af aktiviteten, så det sikres at den regionale baseline nedjusteres.

Sygehusledelserne har fuld metodefrihed til at udmønte og prioritere deres overordnede økonomiske budgetter på afdelingsniveau så længe de overordnede strategier efterleves. Der er fra direktions side en generel forventning om budgetoverholdelse kombineret med en automatisk overførsel af op til 1 % af sygehusenes uforbrugte driftsrammer til næste budgetår. Den samlede overholdelse af regionens samlede driftsramme på sundhedsområdet følges tæt i løbet af året og heri indgår sygehusledelsernes forventninger til deres budgetoverholdelse og dermed deres mulighed for automatisk overførsel. Budgetstyringen i Region Sjælland er en kontinuerlig proces, hvor der løbende foretages opfølgning og træffes beslutning om korrigerende tiltag.

I forbindelse med budgetlægningen for det enkelte år tages udgangspunkt i overslagsåret som løbende er blevet opdateret med beslutninger om udvidelser, flytninger mellem sygehuse m.m. Udvidelser, evt.

hjemtag eller flytninger af opgaver mellem sygehusene kan blive besluttet som en del af budgetlægningen eller i løbet af året.

Figur 13: Årshjul for budgetproces og – opfølgning



*Budgetopfølgningen er et element af driftsopfølgningen. Behandles i direktionen og forelægges politisk i Regionsrådet efterfølgende

Budgetlægningen starter i løbet af foråret, hvor budgetbalancen for de kommende år vurderes på baggrund af regnskab fra forrige år samt forventninger til den kommende udvikling på de forskellige udgiftsområder. Dertil kan årets to første budgetopfølgninger have en række bevillingsmæssige konsekvenser, samt ændringer i prognoserne, hvilket indarbejdes i budgetforslaget for næste år.

I juni måned vurderes virkningerne af økonomiaftalen i direktionen, hvorefter balanceforudsætningerne igen justeres. Generelt foretages en pris- og lønfremskrivning, hvori der tages hensyn til en variabel udgiftsudvikling for de enkelte udgiftsarter. Afhængigt af balancesituationen pålægges sygehusene budgetreduktioner – enten i form af generelle rammereduktioner eller i form af konkrete besparelsesinitiativer. Eventuelle konkrete besparelsesinitiativer indgår derpå i forretningsudvalgets og regionsrådets første- og andenbehandling af budgetforslaget⁹, hvilket foregår i løbet af august og september måned. Sygehusenes endelige budgetter for det kommende år ligger således fast senest 1. oktober. Årshjul for budgetprocessen er illustreret i Figur 13.

Sideløbende med sygehusenes udgifts- og omkostningsbudget udarbejdes et aktivitets-/præstationsbudget – den såkaldte baseline. Aktivitetsbudgettet fastsættes for det kommende budgetår sideløbende med i budgetlægningen, og er typisk klar inden budgetårets start. Aktivitetsbudgettet korrigeres løbende i forbindelse med udvidelser, hjemtagingsprojekter o. lign. På grund af overgangen til fuld rammestyling for sygehusene i regionen, danner aktivitetsbudgettet ikke grundlag for konsekvensafregning af mer- og mindreaktivitet. Aktivitet monitoreres fortsat på regions-

⁹ Med undtagelse af rammereduktioner på under 1% af driftsrammen, hvor godkendelse af initiativer i regionsrådet ikke har været nødvendigt, da det antages muligt uden signifikant påvirkning af kvalitet og service

og sygehusniveau, men sygehusenes budgetrammer påvirkes ikke direkte af aktivitet og produktionskrav/-værdi.

Opfølgning – økonomi og drift

Budgetstyringen i Region Sjælland er en kontinuerlig proces, hvor der løbende foretages opfølgning og træffes beslutning om korrigerende tiltag. Tre gange årligt følges der på regionsniveau op på regionens samlede budget, herunder for de enkelte sygehuse. Opfølgningen forelægges politisk i regionsrådet. Første budgetopfølgning pr. 31/3 tager udgangspunkt i forrige års regnskab, som på denne tid foreligger; anden opfølgning pr. 31/5 danner grundlag for budgetlægningen for det kommende år; og tredje opfølgning pr. 31/8 ses i sammenhæng med en vurdering af indeværende års samlede resultat.

Sygehusledelserne mødes med direktionen fire gange årligt, hvor der tages udgangspunkt i sygehusenes driftsaftaler, og ud over en status på realisering af driftsmålene drøftes sygehusenes budgetoverholdelse og andre relevante punkter. Opfølgningen er således en status på de nationale såvel som sygehus-specifikke indsats. Ved hver opfølgning skal sygehuset komme med en samlet vurdering af sammenhængen mellem aktivitet, økonomi og kvalitet/service. Det forventes, at sygehusledelsen ved de enkelte opfølgninger har fokus på det fremadrettede, herunder en italesættelse af de prioriteter, sygehusledelsen har foretaget, for at forbedre målopfyldelsen samt tids- og handleplaner herfor¹⁰. Disse møder er koordineret, så de afholdes i forbindelse med budgetopfølgningerne i regionsrådet.

Driftsaftalerne specificerer, hvilke driftsmål, der følges op på. Driftsmål (foruden budget og aktivitet) kan fx omhandle:

- *Fokuseret og værdibaseret styring*: Status på de nationale mål, lokale indsatsområder hertil samt overholdelse af udredningsret, behandlingsgaranti og kræftpakker m.m.
- *Status på sygehus-specifikke indsats*: Fx ”Patientvenligt Sygehus” og tiltag inden for geriatri/rehabilitering for Holbæk Sygehus m.m.
- *Generelle servicemål*: Ventetider til forundersøgelser og behandlinger, rettidige udskrivelser af epikriser, ventetider i skadestue og ambulatorie m.m.
- *Generelle indsats*: Lærings- og kvalitetsteams, plan for implementering af ”Patientansvarlig læge”, afbureaukratiseringsindsats, ingen overnattende patienter på gangene m.m.

Fra 2018 justeres konceptet for den administrative opfølgning på driftsaftalerne, hvorved Regionsrådet skal godkende de årlige drifts- og udviklingsplaner for sygehusene, Præhospitalt Center og Socialområdet. Regionsrådet vil i forbindelse med budgetopfølgningerne ligeledes få forelagt driftsaftaleopfølgning, som kobles til budgetaftaleprojekterne. Der vil således være hyppigere opfølgning med de enkelte driftsenheder. Der vil som led i det nye styringskoncept også blive udarbejdet et såkaldt målkatalog, der samler målsætninger på de områder, der ikke indgår i de årlige drifts- og udviklingsplaner. Målkataloget vil som udgangspunkt omfatte de otte nationale mål og 24 indikatorer og andre centrale mål og indikatorer for virksomhedens drift.

¹⁰ Kilde: Holbæk Sygehus driftsaftale

Regionalt arbejde med effektiviseringer

De tværgående enheder har til opgave at understøtte regionens sygehuse i at arbejde med løbende forbedringer, herunder effektivisering og optimering af arbejdsprocesser, kvalitetsudvikling og forbedring af den patientoplevede kvalitet. Nogle initiativer drives centralt fra de tværgående centre i regionen, mens de enkelte sygehuse og afdelinger ligeledes kan efterspørge analysekapacitet eller anden bistand på eget initiativ, når de identificerer potentielle effektiviseringsområder lokalt.

Effektiviseringsarbejdet går under navnet "*Lean i stor skala*" og indeholder en bred værktøjskasse, som kan understøtte ledelse og afdelingers arbejde med at etablere og benytte målstyring, bl.a. ved indførelse af Lean-tavler, coaching, uddannelse, kommunikation, brug af data og forandringsledelse. I denne forbindelse har man uddannet samtlige ledere (sygehus, afdeling, afsnit) i anvendelsen af Lean-tavler til styring, herunder især identifikation og realisering af forbedringspotentialer lokalt. Dertil kommer uddannelse af "forbedringsmedarbejdere" primært forankret i den centrale administration og nøglemedarbejdere på sygehusene, som skal være med til at sikre tværgående læring.

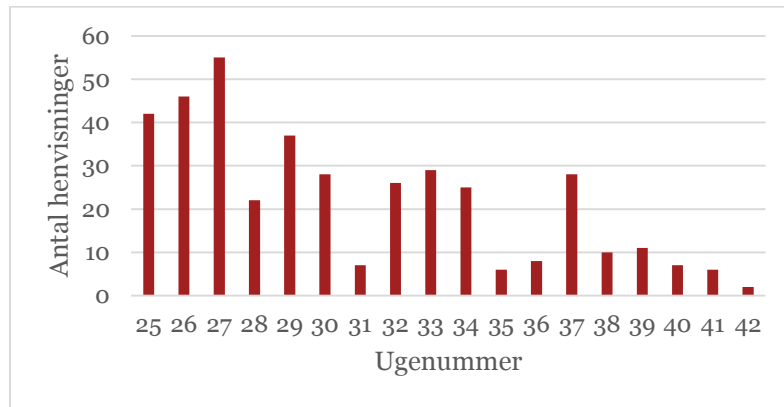
Som supplement til *Lean i stor skala*, har administrationen udarbejdet regionale analyser og benchmarks inden for faglig og patientoplevet kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse, som anvendes som inspiration til effektiviseringer på sygehusene.

Region Sjælland har i november 2017 indført sundhedsplatformen. Den vil have en anvendelsehorisont mange år frem til kvalitetsløft, realisering af effektiviseringspotentialer og forbedret ledelsesinformation.

Regionen har en målsætning om, at flest mulige patienter skal behandles i eget væsen. Dette sker bl.a. via hjemtagelse af patienter, udvidelser af lokale specialiserede behandlingsmuligheder mv. Effektiviseringer er således en nødvendig forudsætning for at øget kapaciteten på sygehusene. Fokus er primært på at lave smartere måder inden for de eksisterende rammer. Der opleves endvidere et naturligt effektiviseringspres "nede fra", hvor flere og flere patienter har brug for udredning og behandling i sundhedsvæsenet. Det øgede pres sammen med den regionale rammestyringsmodel foranlediger, at afdelinger og klinikere i høj grad selv søger at optimere arbejdsgange, for at kunne imødekomme efterspørgslen på bedst mulig vis. De svære rekrutteringsvilkår bevirker endvidere, at udnyttelse af specialefagfolk søges optimeret på afdelinger og klinikker, således at disse kun varetager opgaver, som andet personale ikke kan udføre.

Opfyldelse af behandlingsgarantien sammenholdt med regionsrådets målsætning om øget behandling i eget væsen er et eksempel på en større effektivisering, der drives fra regionalt niveau ("oppefra"). Her har man i direktionen bestemt, at sygehusene selv skal bære udgifterne forbundet med at sende patienterne på privathospitaler, hvis de overstiger et bestemt niveau. Sygehusene belønnes, hvis forbruget bliver lavere. Udgifterne til privathospitaler er løbende reduceret over de seneste år (jf. Figur 14 ift. antal henvisninger).

Figur 14: Antal henvisninger til privathospital fra Holbæk Sygehuse i 2017



I denne forbindelse er der også etableret en fælles regional visitationsenhed – ”Henvisningsenheden” – og specialespecifikke visitationsenheder, som skal koordinere kapacitet på tværs af sygehuse således at et godt patientflow sikres samt henvisning af patienter til privathospitaler så vidt muligt kan undgås¹¹. Se Boks 17.

Boks 17

Etablering af fælles Henvisningsenhed i Region Sjælland

I september 2016 trådte Region Sjællands nye fælles henvisningsenhed i kraft. Herefter skal alle elektive henvisninger i regionens somatiske sygehusvæsen gå via denne nye enhed. Henvisningsenheden skal ses i sammenhæng med de fællesvisitationer, der er etableret inden for specialerne, på tværs af regionens sygehuse, og samlet skal de bidrage til, at regionen kan opfylde patienternes ret til udredning og behandling. Enheden understøtter således sammenhængende patientforløb samt optimeret brug af regionens ressourcer og kapacitet. Derudover er det en service til patienter, praktiserende læger og de sygehuse – offentlige og private – som regionen samarbejder med.

Tværgående prioritering og samarbejde

For at understøtte tværgående styring og prioritering er der fokus på, at der fra centralt hold i regionens tværgående centre, stilles ressourcer, herunder især analysekapacitet, til rådighed for regionens virksomheder. Der stilles muligheder for datadrevne omstillinger til rådighed samtidig med at diverse værktøjer udvikles til understøttelse af de visiterende enheder (fx centrale henvisningssystemer) m.m.

Det er typisk de tværgående centre, der har initiativpligten til at drive tværgående initiativer. Opfordringen kan dog også komme fra fx direktion, andre tværgående centre eller blive aftalt konkret i forbindelse med en særlig udfordring på sygehus- eller afdelingsniveau.

¹¹ Det har i kortlægningen ikke været muligt at dokumentere effekten heraf med data

På tværs af sygehuse

Til at fremme informationsgennemsigtighed er der udviklet et regionalt ledelsesinformationssystem – InfoSjælland¹² – hvorigennem administrationen, sygehuse og afdelinger har overblik over det samlede produktionsapparatet i regionen. Administrationen kan dermed tilgå ledelsesinformation på afdelingsniveau inden for fx økonomi- og lønområdet, pakkeforløb, udredning og behandlingsret, og løsninger inden for kvalitetsdata og anvendelse af medicin.

Overholdelse af udrednings- og behandlingsgarantien er et indirekte incitament til bedre kapacitetsudnyttelse på egne sygehuse, og som et led i Region Sjællands mål om øget koordinering på tværs af regionens sygehuse for at øge den samlede kapacitet og udnyttelse af denne, indgås der kollektive aftaler om den regionale produktionsplanlægning. Opgaven er i denne forbindelse, at:

- Understøtte med data omkring den forventede efterspørgsel
- Komme med forslag til aktivitetsfordeling på sygehusniveau
- Bistå visitationsenhederne i at skabe datamæssig sammenhæng mellem henvisninger og oplysninger i aktivitetsdata til brug for den fremtidige planlægning og opfølgning
- Udarbejde ad hoc analyser omkring uventede aktivitetsændringer på områder, hvor styregruppen for henvisningsenheden samt visitationsenhederne finder behov for dette.

Regionsdirektionen mødes med alle sygehusdirektører hver anden måned, hvor centrale mål, fordelingsnøgler, sygehusinfrastruktur, samarbejde på tværs mv. diskuteres. Derudover er der nedsat arbejdsgrupper, hvor emner vedr. driftsaftaler, bedste praksis, udmøntning på afdelingsniveau mv. drøftes. Grundlaget for sammensætningen af arbejdsgrupperne er klare – deltagerne er personer, som har mandat til tage beslutninger og eksekvere.

På tværs af sektorer

I fællesskab med de 17 kommuner har regionsrådet indgået Sundhedsaftale 2015-18. Grundtanken i Sundhedsaftalen er, at borgere, der i kontakt med sundhedsvæsenet, skal opleve sammenhæng og koordinerede, samtidige indsatser, uanset hvor i forløbet de befinder sig. Det overordnede politiske niveau er med til at sætte overordnede retninger og prioriteter. Det administrative niveau har derpå til opgave at sikre, at de enkelte kommuner og sygehuse realiserer de politiske mål.

Boks 18

¹² InfoSjælland indeholder pt data på økonomi og løn, og suppleres således stadig af det tidligere ledelsesinformationssystem, SIS, hvori aktivitetsdata og målopfyldelsesdata ligger. Man kan tilgå al data direkte fra InfoSjælland, som pt linker direkte til SIS. Det er planen, at al data skal samles i InfoSjælland og integrationen er undervejs

Sundhedsaftalens 10 pejlemærker anvendes til at vurdere, om aftaleparternes samarbejdet har været succesfuldt

1. Forløbsbeskrivelserne har styrket oplevelsen af det fleksible samarbejde
2. Udviklingen af kvalitet i samarbejdet er baseret på konkret viden med udgangspunkt i den nationale indsats om den ældre medicinske patient
3. Kommunikationen foregår elektronisk, relevant og rettidigt
4. Antallet af borgere, der oplever at blive inddraget i eget forløb stiger i aftaleperioden
5. Flere børn deltager i de forebyggende helbredsundersøgelser for førskolebørn – særlig blandt børn med mødre uden erhvervsuddannelse
6. Læring fra arbejdet med utilsigtede hændelser er omsat til konkrete indsatser med henblik på at udvikle evidens og udbrede bedste praksis
7. Tilbud om patientuddannelse og psykoedukation er udviklet og koordinerede, så tilbuddene supplerer hinanden
8. Mennesker med psykiske sygdomme og/eller misbrug er også velbehandlede for deres somatiske sygdomme – såvel på sygehuse som i almen praksis
9. Forskningsinitiativer understøtter kvalitetsudviklingen af det tværsektorielle samarbejde
10. Prioriteringsmodeller i forløbsprogrammerne er fulgt, så princippet om ressourcebevidsthed understøttes

Opfølgning på sundhedsaftalens visioner og mål sker halvårligt, hvor der følges op på sundhedsaftalens 10 politiske pejlemærker (Boks 18), sundhedsaftalens 52 aftalte indsatser samt nationale indikatorer for sundhedsaftaleområdet. Dette er suppleret med en midtvejsevaluering, hvor man i tillæg undersøger borgernes oplevelser i det tværsektorielle samarbejde samt personalets oplevelser af udviklingen i samarbejdet.

Almen praksis er ikke formel aftalepart i sundhedsaftalen som regionen og kommunerne er, men forpligtes via aftaler i praksisplanudvalget bl.a. i forhold til konkrete initiativer i sundhedsaftalen. På baggrund af praksissektorens centrale rolle på sundhedsområdet inddrages denne – Praktiserende Lægers Organisation (PLO) – i alle dele af samarbejdet og indgår dermed som en tredje part i aftalen, herunder som repræsentanter i Sundhedskoordinationsudvalget.

Det tværsektorielle samarbejde er politisk forankret i Sundhedskoordinationsudvalget (SKU), der skal understøtte ledelsesforankring, udvikling og implementering af aftalens indhold. Udvalget består af repræsentanter fra regionsrådet, kommunalbestyrelserne samt PLO i Region Sjælland. Derunder er der en række samarbejdsfora, der på forskellige organisatoriske niveauer sikrer ledelsesmæssig implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen. Styregruppe for sundhedssamarbejde (SAM) varetager fx den overordnede styring og koordinering på administrativt niveau og har ansvaret for at bringe sager i SKU. SAM mødes 6-8 gange årligt og består af otte medlemmer fra hhv. regionen og kommuner samt tre fra almen praksis. Næste niveau er Tværsektorielt Samarbejdsforum for somatik (TSS), hvori alle kommuner, sygehuse og almen praksis er repræsenteret. TSS afholder fire årlige temamøder, og der planlægges desuden 1-2 årlige fælles temamøder med det tilsvarende

samarbejdsforum for psykiatrien. Herudover findes på dette niveau et samarbejdsforum, der samler hele på børneområdet på tværs af sektorer og på tværs af somatik og psykiatri.

Tredje niveau i samarbejdsorganisationen udgøres af lokale samarbejdsfora svarende til de enkelte sygehusgeografier og psykiatriske distrikter. Her mødes lokale ledelser med det formål at sikre lokal forankring og udvikling af de aftalte indsatser. Disse fora er oftest suppleret med relevante kliniske ledelser. Derudover findes en række andre samarbejdsfora, arbejdsgrupper og udvalg.

Der er i Region Sjælland nedsat en række afklaringsudvalg, hvor en repræsentant for henholdsvis kommuner og region afklarer de tvivlsspørgsmål, der opstår i samarbejdet. Denne praksis sikrer hurtig afklaring og er med til at sikre at problemstillinger i samarbejdet ikke blokerer for fremdrift.

Ud over de i Sundhedsaftalen aftalte samarbejdsmaal findes der en række tiltag, der har mere lokal karakter, fx *Broen til Bedre Sundhed* (jf.

Boks 19); teamsamarbejde for og med de svageste ældre patienter på Roskilde Sygehus, Holbæk Sygehus og Nykøbing Falster Sygehus i samarbejde med de omkringliggende kommuner; et geriatrisk samarbejde mellem Holbæk Sygehus og tre kommuner; samt et initiativ mellem Holbæk Sygehus og Odsherred, der skal skabe bedre overgang mellem indlæggelse og kommunale pleje. Nogle af disse initiativer uddybes nærmere under "Case – Holbæk Sygehus". De nævnte initiativer lever lokalt, men er forankret i sundhedsaftalens samarbejdsorganisation, så der sikres deling af viden og erfaringer på tværs i hele regionen.

Boks 19

Broen til Bedre Sundhed – et unikt samarbejde på Lolland-Falster

Broen til Bedre Sundhed er et udviklingsprogram, der skal skabe bedre folkesundhed og mere lighed i sundhed på Lolland-Falster. Programmet er lanceret gennem et samarbejde mellem Lolland og Guldborgsund Kommuner, Region Sjælland, de praktiserende læger, det lokale erhvervsliv og med støtte fra TrygFonden. Idéen er at bygge bro på tværs af sektorer og sammen udvikle tilbud og indsatser, som skal bidrage til bedre sundhed, større kvalitet og en sund økonomi.

Et initiativ, der er udsprunget af dette samarbejde, er *Sammen om min vej*. *Sammen om min vej* er et tilbud til personer, som er kronisk syge, har en psykisk lidelse, misbrug eller sociale problemer, og som fx står i en vanskelig livssituation, har været indlagt flere gange, eller hvis sag er faldet imellem to stole. Sammen med programmets medarbejdere skabes et overblik over problemernes omfang, og hvordan disse måske hænger sammen. I fællesskab lægges en plan for, hvad der skal ske, hvornår og hvordan. Personerne bliver fulgt i en periode for at sikre, at de tiltag, der sættes i værk, har den rette effekt.

Nedenfor listes eksempler på ledelsesinformation og opfølgningsmekanismer, som anvendes i det tværsektorielle samarbejde i regionen, heraf nogle i regi af Sundhedsaftalen:

- Midtvejsevaluering af Sundhedsaftalen bestående af en række analyser af patientoplevelser, medarbejderens vurdering, evaluering af samarbejdsorganisationer samt status på de aftalte 10 pejlemærker for Sundhedsaftalen
- Monitorering og prognoser for den kommunale medfinansiering (i regi af Udviklingsgruppen for Økonomi og Kvalitet, Sundhedsdata)
- Sundhedsstyrelsens indikatorer for det tværsektorielle samarbejde (årlig opgørelse)
- Særlige analyser ift. specifikke problemstilling. Fx er en analyse om årsager til genindlæggelser i gang i samarbejde mellem kommunerne og regionen. Undersøgelsen er iværksat efter ønske fra Sundhedskoordinationsudvalget
- Kvalitetsanalyser i form af tværsektorielle audit af samarbejdet vedr. ældre medicinske patienter med deltagelse af alle sygehuse og alle kommuner – led i opfølgning på sundhedsaftalens initiativer
- BOB-databasen (Bedst og Billigst) generer løbende ledelsesinformation til almen praksis om medicinforbrug i almen praksis

Oplevede fordele og ulemper ved nuværende styring

Fra regionens side opleves der på trods af det tætte tværsektorelle samarbejde stadig en række udfordringer. Regioner ser muligheder i samarbejdsmodeller med populationsansvar i det fremtidige samarbejde mellem kommune, praksisområdet og de enkelte sygehuse, der i højere grad understøtter sammenhængende forløb. Fx indeholder den nuværende organisering, ikke et økonomisk incitament til at have udgående teams fra sygehuse mod kommuner, selvom der er evidens for virkningen heraf i forhold til rådgivning og varetagelse af behandling af særligt ældre og kronikere uden for sygehuse. Dertil er det en udfordring, at sikre borgernes oplevelse af ét forløb, mens regioner og kommuner, som varetager forskellige dele af forløbet, overordnet er styret af to forskellige love (sundhedslov og servicelov), der ikke i tilstrækkelig grad er designet til at understøtte sammenhængende forløb.

Et mere data-drevet samarbejde med kommunerne vil givetvis kunne forbedre samarbejdet yderligere. De stramme love for dataudveksling mellem sektorer samt den nye persondataforordning opleves hertil hæmmende.

Aktivitetskrav hæmmer udviklingen af et hensigtsmæssigt system, hvori det først og fremmest drejer sig om behandlingen af patienten. Det er fortsat vigtigt med stram styring, hvor der er hårde rammer, central styring ift. de større brikker (fx sygehusplanlægning), og derunder ledelsesmæssige frihed til lokal prioritering og styring. Sidstnævnte kræver stærk ledelse på sygehus- og afdelingsniveau. Overgangen til fuld rammestyring af regionens sygehuse har ganske vist fremmet, at også aktivitetssænkende effektiviseringer i højere grad gennemføres. Der bruges nu mere energi på at styre efter en række andre parametre, såsom regionale og nationale mål og dertilhørende indikatorer.

Alle regioner har en særlig udfordring som følge af de kortsigtede, etårige rammer, som kommer til udtryk i økonomiaftalerne. Disse giver usikkerhed og er udfordrende for den langsigtede planlægning og strategitænkning. Dertil ville det være en fordel, hvis de overordnede rammer indeholdt et flerårigt perspektiv.

Derudover er det en udfordring for en effektiv styring, at der er udmeldt særlige udgiftslofter for hhv. drift og anlæg. Denne opbygning modarbejder, at overskud på driftsbudgettet kan anvendes til apparatur og kan virke hæmmende for større investeringer.

Case – Holbæk sygehus

Introduktion til sygehuset

Holbæk Sygehus er et af Region Sjællands fire akutsygehuse og dækker med et budget på ca. 1,1 mia. kr., 338 senge og 1.700 medarbejdere den nordlige del af regionen, som inkluderer kommunerne Kalundborg, Odsherred, Holbæk, Lejre og Roskilde. Derudover har Holbæk Sygehus også en række satellitfunktioner på andre af regionens sygehuse samt et sundhedscenter i Odsherred og Sundheds- og Akuthuset i Kalundborg. Sygehusets hovedfunktion er at tilbyde diagnostik og behandling af almen og hyppigt forekommende sygdomme, mens diagnostik og behandling inden for en række sygdomme også varetages på regionsfunktionsniveau. Med 13 afdelinger varetager sygehuset årligt hhv. ca. 45.000 og 150.000 udskrivninger og ambulante besøg. I denne analyse er Medicinsk og Klinisk Biokemisk Afdeling interviewet.

Holbæk Sygehus har en vision om at være et ambitiøst og veldrevet akutsygehus. Som akutsygehus stræber Holbæk Sygehus efter at have en veldrevet og effektiv akutafdeling, som er førende inden for organisering og udvikling af behandling. Hertil afsluttes patienter hurtigt eller videresendes til kliniske afdelinger, hvilket medfører hurtige og sammenhængende patientforløb. Visionen ”*Samme dag under samme tag*” bygger blandt andet på, at en samling af antallet af sygehusbesøg vil opleves som mere hensigtsmæssigt for patienten, samt at flere specialer arbejder tæt og hurtigt sammen om udredning og behandling af patienten, hvilket også skaber værdi for patienten. Oprettelsen af et ’Fælles Medicinsk Ambulatorium’, skal bl.a. understøtte dette initiativ. Under bygningen af det fælles ambulatorium, hvor man samler alle medicinske specialer under ét tag, har man tænkt i nye baner ift. organisering og indretning af lokalerne, for at sætte patienten i centrum og sikre en bedre patientoplevelse samt bedre og hurtigere udredning. Den innovative organisering har medført stor mediebevågenhed samt besøg og omtale fra forskellige ministre og politikere.

Styring på sygehusledelsesniveau

Holbæk Sygehus styres efter en **fælles strategi**, som er gennemgående, når der skal prioriteres og træffes beslutninger. Den treårige strategi, som revideres hver andet år, blev udviklet i fællesskab med alle afdelingsledelser under halvanden dags seminar og med afsæt i politiske og faglige mål på nationalt og regionalt plan, samt den lokale vision for sygehuset. Strategien er styrende for den daglige drift såvel som større ændringer såsom beslutninger om omlægning af patientforløb, omfordeling mellem afdelinger, indsatser med kommuner o. lign. Understøttende til sygehusets strategi har ”Program for Region Sjælland, Vision, Handlingsplan 2014-2017” de seneste år været retningsgivende og rammesættende for styringen og sygehuset. Dertil kommer andre handlingsplaner og tiltag, fx Vision for Patienten som Partner, Sygehusplan 2010, Sundhedsaftalen mv.

Sygehusledelsen såvel som de interviewede afdelingsledelser giver udtryk for, at det kræver stærk ledelse at få forankret strategien igennem hele sygehuset – helt ned på klinikerniveau. Der benyttes således projektgrupper, medarbejderinddragelse, milepæle mm. for at sikre, at alt personale har forståelse for retningen for sygehuset og ønsker at gennemføre de tiltag, der skal til. Selv om enkelte afsnit kan være uenige i specifikke tiltag, er der en generel forståelse for den fælles retning, hvilket tilskrives, at hospitalet fungerer som det gør.

Det er sygehusledelsens opfattelse, at der er en stærk **kultur** og fællesskabsfølelse på tværs af sygehuset, som muliggør succesfuld udmøntning af den fælles strategi. Denne kultur – ”*man [personalet, red.] vil det*” – er et tilbage vendende tema i sygehusets styring, også på tværs af afdelinger. Der forekommer en tydelig ledelse, samt et stærkt fællesskab og tæt knyttet samarbejde på tværs af sygehuset, både horisontalt og vertikalt. Kulturen tilskrives bl.a. et fladt hierarki, samt at

sygehusledelsen er synlig og deltagende helt ud i de enkelte afsnit. Sygehusledelsen selv sammenligner driften af sygehuset med en ambitiøs virksomhed, hvor man er bevidst om, at man er i direkte konkurrence med andre hospitaler om at være patienternes og de dygtigste medarbejderes førstevalg.

Som en del af styringen oppefra udarbejdes en årlig **driftsaftale** med Region Sjælland, som definerer de overordnede mål og prioriteter for sygehuset. Det er sygehusledelsens opgave at realisere denne og forankre den på sygehusets afdelinger. I udmøntningen af driftsaftalen udvikler sygehusledelsen underliggende driftsaftaler med de enkelte afdelinger. En vigtig del af arbejdet består i at definere, hvordan de forskellige mål helt konkret skal opnås for de enkelte afdelinger, hvilket bliver gjort i samarbejde med Afdelingslederrådet.

Sygehusledelsen tilkendegiver, at dens vigtigste **styringsparametre** bygger på hensynstagen til økonomi, national lovgivning, nationale og regionale mål, politisk fokus, faglig kvalitet, fysiske rammer og det rette personale. Økonomi, herunder især budgetoverholdelse, vægtes højt, da det er fundamentet for at kunne udleve politiske mål og skabe størst værdi for patienten. Sygehuset er fra regionens side underlagt rammestyring med et aktivitetskrav. Det opleves imidlertid ikke som et problem at realisere aktivitetskravet, hvorfor produktionsværdi ikke fylder i den daglige styring. Dog har man på sygehuset et ”konkurrence-mindset”, hvorfor der til en vis grad er opmærksomhed om sygehusets produktivitetsudvikling, om end det som nævnt ikke er en direkte styringsparameter. *Man* er således mere interesseret i patient-flow og effektiv kapacitetsudnyttelse frem for produceret produktionsværdi.

Halvårligt mødes sygehusledelsen med alle afdelingsledelser med henblik på at diskutere idéer og initiativer på afdelingsniveau og på tværs af sygehuset (forår) samt driftsaftaler (efterår). De ledelsesmæssige indsatser og økonomiplanlægning på afdelingsniveau forsøges at holdes adskilt således, at der først og fremmest tænkes i faglig kvalitet, nationale mål mv. Ledelsen afholder derfor først møder med hver afdeling, hvor der diskuteres ledelsesmæssige indsatser og derefter afholdes økonomimøder, hvor næste års budget diskuteres i lyset af ledelsesmæssige prioriteringer.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgetlægning og -opfølgning er et centralt element i sygehusets styring. Processen følger en fastlagt proces som drives dels af regionens budgetprocesser samt af samarbejdet med sygehusets afdelinger.

Budgetproces

Budgetlægningen internt på sygehuset tager overordnet afsæt i økonomiaftalen, som indgås mellem Regeringen og Danske Regioner, i regionens budgetaftale samt i sygehusets historiske budget. Et element i sygehusets budgetproces er ligeledes overvejelser om, hvorvidt det er muligt at gennemføre effektiviseringer, herunder omlægning af aktivitet, der kan være med til et fortsat fokus på at øge produktiviteten på sygehuset. Endelig er sygehusets strategi, et vigtigt element i budgetprocessen. Fx at sygehuset gerne vil være ”patientens sygehuse” og dermed bl.a. give patienterne bedre og mere sammenhængende forløb.

I løbet af oktober afholder sygehusledelsen møder med afdelingsledelserne, hvor bl.a. dialogen omkring driftsaftale og budget for det kommende år påbegyndes. I planlægningen op til forsøger ledelsen at være på forkant med driftsmål for afdelingerne i forhold til potentielle nye politiske målsætninger og prioriteter. Det økonomiske budget er historisk baseret, justeret for PL-reguleringer, og eventuelle omprioriteringer baseret på politiske målsætninger eller strukturelle ændringer. Der opleves sjældent store udsving i sygehusets budget fra år til år.

Sygehusledelsen og staben kommer med et udspil til de enkelte afdelingers driftsaftale, herunder aktivitet og økonomi samt relevante dele af bl.a. national lovgivning (kræftpakker og behandlingsgaranti) samt nationale og regionale kvalitetsmål, og afdelingerne supplerer således med de mere kvalitative beskrivelser af det kommende års initiativer og prioriteter. Budget- og driftsaftalerne er typisk endelig på plads i løbet af november. Afdelingernes budgetter indeholder således som regel blot marginale justeringer fra år til år. Budgettet tager udgangspunkt i forrige års budget, PL-reguleret og eventuelt justeret for det forventede udgiftspres, budgetsager, besparelser o. lig. Sygehuset omfordeler sjældent signifikante beløb internt, men afdelingsbudgetterne er levende i den forstand, at fx nye politiske eller lovgivningsmæssige krav kan kræve visse omfordelinger mellem afdelinger. Er dette nødvendigt tager sygehusledelsen en samtale med de relevante afdelinger. Budgettet er endvidere 100% rammebaseret således, at meraktivitet ikke direkte kompenseres, og tilsvarende er der ikke negative konsekvenser ved mindre aktivitet.

Afdelingerne kan ved mindre- eller merforbrug opspare til næste års budget eller overføre fra næste års budget med op til 2% af grundbudgettet.

Holbæk Sygehus har ikke været ude for at skulle udmønte større sparerunder de seneste år. I 2017 og 2018 skal sygehuset spare 2% på det administrative område, men ikke på det kliniske. Er det nødvendigt at gennemføre sparerunder, søger sygehusledelsen at indgå i dialog med afdelingerne for i fællesskab at identificere, hvor der er muligheder for besparelser; dette tager udgangspunkt i faglige og ledelsesmæssige vurderinger. Afdelingerne skal derpå indsende besparelsesforslag til sygehusledelsens godkendelse. Er forslag urealistiske eller uønskede får de pågældende afdelinger besked på at udarbejde forslag på ny. Har personaleafvikling været nødvendigt, er dette oftest søgt via naturlig afgang.

Når besparelseskrav fra regionen har en meget generel karakter, fordeles besparelsen ud på alle afdelinger med afdelingens budget som andel af sygehusets samlede budget som fordelingsnøgle – en grønthøsterbesparelse. Hvis besparelsen er målrettet fx indkøb af specifikke varer eller særlige kliniske områder, vil besparelsen blive udmøntet konkret ift. de afdelinger, som bruger den pågældende vare osv. Der kan dog godt være ledelsesmæssige og strategiske overvejelser i forbindelse med sygehusledelsens beslutning om fordeling af besparelser, som gør at man vælger at fordele mere til nogle afdelinger og mindre til andre. Det kan fx være afdelingens belastning af patienter. Dvs. de data som inddrages i en sådan vurdering, vil være aktivitet, belægning, økonomi, personalesituation mv.

Økonomiopfølgning

Økonomi og Planlægning udarbejder månedlige kalkuler baseret på seneste måneds forbrugstal på løn og øvrig drift, jf. nedenstående boks. Kalkulerne er ikke nødvendigvis fysiske rapporter, men nærmere et dialogværktøj, som anvendes i en samtale med de enkelte afdelingsledelser. I den månedlige opfølgning vil afdelingsledelserne desuden se på udvalgt økonomidata fra ledelsesinformationssystemerne SIS og InfoSjælland sammen med en kontaktperson fra Økonomi og Planlægning. Overholdes budgetterne bruges der ikke meget tid på økonomi, men hvis en given afdeling har udfordringer med økonomien eller et andet område skal denne udvikle en skriftlig handleplan, som der derpå vil blive fulgt op på med jævne mellemrum afhængig af behov.

Økonomi og Planlægning udarbejder derefter en overordnet kalkule for sygehuset, som derpå forelægges sygehusledelsen. Hvis en afdeling står over for strukturelle udfordringer kan sygehusledelsen vælge at tilføre den givne afdeling flere ressourcer via omfordeling af sygehusets samlede ramme.

Eksempel på økonomiopfølgning på Klinisk Biokemisk Afdeling

Klinisk biokemisk afdelings økonomiopfølgning indeholder et overblik over det tildelte budget og tilhørende forbrug på årsbasis, månedsbasis og lokation. Økonomien er endvidere nedbrudt i forskellige kategorier herunder:

- Personale
- Kurser
- Materiale- og aktivitetsudgifter
- Medicin
- Øvrige lægelige artikler
- Kliniske analyser
- Anskaffelser, inventar og apparatur
- Drift og vedligeholdelse
- Ejendomsudgifter
- Andet

Der afholdes et månedligt møde, hvor alle afdelingsledelser deltager, og hvor økonomi altid er på dagsordenen. Endvidere mødes sygehusets MED-forum seks gange årligt. Her diskuteres bl.a. sygehusets situation, arbejdsmiljømæssige tiltag, eventuelle sager fra fælles tillidsrepræsentanter – og den samlede økonomi.

Sygehusledelsen vægter budgetoverholdelse højt, hvilket er tydeligt afspejlet i styringen. I tilfælde af merforbrug i en afdeling bliver denne bedt om at udarbejde en handleplan for at sikre budgetbalance. Handleplanen drøftes med sygehusledelsen, og afdelingsledelsen har ansvar for at effektuere de aftalte tiltag. Som konsekvens af at sygehusets økonomi har været udfordret i de senere år har sygehusledelsen indført, at alle ansættelser – genbesættelser såvel som nyoprettede stillinger – skal godkendes af ledelsen, og ansættelsesstop er en typisk konsekvens for afdelinger, der har et overforbrug. Som led i den tætte økonomiopfølgning følges fx forbruget af eksterne vikarer tæt, hvor der månedligt afrapporteres på forbrug i kroner og i antal vagter.

Driftsmål og daglig styring

Sygehusledelsen er involveret i dag-til-dag driftsstyring og går meget op i at have ”fingeren på pulsen”. Fx monitoreres belægningsnøgletal tæt hver morgen af sygehusdirektøren, og ledelsen deltager oftest muligt i den daglige kapacitetskonference, hvor alle afdelingsledelserne mødes, samt gør en dyd ud af at være synlige ude i afdelingerne.

Derudover er der ugentlige tavlemøder på afdelings- og afsnitsniveau, hvor sygehusledelsen også deltager (sygehusledelsen har fordelt de forskellige afdelinger imellem sig). Nogle af afdelingernes driftsmål er gennemgående mens andre varierer afdelinger imellem; på de fleste driftsmål forelægger data hyppigt, og der foreligger en statusrapport til sygehusledelsen mindst en gang om måneden. Emner kan også bære præg af ad hoc og dermed variere fra gang til gang. Sygehusledelsen afholder med jævne mellemrum interne møder, hvor fx drift, udfordrede områder, personalsituation, tiltag og den mere overordnede strategi drøftes. Det er fx ambitionen, at så få patienter som muligt skal henvises til privathospitaler, jf. regionens beslutning om at flytte denne finansiering til sygehusene selv. Afdelingerne afrapporterer derfor ugentligt til Økonomi og Planlægning antallet af patienter, der viderehenvises. På baggrund af tilbagemeldingerne opgøres antallet af henvisninger, hvilket afrapporteres til sygehusledelsen samt på sygehusets målstyringstavle.

Eksempel: Driftsmål på tværs af Holbæk Sygehus

Holbæk Sygehus har udarbejdet en række servicemål med tilknyttede grænser i form af fx minutter eller (kalender)dage, som er inddelt i to overordnede kategorier:

Kategori 1 - Livstruende sygdomme:

- Besked om dato for forundersøgelse/behandling
- Ventetid forundersøgelse
- Besked om dato for evt. behandling efter forundersøgelse
- Ventetid til behandling (maligne)

Kategori 2 - Alle patienter:

- Besked om dato for forundersøgelse/behandling
- Udsendelse udskrivningsbreve efter indlæggelse (epikriser)
- Ventetid skadestuen
- Ventetid i ambulatorium

Dertil er målsætningen for udredningsret, behandlingsgaranti og pakkeforløb 95-100% i relevante afdelinger.

På personalefronten er der mål på antallet af arbejdsulykker både med og uden fravær samt sygefraværsmål.

Effektiviseringer og forbedringer

Sygehuset er vant til at arbejde med effektiviseringer. Der er et naturligt effektiviseringspres ”nedefra” som følge af den øgede efterspørgsel efter sygehusydelse. Således er afdelingerne tvunget til at overveje over, hvordan kapacitet bedst muligt udnyttes, og hvordan de kan optimere deres arbejdsgange og processer. Hertil er kræftpakker, behandlingsgaranti mv. med til at drive et effektiviseringspres både ift. at imødekomme de lovpligtige tidsrammer og ift. lovede aktivitetsniveau pr. patient (fx kontroller i kræftpakker). Ud over de statslige rammer og patientrettigheder er der ikke et konsekvent pres ”oppefra” ift. effektiviseringer.

Der er nedsat et mindre Lean-hold på stabsniveau, som beskæftiges med optimering af arbejdsgange og processer ude hos de forskellige afdelinger. Lean-holdet kan både være opsøgende eller få udpeget områder af sygehusledelsen, hvor der tænkes at være optimeringspotentiale. Dette kan fx være i tilfælde, hvor afdelingernes budget reduceres og afdelingen dermed har brug for hjælp eller inspiration til at effektivisere arbejdsprocesser. Omvendt kan afdelinger også selv anmode om hjælp.

Det halvårslige møde med alle afdelingsledelserne (som beskrevet ovenfor) bidrager bl.a. også til idégeneration til omstruktureringer eller justeringer, der kan gavne patientforløb og faglig kvalitet.

I effektiviseringsprocessen styrer Holbæk Sygehus efter det, som gavner patienten. Sygehuset er ikke underlagt aktivitetsstyring og produktivitetskrav, jf. Driftsaftalen 2017. Holbæk Sygehuset har således udarbejdet flere effektiviseringsforslag der sænker produktionsværdien, under forudsætning af, at tiltaget skaber mere værdi for patienten, fx ”*Samme dag under samme tag*”. Dette muliggøres primært af, at der på sygehus- og regionsniveau generelt ikke er bekymring omkring at nå et vist aktivitetsniveau, hvorfor korrektioner af aktivitetsbudgettet opleves som relativt ”nemme” at få

igennem, når det er til gavn for patienten. Yderligere er den nærværende ledelse og fælles strategi med til at understøtte arbejde med effektiviseringer, fordi det er nemmere at flugte initiativer med de overordnede prioriteter for sygehuset.

Boks 22

Eksempel på effektivisering drevet af, hvad der er bedst for patienten: Selvbetjent dialyseafsnit

På både Holbæk og Slagelse sygehus har man oprettet et selvbetjent dialyseafsnit, hvor patienter selv kan booke sig ind og møde op til dialyse, når det passer dem. Anvendes af patienter, som er vant til dialysen, og som derfor kan foretage det meste selv.

Afdelingen understøttes af en enkelt sygeplejerske og er derfor omkostningseffektiv. Samtidig skaber det større værdi for patienten pga. fleksibiliteten.

Tværgående samarbejde og prioriteringer

Tværgående samarbejde handler både om sammenhængende patientforløb på tværs af afdelinger på sygehuset og om det tværsektorielle samarbejde mellem sygehuset og kommuner og almen praksis.

Internt på sygehuset

Sygehusets direktion har regelmæssige møder med afdelingsledelserne, hvor man evaluerer samarbejde på tværs af afdelinger og identificerer muligheder for at forbedre patientforløb og behandling. Disse møder er med til at forankre den fælles vision og er også en af grundene til, at ”*Samme dag under samme tag*” kunne realiseres.

Med kommuner og almen praksis

Det tværsektorelle samarbejde bygger overordnet set på to ting, Kommunalt Samarbejdsforum for Somatik (KSS) og Sundhedsaftalerne. KSS er et lokalt samarbejdsforum hvor det tværgående samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksis er i centrum, mens sundhedsaftaler indgås mellem regionsråd og kommunalbestyrelser i de pågældende kommuner mhp. at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i patientforløb på tværs af regionens sygehuse, kommuner og almen praksis.

På baggrund af KSS-fora og Sundhedsaftalerne er der udsprunget flere lokale initiativer. Man har således igangsat samarbejder på visse områder, herunder med Odsherred Kommune, hvor man forebygger genindlæggelser hos medicinske og geriatriske patienter ved, at en hjemmesygeplejerske skaber forbindelse mellem sygehus og hjemmepleje. Sygeplejersken møder op på sygehuset tre dage forud for udskrivelse og følger op med borgeren i dennes hjem sammen med pårørende, den kommunale hjemmepleje og praktiserende læge efter udskrivelse. Et andet eksempel er et initiativ med Odsherred, Kalundborg og Holbæk kommuner, hvor der er sammensat et geriatrisk hold, som skal varetage den tværgående behandling af den svage, ældre patient, bl.a. ved at flytte specialiserede tilbud ud til patientens hjem. Teamet består af klinisk personale og plejepersonale, som tager ud til patienterne for at screene, hvilken type hjemmepleje der er behov for samt at forebygge genindlæggelser fx ved at kigge på kostomlæggelse.

Eksempel på tværgående samarbejde internt på sygehuset: *Samme dag under samme tag*

I foråret 2016 åbnede Holbæk Sygehus et nyt Medicinsk Fælles Ambulatorium, som samlede alle medicinske specialer i et fælles ambulatorium under mottoet ”*Samme dag under samme tag*”.

”Samme dag under samme tag” primære formål er at sammenlægge kontrol af multisyge patienter for herigennem at skabe mere værdi for patienten. Tiltaget har dog tilvejebragt to yderligere gevinster i form af et øget antal af udredte patienter samt en højere faglighed som følge af at speciallægerne skal være i stand til at overlevere på tværs af specialer.

Initiativet har således medført langt hurtigere udredning samt reduceret antallet af multisyges besøg fra ~16 om året til ~4, til stor gavn for patienterne såvel som sygehuset.

Oplevede fordele og ulemper

Der opleves generelt en god dialog opadtil med regionen. Dette forekommer både i forbindelse med udarbejdelse af driftsaftale, samarbejdet med de tværgående enheder og ved indsendelse af aktivitetskorrektionsforslag, som ofte bliver velmodtaget. Derudover forekommer der en god gennemsigtighed i forhold til, hvordan de nationale mål og dertilhørende indikatorer pålægges sygehuset.

Sygehuset sætter pris på tydelig og tilgængelig data således, at der kan sættes rettidigt ind på områder, hvor sygehuset eller afdelinger halter efter. Sygehuset modtager en rapport fra Danske Regioner med status på de otte nationale mål ca. hver tredje måned, men efterlyser mere hyppig og detaljeret data, så man på afdelingsniveau kan reagere og arbejde konstruktivt ned udfordringer. Administrationen arbejder i øjeblikket på at udbedre disse dataudfordringer.

Styring på afdelingsniveau

Der er en generel konsensus om, at det er vigtigt, at budgetter overholdes. Dette understøttes af den løbende opfølgning med de enkelte afsnit samt de månedlige økonomiopfølgninger med Økonomi og Planlægning på afdelingsniveau. Så længe der er budgetoverholdelse, er økonomi ikke et tema, der fylder i den daglige styring og dialog på afdelingen. Den daglige styring vedrører i stedet primært driftsmæssige parametre såsom kapacitet, sygefravær, regionale og nationale målsætninger, driftsmål mv.

Nogle afdelinger har med udgangspunkt i sygehusets overordnede strategi udviklet lokale visioner og missioner. Disse målsætninger er bl.a. med til at danne rammen for driftsaftalen, som årligt indgås med sygehusledelsen, og er retningsvisende for afdelingernes prioriteter og initiativer.

Det, at sygehuset helt er overgået til rammestyrt, har medført, at afdelingernes budgetter ikke justeres som følge af aktivitetsudsving. Frisættelsen har medført, at afdelingerne oplever større frihed til fx at tænke kreativt og omlægge patientforløb, der kan betyde mindre aktivitet eller lavere produktionsværdi. Afdelingerne monitorerer dog fortsat aktiviteten – ikke i form af produktionsværdi men derimod antallet af operationer, unikke patienter, ambulante kontra stationære behandlinger mv. Denne form for aktivitet giver en god indsigt i, hvad der rent faktisk foretages i afsnittene.

Eksempel: Lokal afdelingsstrategi – Klinisk Biokemisk Afdeling

Klinisk Biokemisk Afdeling har med udgangspunkt i sygehusets strategikort udarbejdet en vision og mission for årene 2016-2018. Denne omfatter bl.a.

- Automatiseret og opdateret analyseudstyr, der leverer høj analysekvalitet
- Fokus på optimering af interne processer vha. Lean
- Bredt og fokuseret analyseprogram og et godt samarbejde med rekvirenter
- Hurtige analysesvar mhp. at sikre gode patientforløb bl.a. ved hjælp af fremskudt prøvetagningsfunktioner

Udarbejdelsen skete gennem 14 seancer med personalet, som blev opdelt i forskellige grupper af 8-10 personer med hvert sit fokusområde. Afdelingens strategi er således målrettet og konkretiseret for afdelingerne, men afspejler fortsat sygehusets strategi, og bygger på regionale og nationale målsætninger.

Økonomi – budget og aktivitet

I løbet af efteråret får afdelingerne udmeldt rammerne for det kommende års budget af sygehusledelsen. Rammerne gælder for den enkelte afdeling som helhed, og hvert enkel afdeling kan derfor frit prioritere midlerne mellem sine afsnit. Det udmeldte budget tager udgangspunkt i sidste års budget, justeret for PL-fremskrivninger mv. samt eventuelle omprioriteringer og særlige tiltag. Til de udmeldte nøgletal (herunder budget og aktivitet) skal afdelingerne selv udarbejde beskrivelser af afdelingens prioriteter, initiativer mv. Hertil kan den mest hensigtsmæssige personalesammensætning planlægges i samarbejde med Økonomi og Planlægning og HR-afdelingen. Som udgangspunkt sigtes der efter, at eventuelle besparelser imødekommes af effektiviseringer som ikke fører til afskedigelser, dog afhænger dette af den enkelte afdelings muligheder. Ved besparelseskraav skal de enkelte afdelinger indsende spareforslag til sygehusledelsens godkendelse. Der vedgår en dialog mellem afdelingerne og sygehusledelsen, og de endelige budgetter kendes typisk engang i løbet af november.

I samarbejde med Økonomi og Planlægning udarbejdes der månedlige kalkuler. Overholdes økonomien ikke skal afdelingerne udarbejde handleplaner. Typisk afsætter afdelingerne en lille buffer til uforudsete udgifter. Hvis økonomien alligevel kommer under pres mod slutningen af året udøves 'stop-go' ikke, men afdelingerne prøver derimod i stedet fx at udsætte visse udgifter til det efterfølgende budgetår.

Budgettet for Klinisk Biokemisk Afdeling, som bl.a. varetager prøvetagning og dertilhørende analyser for andre afdelinger og praksis, er bygget op således, at afdelingen selv er økonomisk ansvarlig for alle ydelser, den leverer. Således tildeles hele udgiften for en given prøve afdelingen, selv om prøven foretages for fx Medicinsk Afdeling. Dette har medført, at det påhviles Klinisk Biokemisk Afdeling at kontrollere og beherske det samlede prøve- og analyseforbrug på sygehuset. Dertil følges hver enkelte læges analysebehov tæt, og hvis det vurderes, at en given læge har et stigende eller u hensigtsmæssigt højt forbrug kontaktes denne med henblik på en dialog og eventuel nedbringelse af behovet. Ligeledes er der indført kontrolmekanismer som sikrer, at særligt dyre analyser kræver særlig godkendelse for at kunne blive bestilt.

Eksempel på effektivisering: Fuldt automatiseret analyseproces fra prøvetagning til svar på Holbæk Sygehus' Klinisk Biokemisk Afdeling

Før i tiden var det menneskehænder, der håndterede analyseprøver på Klinisk Biokemisk Afdeling. Fra 2013 sker transport og analyse med trykluft og robotarme. Systemet kan transportere, identificere, sortere, centrifugere og analysere blodprøver, der er taget ude i de forskellige afdelinger. Processen fra prøvetagning til analyseresultat er således nu bragt ned fra 2-3 timer til under én time for størstedelen af analyserne.

Det automatiske system har nedbragt risikoen betydeligt for, at der bliver begået fejl, og da maskinerne er koblet til it-systemet kan en læge andetsteds i regionen umiddelbart gøre brug af blodprøveresultater fra Holbæk Sygehus, hvis patienten skulle blive indlagt der. Afdelingen har endvidere indført online booking til blodprøvetagning og EKG, hvor igennem man kan monitorere og forudse spidsbelastning direkte.

Der budgetteres ikke med et særskilt anlægsbudget for sygehusets afdelinger. Dette betyder, at afdelingerne skal søge om midler til større anlægsomkostninger, fx særligt dyrt apparatur. Dette kan gøres via tre forskellige puljer – der findes en national, regional og lokal pulje – hvilket typisk finder sted omkring august måned.

Driftsmål og daglig styring

I forbindelse med budgetlægningen indgår afdelingerne i driftsaftaler med sygehusledelsen, som specificerer en række driftsmæssige mål. Mange af disse mål indgår i dag-til-dag styringen ude i afdelingerne. Alle afdelinger benytter en Lean-tilgang til tavlemøder. Udledt af Lean-indsatser eller af politiske, lovmæssige eller ledelsesmæssige mål er der bl.a. opsat nøgletal, som skal sikre god udnyttelse af afdelingernes ressourcer og belyse effektiviseringspotentialer. Der bliver fulgt tæt op på disse konkrete mål helt ned på specialniveau.

Der afholdes en række møder internt på afdelingerne og afdelingerne imellem. Der afholdes med deltagelse af sygehusledelsen kapacitetskonferencer i samarbejde med de forskellige afdelinger på tværs af sygehuset – i nogle tilfælde på tværs af afdelingers afsnit – og hvor akutafdelingen er tovholder og patientpresset vendes mhp. at koordinere kapacitet internt. Hvis der er et ekstraordinært pres afholdes flere kapacitetskonferencer dagligt. Derudover er der en række andre møder såsom faste morgenmøder med klinikere i afdelingen og regelmæssige ledermøder og ledelsestilsyn.

Derudover har de fleste afdelinger tilknyttet administrative medarbejdere, som kan bidrage til lokale ad hoc økonomi- og driftsanalyser. Fx har Klinisk Biokemisk Afdeling en systemadministrator, som laver udtræk fra laboratorieinformationssystemet og analyserer analyseforbrug.

Boks 26

Eksempler på driftsmål på medicinsk afdeling

Medicinsk afdeling benytter sig af Lean-tavler som er opbygget omkring Key Performance Indicators (KPI'er). Disse indgår i et KPI-hierarki fra afsnitsniveau via afdelingerne til sygehusledelses-niveau og er endvidere struktureret i fire overordnede strømme herunder:

- **Kvalitet:** Ajourføring af Fælles medicinkort (FMK), Early Warning Score (EWS), perifert venekateter (PVK) og tryksår
- **Flow:** Ventetid, behandlingsgaranti og viderehenviste patienter
- **Produktivitet:** Kapacitetsudnyttelse, øgning i unikke CPR.nr, patienter på gangene mm.
- **Kampagne:** Patienten som partner, RKKP
- **Evt. en 5. valgfri KPI:** Patientoplevelser, arbejdsmiljø mm.

Oplevede fordele og ulemper

Styringshierarkiet opfattes som værende fladt, med en synlig og nærværende ledelse, som er lydhør. Denne ledelsesstil tilskrives bl.a., at der forekommer meget lidt silotænkning og -opdeling på sygehuset. Desuden opleves samarbejdet med regionen, herunder særligt PFI, som velfungerende.

Omvendt synes der at være en hård økonomisk topstyring i forhold til, at afdelingerne skal overholde deres budgetter. Dette anses dog ikke som et problem, da der er generel forståelse for, at så længe budgetterne overholdes er der frirum til prioriteringer og omlægninger inden for afdelingernes rammer. Et eksempel på topstyring, som derimod kan virke rigidt og forsinkende, er den nuværende ansættelsesprocedure, hvor alle ansættelser – hvad enten der er genbesættelser eller oprettelse af nye stillinger – skal godkendes af sygehusledelsen.

Aktivitetsstyring og produktivitetskrav har tidligere skabt udfordringer ved at omlægge patient- og behandlingsforløb, som er aktivitetsnedsættende. Med andre ord har der været situationer, hvor sygehuset er blevet straffet økonomisk for at have udformet kvalitetsforbedringer.

Boks 27

Oplevelse omkring rammestyring vs. aktivitetsstyring

Selv om sygehuset er overgået til fuld rammestyring opleves fokus på aktivitet ikke i sig selv som et problem. Det er snarere måden hvorpå DRG-produktionsværdi blev anvendt som styringsregime med konsekvensafregning, der skabte udfordringer

I Klinisk Biokemisk Afdelings tilfælde opleves det, at afdelingen bærer det fulde økonomiske ansvar for prøver, analyser mv., som medvirkende til den gode dialog med andre afdelinger og praksis. Det er ofte den ledende overlæge, som tager dialogen med andre læger angående disses analysebehov eller anmodning om særlige analyser. Hertil er det en fordel at have læger ansat på afdelingen til at indgå i dialog med det lægefaglige personale på de efterspørgende afdelinger.

De centrale indkøbsprocesser kritiseres til en vis grad på afdelingsniveau. Større indsatser fra personalet i forbindelse med udbudsrunder belønnes ikke på afdelingsniveau, men snarere høstes den økonomiske effekt centralt i regionen. Modsat opleves det, at afdelingerne rammes af centrale

indkøbsbesparelser på varer, som ikke nødvendigvis anvendes på den givne afdeling. Dette skaber en suboptimale incitamentsstruktur for afdelingerne i forhold til at investere tid og ressourcer i udbudsrunder, processer mv. med henblik på at opnå besparelser. Yderligere forhandles priser ofte baseret på mængderabatter, hvilket kan resultere i spild.

Sammenfatning Region Sjælland

Nedenstående Tabel 3 viser en sammenfatning af udvalgte, centrale elementer i kortlægningen af styringen i Region Sjælland. Udvalget af parametre er sket på baggrund af beskrivelsen af opgavens genstandsfelt i udbudsmaterialet, og vil danne afsæt for analysen af styrker og svagheder ved den nuværende styring i kapitel 5.

Tabel 3: Opsummerende kortlægningstabel – Region Sjælland

Parameter	Beskrivelse
Styringsgrundlag	
Indeholder styringsgrundlaget: <ul style="list-style-type: none"> - Nationale mål - Regionale mål (fx kvalitet) - Økonomi og aktivitet - Daglig drift (dag-til-dag styring) 	<p>De nationale mål er omdrejningspunkt for kvalitetsarbejdet på sygehusniveau og indgår som integreret del af sygehusenes driftsaftaler. Driftsaftalerne indeholder endvidere mål for økonomi og aktivitet; udredningsret, behandlingsgaranti, pakkeforløb samt specifikke regionale servicemål og indsatser på sygehusniveau.</p> <p>Der følges op på driftsaftalerne, herunder økonomi og aktivitet, mellem region og sygehus fire gange årligt.</p> <p>På sygehusniveau udarbejdes driftsaftaler med de enkelte afdelinger, som ligeledes afspejler nationale, regionale og sygehus-specifikke mål, men som tilpasses de enkelte afdelinger specifikt ift., hvordan de forskellige mål konkret opnås.</p>
Er der en klar og entydig sammenhæng i mål gennem styringskæden: <ul style="list-style-type: none"> - Region til sygehus - Sygehus til afdeling 	<p>Der er klar sammenhæng mellem nationale og regionale mål, og udmøntningen heraf fra region til sygehus- og afdelingsniveau.</p> <p>Relevante dele af nationale og regionale mål afspejles således i sygehusenes og afdelingers driftsaftaler og lokale strategier. Disse suppleres ligeledes med lokalt definerede mål på afdelingsniveau.</p>
Er der etableret et klart rapporteringshierarki for data på <ul style="list-style-type: none"> - Økonomi/budget - Effektivitet - Kvalitet 	<p>Både økonomi og kvalitetsparametre er indeholdt i regionens driftsaftaler med sygehusene. Der er et tydeligt rapporteringshierarki i forbindelse med økonomi og budget, hvor man udmønter budgetter top-down og rapporterer på konkrete parametre bottom-up. Det samme gælder kvalitet, som er forankret i de regionale mål, som ligeledes udmøntes top-down, og konkretiseres og fortolkes ned gennem styringskæden, hvorfor der ligeledes her er et klart hierarki.</p> <p>Derimod er effektivitet mere drevet via besparelser, regionale tiltag eller helt lokalt med fokus på patienten. Hierarkiet synes ikke her tilsvarende klart eller sammenhængende.</p>
Stilles et fælles datagrundlag til rådighed på alle niveauer, som understøtter en sammenhængende styring og rapportering i regionen?	<p>Regionen anvender et fælles datagrundlag for økonomi, aktivitet og sundhedsdata (herunder bl.a. pakkeforløb, udredningsret, behandlingsgaranti, akutindikatorer, kvalitetsdata) på tværs af regionens virksomheder i det fælles BI system, "InfoSjælland". Dette datagrundlag anvendes ligeledes i den daglige styring på sygehus- og afdelingsniveau. InfoSjælland anvendes endvidere til kapacitetsplanlægning på tværs af regionens sygehuse.</p>
Økonomi og aktivitet	
Er der beslutningsgrundlag til at kunne omfordele ressourcer på tværs: <ul style="list-style-type: none"> - på regionsniveau - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>Der findes detaljeret datagrundlag ift. udvikling i økonomi, aktivitet, produktivitet og definerede driftsmål på alle niveauer.</p> <p>På regionsniveau omfordeles midler mellem sygehuse dog typisk kun i forbindelse med udvidelser, hjemtagning eller flytninger af opgaver mellem sygehuse. Dette</p>

	<p>foregår som en del af budgetlægningen eller løbende gennem året. Ekstra midler eller besparelser fordeles via en fordelingsnøgle, med udgangspunkt i den budgetmæssige fordeling mellem sygehusene. Denne nøgle anvendes, når der ikke er et tilstrækkeligt konkret grundlag for anden fordeling.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau omfordes sjældent signifikante ressourcer internt mellem afdelinger/afsnit, ud fra et ønske om stabile budgetter på afdelingsniveau.</p>
<p>Revurderes tidligere års budgetter som grundlag for prioritering og omfordeling på tværs af sygehusene i budgetprocessen?</p>	<p>Regionens budgetlægning tager udgangspunkt i forrige års budget, justeret for ændringer i rammerne i økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen. Sygehusene oplever sjældent store udsving i budgetterne fra år til år.</p>
<p>Udmøntes et aktivitetsbudget/baseline (aktivitetsvækst-forudsætninger) sammen med økonomisk budget:</p> <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>Sygehuse modtager et aktivitetsbudget, som udmøntes på afdelingsniveau. Alle sygehuse i regionen er dog fra 2017 fritaget for aktivitets- og produktivitetskrav, og der er således ikke konsekvensafregning ved mer-/mindreaktivitet.</p> <p>Sygehuse og afdelinger monitorerer dog fortsat aktivitet, herunder især antal kontakter mv.</p> <p>Regionen påtager sig den økonomiske risiko ved ikke opnået aktivitetspuljefinansiering.</p>
<p>Effektiviseringer</p>	
<p>Udmøntes produktivitetskravet (indtil 2018) til sygehusene, og udmøntes kravet i så fald differentieret eller generelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>Alle sygehuse har været fritaget for produktivitetskravet siden 2017.</p> <p>Regionen påtager sig den finansielle risiko ved manglende overholdelse af aktivitets- og produktivitetskrav fra staten.</p>
<p>Initieres tiltag til effektiviseringer fra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regionsniveau ("oppefra") - Sygehusniveau - Afdelingsniveau ("nedefra") 	<p>Effektiviseringer drives primært fra afdelinger, mens tværgående enheder i regionen involveres i forbindelse med generelle besparelserunder og centrale tiltag, der kan styrke det lokale arbejde med effektiviseringer, fx <i>Lean i stor skala</i>.</p> <p>Flere faktorer bevirker, at afdelinger naturligt tænker i optimerede arbejdsgange og -processer: Det demografiske pres, patientrettigheder og ventetidsgarantier, samt ønsket om faglig udvikling (patienten i centrum). Svære rekrutteringsvilkår bevirker endvidere, at udnyttelse af speciallæger søges optimeret således, at disse kun varetager opgaver, som andet personale ikke kan udføre.</p>
<p>Er der tiltag/mekanismer, der sikrer, at effektiviseringer løbende identificeres og drives?</p> <ul style="list-style-type: none"> - På regionsniveau - På sygehusniveau 	<p>De tværgående enheder i regionen driver konkrete effektiviseringsprojekter på regionalt plan – fx regionale analyser og benchmarks inden for faglig og patientoplevet kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse – samt supporterer sygehuse og afdelinger i disses effektiviseringsarbejde lokalt.</p> <p>På sygehus-, afdelings- og afsnitsniveau afholdes Lean-tavlemøder løbende (der er indført 500 mødetavler i regionen), som skal bidrage til bedre driftsmålsopfyldelse samt identifikation af effektiviseringstiltag, og der er eksempler på lokale "Lean-teams" på sygehusniveau.</p>
<p>Er der økonomiske incitamentter til løbende at identificere og gennemføre effektiviseringer på afdelingsniveau?</p>	<p>Det faste rammebudget og patientrettighederne i samspil med den stigende efterspørgsel skaber i sig selv løbende økonomisk incitament til at effektivisere – for at holde sig inden for rammen.</p> <p>På afdelingsniveau kan mindreforbrug på nogle sygehuse overføres med op til 2% af det korrigerede grundbudget ved årets afslutning.</p> <p>Der anvendes andre incitamentsmekanismer som fx finansiering af behandling på privathospitaler af sygehusene (og afdelingerne) selv. Et andet eksempel er finansiering af eksternt bestilte prøver og analyser, som på Holbæk Sygehus pålægges Klinisk Biokemisk Afdeling fuldt, hvorfor afdelingen aktivt søger at begrænse andre afdelingers/praksis' forbrug gennem dialog og kontrolmekanismer.</p>

Understøttes effektiviseringer på afdelingsniveau med analysekapacitet, kompetencer, uddannelse, værktøjer mv. fra sygehus og/eller region?	<p>Regionens effektiviseringsarbejde går under navnet <i>Lean i stor skala</i> og indeholder en værktøjskasse, som understøtter ledelse og afdelingers arbejde med at etablere og benytte målstyring, indførelse af Lean-tavler, coaching, uddannelse, kommunikation, brug af data og forandringsledelse. Driver både centrale initiativer og supporterer ad hoc ideer fra sygehuse og afdelinger.</p> <p>På sygehusniveau er der fx nedsat et mindre Lean-hold på Holbæk Sygehus, som beskæftiges med optimering af arbejdsgange og processer på afdelingsniveau. Lean-holdet kan både være opsøgende eller få udpeget områder af sygehusledelsen, hvor der tænkes at være optimeringspotentiale</p>
Har en eventuel "frisættelse" fra produktivitetskrav via meraktivitet betydet introduktion af nye redskaber til at realisere effektiviseringsgevinster?	Der er ikke påvist nogen målbar sammenhæng mellem frisættelsen fra aktivitetsfinansiering og øget realisering af effektiviseringsgevinster, herunder indførelse af nye redskaber direkte relateret hertil. Der er dog på sygehus- og afdelingsniveau en opfattelse af, at det har en positiv effekt på motivationen for at identificere og realisere (potentielt aktivitetsnedsættende) effektiviseringer, når man ikke skal have konsekvenser for produktionsværdi for øje.
Tværgående samarbejde	
Er der mekanismer til at kunne foretage prioriteringer mellem sektorer?	<p>Tværgående styring og prioritering håndteres med afsæt i sundhedsaftalen gennem Sundhedskoordinationsudvalget. Derunder er der en række samarbejdsfora, der på forskellige organisatoriske niveauer sikrer ledelsesmæssig implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen. Kortlægningen har ikke identificeret reelle værktøjer eller mekanismer til at foretage prioritering mellem sektorer.</p> <p>Konkrete initiativer er typisk projektbaserede.</p>
Er der anvendelse af data i styring og opfølgning, fx overblik over samlede patientomkostninger på tværs og visitationsmønstre i almen praksis?	<p>Ad hoc analyser foretages på forskellige områder, herunder henvisningsmønstre, men sådanne data anvendes ikke systematisk.</p> <p>Brugen af data på tværs af sektorer er præget af organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer.</p>
Er der tværgående styring af kapacitet og aktivitet mellem: <ul style="list-style-type: none"> - sygehuse i regionen? - afdelinger på sygehuse? 	<p>På regionsniveau anvendes data til bedre kapacitetsudnyttelse på tværs af regionens sygehuse. Den centrale Henvisningsenhed henviser patienter efter tilgængelig kapacitet på tværs af regionens sygehuse.</p> <p>På sygehusniveau afholdes daglige kapacitetsmøder, hvor eventuelle spidsbelastninger kan afhjælpes afdelinger imellem.</p>
Er der regionale initiativer til samarbejde på tværs af sektorer, og drives disse projektbaseret eller systematisk?	Ud over de i Sundhedsaftalen aftalte samarbejdsmaal, er initiativer generelt af mere lokal projektbaseret karakter, fx Broen til Bedre Sundhed og geriatrisk samarbejde mellem Holbæk Sygehus og tre kommuner.
Styringsopfattelse	
Opleves økonomi, aktivitet og produktivitet som overstyrede ift. andre styringsværktøjer/-dimensioner på de forskellige niveauer?	Budgetoverholdelse har forrang og er grundlaget for, at sygehuse kan fokusere yderligere på nationale mål, patientrettigheder og faglig kvalitet. Økonomi, aktivitet og produktivitet fylder i den daglige styring, men opfattes ikke som overstyrede. Det er opfattelsen på sygehus- og afdelingsniveau, at ændringen af styringen fra takststyring til rammestyring har bevirket at netop aktivitet og produktivitet er mindre overstyrede nu end tidligere.
Hvordan opleves styringsrelevansen af nationale og regionale mål? <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	De fleste mål anses som relevante og støttende op om fx patientsikkerhed og rettidig behandling. Dette tilskrives dels, at man på sygehus- og afdelingsniveau generelt tilpasser de nationale og regionale mål til lokale behov med afsæt i sygehusstrategien.

Overordnet styring

Regionens styringsopfattelse bygger på centrale retningslinjer og overordnede mål, der skaber værdi for patienterne – mens eksekveringen heraf og fleksibiliteten til at levere denne værdi er placeret decentralt. Tilgangen er, at styring skal ske gennem overordnede mål og ledelse. Budgetoverholdelse er et grundlæggende styringsparameter, og er en forudsætning for at arbejde med øvrige styringsparametre så som overholdelse af patientrettigheder, kvalitet og regionale mål.

Boks 28

Forsøg med populationsansvar i Region Syddanmark

Regionsrådet vedtog i budget 2017 en ny styringsmodel, som gør op med det hidtidige stærke fokus på aktivitet. Aktiviteten i det syddanske sundhedsvæsen skal fastholdes på et fortsat højt niveau, men fortsat aktivitetsvækst skal ikke være et mål i sig selv. Det skal derimod resultatet af patienternes behandling og patienternes oplevelse i sundhedsvæsenet.

Som et led i den nye styringsmodel gennemføres et forsøg med populationsansvar, hvor aktivitetskravet fra 2017 blev afskaffet for ca. en tredjedel af den syddanske sygehusaktivitet. Forsøget skal evalueres i 2018/2019. Populationsansvar indebærer, at man har en forpligtigelse til at sikre alle borgere i ens population den sygehusbehandling, de har behov for og ret til som følge af bl.a. udrednings- og behandlingsretten.

Med styring på populationsansvar frem for aktivitet vil der skabes større mulighed for sygehusene til at skabe løsninger, der modvirker aktivitetspresset og bedre kan imødekomme presset for øget kvalitet. Dette kan bl.a. ske ved at udnytte de redskaber, der ligger i den syddanske forbedringsmodel i form af mere optimale patientforløb, reduktion af spild og brug af andre behandlingsformer fx telemedicin og telepsykiatri. Ligeledes vil populationsansvaret give incitament til øget fokus på forebyggelse og samarbejde på tværs af sektorer, så aktivitet, der mest hensigtsmæssigt ligger i primærsektor, også flyttes ud til primærsektor.

I forsøgsperioden vil der ikke være knyttet et økonomisk ansvar op på populationsansvaret. Hvis forsøget permanentgøres og udbredes i fuld skala er det tanken, at der også skal tilknyttes et økonomisk ansvar til populationsansvaret. Det indebærer, at det er de enkelte sygehuse, der betaler for meraktivitet på garantiklinikkerne, for de patienter der viderevisiteres fra sygehuset. Ligeledes skal sygehusene på sigt have økonomisk ansvar for den aktivitet, som garantiklinikkerne ikke kan håndtere inden for tidsfristerne, og derfor behandles på private sygehuse via det udvidede frie sygehusvalg.

Som et led i forsøget skal der også udvikles et grundlag for monitorering af modellen, herunder at definere en baseline for populationen. Ved udvikling og ændringer i finansieringsmodellen tages udgangspunkt i følgende principper:

- Enkelhed og gennemskuelighed
- Robusthed over tid
- Grundlæggende incitamenter skal "pege samme vej"
- Ændring af finansieringsmodel må ikke i sig selv flytte økonomi mellem enheder

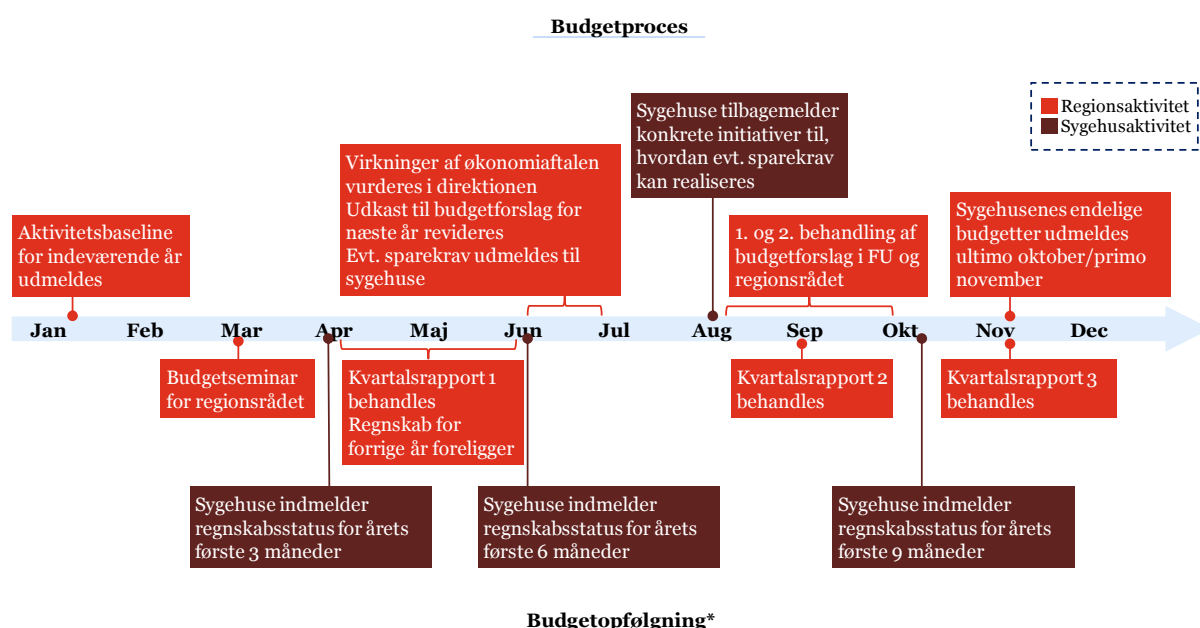
De nationale mål anvendes i styringen på regionalt plan som en indgang til at udvælge indsatsområder, hvor der ønskes forbedring. De områder, hvor regionen ligger i den bedre halvdel, vil ikke umiddelbart give anledning til, at der peges på særlige initiativer. Omvendt vil de steder, hvor regionen ligger dårligere end øvrige regioner, være områder som vil indgå i overvejelserne om indsatsområder. Et eksempel er sygehuserhvervede infektioner, hvor Region Syddanmark i sammenligning med øvrige regioner har forbedringspotentiale. Indsatsområderne udvælges på baggrund af drøftelse med bl.a. koncernledelse og hovedudvalg. Indsatsområderne besluttes politisk.

Regionen lægger vægt på at skabe sammenhæng i de overordnede pejlemærker og målsætninger mellem regionsniveau, sygehusniveau og afdelingsniveau. Samtidig lægges vægt på en decentral styringsmodel, hvor de enkelte enheder har mulighed for at udvikle egne strategier og handleplaner, så længe de ikke er i uoverensstemmelse med de regionale initiativer.

Økonomi – budget og aktivitet

Årshjulet for budgetprocessen starter i januar, hvor koncernledelsen mødes til en indledende drøftelse af problemer og muligheder. På baggrund heraf udvælges temaer, som der skal fokuseres på, fx medicinområdet. Efter indgåelse af økonomiaftalen i juli afholdes et orienterende regionsmøde, som danner afsæt for den politiske budgetproces i august og september. Budgetaftalen godkendes typisk i regionsrådet i september.

Figur 15: Årshjul for den overordnede budget- og opfølgingsproces på regionsniveau



*Budgetopfølgningen er et element af driftsopfølgningen. Behandles i direktionen og forelægges politisk i Regionsrådet efterfølgende

Budgettet tager typisk udgangspunkt i forrige års budget, justeret for inkrementelle ændringer som følge af eksempelvis økonomiaftalen, politiske prioriteringer eller regionale opdriftsområder som medicin og tjenestemandspensioner. Denne tilgang er valgt ud fra et ønske om at skabe mest mulig stabilitet i budgetterne. Der afsættes endvidere centrale buffere til håndtering af uforudsete udgifter og opdrift i udgifter til bl.a. medicin. På baggrund heraf afsættes en ramme til politisk prioritering til regionsrådet. For budget 2018 var rammen på ca. 15 mio. kr.

Budgetterne justeres i løbet af året bl.a. som følge af aktivitetsafregningen og på baggrund af besluttede tiltag. Ud over dette foregår der et stort løbende opfølgingsarbejde i forhold til økonomien på sygehusniveau og i forhold til de enkelte afdelinger, hvor økonomien opgøres og følges måned for måned.

Sygehuses budgetter er principielt aktivitetsbudgetter, men har (bortset fra enkelte områder) et loft over muligheden for finansiering af meraktivitet. Dette gælder dog ikke for de medicinske afdelinger, som indgår i forsøget med populationsansvar, som beskrevet ovenfor.

Region Syddanmark har tidligere differentieret produktivetskravet på 2 pct. på baggrund af sygehusenes produktivetsniveau. De seneste år har kravet dog været ligeligt fordelt til sygehusene, da produktivetsniveauet ifølge regionen har nærmet sig hinanden.

Regionen har i 2015 oprettet garantiklinikker inden for en lang række specialer med det formål at sikre borgere fra hele regionen mulighed for undersøgelse og behandling inden for tidsfristerne i udrednings- og behandlingsgarantien. På garantiafdelingerne er der meraktivitetsafregning uden loft for ambulans aktivitet og stationær planlagt aktivitet samt økonomisk ansvar for behandling af patienter på private sygehuse.

Opfølgning – økonomi og drift

Udviklingen i økonomi og aktivitet rapporteres kvartalsvist til regionsrådet. Internt i regionens administration anvendes rapporteringen til fremskrivning af udgiftsudviklingen med henblik på eventuel justering af budgetter for økonomi og aktivitet for resten af året. Hvis der fx opleves et mindreforbrug et sted i budgettet, vil regionen anvende råderummet til at nedbringe fremtidige driftsudgifter, fx nedbringelse af leasingaftaler eller tjenestemandspensioner. Dette begrundes med de manglende muligheder for overførsel af mindreforbrug som følge af budgetloven.

I tillæg til økonomi- og aktivitetsopfølgningen har regionen udarbejdet et koncept for opfølgning på nationale og regionale mål og indikatorer med særlig fokus på afrapportering til det politiske niveau. Der er både indikatorer for opnåelse af nationale mål og indikatorer, der er udvalgt for Region Syddanmark. Målbillederne afrapporteres fire gange årligt, parallelt med afrapportering af økonomi og aktivitet.

Opgørelsen af de nationale mål udarbejdes af Danske Regioner. Tallene er opgjort på regionsniveau og giver mulighed for at sammenligne regionerne med hinanden. Nedenfor opsummeres de regionale indikatorer, der er udvalgt som supplement til de nationale indikatorer. De regionale indikatorer opdateres løbende.

- Ventetid i skadestuer og skadeklinikker
- Ventetid i lægevagt
- Responstider, præhospitalsområdet
- Hurtig og klar besked (indkaldelsesbreve)
- Målopfyldelse vedrørende udredning og behandlingsgaranti
- Indikator vedrørende lægehjælp i praksis
- Indikator om ulighed i sundhed og tandsundhed
- Indikatorer fra udvalgte kliniske kvalitetsdatabaser

Regionalt arbejde med effektiviseringer

Regionens tilgang til arbejdet med effektiviseringer er, at ansvaret så vidt muligt bør etableres på operationelt plan og så langt "nede" i systemet som muligt. Dette ud fra en opfattelse af, at det ud fra et hensyn til det lokale ledelsesrum er u hensigtsmæssigt, hvis for mange driftsrelaterede spørgsmål skal håndteres på regionalt og politisk niveau. Som udgangspunkt er det derfor sygehusenes ansvar at sikre løbende effektiviseringer inden for rammestyringen.

Regionens arbejde med effektiviseringer er i højere grad tematiseret efter aktuelle temaer, fx potentielle gevinster ved indkøb, medicinudgifter og it-investeringer eller benchmarking af centrale nøgletal. Analyserne anvendes primært til at påbegynde en dialog med sygehusene om, hvad der kan forbedres af sygehuset selv. Det er dog ikke nødvendigvis alle investeringer, som giver øget

produktivitet og effektivisering. Mange investeringer handler også om udvidelse af service og behandlingsmuligheder. Det handler således også om, at det er nødvendigt at investere i stort omfang for at være med i den internationale standard, som forventes af borgere og patienter.

Til at understøtte sygehuse og afdelinger har regionen indført den ”Syddanske Forbedringsmodel” efter inspiration fra et amerikanske hospital. Modellen tager udgangspunkt i et mål om ”patienten først” og om at skabe værdi for patienten. Modellen bygger på omfattende inddragelse af personalet, som har patientkontakt, og har til formål med afsæt heri at identificere forbedringsmuligheder. De redskaber, der anvendes er bl.a. Lean-værktøjer. Den syddanske forbedringsmodel betragtes som udgangspunkt ikke som et effektiviseringsværktøj, men resultaterne er oftest, at en række arbejdsgange bliver mere effektive, og at der opnås højere værdi for patienterne. Et eksempel på brug af modellen er patientforløb for urologiske kræftpatienter på Odense Universitetshospital, hvor ventetiden gennem brug af metoden blev reduceret fra 28 til 7 dage inden for den samme økonomi (uddybende beskrevet i boks 30 i afsnit om OUH nedenfor).

Tværgående prioritering og samarbejde

På tværs af sygehuse

Til at understøtte den tværgående prioritering har regionen på strategisk niveau en fælles koncernledelse, hvor sygehusedirektørerne inddrages, fx i regionrådets budgetseminarer. Sygehusledelserne sættes også i spidsen for udviklingsprojekter inden for fx IT.

Som beskrevet under budgetprocessen har regionen tidligere differentieret produktivitetskravet på baggrund af sygehusenes produktivetsniveau, men de seneste år har kravet været udifferentieret fordelt til sygehusene.

På tværs af sektorer

Sundhedsaftalen 2015-2018 er den formelle ramme om det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet mellem region, kommuner og almen praksis. Foruden sundhedsaftalen arbejdes der i regi af det tværsektorielle strategisk med udspil som fx sundhedsudspil fra Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, PLO og Sundhedsministeriet, samt fx ”kvalitetsstandarder i kommunale akutfunktioner”. Sidstnævnte har fx givet anledning til udarbejdelsen af en samarbejdsaftale omkring IV-behandling i hjemmet. Regionen er præget af en stor geografi og variation i kommunistørrelse. Derfor arbejdes der både med centrale løsninger, samt ud fra en strategi om at forankre samarbejdet med den primære sektor lokalt pga. forskellige vilkår og kompetencer decentralt.

Som eksempel herpå har Odense Universitetshospital påbegyndt et projekt for geriatriske patienter på Fyn, hvor forskellige screeninger kan udføres af en hjemmesygeplejerske ved patienten i hjemmet. Forebyggelsestiltag kan således gennemføres inden sygdomsforløbet eskaleres til indlæggelse. Regionen ser det i den forbindelse som en udfordring, at den statslige finansieringsmodel bygger på aktivitetsniveau, eftersom de ressourcer, der benyttes før selve indlæggelsen, ikke tæller med i målene for regionens aktivitet – og dermed finansieringsgrundlaget. Ud fra principperne i de otte pejlemærker vælger regionen dog at gennemføre dette o. lign. projekter, uagtet eventuelle finansielle konsekvenser.

Det er regionens indtryk, at samarbejdsviljen omkring udflytning af opgaver til almen praksis og kommuner er præget af forskellige vilkår i kommunerne. Kommuner som Esbjerg og Odense har store økonomier og mulighed for eks. store grupper af ansatte sygeplejersker (som er vigtig forudsætning for det tværsektorielle samarbejde). Mens andre og mindre kommuner qua deres størrelse kan have svært

ved at have de rette kompetencer/personaler. Der er en fin dialog med kommunerne i Det Administrative Kontaktforum og der er enighed om principperne for udflytning af opgaver, men det kan være vanskeligt for kommunerne at finde midlerne til det og have de rette kompetencer. Der opleves ikke som sådan principiel uvilje fra kommunernes side. Fx er der gode erfaringer med samarbejde med Esbjerg Kommune om udskrivning af patienter.

Oplevede fordele og ulemper ved nuværende styring

Det er regionens oplevelse, at tilgangen med ”patienten er først” opleves positivt blandt medarbejderne. I forlængelse heraf opfatter regionen suspensionen af produktivitetskravet som positivt.

Det er regionens opfattelse, at staten skal styre på fx de nationale mål, imens driften og faglige kompetencer bør styres og eksekveres decentralt. Økonomistyring er en forudsætning for budgetoverholdelse, men styring og ledelse skal ikke igennem økonomistyringsmodeller.

Regionen anser det for at være en udfordring i den nuværende statslige styringsmodel, at der mistes finansiering, når der mistes aktivitet. En fremtidig styringsmodel bør derfor ifølge regionen designes, så incitamentet understøtter muligheden for at ændre patientforløb, uden at det går ud over finansieringen.

Case – Odense Universitetshospital

Introduktion til sygehuset

Odense Universitetshospital (OUH) er akutsygehus for ca. 430.000 indbyggere i de fynske kommuner. Optageområdet for højt specialiserede behandlinger er hele regionen, dvs. 1,2 mio. indbyggere. OUH har sygehusenheder i Odense, Svendborg, Nyborg og Ærø. Hospitalet råder over ca. 1.000 sengepladser og har et samlet driftsbudget på 6,6 mia. kr. (2017). Hospitalet har ca. 8.500 medarbejdere og består af ca. 40 kliniske afdelinger og en række centrale serviceafdelinger og stabe.

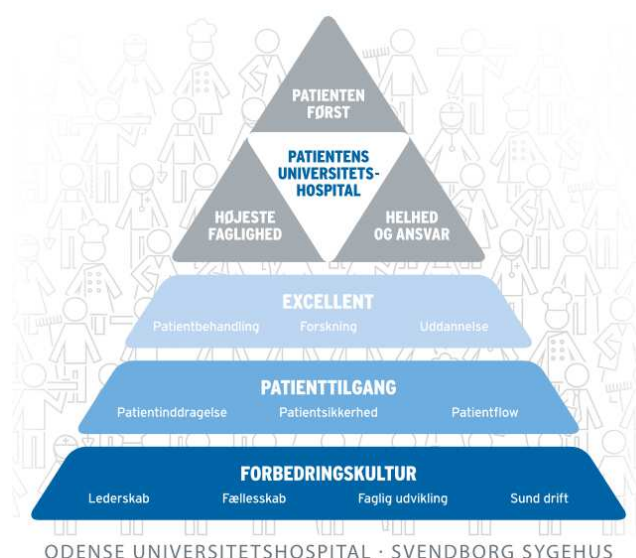
Region Syddanmark har i 2016 påbegyndt byggeriet af Nyt OUH i Odense, som skal erstatte det eksisterende Odense Universitetshospital. Nyt OUH forventes klar til ibrugtagning i 2022. Byggeriet af Nyt OUH har et budget på 6,3 mia. kr., og er en del af de kvalitetsfondsfinansierede sygehusbyggerier. Hertil kommer yderligere 0,6 mia. til en ny psykiatrisk afdeling, finansieret af Region Syddanmark som et OPP projekt.

Styring på sygehusledelsesniveau

Styringen på OUH tager afsæt i en styringstrekant med ”Patienten først”, som er vist i Figur 16 nedenfor. Styringstrekanten danner grundlag for en fælles forståelse for sygehusets strategiske retning, ligesom trekanten anvendes som et stærkt kommunikationsværktøj ift. at skabe fælles retning. Tilgangen om ”Patienten Først” er fælles for hele regionen. Udgangspunktet i trekanten er, at sygehuset sætter patienten først i alt, hvad de gør, og lægger vægt på at behandle og pleje med den højeste faglighed. Samtidig er der en generel fokus på sund drift og økonomi og effektivitet igennem en række andre styringstiltag som et grundlag for at kunne sætte ”Patienten først”.

OUH har tidligere haft store udfordringer med budgetoverholdelse. Med baggrund i Region Syddanmarks grundvilkår om budgetoverholdelse er OUH’s budget for perioden 2013-18 årligt reduceret med ca. 60 mio. kr. som afdrag på tidligere budgetoverskridelse. Behovet for at fokusere på økonomi har derfor historisk fyldt på hospitalet, men i dag betragtes budgetoverholdelse i højere grad som en forudsætning på alle niveauer.

Figur 16: OUH’s ”styringstrekant”



Den overordnede styringsfilosofi på sygehuset er, at hvis man gør det rigtige for patienten, så gør man også det rigtige for økonomien. Et eksempel er patientinddragelse, hvor patienten tages med på råd om behandlingsplanen gennem dialog om fordele og ulemper ved operation eller dyr medicin. Tilgangen er, at potentialet i disse emner er større end detaljerede økonomiske incitamentsmodeller.

Som et ledelsesværktøj arbejdes løbende på at sætte klare mål og høje ambitioner, som skaber motivation hos medarbejderne. Styringstrekanten skal ses som et eksempel herpå. Et andet eksempel er at der er fokus på lederevaluering og rekruttering af dygtige ledere med såvel faglige som stærke ledelsesmæssige kompetencer, da god ledelse, der kommer hele vejen rundt er et meget væsentlig styringselement.

Sygehuset har implementeret en relativ flad og decentraliseret struktur, hvor hver afdeling har en kontaktdirektør i direktionen – i stedet for et organisatorisk mellemlid i form af en centerstruktur. Det er ledelsens opfattelse, at modellen på den ene side stiller krav til koordinering i direktionen, men på den anden side sikrer en kortere afstand mellem direktion og afdelingsledelser.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgetproces

Som grundlag for budgetlægningen afholdes der i løbet af efteråret 2-3 budgetseminarer for direktionen. På det første seminar fokuseres med afsæt i den overordnede strategi ”Patienten Først” på strategiske overvejelser og prioriteringer, herunder afstemning til de politiske agendaer og pejlemærker fra regionen. I anden runde (november) fastlægges de økonomiske rammer. Endelig kan holdes et 3. seminar efter behov.

Afdelingerne har et stort ansvar for økonomien, idet stort set hele budgettet lægges ud til afdelingerne. Budgetoverholdelse er et grundvilkår, ligesom faglig udvikling også er det, og forventes på alle niveauer. Ved manglende budgetoverholdelse overføres hele underskuddet som udgangspunkt til næste år, mens evt. overskud deles 50/50 med direktionen.

Budgetlægningen tager udgangspunkt i sidste års budget. Sygehuset anvender supplerende hertil centrale kvalitets-, aktivitets- og økonomiske nøgletal, fx en normering pr. sengeplads, samt udvikling/afvikling og vækst med afsæt i specialeplan, nye behandlinger mv. som basis for tilrettelæggelsen af afdelingsbudgetterne. Som et forsøg vil direktionen i budgetlægningen for 2018 indarbejde en reduktion af de ambulante besøg på det medicinske område med 10 pct., ud fra et ønske om en kritisk vurdering og klinisk prioritering af, hvad der giver værdi for patienten og at reducere eventuel spild.

Regionen har indført et forsøg med populationsansvar, som beskrevet i Boks 28 i afsnittet om Region Syddanmark. Det betyder, at nogle (medicinske) afdelinger på sygehuset har rammestyring, men andre fortsat er aktivitetsfinansieret (men med loft). Forsøget skal evalueres i 2018/2019.

Økonomiopfølgning

OUH har en decentral økonomistyring, hvor afdelingerne har ansvar for og frihed til at prioritere inden for egne rammer. Udviklingen på afdelingerne følges dog løbende i sygehusets centrale økonomifunktion i form af opfølgning på nøgletal.

Hvis der på sygehusniveau i løbet af året viser sig en ubalance i det forventede årsresultat, iværksætter staben i samarbejde med direktionen forskellige tiltag for at korrigere. Det kan eksempelvis være stop

for brug af vikarer, afspadsring i stedet for at udbetale overarbejde og udskydelse af indkøb til næste år osv.

Ved større budgetændringer mellem afdelinger eller ved større ændringer i budgetforudsætninger i den enkelte afdeling fremlægges budgetsager for direktionen.

Driftsmål og daglig styring

OUH har indført tavlemøder som en styringsform, hvor de samme mål skal indgå i styringen på alle afdelinger og niveauer. På tavlemøder kan følges op på centrale indikatorer som fx patientrettigheder, kvalitetsmål, økonomi og aktivitet. OUH anvender bl.a. de regionale og nationale mål til udvælgelse af initiativer og tiltag. Til brug herfor er der opsat en forbedringstavle på gangen hos direktionen, hvor der ugentligt følges op på 5-6 driftsmål med identificeret forbedringspotentialer. Det kan fx være politiske servicemål som udredningsretten eller faglige mål som fx udsendelse af epikriser.

Der afholdes månedlige møder mellem afdelingsledelserne, direktionen og administrationen. Dagsordenen fastsættes i dialog mellem afdelingen og administrationen. Sygehusledelsen arbejder dog fra centralt hold på at skabe mere ensartede dagsordener, fx for at sikre fokus på fælles indsatsområder.

Staben understøtter de sengebærende afdelinger med vagtplanlægning og fremmødeplaner som styringsværktøj. Staben ser sig generelt som forpligtet til sikre, at afdelingsledelserne får den rette information på de rigtige tidspunkter. Staben vægter tilstedeværelse og forretningsforståelse som grundlæggende for økonomistyring og assistance til klinikken.

Som dataunderstøttelse anvendes en regional database (SydLis). Systemet rummer en stor portefølje af data, men der kræves særskilt databehandling for at dække det lokale behov for ledelsesinformation. Det betyder, at der på OUH er udviklet egne excel-baserede værktøjer og rapporteringer, fx interne optællinger af operationer og ambulatoriebesøg. Aktivitetsdata sammenholdes med økonomidata samt erfaringsbaseret viden om sidste års forbrug på samme tidspunkt.

Det er ifølge direktionen en konkret udfordring, at OUH 2 år i træk ikke har kunnet få en baseline for aktivitet pga. it-mæssige udfordringer i regionen. Det betyder, at der opleves ”slør” i styringen, som forsinker korrigerende handlinger.

Effektiviseringer og forbedringer

Effektiviseringer på OUH kan både været drevet oppefra og nedefra. Fx har OUH de seneste år nedlagt mere end 100 sengepladser, hvoraf ca. halvdelen har været drevet fra centralt hold (pga. udflytning til Nyt OUH), mens den anden halvdel er sket via den faglige kliniske udvikling på afdelingsniveau. Et andet eksempel er, at der i budgettet for 2018 vil være et mål om at reducere ambulante besøg for at frigøre ressourcer til de områder, hvor sygehuset gerne vil prioritere ressourcer. OUH har etableret en innovationsafdeling til at understøtte projekter i afdelingerne.

OUH er i gang med at implementere den syddanske forbedringsmodel, som beskrevet i afsnit om Region Syddanmark. Arbejdet er igangsat ud fra en erkendelse af, at rammestyringen og en stram økonomi også fremadrettet er et grundvilkår. Derfor er der behov for et redskab til at sikre højere kvalitet og reduktion af spild og unødige processer – herigennem omprioritering til nye behovsområder. Det er således vigtigt at udgangspunktet er, at der kan frigøres ressourcer til anden indsats – ikke spare penge.

Eksempel på effektivisering gennem optimering af patientforløb

I den syddanske forbedringsmodel udvælges en værdistrøm (patientforløb), som der ønskes optimeret. Et eksempel herpå er patientforløb for urologiske kræftpatienter. Processen er koncentreret om en workshop med deltagere fra de involverede afdelinger og patienter, der inden for en uge skal indsamle viden og teste forbedringsforslag. Ændringerne implementeres umiddelbart herefter, dvs. der arbejdes i dybden i et accelereret forløb. Resultaterne for de urologiske kræftpatienter var en reduceret ventetid fra 28 til 7 dage inden for den samme økonomi. Afdelingen har et mål om, at 80 pct. af aktiviteten er beskrevet i patientforløb.

Forbedringsmodellen er baseret på, at løsningerne ”nedefra” skaber ejerskab og begejstring hos personalet, hvilket er en afgørende forudsætning for at sikre vedvarende forbedringer. Det store potentiale ligger ofte i de tværgående patientforløb. Det tværgående er derfor en vigtig del af modellen. Det kan fx være omlægning af patientforløb med henblik på at reducere antallet af ambulante besøg og kontroller eller opgaveflytning fra læger til sygeplejersker.

Effektiviseringer nedefra kan initieres af identificerede problemer med kvalitetsmål, fx for mange aflysninger af operationer, øget ventetid som følge af efterspørgsel eller udfordringer med budgetoverholdelse. Tiltag kan også initieres af patientoplevelser, da nogle afdelinger aktivt efterspørger feedback fra patienterne i et nedsat dialogforum.

Tværgående samarbejde og prioriteringer

Internt på sygehuset

Den tværgående koordinering er forankret i såkaldte programledelser, der har ansvaret for at koordinere og drive tværgående initiativer, fx i forhold til kræftpakker. Direktionen sidder for bordenden i udviklingsfasen, indtil de kliniske afdelingsledere kan overtage.

Internt mellem afdelingerne på sygehuset er der daglige kapacitetsmøder med henblik på udnyttelse af sengekapalet. Samarbejdet kan dog være udfordret af, at der kan være forskellige incitamentsstrukturer på tværs af afdelinger. Eksempelvis betyder forsøget med populationsansvar, at nogle afdelinger er mere påvirkede af konsekvenserne af aktivitetsfinansiering end andre afdelinger.

Med kommuner og almen praksis

Region Syddanmark har igangsat en strategi, der har til formål at systematisere og strukturere samarbejdet med kommunerne og almen praksis. Strategien indebærer et større decentralt samarbejde mellem sygehuse og primærsektoren i optageområdet. OUH har i forlængelse heraf en ambition om at løfte indsatsen til et højere niveau, så indsætterne i mindre grad er projektorienteret. Det gælder fx opgaveoverdragelse af IV-behandling til kommuner, telemedicin og virtuelle ambulatorier.

Sygehusets direktion mødes bilateralt med de enkelte kommuner – også på det strategiske niveau - for at drøfte og udvikle samarbejdet. Nogle afdelinger udbyder kurser til kommunerne, fx om håndtering af den ældre medicinske patient, og bidrager dermed til at øge kompetencerne i kommunen. I forhold til samarbejdet med almen praksis har OUH med inspiration fra Skotland etableret 16 geografiske

praksis-klynger på Fyn, som skal understøtte et tættere samarbejde om lokale udfordringer i lægernes optageområder (fx forskellige udfordringer i Odense og på Langeland).

Oplevede fordele og ulemper

Det er direktionens opfattelse, at produktivitetskravet som udgangspunkt har været godt, og at det har bidraget til at flytte sundhedsvæsenet i retning mod et mere efterspørgselsstyret system. Det er dog samtidig direktionens opfattelse, at incitamentsstrukturen i en ren aktivitetsstyring er en udfordring i forhold til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, fordi sygehuse og afdelinger i en sådan model vil opleve at miste finansiering, når der flyttes opgaver væk fra sygehusene. En reduktion i finansieringen, som ikke nødvendigvis modsvares af en tilsvarende realiserbar omkostningsreduktion. Samtidig opleves, at der bruges unødige administrative så vel som kliniske ressourcer på at vedligeholde takststyringsmodeller, ressourcer som kunne være brugt på mere patientrettet aktivitet.

For sygehuset vil fokus på høj produktivitet også fremadrettet være vigtig for at leve op til øvrige mål for service, kvalitet, patientrettigheder osv. OUH har oplevet en stor motivation hos personalet ved at ændre fokus fra økonomi og aktivitet til ”Patienten først” og en forbedringskultur. Det er derfor direktionens forventning, at en højere grad af rammestyring vil frigøre energi til at undersøge andre veje. Det vil dog stadig kræve et stort fokus de kommende år at implementere kulturændringerne i organisationen. Det er direktionens opfattelse, at maskinen er i højt gear og kører med høj produktivitet – nu skal fokus være på at sikre, at maskinen laver det rigtige – til gavn for patienterne.

Generelt er det ledelsens opfattelse, at ledelsen skal påtage sig ansvaret for at få pengene til at slå til, frem for at problematisere marginale ændringer i de økonomiske rammer. Det er et politisk ansvar, som man som offentlig virksomhed må acceptere og agere inden for. Omvendt bør man fra centralt hold fastholde et decentralt rum til at finde de rigtige løsninger lokalt.

Styring på afdelingsniveau

For afdelingsledelserne er den faglige kvalitet det vigtigste styringsparameter, herunder overholdelse af patienternes rettigheder og forventninger. Økonomi og budgetoverholdelse er ligeledes et grundvilkår, men det anses som en vigtig ledelsesopgave, at der tales til personalets faglighed frem for at argumentere med økonomiske termer.

Generelt er afdelingerne tilfredse med de styringsmæssige rammer oppefra. Det er tilsvarende den generelle opfattelse, at der på tværs af afdelingsledelserne er en fælles forståelse af mål og overordnet strategi for sygehuset. Det begrundes bl.a. med, at direktionen har haft et stort fokus på styringstrekanten med ”Patienten først”.

Økonomi – budget og aktivitet

Udmøntning af budgettet på afdelingsniveau er primært baseret på normeringsplanlægning, da lønbudgettet udgør den største post. Dette kombineres med beregninger af og forventninger til øvrige driftsudgifter. Der kan i løbet af året forekomme justeringer og budgetflytninger mellem klinikkerne i afdelingen, fx hvis der er identificeret skævheder i vilkår eller kvalitetsmål.

Fra takststyring til rammestyring – forsøg på OUH

En medicinsk afdeling har oplevet, at presset på aktiviteten stadig er stort set uændret, uagtet produktivitetskravet er fjernet. I 2017 er aktiviteten foreløbigt steget 2,6% og DRG ligger 9,9 mio. over baseline. Afdelingen ville således ift. tidligere aktivitetsstyring have fået indtjening. Til gengæld bruges mindre energi på opfølgning på økonomi og aktivitet.

En anden afdeling har igangsat et forsøg med virtuelt ambulatorium i opfølgningen for diabetes-patienter. Afdelingen kunne også have gjort det i et takststyret system, men det havde været mere besværligt at ”få lov til” og give ro til at implementere. Der er på den måde større incitament til at jage gevinsten inden for en rammestyret tilgang.

Afdelingernes økonomi monitoreres og præsenteres løbende. De månedlige opgørelser drøftes oftest mellem afdelingsledelsen og afdelingens økonomikonsulent fra staben. Såfremt en afdeling oplever udfordringer med udgifter eller overholdelse af patientrettigheder, har afdelingen mulighed for dialog med direktionen.

Hvis der opstår udfordringer med budgetoverholdelse følges afdelingen i en tilpasset tilgang af direktion og stab, hvor handleplaner for budgetoverholdelse løbende følges.

På aktivitetssiden opleves det som en udfordring, at afdelingerne ikke har tidstro data om udvikling og fremskrivning af aktivitet og baseline pga. problemer med takstberegningerne fra Region Syddanmark. For at kompensere herfor forsøger (de takstfinansierede afdelinger) at udvikle egne excel-baserede værktøjer og anlægge en konservativ tilgang, så der ikke opstår underskud.

Ved manglende budgetoverholdelse overføres hele underskuddet som udgangspunkt til næste år, mens evt. overskud deles 50/50 med direktionen.

Driftsmål og daglig styring

Afdelingsledelsen laver månedlig opfølgning med afdelingens kontaktdirektør i direktionen og den tilknyttede økonomikonsulent med afsæt i faste rapporteringsskemaer. Fokus i møderne er på løbende justeringer af budget samt overholdelse af servicemål for patientrettigheder mv.

Afdelingsledelserne følger løbende udviklingen i forskellige udgiftsposter, fx løn, uddannelse, vikarforbrug, forskellige nøgletal for kvalitet, liggetid mv. Få afdelinger har ansat egen afdelingsøkonom til at beskrive sager, beregne omkostninger ved nye behandlinger, datatræk osv. for at frigøre ressourcer til personaleledelse, mens langt de fleste afdelinger andre trækker på bistand fra den centrale stab. De fleste afdelinger har decentralt ansatte økonomimedarbejdere, som bistår afdelingsledelsen med administrativ hjælp til økonomi og personale.

På takststyrede afdelinger har ledelsen et særskilt fokus på de dyreste operationer, da de har stor påvirkning på afdelingens økonomi. Fx om registreringen er med de korrekte koder, så der sikres den korrekte afregning.

Oplevede fordele og ulemper

Afdelingerne oplever at styringen er sværest, når aktiviteten skal nedjusteres frem for når aktiviteten skal øges. Afdelingerne har indtil videre mest øget aktiviteten, ligesom der forventes en stigning i aktivitet de kommende år – uagtet produktivitetskravet fjernes. Nogle afdelinger foretrækker derfor at være aktivitetsafregnet, da det giver mulighed for ekstra indtægter.

Det opleves, at patientrettighederne til tider bliver overstyrede, fordi der er stort politisk fokus på overholdelse heraf, uagtet at det ikke altid giver en optimal udnyttelse af ressourcerne på sygehusene. Fx vedrører en meget stor del af de ambulante udredninger på en geriatrisk afdeling ældre med fald- og balanceproblemer, hvor øget fleksibilitet i udredningsretten næppe ville have betydning for patienterne.

Afdelingsledelserne oplever en tendens til at styre efter det, som umiddelbart kan følges, fx patientrettigheder. Selv om der er et fagligt ønske om at styre efter den patientoplevede kvalitet, så er det svært, hvis man ikke har de rigtige data til at understøtte dette.

Nogle afdelingsledelser oplever, at der registreres forhold, som er uinteressante for den faglige ledelse af afdelingen. Særligt i de kliniske kvalitetsdatabaser, hvor der i stigende grad også er mål for organisatorisk kvalitet. Fx er der et mål for ventetid til kræftkirurgi (proces), som er mindre relevant end mål for overlevelse ved kræftkirurgi (resultat). Kvalitetsmål opfattes derimod som meget relevante – og derfor også ok at bruge tid på at registrere.

Case – Sygehus Lillebælt

Introduktion til sygehuset

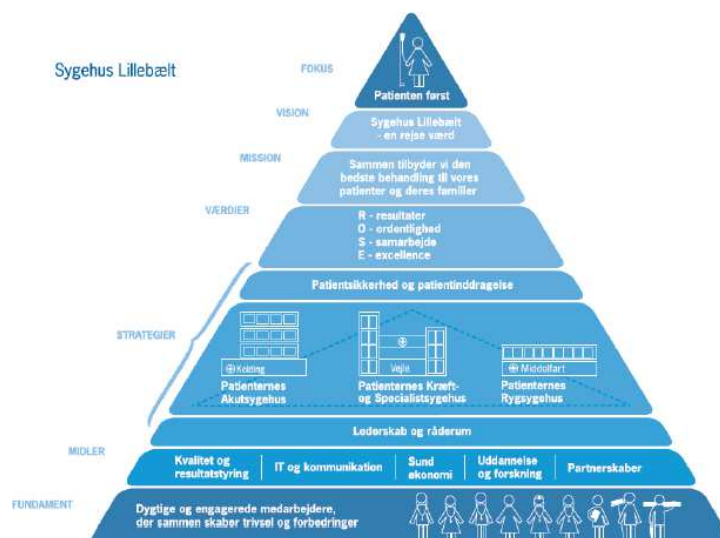
Sygehus Lillebælt består af sygehusene i Kolding, Vejle og Middelfart. Kolding Sygehus er akutsygehus for ca. 350.000 patienter i trekantsområdet, mens Vejle Sygehus er specialsygehus med særligt fokus på kræftområdet. I Middelfart driver sygehuset et regionalt rygcenter.

Sygehuset har et samlet driftsbudget på 3,3 mia. kr. (2017). Hospitalet har ca. 5.000 medarbejdere og består af ca. 20 kliniske afdelinger og en række serviceafdelinger og stabe.

Styring på sygehusledelsesniveau

Styringen på Sygehus Lillebælt tager afsæt i en vision om at sætte patienterne først og være ”Patienternes Sygehus”. Værdierne og de underliggende strategier til at nå visionen er samlet i en styringstrekant, som vist i Figur 17 nedenfor.

Figur 17: Sygehus Lillebælts ”styringstrekant”



Sygehusets tilgang til styring er bygget op om en afdelingsledelsesstruktur med et stort decentralt råderum og aftalte resultatmål – den såkaldte ”brede bundlinje” omfattende:

- Kvalitet
 - Organisatorisk
 - Faglig
 - Patientoplevelset
- Arbejdsmiljø
- Kommunikation
- Patientsikkerhed
- Medarbejdertilfredshed og udvikling
- Økonomi
- Tværgående samarbejder
- Etc.

Økonomi og budgetoverholdelse er et vigtigt parameter og grundvilkår på Sygehus Lillebælt. I forhold til begrebet om den ”brede bundlinje” er det afgørende, at de kliniske afdelinger på tilsvarende vis arbejder med aftale- og målopfyldelse på de øvrige områder. Disse skal ligeledes betragtes som grundvilkår uagtet den økonomiske situation.

Hertil kommer en række centrale service- og stabsfunktioner, der understøtter de kliniske funktioners resultatskabelse.

Det er centralt for sygehusledelsen i den decentrale struktur, at afdelingslederne påtager sig ansvaret for at drive resultaterne på den enkelte afdeling og på tværs af sygehuset – i samarbejde med de øvrige afdelinger i huset såvel som eksterne samarbejdspartner.

Sygehuset har som et element heri nedsat et strategiråd med 10 udvalgte afdelingsledelser og direktionen, der udvælger de strategiske forbedringsområder for sygehusets arbejde i de kommende år.

Arbejdet på Sygehus Lillebælt har over en lang årrække taget afsæt i og haft fokus på at sætte patienten først. Det gælder såvel under 00’ernes mere takststyrede afregningsparadigme som de senere års mere rammestyrede model. Sygehus Lillebælt har dog de sidste 2 år mistet 50-60 mio. kr. på grund af faldende afregning af meraktivitet, som følge af skærpet fokus på at reducere spild og optimere forløbene for patienterne. Det er til trods for at Sygehus Lillebælt i dag behandler flere unikke cpr-numre end tidligere.

De nationale mål (særligt patientrettigheder og kræftpakker) betragtes af sygehusledelsen som et godt udgangspunkt for styringen, men målene oversættes og fokuseres lokalt for at blive styringsrelevante. Supplerende til de nationale mål har sygehuset udvalgt en række lokale mål med fokus på patienttilfredshed, patientsikkerhed og medarbejdertilfredshed, som udgør grundlaget for den strategiske styring. Målene er udvalgt med afsæt i visionen, som vist i figuren ovenfor.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgetproces

Sygehus Lillebælt lægger vægt på en decentral økonomistyring, hvor afdelingerne har ansvar for og frihed til at prioritere inden for egne rammer og med fuld overførselsret af mer- og mindreforbrug. Som udgangspunkt lægges budgettet derfor så vidt muligt ud på afdelingerne. Udgangspunktet for afdelingsbudgetterne er, at det skal være enkelt og attraktivt at være klinisk leder med et væsentligt lokalt driftsansvar og økonomisk råderum på afdelingsniveau. Dog er der central styring af udvalgte budgetposter. Det kan dels være budgetposter, som afdelingerne ikke har mulighed for at påvirke (fx fælles udgifter til administration, bygningsvedligehold og rengøring), central styring af lønniveauer på tværs af afdelinger via normeringsstyring. Det betyder eksempelvis, at et overskud i den enkelte afdeling ikke kan anvendes til at øge lønniveauet uden central godkendelse.

Både underskud og overskud på afdelingerne videreføres således som udgangspunkt til næste år, og kan spares op på en særskilt afdelingskonto, som er frie midler som afdelingen kan anvende til mindre anskaffelser, kurser, mv. Det er den centrale økonomifunktionens opgave at styre den samlede økonomi på plads, under hensyntagen til disse lokale og afdelingsvise konti.

Sygehuset lægger stor vægt på stabilitet i afdelingsbudgetterne. Sker der forskydninger og justeringer vil det typisk være i forbindelse med omstruktureringer. Det indebærer, at budgettet som udgangspunkt er det samme fra år til år, justeret for marginale ændringer. Ved produktion af

meraktivitet ud over baseline honoreres sygehuset med 55% af DRG-værdien. Heraf fratrækkes 25% såkaldt dryp-bidrag til fællesudgifter og forbrug på service og diagnostiske afdelinger.

Sygehuset udmønter aktivitetsbudgettet til afdelingerne som sidste års baseline + 2 pct. (indtil suspensionen af produktivitetskravet). Hertil kommer, at regionen har indført et forsøg med populationsansvar, som beskrevet i Boks 28 i afsnittet om Region Syddanmark. Det betyder, at de medicinske afdelinger på sygehuset har rammestyrt, mens de øvrige afdelinger fortsat er aktivitetsfinansieret.

Økonomiopfølgning

Sygehusets administration følger løbende op på de aftalte resultatmål og vigtige indsatsområder i tråd med afdelingernes brede bundlinje – det gælder afdelingernes økonomi, aktivitet, overholdelse af patientrettigheder mv. Ledelsen foretager løbende vurderinger og justeringer når der er områder, der afviger fra målet. Disse løbende og rettidige tilpasninger anses for afgørende for, at hospitalet kan undgå sparerunder.

Opfølgningen og understøttelsen af afdelinger sker dels i form af elektronisk ledelsesinformation om økonomi, kvalitet og aktivitet og dels som personlig kontakt mellem afdelinger og sygehusstab. Afdelinger med behov for særlig understøttelse for at genetablere et økonomisk råderum følges løbende i forhold til langsigtede handleplaner.

Driftsmål og daglig styring

Sygehusledelsens opfølgning på driftsmål sker primært på ugentlige tavlemøder, hvor sygehusledelse og afdelingsledelser deltager. På tavlemøderne følges op på fælles indikatorer, hvor der ønskes en forbedring, fx personaleforbrug, aktivitetsniveau, FMK-afstemning eller udredningsret. De enkelte indikatorer følges på tavlemøderne et stykke tid, indtil den ønskede forbedring er opnået, hvorefter opfølgningen overgår til den almindelige ledelsesrapportering.

Sygehusledelsen lægger særligt vægt på opfølgningen på mål og indikatorer for patienttilfredshed, patientsikkerhed og medarbejdertilfredshed. Ledelsen bruger fx data fra de årlige landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser, og der arbejdes på at få månedlige data for dette. Et andet eksempel er, at sygehusledelsen 3-4 gange om året går ”i patientens fodspor” og fysisk følger en patient gennem et forløb på sygehuset.

Bl.a. på grund af mangel på velegnede og tidstro data for disse mål, er der på sygehuset kommet betydeligt fokus på data. Det gælder særligt data over en række helt centrale og vitale parametre for sygehuset – utilsigtede hændelser, uventede hjertestop, tryksår, osv. Særligt lægges der vægt på brugen af lokal ”håndindsamlet” data (fx optælling af aktuelle antal tryksår ved stuegang på en afdeling), der i den daglige drift vurderes mere styringsrelevant end makrodata, fordi der kan reageres med det samme og bringes i spil i forhold til konkrete forbedringsspør. Samtidig betragtes den direkte dataindsamling som en læringsproces for den, der indsamler data.

Det konstateres i den forbindelse, at disse vitale parametre og helt centrale økonomiske tal ikke lader sig afspejle i de regionale data (SydLis).

Effektiviseringer og forbedringer

Det er sygehusledelsens tilgang, at de bedste betingelser og forudsætninger for effektiviseringer skabes ved at placere ansvaret herfor så tæt på det udførende led som muligt. Sygehusets økonomimodel

indeholder derfor incitament for at tilrettelægge driften så rationelt som muligt. En effektiv ressourceudnyttelse og minimering af spild giver sig således direkte udslag i afdelingskontoen, hvor driftsoverskud og besparelser på normeringen det ene år overføres til afdelingen næste år.

Effektiviseringsarbejdet understøttes fra centralt hold af, at alle afdelingsledere har gennemført kursus i den syddanske forbedringsmodel, som uddybet i afsnit om Region Syddanmark ovenfor. Samtidig bygger effektiviseringsarbejdet på erfaringerne fra Sikker Flow (fx tavlemøder og andre metodiske værktøjer), som sygehuset har arbejdet med i flere år. Endelig har sygehuset uddannet forbedringsagenter, der sidder centralt i staben, og som på efterspørgsel kan understøtte afdelingerne.

Afdelingsledelserne oplever, at det ofte er medarbejderne, der identificerer en mulig effektiviseringsmulighed i den daglige drift på afdelingen ud fra et fokus på, hvad der giver mening for patienterne.

Endelig foretager Sygehus Lillebælt fra central hold effektiviseringer i forbindelse med større strukturelle forandringer eller ved indførelse af ny teknologi, behandlingsparadigmer og ændrede rammeforudsætninger.

Tværgående samarbejde og prioriteringer

Internt på sygehuset

En stor del af den tværgående prioritering er forankret i ugentlige tavlemøder, hvor sygehusledelse og afdelingsledelser deltager. Tavlemøderne fungerer som et mødested, hvor konkrete udfordringer og bekymringer drøftes og løses. Det kan fx være manglende kapacitet til kræftpakker på en afdeling, som andre afdelinger kan bidrage med at løfte.

Sygehusledelsen fremhæver, at tavlemøderne giver en flad struktur, hvor ledelsen er tæt på og får en god fornemmelse for, hvad der rører sig på afdelingsniveau. Afdelingsledelserne giver udtryk for, at samarbejdet på tværs af afdelingerne opleves som velfungerende.

Med kommuner og almen praksis

Det tværgående samarbejde med kommuner og praksis er forankret i flere formelle fora, som senest er suppleret med faste møder med kommunale topledere i området, hvilket har fremmet det gode samarbejde yderligere. Herudover er der nedsat en række mere operationelle fora, som skal håndtere samarbejde mellem sygehus, kommunerne og almen praksis.

Fx er der igangsat et samarbejde med Vejle, Kolding, Middelfart og Fredericia Kommuner om forsøg med at identificere sårbare familier. Formålet med projektet er at identificere og tage hånd om udvalgte patientgrupper og borgere, som trækker mange ressourcer i begge sektorer. Et andet eksempel er åbne telefonlinjer for almen praksis, som fx kan forhindre en indlæggelse og dermed frigøre en sengeplads.

Som et grundlag for det fremtidige arbejde med populationsansvar er der på sygehuset nedsat en enhed til koordinering af tværsektorielt samarbejde. Formålet er i første omgang at afdække og kortlægge eksisterende initiativer og projekter og derudfra koordinere de tværsektorielle aktiviteter, som Sygehus Lillebælt er involveret i (jf.

Boks 30).

Boks 30

Skift i styringsmodel på de to medicinske afdelinger

De to medicinske afdelinger på Sygehus Lillebælt er en del af et nyt regionalt forsøg med populationsansvar. Det indebærer, at afdelingerne er underlagt rammestyring og med en forpligtelse til at behandle alle patienter der henvises til afdelingerne inden for den økonomiske ramme.

Afdelingerne er kendetegnet ved en bred patientgruppe med bl.a. kræftpatienter, planlagt og akutte patienter. Tidligere kunne afdelingen finansiere kapacitetsudvidelse – midlertidigt eller permanent – via meraktivitetsafregning i Region Syddanmarks takststyringsmodel og på denne måde håndtere udfordringer med ventelister. Det er ikke længere muligt i den nye styringsmodel. Det er således en ny udfordring, i det omfang der henvises flere patienter til afdelingerne. Hovedopgaven for afdelingerne – ud over en optimal udnyttelse af kapaciteten – er derfor også et tættere samarbejde med almen praksis og kommunerne omkring sikring af at kapaciteten bruges optimalt til de rigtige patienter efter LEON-princippet.

Afdelingerne arbejder løbende på at udrede patienter hurtigere, fx opgaveglidning fra læger til sygeplejersker. Men på længere sigt er det afgørende, at afdelingerne får udviklet samarbejdet omkring et fælles populationsansvar med almen praksis og kommunerne omkring forebyggelse, hensigtsmæssig opgavedeling og udnyttelse af specialkompetencerne på sygehuset.

Et eksempel er igangværende forsøgsordning med Vejle Kommune om behandling af ældre borgere på plejehjemmet, hvis der ikke er en faglig grund til at patienterne kommer ind på sygehuset og "hotline" funktion for de henvisende læger med henblik på at undgå unødvendige sygehushenvisninger.

Oplevede fordele og ulemper

Det er sygehusledelsens opfattelse, at den takstfinansierede afregningsmodel har tjent sygehussystemet godt. Modellen har fleksibelt og dynamisk muliggjort finansiering af kapacitetsudvidelser, som har fjernet ventetiden på flere områder og øget produktiviteten. Samtidig har modellen støttet op om omlægning af mere hensigtsmæssige patientforløb eksempelvis fra stationær til ambulans behandling og indførelse af pakkeforløb på kræftområdet.

Sygehusledelsen fremhæver dog, at afregningsmodellen ikke skal sidestilles med den fungerende styrings- og ledelsesmodel på sygehuset, hvor det er princippet om patienten først der er i fokus og retningsgivende. Derfor opleves det som positivt, at regionen og sygehuset har indført en styringsmodel med mindre fokus på aktivitet, og større fokus rettet mod at se patienterne til tiden og styre efter den patientoplevede kvalitet.

Styring på afdelingsniveau

Afdelingsledelserne lægger i styringen generelt vægt på den "brede bundlinje" at kvaliteten er i orden, at patienttilfredsheden er høj, et godt arbejdsmiljø, osv. Samtidig er det et vigtigt styringsparameter, at budgettet overholdes og at afdelingen drives effektivt. Der efterstræbes generelt en flad ledelsesstruktur, hvor de enkelte afdelinger får et selvstændigt ansvar.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgettet til afdelingerne udmøntes af sygehusledelsen som henholdsvis en økonomisk ramme og et aktivitetsbudget (fra 2017 udmøntes dog ikke et aktivitetsbudget for medicinske afdelinger, der indgår i det regionale forsøg med populationsansvar). Aktivitetsbudgettet er som udgangspunkt sidste års baseline plus 2 pct. produktivitetskrav, der – indtil suspensionen for 2018 – fordeles jævnt på alle takstfinansierede afdelinger

Forbrug på de kliniske serviceafdelinger afregnes som en drypafregning.

De takstfinansierede afdelinger oplever, at de har et stort ledelsesrum og løbende opfordres af hospitalsledelsen til at gøre tingene smartere og bedre for patienterne. I tilfælde heraf garanterer sygehusledelsen, at afdelingen ikke rammes økonomisk af en forbedring for patienten.

Boks 31

Forsøg med pay-for-performance på Rygcenter Middelfart

På Rygcentret i Middelfart er der gennemført et forsøg med en justeret styringsmodel. Den tidligere aktivitetsstyring er erstattet af rammestyring suppleret med 8 kvalitetsmål (resultatmål), der ved målopfyldelse hver især udløser en bonus på 250.000 kr.

Erfaringen har imidlertid været, at det er svært at styre efter, da det er svært at opstille få, relevante mål, som både er tidstro, giver fagligt mening og ikke giver en skæv incitamentsstruktur. Erfaringerne med værdibaseret afregning på Rygcenter Middelfart er samtidig, at afregning på enkelte kvalitetsmål ikke er den rette motivation for sundhedspersonalet.

Driftsmål og daglig styring

Den daglige styring på afdelingsniveau er produktionsorienteret med fokus på medarbejderfremmøde, kapacitet, ventelister, overholdelse af udredningsret og kræftpakker, belægning, epikriser, FMK-afstemning, visitering inden for 30 dage, patienttilfredshed og patientsikkerhed. På tværs af afdelinger holdes daglige kapacitetskonferencer.

Systemunderstøttelsen Systemintegration mellem det administrative system og journalsystemet fungerer godt. Tidligere har afdelingen selv ført et parallelt regnskab, da der ikke var tillid til systemet. Men nu er der indført et nyt system, hvor der er en række mere brugervenlige redskaber til afdelingerne.

Afdelingsledelserne oplever, at data i det regionale ledelsesinformationssystem SydLis er for forsinket til at kunne anvendes styringsmæssigt. Fx har systemet medio november kun aktivitetstal for 1. og 2. kvartal. Samtidig opleves det som komplekst at trække de relevante data i systemet, og der kræves ”oversættelse” af økonomiafdelingen. Det betyder, at nogle afdelinger selv forsøger at simulere tallene decentralt.

På de takstfinansierede afdelinger følges op på, at DRG-taksten registreres rigtigt, så kodningen foregår klinisk korrekt. Kvalitetssikres den højest mulige afregning for proceduren. Der foretages kvalitetssikringer med jævne mellemrum, hvor man følger op på, at registreringspraksis er korrekt.

Oplevede fordele og ulemper

Flere afdelingsledelser har oplevet, at den teknologiske og faglige udvikling har betydet, at afdelingerne ikke har haft store udfordringer med at nå aktivitets- og produktivetskravet før nu. I mange år har flere afdelinger således leveret markant højere produktivetsstigninger end 2 pct. årligt. Flere oplever dog også, at det bliver sværere at øge produktiviteten inden for samme ramme og med den eksisterende kapacitet – fx er der et maksimum for, hvor mange operationer en læge kan lave om året. I en fremadrettet styringsmodel er det ønsket, at fagligheden og hensynet til patienten i højere grad skal være styrende frem for yderligere produktivitet.

Afdelingsledelserne oplever muligheden for at overføre og opspare mindre forbrug som en stor motivation for at arbejde med nye tiltag, effektiviseringer og forbedringer. Opfattelsen er, at hvis der ikke er plads til at gøre nye ting, vil medarbejdermotivationen falde. Derfor skal der også være incitamenter til at gøre en ekstra indsats i en styringsmodel.

Sammenfatning Region Syddanmark

Nedenstående Tabel 4 viser en sammenfatning af udvalgte, centrale elementer i kortlægningen af styringen i Region Syddanmark. Udvalgelsen af parametre er sket på baggrund af beskrivelsen af opgavens genstandsfelt i udbudsmaterialet, og vil danne afsæt for analysen af styrker og svagheder ved den nuværende styring i kapitel 5.

Tabel 4: Opsummerende kortlægningstabel – Region Syddanmark

Parameter	Beskrivelse
Styringsgrundlag	
Indeholder styringsgrundlaget: <ul style="list-style-type: none">- Nationale mål- Regionale mål (fx kvalitet)- Økonomi og aktivitet- Daglig drift (dag-til-dag styring)	<p>De nationale mål er indarbejdet i regionens styringsgrundlag og suppleret med egne regionale mål, fx responstider og indikatorer fra kliniske kvalitetsdatabaser. Der anvendes ikke driftsaftaler mellem region og sygehuse, men alle sygehuse har dog pligt til at følge op på de regionale driftsmål i kvartalsvise rapporteringer.</p> <p>Styringsgrundlaget nødvendiggør supplerende databehandling for at indfri lokale behov for ledelsesinformation.</p> <p>Budgetoverholdelse er det centrale element i styringen, og der følges op her på ift. indgåede budgetaftaler mellem regionsledelse og hospitaler samt mellem hospitalsledelser og afdelinger.</p> <p>Styringsgrundlaget for den daglige drift er midlertidig udfordret af forsinket aktivitetsdata.</p>
Er der en klar og entydig sammenhæng i mål gennem styringskæden: <ul style="list-style-type: none">- Region til sygehus- Sygehus til afdeling	De nationale og regionale mål med tilhørende indikatorer er gennemgående i styringskæden fra region til sygehus og afdeling. I tillæg hertil har sygehuse udviklet egne supplerende strategier og mål, der ligger i forlængelse af de regionale mål.
Er der etableret et klart rapporteringshierarki for data på: <ul style="list-style-type: none">- Økonomi/budget- Effektivitet- Kvalitet	<p>Regionen har defineret en række driftsmål, som dækker både økonomi, effektivitet og kvalitet. Der følges op månedligt fra afdeling til sygehusledelse samt samlet fra sygehuse op mod regionsledelsen i kvartalsvise statusrapporteringer.</p> <p>De enkelte sygehuse supplerer i varierende omfang disse driftsmål med lokale mål på sygehus- og afdelingsniveau.</p>

Stilles et fælles datagrundlag til rådighed på alle niveauer, som understøtter en sammenhængende styring i regionen?	Som dataunderstøttelse anvendes en regional database (SydLis). Systemet rummer en stor portefølje af data, men der kræves særskilt databehandling for at dække det lokale behov for ledelsesinformation, ligesom der er manglende rettighed i aktivitetsdata ¹⁴ . På sygehus- og afdelingsniveau er udviklet egne excel-baserede værktøjer og rapporter, fx interne optællinger af operationer og ambulatoribesøg.
Økonomi og aktivitet	
Er der et beslutningsgrundlag til at kunne omfordele ressourcer på tværs: <ul style="list-style-type: none"> - på regionsniveau - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	Der er detaljeret indsigt i historisk udvikling i økonomi, aktivitet og kvalitet på alle niveauer, men håndteres primært som særskilte størrelser. På regionsniveau baseres evt. omprioriteringer på overordnede størrelser som budgetoverholdelse, målopfyldelse og nøgletal for produktivitet. På sygehus- og afdelingsniveau anvendes mere driftsnære nøgletal, fx for normering pr. sengeplads, forbrug af diagnostiske ydelser eller kapacitetsudnyttelse.
Revurderes tidligere års budgetter som grundlag for prioritering og omfordeling på tværs af sygehusene i budgetprocessen?	Budgetlægningen tager udgangspunkt i sidste års budget, justeret for marginale ændringer som følge af fx rammerne i økonomiaftalen, aktivitetsafregning, forventet udgiftspres i regionen og politiske prioriteringer. Omprioriteringer på sygehuse anses fra regionen som et decentralt ansvar.
Udmøntes et aktivitetsbudget/baseline (forudsætninger om aktivitetsvækst) sammen med økonomisk budget: <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	Sygehusenes budgetter indeholder principielt aktivitetsbudgetter (dvs. også aktivitetskrav og (indtil 2018) produktivetskrav), men der er (bortset fra enkelte områder) et loft over muligheden for finansiering af meraktivitet. Der udmøntes dog ikke et aktivitetsbudget og -krav til de medicinske afdelinger, som indgår i regionens forsøg med "populationsansvar" (rammebudget uden aktivitetskrav, kombineret med ansvar for overholdelse af patientrettigheder). Regionen påtager sig den økonomiske risiko ved ikke opnået aktivitetspuljefinansiering.
Effektiviseringer	
Udmøntes produktivetskravet (indtil 2018) til sygehusene, og udmøntes kravet i så fald differentieret eller generelt: <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	Regionen har tidligere differentieret kravet på baggrund af sygehusenes produktivetsniveau. De seneste år har kravet været ligeligt fordelt til sygehusene, da produktivetsniveauet ifølge regionen har nærmet sig hinanden. Sygehusene udmøntrer kravet på 2 pct. generelt til alle afdelinger.
Initieres tiltag til effektiviseringer fra: <ul style="list-style-type: none"> - Regionsniveau ("oppefra") - Sygehusniveau - Afdelingsniveau ("nedefra") 	Det er er regionens tilgang, at effektiviseringer så vidt muligt bør initieres på operationelt plan og så langt nede i styringskæden som muligt (et decentralt ansvar inden for rammestyringen). Effektiviseringer initieres derfor typisk på sygehus- og afdelingsniveau. Effektiviseringer initieres dog også oppefra f.eks. ved spareøvelser i forbindelse med budgetlægning.
Er der tiltag/mekanismer, der sikrer, at effektiviseringer løbende identificeres og drives? <ul style="list-style-type: none"> - På regionsniveau - På sygehusniveau 	Regionen anvender en decentral tilgang, hvor det som udgangspunkt er sygehusenes ansvar at sikre løbende effektiviseringer inden for rammestyringen. På regionsniveau anvendes en (ad hoc) temabaseret tilgang, fx benchmarking af sygehuse på centrale nøgletal. Analyserne anvendes primært til at påbegynde en dialog med sygehusene om, hvad der kan

¹⁴ Regionen forventer, at udfordringerne med rettidig aktivitetsdata er et midlertidigt problem

	<p>forbedres af sygehuset selv, og ikke som konkrete effektiviseringskrav.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau afholdes løbende Lean-tavlemøder, som skal bidrage til bedre driftsmålsopfyldelse samt identifikation af effektiviserings tiltag. Hertil kommer krav til effektivisering ved ibrugtagning af sygehusbyggeri.</p> <p>Der anvendes en fælles forbedringsmodel på tværs af region og sygehuse.</p>
Er der økonomiske incitamentter til løbende at identificere og gennemføre effektiviseringer på afdelingsniveau?	Sygehusene har en decentral økonomistyring, hvor afdelingerne har ansvar og frihed til at prioritere inden for egne rammer. Incitamentterne ligger derfor primært i budgetoverholdelse og mulighederne for, at afdelinger og sygehuse kan beholde provenuet ved effektiviseringer. Merforbrug på afdelinger overføres til næste år, mens mindreforbrug delvist kan overføres, med variation i de lokale modeller.
Understøttes effektiviseringer på afdelingsniveau med analysekapacitet, kompetencer, uddannelse, værktøjer mv. fra sygehus og/eller region?	<p>Den decentrale styringsmodel indebærer, at effektiviseringer primært er båret af afdelingsledelserne, som dog understøttes centralt fra sygehusets administrative funktioner i forhold til økonomi og effektiviserings tiltag.</p> <p>Alle afdelingsledere i regionen uddannes i værktøjer og metoder i den syddanske forbedringsmodel, og der afholdes ugentlige tavlemøder som et værktøj til at identificere effektiviseringsmuligheder.</p> <p>Graden af analysekapacitet varierer på tværs af afdelinger, hvor fx de større afdelinger har ansat egen økonomikonsulent.</p>
Har en eventuel "frisættelse" fra produktivetskrav via meraktivitet betydet introduktion af nye redskaber til at realisere effektiviseringsgevinster?	Der er ikke påvist nogen målbar sammenhæng mellem frisættelsen fra aktivitetsfinansiering og øget realisering af effektiviseringsgevinster. Regionens forsøg med populationsansvar (frisættelse for aktivitetsstyring) på en række medicinske afdelinger evalueres dog først i 2018/2019. Nogle afdelinger oplever et større frirum til at igangsætte tiltag, som tidligere ville være besværligt at "få lov til" at implementere. Andre afdelinger giver udtryk for at foretrække aktivitetsstyringens mulighed for at skabe ekstra indtjening ved en effektiv drift.
Tværgående samarbejde	
Er der mekanismer til at kunne foretage prioriteringer mellem sektorer?	<p>Tværgående styring og prioritering håndteres med afsæt i sundhedsaftalen.</p> <p>Samarbejdet mellem sektorer er præget af forskellige incitamentsstrukturer som besværliggøre at kunne foretage prioriteringer mellem sektorer. Konkrete tiltag er typisk drevet af faglig udvikling og patienthensyn på et givent område, men også økonomiske betragtninger i konkrete tilfælde. Kortlægningen har ikke identificeret reelle værktøjer eller mekanismer til at foretage prioritering mellem sektorer.</p>
Er der anvendelse af data i styring og opfølgning, fx overblik over samlede patientomkostninger på tværs og visitationsmønstre i almen praksis?	<p>Ad hoc analyser foretages på forskellige områder, herunder henvisningsmønstre, men sådanne data anvendes ikke systematisk.</p> <p>Brugen af data på tværs af sektorer er præget af organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer.</p>
Er der tværgående styring af kapacitet og aktivitet mellem: <ul style="list-style-type: none"> - sygehuse i regionen? - afdelinger på sygehuse? 	<p>På regionalt niveau er der udpeget afdelinger (garantiklinikker), der har økonomisk ansvar for behandling af patienter på private sygehuse og i andre regioner. Afdelingerne har meraktivitetsafregning uden loft for ambulant aktivitet og stationær planlagt aktivitet.</p> <p>På afdelingsniveau koordineres den daglige, tværgående styring på daglige kapacitetskonferencer med koordinerende medarbejdere og på ugentlige tavlemøder med deltagelse af afdelingsledelserne.</p>

<p>Er der regionale initiativer til samarbejde på tværs af sektorer, og drives disse projektbaseret eller systematisk?</p>	<p>Tværsæktorielle initiativer drives primært projektbaseret. Regionens strategi for tværsæktorielt samarbejde bygger på et større decentralt samarbejde mellem sygehuse og den primære sektor i sygehusets optageområde som drivende for forandringer. Regionens forsøg med populationsansvar skal tilskynde sygehuse og afdelinger til at indgå i tættere lokale samarbejder med kommuner og praktiserende læger. Konkrete tiltag initieres på regions, sygehus- og afdelingsniveau, fx udgående teams, telemedicin og telefonrådgivning.</p>
Styringsopfattelse	
<p>Opleves økonomi, aktivitet og produktivitet som overstyrende ift. andre styringsværktøjer/-dimensioner på de forskellige niveauer?</p>	<p>Budgetoverholdelse er en grundlæggende forudsætning på alle niveauer, men økonomi opleves generelt ikke som overstyrende. Det opleves på regions- og sygehusniveau som en udfordring, at der i den nuværende statslige styringsmodel principielt mistes finansiering, når der mistes aktivitet. Nogle afdelinger foretrækker dog at være aktivitetsafregnet, da det giver mulighed for ekstra indtægter.</p>
<p>Hvordan opleves styringsrelevansen af nationale og regionale mål?</p> <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>Der opleves på sygehus- og afdelingsniveau en stor motivation blandt personalet ved at have et styringsmæssigt fokus på "Patienten først" og en forbedringskultur. Der gives udtryk for en fælles forståelse for, hvad der er styringsrelevant, om end der på afdelingsniveau opleves, at der registreres procesmål, som reelt er uinteressante for den faglige ledelse af afdelingen.</p> <p>På afdelingsniveau opleves til tider, at patientrettighederne bliver overstyrende, fordi der er stort politisk fokus på overholdelse heraf, uagtet at det ikke altid giver en optimal udnyttelse af ressourcerne på sygehusene.</p>

4.4 Region Midtjylland

Region Midtjylland har pr. 1. oktober 2017 i alt 1,3 mio. indbyggere og omfatter geografisk 19 kommuner fra vestkysten til østkysten i det midtjyske område. Regionen har administrativt hovedsæde i Viborg og beskæftiger ca. 26.000 ansatte.

Regionen driver hospitaler, forskning, handicap- og sociale tilbud og løser opgaver inden for miljø. Regionen bruger knap 24 mia. kr.¹⁵ på sundhedsområdet, hvilket svarer til ca. 94% af det samlede driftsbudget. Heraf går ca. 18 mia. kr. til sygehusvæsenet.



Region Midtjylland har med afsæt i regionens Sundhedsplan (2013) formuleret en vision om at skabe 'Et sundhedsvæsen på patientens præmisser'. Visionen er sidenhen koblet med de nationale politiske mål for sundhedsområdet som regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner indgik aftale om i foråret 2016. Visionen er illustreret i nedenstående målbillede (Figur 18), som består af en vision, tre spor og otte mål. Formålet med målbilledet er således at tydeliggøre de politiske målsætninger og prioriteringer.

Målbilledet er et element i udviklingen af en ny styringsmodel i Region Midtjylland de seneste år, hvor fokus er på at koble aktivitet, økonomi og kvalitet i styringen af sundhedsvæsenet. Arbejdet bygger bl.a. på et projekt om "Ny styring i et patientperspektiv", hvor ni afdelinger ikke skulle styre efter produktionsværdi i perioden 2014-2016. I stedet skulle afdelingerne styre efter regionens andre mål samt nogle selvvalgte patientnære mål, der skulle bidrage til mere sundhed for pengene. I forlængelse heraf besluttede regionen at overgå til fuld rammestyring for det somatiske område fra 2017.

Figur 18: Region Midtjyllands målbillede



• Øverst i målbilledet ses regionens vision, som er et sundhedsvæsen på patientens præmisser.

• Midten af målbilledet viser tre spor, som er pejlemærker for, at regionen opnår et sundhedsvæsen på patientens præmisser.

• Bunden af målbilledet viser otte mål, som hele sundhedsvæsenet i Region Midtjylland skal styre efter for at sikre de tre spor og forbedringer i sundhedsvæsenet på patientens præmisser.

Regionens budgetaftale for 2018 angiver en række

¹⁵ Nettodriftsudgifter, udgiftsbaseret, budget 2017 årets priser (<http://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/udgifter-og-finansiering/budget>)

strategiske indsatser, som skal bidrage til den fortsatte udvikling. Det gælder især videreudvikling af værdibaseret styring og fokus på de otte nationale mål samt bedre kapacitetsudnyttelse og håndtering af stigende udgifter til bl.a. hospitalsmedicin, nye behandlingsformer og respiratorbehandling.

Hospitalet, som Region Midtjylland administrerer, omfatter Aarhus Universitetshospital, Hospitalsenheden Midt, Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Horsens og Regionshospitalet Randers. Ud af disse, beskæftiger denne analyse sig med Hospitalsenheden Vest og Regionshospitalet Horsens.

Overordnet styring

Regionens styring af sygehusene tager afsæt i målbilledet, som beskrevet ovenfor. Det betyder, at der i styringen af sygehusene følges op på indikatorerne for de otte mål. Fra politisk side er der særligt stort fokus på overholdelse af budgetter og patientrettigheder.

Det er regionens ambition, at prioriteringen af de nationale mål skal skabe sammenhæng i styringskæden stat-region-sygehusledelse-afdelingsledelser. Regionen har besluttet, at sygehusledelserne også skal anvende målbilledet i styringen på sygehusniveau. Sygehusene har dog lov til at arbejde med nedbrydning af målene og supplere målbilledet med egne mål.

Som et centralt element i arbejdet med målbilledet har regionen fra budget 2017 ændret aktivitetsstyringen, så den i højere grad understøtter en målsætning om at levere den relevante aktivitet ud fra et patientperspektiv. I forlængelse heraf har regionen fjernet den traditionelle aktivitetsstyring, hvor sygehusene styres efter en basislinje udtrykt ved en produktionsværdi. I stedet skal der være fokus på den aktivitet, der er en følge af at opfylde målene i målbilledet. Det indebærer, at hospitalerne ikke er blevet "straffet", hvis de ikke har leveret 2 pct. ekstra aktivitet som følge af produktivitetskravet. Regionen har på den måde påtaget sig den finansielle risiko for en eventuel manglende indfrielse af den statslige aktivitetspulje.

De fortsatte krav til overholdelse af udredningsret, behandlingsgaranti og kræftpakker medfører dog, at regionen fortsat forventer at kunne overholde aktivitets- og produktivitetskravet i økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner. Samtidig har statens reduktion af aktivitetspuljen (2013-2016) og justeringen af den kommunale medfinansiering (2016) betydet, at barriererne for indførelse af den nye styringsmodel er mindre nu, end hvis modellen skulle have været indført i tidligere år.

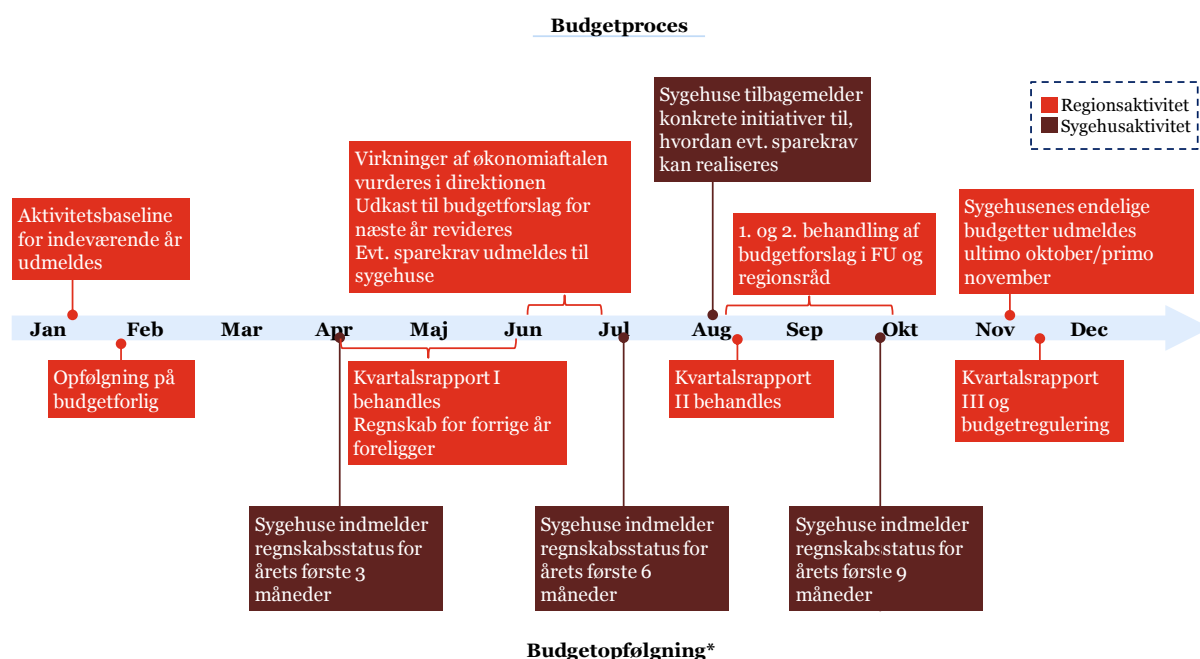
Økonomi – budget og aktivitet

Regionen overgik i 2017 til fuld rammestyring for det somatiske område, så vidt forstås, at de enkelte sygehuse ikke længere pålægges et aktivitets- og produktivitetskrav. Sygehusene har fuld metodefrihed til at udmønte og prioritere de respektive overordnede budgetter på afdelingsniveau inden for rammerne af målbilledet. Regionen ønsker på den måde at give hospitalerne relativt frie rammer til at prioritere og skabe prioriteringsrum inden for egne rammer. Regionen forventer dog også en fælles forståelse af, at der er behov for et centralt prioriteringsrum, som sygehusene skal være med til at identificere.

Budgetprocessen tager udgangspunkt i forrige års budget, justeret for rammerne i økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen. Dette begrundes bl.a. ud fra et hensyn om at sikre stabilitet i sygehusenes budgetter. Budgetlægningen starter i løbet af foråret, hvor budgetbalancen for det kommende år fx vurderes på baggrund af regnskab fra forrige år. Dertil kan årets to første budgetopfølgninger have en række bevillingsmæssige konsekvenser, hvilket indarbejdes i budgetforslaget for det kommende år.

På baggrund af økonomiaftalen i juni fastlægges de overordnede budgetmæssige rammer. Generelt foretages en PL-fremskrivning hvori der tages hensyn til en variabel udgiftsudvikling for de enkelte udgiftsarter. Efter sommerferien behandles budgettet i regionsrådet i august og september. Sygehusenes endelige budgetter for det kommende år bliver udmeldt ultimo oktober/primio november.

Figur 19: Årshjul for budgetproces og – opfølgning



**Budgetopfølgningen er et element af driftsopfølgningen. Behandles i direktionen og forelægges politisk i Regionsrådet efterfølgende*

Der er i budgetåret en løbende dialog mellem regionen og sygehusene om budgetflytninger på tværs af sygehusene. Fx i forbindelse med nye opgaver eller ved konstateret meraktivitet fra andre sygehusers optageområder. Det er typisk sygehusene, der rejser problemstillingerne over for regionen. Evt. budgettilpasninger behandles løbende i regionen, og udmøntes som regel i forbindelse med kvartalsrapporteringer til regionsrådet eller den årlige budgetproces. Der er typisk tale om marginale budgetændringer, som ikke i væsentlig grad påvirker de enkelte sygehusers frihed til planlægning og disponering af egne råderum.

Regionen vil i 2018 igangsætte forsøg med populationsansvar for sygehusene. Til brug herfor vil regionen udvikle et populationsoverblik, der kan anvendes som et styringsredskab, eksempelvis til fordeling af besparelser på tværs af sygehusene ud fra tyngde (demografi, uddannelse, beskæftigelsesgrad mv.) i optageområder. Der arbejdes pt. på at udvikle en konkret model og et tilstrækkeligt solidt datagrundlag, Forsøget er på nuværende tidspunkt alene et administrativt pilotprojekt som er undervejs.

Opfølgning – økonomi og drift

økonomi, aktivitet og kvalitets- og servicemål. Se Boks 32 nedenfor. På samme tid forelægges budgetopfølgninger for regionsrådet. Indikatorerne giver regionsrådet mulighed for at følge målene og iværksætte initiativer, der skal skabe den ønskede udvikling. Enkelte indikatorer afrapporteres ikke til regionsrådet, da de udelukkende vedrører kommunerne eller endnu er under udarbejdelse. Det drejer sig fx om ventetider i psykiatrien og til sygehusoperation og belægning.

Sideløbende med den politiske behandling af målbilledet sker der en løbende administrativ opfølgning. Fx følges udviklingen på de enkelte indikatorer i ledelsesfora, hvor sygehusledelserne, og i nogle tilfælde kommunerne, er repræsenteret.

Boks 32

Indikatorer i regionens kvartalsvise opfølgning på målbilledet

- Andel akutte somatiske genindlæggelser indenfor 30 dage
- Antal somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene
- Antal akutte indlæggelser blandt KOL-patienter
- Antal akutte indlæggelser blandt diabetes 2 patienter
- Antal forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+)
- Hjertedødelighed, antal dødsfald som følge af hjertesygdom
- 30 dages overlevelse efter hjertestop
- Antal sygehuserhvervede infektioner
- Andel patienter med hoftenære lårbrud, der efter operationen mobiliseres inden for 24 timer
- Bæltefikseringer i psykiatrien
- Korrigeret andel patienter udredt inden for 30 dage
- Andel patienter udredt inden for 30 kalender-dage
- Andel kræftpakkeforløb gennemført inden de samlede forløbstider
- Ventetid i psykiatrien og til sygehusoperation
- Gennemsnitslig liggetid pr. indlæggelse, dage
- Afvigelse fra budget
- Aktivitetsafhængig finansiering
- Produktivitet på sygehuse
- Patienttilfredshed
- Patientinddragelse

Som et særskilt fokus i det strategiske målbillede har regionen udpeget fem konkrete mål, der følges særligt tæt. Målene er udvalgt ud fra hensyn til tværsektorielt fokus, klinisk meningsfuldhed, og udgangspunkt i eksisterende data uden nye registreringer. Formålet er at løfte indsatsen på områder, hvor der er udfordringer med opfyldelse af de politisk fastsatte mål. Målene påtænkes på sigt udskiftet i takt med målopfyldelse. Målene er:

- Udredningsret
- Forebyggelige indlæggelser af ældre
- To mål i akutdatabase (speciallæge inden for 1 time og 4 timer)
- Hoftenær fraktur

Til at understøtte den løbende opfølgning anvendes en central Business Intelligence-portal. Portalen er udviklet med fokus på, at man på de administrative ledelsesniveauer i regionen og på sygehusene kan anvende de samme datakilder i den daglige styring. Portalen indeholder data om økonomi, aktivitet, patientrettigheder, HR-data mv.

Regionalt arbejde med effektiviseringer

Regionen er bevidst om, at sygehusledelserne løbende frigør råderum gennem effektiviseringer, som regionen ikke nødvendigvis informeres om eller involveres i. Dette accepteres dog som et internt anliggende, hvis det ikke skubber udgifterne over på andre sygehuse eller udgiftsområder.

På regionalt niveau arbejdes med at frigøre råderum til at imødekomme udgiftspres fra bl.a. krav til kvalitetsfundsprojekterne, anlægsinvesteringer, nye behandlinger, medicin og regionale udgifter til respirationsbehandling.

Det regionale råderum kan identificeres ud fra forskellige tilgange, fx flytning af opgaver mellem sygehuse (reduktion af vagtlag mv.), indkøb, logistik, støtte til forbedringsprojekter som fx ”Sikkert flow” og optimering af kapacitetsudnyttelse. Eksempelvis vil regionen i 2017/2018 gennemføre en analyse af kapacitetsudnyttelse til prioritering af anlægsinvesteringer. Et andet eksempel er, at der først kan indkøbes en ny MR-scanner, når den eksisterende har en åbningsstid til kl. 20 eller 22.

Det er et pejlemærke for regionens effektiviseringsarbejde, at man skal være bedre til at reducere spild ved at koble økonomi og aktivitet ud fra deisen om, at ”der er god økonomi i at gøre tingene rigtigt første gang”. Det kan fx være gennem et kritisk fokus på værdien af ambulante besøg og mulighederne for reduktion eller omlægning heraf, fx til telemedicinske løsninger. Til at understøtte denne dagsorden har regionen udgående proceskonsulenter, som både igangsætter egne tiltag og støtter konkrete tiltag på sygehusene efter behov.

Ved gennemførelse af regionale effektiviseringer (adskilt fra sygehusenes egen identifikation af råderum) søges en tæt inddragelse af sygehusene. Som eksempler på effektiviseringstiltag kan bl.a. nævnes følgende:

- Regionen har flyttet budgetansvaret for udgifter til privathospitaler og behandling i andre regioner ud på sygehusene, som dermed får et incitament til at planlægge udredningsforløb og øge udnyttelsen af egen kapacitet
- Princippet om et tilknyttet effektiviseringskrav på 6-8 pct. til de nye sygehusbyggerier, som er støttet af kvalitetsfonden, er overført til øvrige anlægsprojekter i regionen.

Tværgående prioritering og samarbejde

På tværs af sygehuse

Den tværgående prioritering på tværs af sygehuse sker typisk i budgetprocessen eller i løbende (primært marginale) budgetjusteringer i løbet af året, som beskrevet ovenfor. Ved fremskrivninger, fordeling af besparelser eller lign. anvendes kendte fordelingsnøgler som fx budget eller antal borgere i optageområdet.

For at tage hensyn til socioøkonomiske forhold i optageområderne arbejder regionen med at skabe et populationsoverblik med et risikobillede på tværs af kommunerne i regionen. Det kan fx være demografi, uddannelse, beskæftigelsesgrad mv. Overblikket påtænkes anvendt som et styringsredskab, eksempelvis til fordeling af besparelser på tværs af sygehusene ud fra tyngde i optageområder.

Regionen forankrer tværgående dagsordener i centrale ledelsesfora fx specialeråd eller økonomiske ledelsesfora, hvor sygehusledelserne er repræsenteret. Det kan fx være håndteringen af psykiatriske og somatiske patienter i akutmodtagelsen. Herudover er det løbende arbejde med specialeplanlægning et grundlag for drøftelser af, hvor behandlinger skal foregå.

På tværs af sektorer

Sundhedsaftalen er en aftale mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og praksissektoren om gensidige forpligtelser og samarbejde på sundhedsområdet. Sundhedssamarbejdet foregår på flere niveauer:

- Det politiske niveau (Sundhedskoordinationsudvalget)
- Det overordnede administrative niveau på tværs af klynger (Sundhedsstyregruppe, -formandskab og -sekretariat)
- Det udviklende og udmøntende niveau (klyngerne)
- Det bilaterale samarbejde mellem den enkelte kommune og det stedlige hospital

Samarbejdet om sundhedsaftalen er forankret i fem klynger omkring de fem akuthospitaler i regionen (Vest, Midt, Horsens, Randers og Aarhus). Samarbejdet kan fx bestå i lokale samarbejdsaftaler om kræftrehabilitering, telemedicinsk sårsvurdering, ledsageraftaler og palliation. Fx er der et igangværende projekt i Randers-klyngen med forløb for ældre medicinske patienter, som handler om – i samarbejde med kommuner og almen praksis – at nedbringe antallet indlæggelser og genindlæggelser.

Det er regionens opfattelse, at der fortsat er stor variation i kompetencer og tilbud på tværs af kommunerne. Der er dog også gode eksempler på et velfungerende samarbejde, fx med Viborg og Skive kommuner, der har ansat udskrivningssygeplejersker på sygehusets akutafdeling, og dermed sikrer en bedre overgang mellem sektorerne ved indlæggelse og udskrivning.

Generelt oplever regionen et godt samarbejde med almen praksis. Fx er det regionens opfattelse, at man sammenlignet med andre regioner er langt i forhold til at flytte KOL- og diabetespatienter ud i almen praksis. Der opleves dog barrierer i samarbejdet, når det gælder elementer forankret i overenskomsten. I forhold til arbejdet med populationsansvar er det fx en udfordring at skabe incitamenter til, hvordan praksis kan tage imod flere patienter, så længe almen praksis har en aktivitetsfinansieret styringsmodel.

Regionen har herudover nedsat et akutudvalg, der sætter rammerne for regionens og sygehusenes tilbud til kommunerne, fx hvilken rådgivning sygehusene kan tilbyde. Tilbuddene fokuserer særligt på interventioner inden indlæggelse og alternativer til indlæggelse.

Oplevede fordele og ulemper ved nuværende styring

Fremadrettet er det regionens opfattelse, at de centrale styringsmekanismer fra statslig side bør fokusere på budgetoverholdelse og målopfyldelse på de nationale mål, herunder særligt patientrettigheder.

Regionen har ved indførelse af den nye styringsmodel uden DRG-baseline påtaget sig den finansielle risiko for manglende indtægter ved fald i aktiviteten. Det begrundes med, at regionen oplever et pres på aktiviteten som følge af demografi og patientrettigheder, der overstiger de 2 pct. i produktivitetskravet. Regionen har således ikke oplevet en finansiell konsekvens ved at afskaffe aktivitetskravet. Samtidig har statens reduktion af aktivitetspuljen og justeringen af den kommunale medfinansiering været opfattet som et signal fra statens side om et skift i fokus i styringen.

Det er regionens erfaringer fra pilotprojekter på ni sygehusafdelinger (2014-2016), at arbejdet med effekt- og resultatmål i høj grad har været en motivationsfaktor for personalet og ledelsen på de pågældende afdelinger, der har oplevet et større ledelsesmæssigt prioriteringsrum på afdelingsniveau.

De foreløbige evalueringer af pilotprojekterne viser, at aktivitetsniveauet er fastholdt, om end med svag stigning i antallet af cpr-numre, ligesom der er tegn på en svag stigning i den patientoplevede kvalitet. Det kan dog være en udfordring at finde de rigtige resultatmål, som både er klinisk meningsfulde og mulige at monitorere. Regionen er i forlængelse heraf betænkelig ved nye afregningsmodeller, som indbefatter betaling efter kvalitet. Regionen mener, at det i højere grad bør være de klinisk meningsfulde mål, som er drivende for arbejdet.

Case – Hospitalsenheden Vest

Introduktion til sygehuset

Midtjylland. Hospitalsenheden Vest består af fem huse med adresser i Herning, Holstebro, Lemvig, Ringkøbing og Tarm. Hospitalet råder over ca. 400 sengepladser og har et samlet driftsbudget på 2,3 mia. kroner (2017). Hospitalet har ca. 3.400 medarbejdere. Organisatorisk består Hospitalsenheden Vest af 14 kliniske afdelinger, fem kliniske serviceafdelinger og to serviceafdelinger. Hospitalet har en fælles hospitalsledelse og fælles afdelingsledelser på tværs af matriklerne.

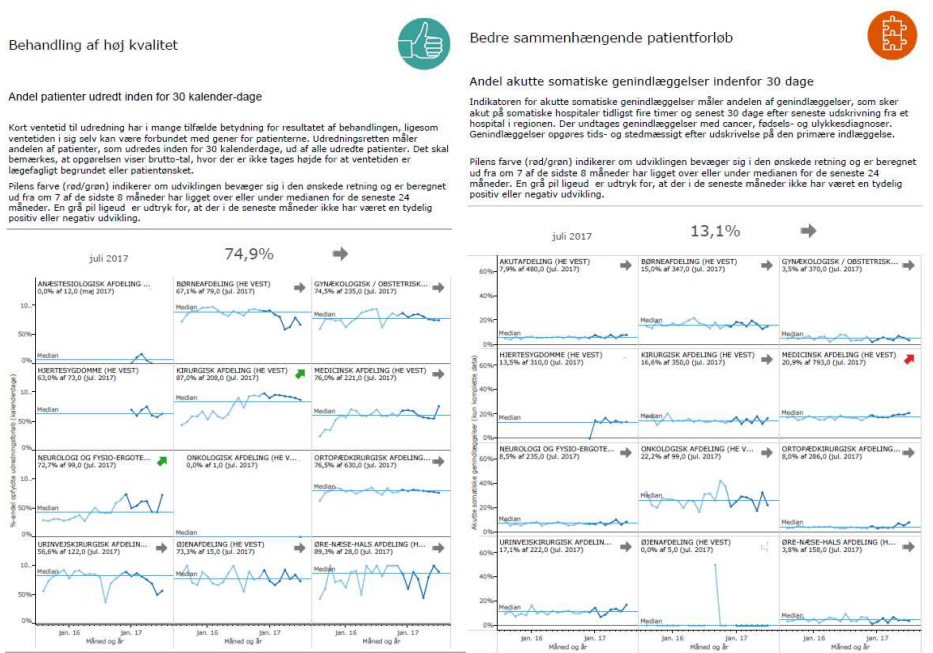
Som en del af kvalitetsfundsprojekterne samles Hospitalsenheden Vest i 2020 på én matrikel i et nybygget hospital i Gødstrup vest for Herning. Hospitalet bliver ca. 127.000 m² og er finansieret af kvalitetsfondsmidler. Herudover bygges der endvidere et psykiatrisk hospital på ca. 13.000 m², der finansieres af regionens egne midler. Budgettet for det somatiske hospital udgør 3,15 mia. kr. (2009-tal) og for det psykiatriske hospital udgør budgettet ca. 380 mio. kr. (2012-tal). Selve byggeriet blev igangsat i september 2012 og påbegyndt ibrugtagning forventes primo 2020, hvor også psykiatrien tages i brug.

Styring på sygehusledelsesniveau

Region Midtjyllands målbillede "På Patientens Præmisser" anvendes som udgangspunkt for hospitalsledelsens styring. Målbilledet består af en overordnet vision, tre pejlemærker (kvalitet, sammenhæng, omkostningseffektivitet) og otte overordnede mål, som beskrevet i afsnittet om Region Midtjylland ovenfor. På sygehusniveau følges de samme indikatorer på afdelingsniveau, som der rapporteres til regionen, som vist i eksemplerne (Figur 20) nedenfor.

Hospitalsledelsens styring af afdelingerne er forankret i årlige Budget- og Udviklingsaftaler. Aftalerne sætter retningen og målene for afdelingens udvikling, og betragtes af hospitalsledelsen som bindeleddet i styringskæden mellem de regionale mål, hospitalsledelsen og afdelingsledelserne. Aftalerne består af centrale mål fra ledelsen og lokale mål fra afdelingen. Det kan bl.a. være mål om økonomi, ventetid, kræftpakker, epikriser, FMK og personalerelaterede mål som fx sygefravær (se eksempel i afsnit om driftsmål og daglig styring nedenfor). Aftalerne drøftes på halvårige møder mellem hospitalsledelsen og afdelingsledelserne.

Figur 20: Eksempler på indikatorer som monitoreres på sygehus- (og afdelings-) niveau



Styringen er i perioden frem mod 2020 præget af den kommende udflytning til Gødstrup. Det skyldes bl.a., at hospitalet selv skal finansiere en række engangsudgifter i forbindelse med udflytningen, ligesom der pågår en række kapacitetsmæssige tilpasninger til rammerne i det nye hospital. Derfor er der stort fokus på budgetoverholdelse på alle niveauer, samtidig med, at der opbygges en økonomisk reserve til udflytningen. På trods af det økonomiske pres er det dog hospitalsledelsens opfattelse, at udsigten til at ibrugtagning af de nye fysiske rammer er en drivende faktor for medarbejdernes motivation til at gennemføre effektiviseringer og omlægning af patientforløb.

Hospitalsledelsen oplever, at der er en høj grad af tillid og social kapital i samarbejdet både opad til regionen og internt mellem ledelsen, de centrale stabsfunktioner og afdelingerne. Dette forklares bl.a. ud fra en historisk og geografisk betinget kultur om at ”kunne klare sig selv” og kontinuitet i ledelsen internt på hospitalet og i regionen. Det betyder, at der lægges vægt på åbenhed om styringsmæssige udfordringer og tiltag. Fx arbejdes der i forhold til effektiviseringer ud fra et ”rørt brik-princip”. Det betyder, at en afdeling får lov til at beholde gevinsten af et effektiviseringstiltag, hvis tiltaget er drevet nedefra på afdelingsniveau.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgetproces

Budgetrammerne udmeldes fra regionen i september-oktober. Budgettet til sygehusene udmøntes i budget 2018 som en økonomisk ramme samt en forventning om at sygehusene lever op til patientrettigheder. Der stilles ikke et aktivitetskrav til hospitalet i form af en baseline, ligesom der ikke er indbygget sanktioner, hvis hospitalets produktion ikke når et bestemt aktivitetsniveau.

Hospitalets budgetlægning tager typisk udgangspunkt i forrige års budget, justeret for marginale ændringer som følge af eksempelvis regionale spareplaner, politisk bestemte prioriteringer og interne spareplaner. Budgettet udmøntes til afdelingerne på tilsvarende vis, dvs. som et økonomisk rammebudget og en række mål i budgetudviklingsaftalerne. Der stilles ikke produktivitetkrav til

afdelingerne, men fra hospitalsledelsen følges med i udviklingen i aktiviteten på de enkelte afdelinger for at undgå utilsigtet ændret adfærd fx fald i aktivitet og stigende ventelister.

En række fælles budgetposter er centraliseret, fx på medicoteknik, løst inventar og indkøb. Centraliseringen er bl.a. begrundet i styring af indkøb inden udflytning til Gødstrup. Som et styringsværktøj udarbejder administrationen detaljerede normeringsplaner som grundlag for afdelingernes vagtplanlægning – og dermed også for afdelingernes lønbudget for året.

Budgetansvaret for udgifter til privathospitaler er flyttet fra regionen til sygehusene som et incitament til at øge udnyttelsen af egen kapacitet. På hospitalet Vest er budgetansvaret tildelt på de relevante afdelinger.

Hospitalsledelsen har en prioriteringspulje på ca. 10 mio. kr. til håndtering af uforudsete udgifter. Puljen har tidligere været på 25 mio. kr., men er reduceret for at kunne forberede udflytning til Gødstrup. Dette vurderes som økonomisk stramt, men er valgt for at frigøre ressourcer til udflytningen.

Ved gennemførelse af interne spare- eller prioriteringsrunder søges anvendt en differentieret tilgang i dialog med afdelingsledelserne og ud fra administrationens kendskab til økonomi og aktivitet på de enkelte afdelinger. Dette begrundes med, at man søger at undgå en grønthøsttilgang, om end generelle sparekrav fra regionens og hospitalets seneste spareplaner er relativt ligeligt fordelt på afdelinger. Hospitalsledelsen har en opdrifts- og prioriteringsliste, som fx kan være afledte udgifter til udflytningen til Gødstrup i 2020 eller stigende udgifter til medicin, nye behandlingsformer eller afledt behov til overholdelse af patientrettigheder.

Økonomiopfølgning

Der afholdes to årlige møder mellem hospitalsledelsen og de enkelte afdelingsledelser med opfølgning på Budget- og Udviklingsaftalerne. Herudover er en fast mødestruktur i form af månedlige møder mellem hospitalsledelsen og afdelingsledelseskredsen samt ugentlige hospitalsledelsesmøder. Ved behov for særskilt opfølgning/dialog med afdelinger planlægges dette ad hoc.

Afdelingerne modtager månedlige rapporter om driftsøkonomiske nøgletal fra økonomiafdelingen, som gennemgås på møde med den centrale økonomistab. Fokus i rapporteringen er at forklare afvigelser fra det forventede.

Hospitalsledelsen vægter budgetoverholdelse højt, og styringen er derefter. I tilfælde af merforbrug i en afdeling bliver denne bedt om at udarbejde en handleplan for at sikre budgetbalance. Handleplanen drøftes med hospitalsledelsen, og afdelingsledelsen har ansvar for at effektuere de aftalte tiltag. De interne retningslinjer for overførsler mellem budgetårene er, at underskud overføres 1:1 til kommende budgetår (evt. fordelt over flere år). Der kan maksimalt overføres 0,5 mio. kr. af eventuelt mindreforbrug.

Driftsmål og daglig styring

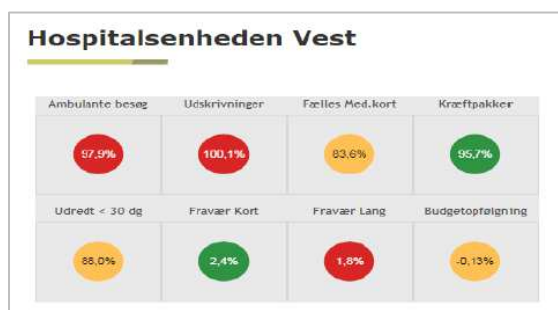
Målstyringen i Budget- og Udviklingsaftalerne er opbygget efter en 6+2+2 model, som består af 6 regionale mål, 2 mål udvalgt af hospitalsledelsen og 2 mål udvalgt af afdelingsledelsen. Målene er inden for nedenstående temaer, og er nedbrudt i 2-3 mål og indikatorer for hvert tema.

- Faglige standarder og faglig kvalitet
- Tilfredse brugere
- Servicemål
- Økonomistyring (budgetoverholdelse og aktivitetsudvikling)
- Tilfredse medarbejdere
- Uddannelse og forskning
- Kultur og partnerskaber
- Afdelingens selvvalgte fokusområde nr. 1
- Afdelingens selvvalgte fokusområde nr. 2.

Til monitorering af målene anvendes en overbygning på regionens dataplatform med daglig opdatering af data om aktivitet, kvalitet, overholdelse af patientrettigheder mv. Økonomidata opdateres månedligt. Data kan vises på sygehusniveau, afdelingsniveau og afsnitsniveau, og er tilgængelige for alt personale. På dataplatformens startside anvendes en trafiklysrapporing på otte udvalgte indikatorer, som kan tilpasses den enkelte afdelingsledelse.

Et eksempel på indikatorerne på sygehusniveau er vist nedenfor (Figur 21). De fremhævede indikatorer prioriteres i samarbejde mellem hospitalsledelsen og afdelingerne og med afsæt i Budget- og Udviklingsaftalerne.

Figur 21: Trafiklysrapporing 8 udvalgte indikatorer, sygehusniveau



Effektiviseringer og forbedringer

Effektiviseringsarbejdet er både drevet af krav fra regionen og øget aktivitetspres nedefra, fx i form af øget aktivitet eller ventelister. Generelt oplever hospitalsledelsen, at knaphed på ressourcer på den ene side kan være en drivkraft til at skabe effektiviseringer, men på den anden side også kan være en barriere, hvis der fx opleves en kamp mellem afdelinger om besparelser i nulsums-spil.

Eksempel på effektivisering: For lang ventetid for patienter i røntgenafdelingen

Formålet med projektet var at forbedre de eksisterende patientforløb for patienter i Ortopædkirurgisk Afdeling og Røntgenafdelingen, så 90% af de bookedede røntgentider ikke overskrides med mere end 10 minutters ventetid. Ved projektstart ventede 56% af patienterne mere end 10 minutter, og den gennemsnitlige ventetid var på 19 minutter. Efter gennemført projektforsøg (6-7 måneder) ventede nul procent af patienterne mere end 10 minutter, og den gennemsnitlige ventetid var faldet til 1,6 minutter.

Effektiviseringerne fra regionen har primært handlet om at høste stordriftsfordele ved fx sammenlægninger af funktioner. Hertil kommer centrale tiltag som eksempelvis benchmark-analyser og besparelser på indkøb. Effektiviseringer udmøntes typisk i forbindelse med budgetprocessen. Dog udmøntes effektiviseringer på indkøb løbende, i takt med at regionen indgår nye indkøbsaftaler.

Effektiviseringerne nedefra omhandler typisk tiltag inden for omlægning fra stationær til ambulans aktivitet, reduktion af spild, optimering af patientforløb, omlægning til sammedagskirurgi, øget kapacitet i form af udvidet åbningstid mv.

For at understøtte effektiviseringsarbejdet arbejder hospitalsledelsen på at udvikle en forbedringskultur, hvor forbedringer drives nedefra med udgangspunkt i en medarbejderdreven innovation. Der er bl.a. nedsat et "Lean-light" forbedrings- og optimeringskorps i staben, der understøtter afdelingerne med effektiviseringsprojekter. Fx har en afdeling indført åben telefoni for almen praksis med direkte kontakt til speciallæge, hvilket sikrer hurtigere afklaring og færre besøg. Tilbuddet opleves velfungerende. Det har ikke været en overvejelse, at det potentielt giver lavere DRG-indtjening til afdelingen, da det primære sigte har været at reducere ventelister.

Tværgående samarbejde og prioriteringer

Internt på sygehuset

For at understøtte et tværgående samarbejde har hospitalsledelsen nedsat såkaldte driftsråd for hhv. operationskapaciteten og for det akutte område. Hospitalsledelsen er repræsenteret i rådene, som herudover har deltagelse af afdelingsledelserne fra de relevante afdelinger. Driftsrådene mødes på månedlig basis og har derved mere karakter af planlægning end daglig driftsstyring.

På daglig basis holdes kapacitetskonferencer på afdelingsniveau med henblik på at udnytte (senge)kapaciteten på tværs af afdelinger. Formålet med driftsrådene og kapacitetskonferencerne er at sikre bedre styring, koordinering og prioritering på tværs af afdelinger.

Herudover anvendes hospitalsledelsens månedlige møder med afdelingsledelseskredsen til at evaluere samarbejdet på tværs af afdelinger og identificere muligheder for at forbedre patientforløb.

Med kommuner og almen praksis

Samarbejdet med kommunerne er forankret i et klynge-samarbejde. Samarbejdet vurderes generelt som velfungerende, men kan dog være præget af økonomiske barrierer, fx ved opgaveflytning. Der har bl.a. været forsøg på at styrke samarbejdet i form af en styregruppe mellem kommuner og hospitalsenheden Vest. Kommunernes overtagelse af den specialiserede hjerterehabilitering fremhæves som et eksempel på en vellykket udflytning efter LEON-princippet. Aftale om udflytning af

IV-behandling har derimod været mindre vellykket, bl.a. fordi kommunerne umiddelbart ikke kan løse opgaven til lavere omkostninger end sygehuset.

Samarbejdet med almen praksis baseres formelt på de regionale og nationale overenskomster på området. Samarbejdet med almen praksis er herudover primært drevet af konkrete initiativer på de enkelte afdelinger. Hospitalet har en løbende dialog med almen praksis i optageområdet, bl.a. om udviklingen i antallet af henvisninger. Alle afdelinger har tilknyttet en praksiskonsulent. Hospitalet har i 2016/2017 indført sygehus-baserede orienteringsmøder med oplæg fra 5-6 afdelinger, som er modtaget positivt.

Oplevede fordele og ulemper

Hospitalsledelsen oplever, at der blandt medarbejderne til tider kan opleves en manglende overensstemmelse mellem forventninger og ressourcer, fx afledt af krav til overholdelse af patientrettigheder. Sammenholdt med krav til udflytning til Gødstrup "trækkes vekslers" på et motiveret personale. For at imødekomme dette fokuseres fra hospitalsledelsens side på at være tydelig i prioritering af kerneopgaven.

Patientrettigheder opleves af hospitalsledelsen som den reelle drivkraft bag aktivitetsvæksten, snarere end produktivitetskravet. Der opleves derfor en risiko for overstyring, hvis der fra politisk side er ikke længere er tålmodighed ved manglende overholdelse heraf i enkeltsager. Hospitalsledelsen vil opleve det som en ulempe, hvis der indføres en styringsmodel med kobling af økonomiske incitamenter og kvalitetsmål.

Det opleves som en ulempe, hvis de rigtige incitamenter til at gennemføre effektiviseringer ikke er til stede. Fx ses det som en udfordring, at alle gevinster på indkøb tilfalder regionen, og "afdelingerne står tilbage med bøvet" med at skifte leverandør, udfase/indfase produkter mv. Dermed mindskes motivationen til at foreslå nye udbudsområder.

Styring på afdelingsniveau

Styringsopgaven beskrives på afdelingsniveau som "at løse kerneopgaven med det bedst mulige ressourceforbrug". Flere afdelinger har oplevet en stor aktivitetsvækst de sidste år, hvilket har betydet, at det ikke har været et problem at opnå produktivitetskravet. Afdelingerne har derfor også omlagt patientforløb til ambulant, også selv om det inden regionens afskaffelse af aktivitetsfinansiering "kostede" på aktiviteten.

Afdelingsledelserne oplever generelt en god dialog med hospitalsledelsen om retning og prioriteringer og oplever sammenhæng i tonen fra region til sygehusledelse til afdelingsledelse. Fx opleves visionen om et sundhedsvæsen på patientens præmisser som et eksempel på en rød tråd hele vejen ned igennem systemet.

Afdelingsledelserne oplever budgetoverholdelse som den primære udfordring inden for en rammestyret økonomi. Der er dog også en oplevelse af, at afdelingerne stadig bliver vurderet på aktiviteten, selvom produktivitetskravet er suspenderet og ikke anvendes i regionen.

Økonomi – budget og aktivitet

Afdelingernes budgetter udmeldes typisk i oktober-november. På afdelingsniveau nedbrydes budgettet i fremmødeplaner for både læger og sygeplejersker. Budgettet er generelt baseret på sidste års budget korrigeret for marginale ændringer som fx regionale spareplaner, politiske prioriteringer mv.

Afdelingsledelserne oplever derfor, at der er et begrænset råderum til omprioritere mellem fx udstyr og personale. Der kan også ske løbende budgettilpasninger i løbet af året, hvilket typisk håndteres i budgetsager til hospitalsledelsen. De begrænsede muligheder for overførsel af mindreforbrug mellem budgetårene betyder, at afdelingerne har stort fokus på at ”ramme i nul”.

Driftsmål og daglig styring

Afdelingernes mål fastsættes i de årlige Budget- og Udviklingsaftaler i dialog med hospitalsledelsen, som beskrevet i afsnit om styring på sygehusniveau. Afdelingsledelserne monitorerer løbende centrale indikatorer for udrednings- og behandlingsrettigheder, HR-data og økonomi/aktivitet via regionens BI-portal. Datakvaliteten i BI-portalene opleves overvejende som god, men der er dog eksempler på, at data ikke altid stemmer overens med virkeligheden. På daglig basis bruges Klinisk Logistik-tavler som værktøj til planlægning af kapacitet. Afdelingsledelserne modtager månedlige udtræk om kvalitetsparametre fra en tilknyttet kvalitetskonsulent i staben.

Oplevede fordele og ulemper

Afdelingsledelserne oplever generelt, at det nye målbillede med styring efter patientens præmisser giver større mening for personalet end tidligere krav som fx i Den Danske Kvalitetsmodel og produktivitetskravet. Introduktionen af en mere datadreven forbedringskultur opleves som en fordel, idet styringen er gået fra at være følelsesbetonet (oplevelsen af travlhed) til datadreven styring (fakta fx hvor mange patienter, der er i ambulatoriet).

Det opleves, at skiftet i incitamentsstruktur fra takststyring til rammestyring tvinger afdelingerne til at styre mere efter klinisk prioritering, hvilket er godt for både økonomi og patienter. Tidligere oplevede de kliniske serviceafdelinger høj grad af takststyring, hvilket fx skabte incitament til at lave flere analyser. Efter overgang til rammestyring er der kommet større fokus på at vejlede afdelingerne i, hvilke analyser der er behov for.

Afdelingsledelserne oplever, at effektiviseringer oppefra-og-ned ofte er drevet af en økonomisk rammebesparelse, men der følger ikke en ”løsningsbeskrivelse” med. Det er op til afdelingerne selv at finde pengene, hvilket opleves som mindre motiverende end tiltag drevet nedefra og af hensyn til patienten.

Case – Hospitalsenheden Horsens

Introduktion til sygehuset

Regionshospitalet Horsens er akuthospital for ca. 218.000 borgere i den sydøstlige del af Region Midtjylland. Under hospitalsenheden hører også Livsstilscenter Brædstrup samt Skanderborg Sundhedshus. Hospitalet råder over ca. 240 sengepladser og har et samlet driftsbudget på 975 mio. kroner (2016). Hospitalet har ca. 1.450 årsværk fordelt på 1.900 medarbejdere. Organisatorisk består hospitalet af otte kliniske afdelinger, seks kliniske serviceafdelinger samt fire serviceafdelinger. Hospitalet driver ambulatoriefunktioner i samarbejde med Aarhus Universitetshospital inden for bl.a. hæmatologi og dialyse. Hospitalet behandler årligt flere end 160.000 ambulante patienter, 2.150 fødsler og varetager 24.000 stationære forløb.

Regionshospitalet Horsens gennemfører frem til 2024 en omfattende, etapevis ud- og ombygning. Formålet er at skabe bedre fysiske rammer for patienter og medarbejdere, og at gøre hospitalet mere attraktivt som uddannelses- og forskningssted. Som et mindre hospital i regionen er hospitalet kendetegnet ved en flad struktur og et tæt samarbejde i afdelingsledelseskredsen. Samtidig fremhæves innovations- og samarbejds-kulturen som et kendetegn ved hospitalet.

Styring på sygehusledelsesniveau

Region Midtjyllands målbillede ”På Patientens Præmisser” anvendes som udgangspunkt for hospitalsledelsens styring. Målbilledet består af en overordnet vision, tre pejlemærker (kvalitet, sammenhæng, omkostningseffektivitet) og otte overordnede mål, som beskrevet i afsnittet om Region Midtjylland ovenfor. Dette er indarbejdet i hospitalets styring, og hospitalsledelsen følger løbende op på indikatorerne.

Hospitalsledelsen har i den strategiske ledelse fokus på løbende at håndtere det underliggende aktivitetspres inden for eksisterende økonomi. På den lange bane er det derfor vigtigt for hospitalsledelsen, at sygehuset drives produktivt og effektivt. Økonomi og budgetoverholdelse er således et grundlæggende element i styringen, og en central forudsætning for alle afdelinger.

Når det økonomiske fundament er på plads er det største fokus for ledelsen, hvordan hospitalet sikrer optimale patientforløb og overholdelse af patientrettigheder. Heraf er det vigtigt for ledelsen, at hospitaler leverer ”den rigtige aktivitet”, dvs. den aktivitet, som giver værdi og mening for patienten, jf. regionens målbillede om styring på patientens præmisser. Derfor anvendes også data fra de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser i styringen. De overordnede rammer for styringen på hospitalet er beskrevet i ”Budgethåndbogen”.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgetproces

Budgetrammerne udmeldes fra regionen i september-oktober. Budgettet til sygehusene udmøntes i budget 2018 som en økonomisk ramme, samt en forventning om at leve op til patientrettigheder. Der stilles ikke et aktivitetskrav til hospitalet i form af en baseline, ligesom der ikke er indbygget sanktioner, hvis hospitalets produktion ikke når et bestemt aktivitetsniveau.

Hospitalets budgetlægning tager typisk udgangspunkt i forrige års budget, justeret for inkrementelle ændringer som følge af eksempelvis regionale spareplaner, politisk bestemte prioriteringer og interne spareplaner. Budgettet udmøntes til afdelingerne på tilsvarende vis, dvs. som et økonomisk rammebudget med udgangspunkt i sidste års budget. Der sker en i løbet af året en kontinuerlig,

løbende tilpasning af afdelingsbudgetterne via interne budgetsager til sygehusledelsen, også uafhængigt af regionens budgetproces. Sygehuset udmønter ikke aktivitetsbudget på afdelingsniveau, men følger løbende udviklingen i aktivitet på afdelingerne.

Hospitalet har en række centrale puljer til fx medicoteknisk udstyr og møbler, som sikrer et ensartet pris-, kvalitets-, og serviceniveau på tværs af hospitalet. Herudover har hospitalsledelsen en central pulje til prioritering og uforudsete udgifter. Hospitalsledelsen har de seneste år valgt at skrue ned for størrelse af puljen, så puljen til prioritering er i størrelsesorden 8-10 mio. kr. Årsagen er, at hospitalet presses af de underliggende økonomiske vilkår, hvilket gør at råderummet mindskes.

Budgetansvaret er udlagt til afdelingsledelserne og udpegede nøglepersoner i den centrale administration, som skal sikre budgetoverholdelse. Generelt er det hospitalsledelsens princip at decentralisere budgetansvar til det niveau, hvor budgettet kan påvirkes. Det er således en ledelsesmæssig opgave for afdelingsledelserne være involveret nok i styringen og tage handling, hvis der fx er for mange sygeplejersker på vagt og budgettet begynder at skride. Budgetansvaret for udgifter til billeddiagnostisk til privathospitaler er lagt ud til den billeddiagnostiske afdeling, hvilket har reduceret forbruget markant gennem bl.a. udvidet åbningstid til kl. 22.

Økonomiopfølgning

Økonomiopfølgningen er forankret i hospitalets centrale økonomifunktion, der løbende følger udviklingen i afdelingernes økonomi og aktivitet. Det opfattes som en succes, hvis der fra klinisk side bruges minimum energi på opfølgningen. Afdelingsledelserne supporteres i opfølgningen af økonomikonsulenter fra den centrale administration.

Hospitalet har fastlagt en proces, hvor hospitalsledelsen tidligt foretager korrigerende handlinger, fx allerede 3-6 måneder inde i året, hvis der tegner sig ubalance i budgettet på en afdeling. Herudover har hospitalsledelsen sammen med afdelingsledelseskredsen månedlige målstyringsmøder/tavlemøder, hvor der følges op på driftsmål med afdelingsledelserne. Tilgangen er baseret på erfaringer fra Patientsikkert Sygehus.

Driftsmål og daglig styring

Sygehuset har i den daglige styring overtaget indikatorerne fra de nationale mål og kombineret med fokusområder og mål på afdelingsniveau. Målene afspejler de overliggende, regionale mål (som vist i Boks 32 i afsnit om Region Midtjylland). Hospitalet har udviklet et datadrevet samlet målbillede på hospitalets intranet, hvor ledelsessystemet såvel som den menige medarbejder kan følge med i, hvordan målopfyldelsen er på en opdateret og let tilgængelig måde.

Hospitalsledelsen har en årlig dialog med afdelingsledelser om udvælgelse og opfølgning af mål. Der lægges i målfastsættelsen vægt på, at målene er både ambitiøse, men samtidig realistiske for at sikre opbakning hos det kliniske personale.

Eksempel på værktøj til kapacitetsudnyttelse - Subitizer

Subitizer er en funktion i Klinisk Logistik, der giver et aktuelt, elektronisk overblik over belægningen og flowet af patienter på sygehuset. Funktionen anvendes i kapacitetskonferencer og bliver løbende justeret. Klinisk Logistik er trykfølsomme skærme til overvågning af processer, fx flow af patienter akutmodtagelsen.

Programmet viser den aktuelle kapacitet på sengeafsnit og i akutafdelingen, ligesom det også viser patienter på vej mod akutafdelingen. Programmet anvendes dagligt til en række funktioner på sygehuset (kapacitetsplanlægning og –koordinering imellem afdelinger, køkken, serviceafdelinger, kliniske afdelinger, administrationen). Subitizer giver desuden høj grad af gennemsigtighed på tværs af sygehuset. Det ville være relevant at kapacitetsplanlægge på tværs af sygehuse via dette værktøj, men dette er man endnu ikke i stand til.

Hospitalet anvender regionens BI-portal til driftsstyring, og har tilpasset visningen til hospitalets behov. Portalen giver både et hospitalsoverblik på aggregeret niveau og et afdelingsoverblik målrettet den enkelte afdeling. Samtidig er der særlige emneområder på tværs. Overblikket viser bl.a. data for økonomi, kvalitetsdatabaser, patientrettigheder, HR, medicin, pakkeforløb og sikkert patientflow, og kan tilgås af alle brugere via portalen.

Kapacitetsudnyttelse er et centralt element i den daglige styring. Hospitalet har sammen med en privat leverandør udviklet et værktøj (Subitizer – se beskrivelse i boks 31), som dagligt anvendes på kliniske afdelinger, serviceafdelinger og administration. Herudover holder afdelingerne tre daglige kapacitetskonferencer. Et centralt værktøj i kapacitetskonferencerne er Sikkert Patientflow, som har til formål at sikre ”den rigtige patient i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt”. Fx måles på udskrivning af patienter inden kl. 12, for at kunne håndtere nye henvisninger fra almen praksis.

Hospitalsledelsen lægger vægt på, at styringen skal være mere datadreven og med fokus på at dokumentere og vurdere effekten af tiltag. Tidligere var det fx gammelt data, som afdelingerne styrede efter, men i dag er styringsgrundlaget mere tidstro. Det er i den forbindelse et opmærksomhedspunkt, at det kliniske personale ikke overbebyrdes i data, men at man fra den centrale administration giver dem det rigtige data.

Effektiviseringer og forbedringer

Hospitalsledelsen arbejder med at understøtte en innovationskultur gennem månedlig rundture (optimeringsrunder) på afdelingerne, hvor formålet er at sætte ledelsesmæssigt fokus på patientsikkerhed og optimeringsmuligheder. Der lægges vægt på, at runderne skal opleves som dialog og sparring, og ikke som kontrol. Runderne giver hospitalsledelsen et indblik i udfordringer og effektiviseringsmuligheder på tværs af afdelinger. Fx har man i byggeriet af en ny operationsgang søgt at forenkle patientens vej igennem systemet. Det giver ikke nødvendigvis en økonomisk besparelse men synes at være bedre for patienten.

Det er vigtigt for hospitalsledelsen, at forbedringsarbejdet ikke kædes sammen med (direkte økonomiske) effektiviseringer, hvis motivationen skal fastholdes lokalt. Som et princip er udgangspunktet derfor, at afdelingerne får lov til at beholde gevinsterne, for at fastholde motivationen til at arbejde med effektiviseringer. Rationalet er, at de frigjorte ressourcer skal bruges til at håndtere opdrift lokalt på afdelingerne og dermed på sigt reducere behovet for nye bevillinger. Fx er en afdeling

overgået til engangsbukser til skopi-patienter, som har medført en besparelse. Ved denne type tiltag får afdelingerne lov til at beholde nettogevinsten.

Generelt er det sygehusledelsens opfattelse, at jo højere oppe fra kravet kommer, jo mindre er incitamentet på klinisk niveau. Dette skyldes bl.a., at der ofte er transaktionsomkostninger forbundet med en effektivisering på klinikerniveau. Et eksempel er indkøbsområdet, hvor alle gevinster tilfalder regionen, og afdelingerne har besværet med at implementere nye produkter. Som følge heraf er der fra regional side ved at blive besluttet en ny incitamentsstruktur for fordeling af indkøbsbesparelser.

Effektiviseringer oppefra er typisk i form af rammebesparelser fra regionen. Fx medførte en benchmarking med sammenlignelige hospitaler som Randers og Lillebælt en større besparelse på ortopædkirurgisk afdeling i 2013/2014.

På afdelingsniveau arbejdes efter en Lean-inspireret tilgang med tavlemøder. Tilgangen opfattes af afdelingsledelserne som velegnet til de mindre tiltag, men ikke til større strukturelle ændringer – her forudsættes hospitalsledelsens involvering. Nogle afdelinger har udviklet egne metoder og tilgange til styring af effektiviseringsprojekter. Fx har en afdeling i samarbejde med administrationen udviklet et simuleringsværktøj, som bruges til at forecaste udviklingen i økonomi (fokus på udgifter for løn og øvrig drift). Skemaet opdateres på månedlig basis og er efterfølgende blevet udbredt til andre afdelinger. En anden afdeling bruger egne patienttilfredshedsundersøgelser til at fastsætte mål og indsatsområder.

Tværgående samarbejde og prioriteringer

Internt på sygehuset

Det er sygehusledelsens opfattelse, at der er et godt samarbejde på tværs af sygehuse i regionen. Det er dog altid en ledelsesmæssig opgave at sætte rammerne for samarbejdet for økonomi, roller og ansvar. Regionshospitalet Horsens har et tæt samarbejde med Aarhus Universitetshospital om behandlingsforløb med specialiseret behandling. Det kan fx være kræftpatienter, hvor den hvor kirurgiske behandling udføres i Aarhus og det videre forløb i Horsens. Herudover er der etableret områder med fælles visitation mellem de østjyske hospitaler (Horsens, Randers, Aarhus), som har til formål at udnytte hinandens kapacitet og tilbyde kortere ventetid til patienterne.

Prioritering mellem afdelinger internt på hospitalet håndteres i praksis enten i den årlige budgetproces eller i konkrete budgetsager, som løbende behandles i administrationen og godkendes i hospitalsledelsen, hvis der skal omfordeles økonomi mellem afdelinger. Herudover mødes hospitalsledelsen og afdelingsledelser i faste fora, fx halvårslige dialogmøder og månedlige møder med afdelingsledelseskredsen. Hertil kommer bilaterale samarbejder mellem afdelinger, hvor tværgående problemstillinger drøftes.

Hospitalsledelsen søger at bruge forskellige tilgange til prioritering på tværs, fx generelle rammebesparelser versus strukturelle tiltag. Fx er der tidligere anvendt en "prioriteret grønthøster", hvor nogle afdelinger blev friholdt på baggrund af ledelsens viden om afdelingernes belastning i forhold til økonomi, ventelister mv.

Med kommuner og almen praksis

Samarbejdet med almen praksis og kommuner forankret i klyngesamarbejde. Der er fire kommuner i Horsens-klyngen med relativt forskellig populationssammensætning. Generelt opleves et godt samarbejde med kommunerne, særligt i forhold til udskrivninger, hvor der er etableret en "brobygger-

funktion” (udskrivningssygeplejerske). Der er dog forskelle i kommunernes organisatoriske setup. Fx har Horsens kommune et større antal akutpladser, mens de øvrige tre kommuner ikke har nogen. Hospitalsledelsen oplever tilsvarende, at der er forskel mellem kommunernes fortolkning af serviceloven, og dermed også samarbejdet med hospitalet, fx hvorvidt udgifter og opgaver påtages af kommunen eller hospitalet.

Regionshospitalet Horsens deltager i forskningsprojektet ”Tværspor”¹⁶, hvor tværsektorielle data samkøres for blandt andet at identificere relevante indsatser til forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser og til at skabe mere sammenhæng i patientforløb på tværs. Projektet skal bl.a. danne grundlag for større viden om populationen og tilknytning til sygehuse, kommuner, beskæftigelsessystem osv. Fx er det kortlagt, at ca. 70 af borgerne fra Horsens-klyngen har 5% af alle akutte indlæggelser i kommunen.

Det daglige samarbejde er forankret via praksiskonsulenten. Herudover inviteres de praktiserende læger en gang i kvartalet for at orienteres om nye behandlingsformer, henvisninger, opdatering af FMK mv. Hospitalet har allerede flyttet en stor del af aktiviteterne for KOL og diabetes ud i kommunerne. Der gives dog udtryk for, at der stadig er potentiale for forbedring af samarbejdet, fx i forhold til økonomi og opgaveflytning. Eksempelvis opleves det, at koordineringen med 52 praktiserende læger i optageområdet gør det svært at indgå bindende aftaler, uden at det skal forankres i overenskomsten, ligesom der opleves en barriere i forhold til deling af data på tværs af sektorer.

Oplevede fordele og ulemper

Sygehusledelsen oplever, at der på sygehuset er en fælles forståelse for, hvad der er styringsrelevant. Fx er budgetoverholdelse et accepteret vilkår, ligesom kvalitetsindikatorerne i det fælles målbillede. Det er også indtrykket, at afdelingsledelserne kender indikatorerne, fx ift. patientrettighederne.

Internt på sygehuset opleves det, at skiftet i fokus fra aktivitetsstyring til større fokus på kvalitet har været fremmende for samarbejdet mellem afdelingerne. Det begrundes bl.a. med, at en italesættelse af forbedringer for patienten virker som en stærkere motivation for personalet frem for økonomiske incitamenter. Det kan dog i den forbindelse være en udfordring at indføre og finde de rigtige indikatorer, fx fra de kliniske databaser.

Regionshospitalet Horsens har de seneste år ikke haft problemer med at nå produktivitetskravet på 2 pct. og har traditionelt ligget over baseline på regionsniveau. Det er dog hospitalsledelsens opfattelse, at produktivitetskravet i sig selv kan medføre et forkert fokus på ”blind aktivitet”, ligesom kravet kan være en mental barriere for igangsætning af projekter på tværs af sektorer, hvis man i princippet ”straffes” for at flytte aktivitet væk fra sygehuset. Samtidig betyder hospitalets høje produktivetsniveau, at det er sværere løbende at finde nye tiltag eller besparelser, som løfter produktiviteten yderligere.

Styring på afdelingsniveau

Afdelingsledelserne anvender det regionale målbillede ”På patientens præmisser” som det grundlæggende paradigme for styringen på afdelingsniveau. Heri ligger bl.a., at budgetoverholdelse er en nødvendighed, men energien på afdelingsniveau ligger i fagligheden, patientfokus og

¹⁶ <http://www.hospitalsenheden-horsens.dk/om-os/virksomhedsgrundlag/strategiske-indsatser/tvaerspor/>

udviklingsprojekter. Det opleves generelt som en fordel med et fladt hierarki på et relativt lille hospital, om end hospitalsledelsens tætte involvering også til tider kan opfattes som udtryk for øget kontrol, særligt i forhold til økonomi.

Ud over budgetoverholdelse er servicemål og faglige kvalitetsmål højt prioriteret hos afdelingsledelserne. Det kan fx være epikriser, ventetider, overholdelse af kræftpakker, eller mål om udskrivning af patienter før kl. 12. På resourcesiden er der særligt fokus på vagplanlægning og bemanning, fx i forhold til at sikre speciallægen i front og koordinere vagtplanlægningen med de daglige udsving i patientstrømme.

Økonomi – budget og aktivitet

Afdelingsledelserne har faste møder med direktionen med dialog om budgetrammer, og har mulighed for at indmelde ønsker via den tilknyttede økonomikonsulent fra administrationen. Afdelingsledelserne oplever, at hospitalsledelsen løbende orienterer om udvikling i sygehusets økonomi og de regionale prioriteringer og indsatsområder som fx meraktivitetsprojekter.

Afdelingernes budget udmeldes typisk i november i form af en økonomisk ramme. På indtægtssiden følges udviklingen i DRG-aktivitet på månedlig basis, men afdelingerne er ikke underlagt et aktivitets- eller produktivitetskrav. Afdelingerne har inden for budgetrammerne mulighed for at disponere frit og omprioritere mellem afsnit. Ved problemer med budgetoverholdelse sættes afdelingen under et skærpet fokus fra hospitalsledelsen.

Ønsker om tillægsbevillinger eller større ændringer i budgetforudsætninger håndteres i budgetsager til hospitalsledelsen, hvis ændringerne ikke kan holdes inden for afdelingens økonomi. I forhold til overførsel mellem årene har afdelingerne en årlig overførselssag, hvor der – efter dialog med hospitalsledelsen – er præcedens for at overføre overskud/underskud til næste år.

Driftsmål og daglig styring

De centrale styringsparametre monitoreres i regionens BI-portal med fast definerede rapporter for afdelingen med overblik over økonomi, HR, aktivitet, nationale mål, patientrettigheder mv. Rapporterne kan tilgås på daglig basis af ledelsen. Enkelte større afdelinger har ansat en ledelsessupporter på afdelingen, som supporterer ledelsen med rapportering og opfølgning. Ellers trækkes på økonomi- og kvalitetskonsulenter i administrationen.

Oplevede fordele og ulemper

Afdelingsledelserne giver udtryk for tilfredshed med de nationale og regionale mål om at sætte patienten i centrum. Til tider opleves dog, at opfølgningen fra såvel regionalt som nationalt hold mere har karakter af kontrol end tillid og kvalitetsudvikling. Fx nævnes meget detaljerede proceskrav fra Sundhedsstyrelsen om speciallægen i front, hvilket opleves som manglende tillid til den kliniske prioritering inden for de udstukne rammer. Tilsvarende opleves det, at administrationen internt på sygehuset til tider er meget fokuseret på den økonomiske opfølgning.

I forhold til produktivitetskravet oplever afdelingerne det som fremmede for motivationen, at kravet er suspenderet. Dette er ud fra en tilgang om, at effektiviseringer ikke skal være for økonomiens skyld, men skal give mening for personalet.

Sammenfatning Region Midtjylland

Nedenstående Tabel 5 viser en sammenfatning af udvalgte, centrale elementer i kortlægningen af styringen i Region Midtjylland. Udvælgelsen af parametre er sket på baggrund af beskrivelsen af opgavens genstandsfelt i udbudsmaterialet, og vil danne afsæt for analysen af styrker og svagheder ved den nuværende styring i kapitel 5.

Tabel 5: Opsummerende kortlægningstabel – Region Midtjylland

Parameter	Beskrivelse
Styringsgrundlag	
Indeholder styringsgrundlaget: <ul style="list-style-type: none"> - Nationale mål - Regionale mål (fx kvalitet) - Økonomi og aktivitet - Daglig drift (dag-til-dag styring) 	De nationale mål er indarbejdet i regionens målbillede. Målbilledet anvendes på sygehusene, hvor målene nedbrydes og suppleres med lokale kvalitets- og servicemål i den daglige styring. Desuden indeholder styringsgrundlaget mål og informationer vedrørende økonomi og aktivitet. Der anvendes ikke driftsaftaler mellem region og sygehuse, men alle sygehuse har dog pligt til at følge op på de regionale driftsmål i kvartalsvise rapporteringer. Budgetoverholdelse er et centralt element i styringen, og målet for økonomi er budgetoverholdelse på alle niveauer.
Er der en klar og entydig sammenhæng i mål gennem styringskæden: <ul style="list-style-type: none"> - Region til sygehus - Sygehus til afdeling 	Regionens målbillede og tilhørende indikatorer for patientrettigheder, økonomi og aktivitet mv. er gennemgående i styringskæden fra region til sygehus og afdeling, og suppleres lokalt med egne mål på afdelingsniveau.
Er der etableret et klart rapporteringshierarki for data på: <ul style="list-style-type: none"> - Økonomi/budget - Effektivitet - Kvalitet 	Regionen har defineret en række driftsmål, som dækker både økonomi, effektivitet og kvalitet. Der er etableret en kvartalsvis rapportering til regionsrådet med status fra sygehusene på indikatorer i målbilledet inden for økonomi, aktivitet og kvalitets- og servicemål. Sideløbende med den politiske behandling af målbilledet er der etableret en løbende administrativ opfølgning på målbilleder. De enkelte sygehuse supplerer i varierende omfang disse driftsmål med lokale mål på sygehus- og afdelingsniveau.
Stilles et fælles datagrundlag til rådighed på alle niveauer, som understøtter en sammenhængende styring og rapportering i regionen?	Region og sygehuse anvender fælles BI-portal med data for økonomi, aktivitet, kvalitet og servicemål. Rapporteringen tilpasses på sygehusene til det lokale behov for detaljering og visninger. Opleves af sygehuse og afdelinger som validt og brugervenligt.
Økonomi og aktivitet	
Er der besluningsgrundlag til at kunne omfordele ressourcer på tværs: <ul style="list-style-type: none"> - på regionsniveau - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	Fordeling af budgetgrundlag tager på alle niveauer primært afsæt i viden om den historiske udvikling i økonomi og aktivitet. På regionsniveau sker omfordeling af ressourcer primært i forbindelse med udvidelser, hjemtagning eller flytninger af opgaver mellem sygehuse., suppleret med marginale ændringer som følge af fx benchmarkanalyser på udvalgte områder (både på regions- og sygehusniveau). På sygehus- og afdelingsniveau omfordeles sjældent signifikante ressourcer internt mellem afdelinger/afsnit, ud fra et ønske om stabile budgetter på afdelingsniveau. Ændringer håndteres i konkrete budgetsager til sygehusledelsen eller til regionen (fx ved udvidelse af aktivitet).

Revurderes tidligere års budgetter som grundlag for prioritering og omfordeling på tværs af sygehusene i budgetprocessen?	Budgetlægningen tager på alle niveauer udgangspunkt i sidste års budget, justeret for rammerne i økonomiaftalen, forventet udgiftspres i regionen og politiske prioriteringer.
Udmøntes et aktivitetsbudget/baseline (forudsætninger om aktivitetsvækst) sammen med økonomisk budget: <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	Der udmøntes ikke et aktivitets- og produktivitetskrav på sygehus- og afdelingsniveau. Udviklingen i aktivitet følges tæt (fx lokale vejledende baselines), men der er ikke sanktioner ved manglende opfyldelse. Regionen påtager sig den finansielle risiko ved manglende overholdelse af aktivitets- og produktivitetskrav fra staten.
Effektiviseringer	
Udmøntes produktivitetskravet (indtil 2018) til sygehusene, og udmøntes kravet i så fald differentieret eller generelt: <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	Der udmøntes ikke et aktivitets- og produktivitetskrav på sygehus- og afdelingsniveau. Regionen påtager sig den finansielle risiko ved manglende overholdelse af aktivitets- og produktivitetskrav fra staten.
Initieres tiltag til effektiviseringer fra: <ul style="list-style-type: none"> - Regionsniveau ("oppefra") - Sygehusniveau - Afdelingsniveau ("nedefra") 	Effektiviseringstiltag initieres både på regionalt niveau og på sygehusniveau. Regionale effektiviseringstiltag initieres typisk ved behov for råderum til politisk prioritering og håndtering af (større) strukturelle ubalancer i økonomien, fx i form af større spareplaner eller stigende medicinudgifter. På sygehus- og afdelingsniveau initieres effektiviseringstiltag løbende, fx gennem omlægning til ambulans aktivitet, reduktion af spild, opgaveglidning og optimering af patientforløb.
Er der tiltag/mekanismer, der sikrer, at effektiviseringer løbende identificeres og drives? <ul style="list-style-type: none"> - På regionsniveau - På sygehusniveau 	Regionale tiltag drives på regionalt niveau typisk som reaktion på udgiftspres og eksterne krav, fx i form af krav til effektivisering ved sygehusbyggerier (6-8 pct.), krav til kapacitetsudnyttelse inden indkøb af nyt dyrt udstyr og besparelser på indkøbsaftaler. Herudover udarbejdes løbende benchmarkanalyser og lign. med henblik på at identificere muligt politisk prioriteringsrum. På sygehus- og afdelingsniveau drives effektiviseringer af øget efterspørgsel (udvikling i demografi, patientrettigheder mv.) og ønsket om faglig udvikling (patienten i centrum) inden for den økonomiske ramme. Dette sker eksempelvis med afsæt i løbende Lean-tavlemøder, som skal bidrage til bedre driftsmålsopfyldelse samt identifikation af effektiviseringstiltag.
Er der økonomiske incitamenter til løbende at identificere og gennemføre effektiviseringer på afdelingsniveau?	Krav til budgetoverholdelse er et væsentligt incitament til effektivisering. Der er varierende muligheder for at overføre overskud mellem år på afdelingsniveau. Begrænsede muligheder kan opleves som et negativt incitament. Budgetansvaret for behandling på privathospitaler og specialiseret behandling i andre regioner er decentraliseret til afdelingsniveau.
Understøttes effektiviseringer på afdelingsniveau med analysekapacitet, kompetencer, uddannelse, værktøjer mv. fra sygehus og/eller region?	Regionen har en udgående forbedringsenhed, der kan understøtte afdelingerne med effektiviseringsprojekter, fx Lean eller "Sikkert flow". Der er ikke et fælles-regionalt uddannelsesprogram eller værktøjskasse til gevinstrealisering. Graden af lokal understøttelse varierer på tværs af sygehuse, fx brug af lokalt udviklede værktøjer. På sygehus- og afdelingsniveau er identifikation og gennemførelse af tiltag primært personbåret af afdelingsledelserne (med støtte fra sygehusets stabsfunktioner).
Har en eventuel "frisættelse" fra	Foreløbige evalueringer af pilotprojekt med værdibaseret styring

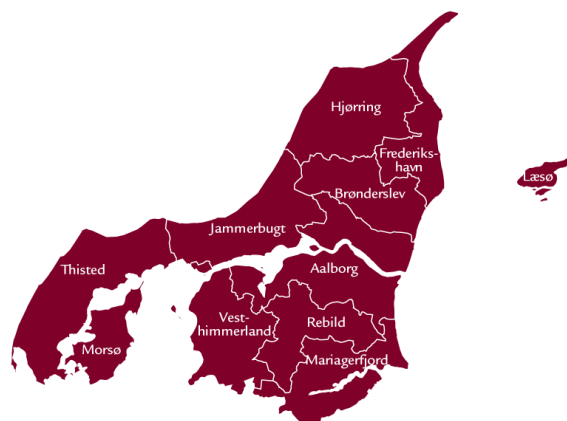
<p>produktivitetskrav via meraktivitet betyder introduktion af nye redskaber til at realisere effektiviseringsgevinster?</p>	<p>(frisat for aktivitetsstyring) på 9 afdelinger viser, at aktivitetsniveauet er fastholdt, med en svag stigning i antallet af cpr-numre og tegn på en svag stigning i den patientoplevede kvalitet. Der er således ikke påvist en klar målbar sammenhæng mellem frisættelsen fra aktivitetsfinansiering og øget realisering af effektiviseringsgevinster.</p> <p>Det er dog opfattelsen på sygehus- og afdelingsniveau, at krav til overholdelse af budget og patientrettigheder kombineret med et lokalt ledelsesrum til behandling på patientens præmisser har en positiv effekt på motivationen for at identificere og realisere effektiviseringer.</p>
<p>Tværgående samarbejde</p>	
<p>Er der mekanismer til at kunne foretage prioriteringer mellem sektorer?</p>	<p>Tværgående styring og prioritering håndteres med afsæt i sundhedsaftalen.</p> <p>Samarbejdet mellem sektorer er præget af barrierer med forskellige opfattelser af opgaveplacering og finansiering af initiativer. Konkrete tiltag er typisk drevet af faglig udvikling og patienthensyn på et givent område, snarere end forudgående økonomiske eller strategiske aftaler om opgaveflytning. Kortlægningen har ikke identificeret reelle værktøjer eller mekanismer til at foretage prioritering mellem sektorer.</p> <p>Konkrete initiativer er typisk projektbaserede.</p>
<p>Er der anvendelse af data i styring og opfølgning, fx overblik over samlede patientomkostninger på tværs og visitationsmønstre i almen praksis?</p>	<p>På regions- og sygehusniveau er der detaljeret viden om henvisningsmønstre fra almen praksis, som anvendes i den løbende dialog med de praktiserende læger (men uden mulighed for at "styre" den enkelte læges visitationspraksis).</p> <p>Brugen af data på tværs af sektorer er præget af organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer. Dog eksempler på tiltag, fx forskningsprojekt i Horsens med samkøring af tværsektorielle data for at opgøre samlede patientomkostninger og identificere fælles indsatser.</p>
<p>Er der tværgående styring af kapacitet og aktivitet mellem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sygehuse i regionen? - afdelinger på sygehuse? 	<p>Som udgangspunkt ikke på regionalt niveau. Dog fælles visitation på udvalgte områder, fx mellem de østjyske hospitaler (Horsens, Randers, Aarhus). Omvisitering af patienter til frit valg og udvidet frit valg håndteres af central regional enhed.</p> <p>På afdelingsniveau koordineres den daglige, tværgående styring på 2-3 daglige kapacitetskonferencer. Hertil ugentlige tavlemøder på flere niveauer.</p>
<p>Er der regionale initiativer til samarbejde på tværs af sektorer, og drives disse projektbaseret eller systematisk?</p>	<p>Det tværsektorielle samarbejde er organisatorisk forankret i lokale klynger med akutsygehus, kommuner og almen praksis. Konkrete tiltag initieres hovedsageligt projektbaseret på sygehus- og afdelingsniveau, fx udgående teams og projekter med telemedicin. Dog også eksempler på regionale projekter i større skala. Tiltag er typisk drevet af patienthensyn, og i mindre grad af økonomiske kalkuler, fx placering af opgaver efter LEON-princippet.</p>
<p>Styringsopfattelse</p>	
<p>Opleves økonomi, aktivitet og produktivitet som overstyrende ift. andre styringsværktøjer/-dimensioner på de forskellige niveauer?</p>	<p>Budgetoverholdelse er grundlaget for, at sygehuse kan fokusere yderligere på nationale mål, patientrettigheder og faglig kvalitet. Økonomi, aktivitet og produktivitet fylder i den daglige styring, men opfattes ikke som overstyrende. Der opleves dog en risiko for overstyring ved manglende tålmodighed for opfyldelse af mål for patientrettigheder.</p>

<p>Hvordan opleves styringsrelevansen af nationale og regionale mål?</p> <ul style="list-style-type: none">- på sygehusniveau- på afdelingsniveau	<p>På både sygehus- og afdelingsniveau opleves, at styring efter patientens præmisser giver større mening for personalet end tidligere krav og procesmål, og bl.a. giver bedre rum for styring efter klinisk prioritering. Der gives udtryk for en fælles forståelse for, hvad der er styringsrelevant.</p> <p>På afdelingsniveau opleves styringen fra såvel regionalt som nationalt hold til tider mere som kontrol end tillid. Der opleves manglende overensstemmelse mellem forventninger og ressourcer, fx afledt af krav til overholdelse af patientrettigheder.</p>
--	--

4.5 Region Nordjylland

Region Nordjylland har pr. 1. oktober 2017 i alt 590.000 indbyggere og omfatter geografisk 11 kommuner i Nordjylland. Regionen har administrativt hovedsæde i Aalborg og beskæftiger ca. 12.300 ansatte.

Regionen driver hospitaler, forskning, handicap- og sociale tilbud og løser opgaver inden for miljø. Regionen bruger knap 11,3 mia. kr. i 2017¹⁷ på sundhedsområdet, hvilket svarer til ca. 92% af regionens samlede driftsbudget. Heraf går ca. 8,8 mia. kr. til sygehusvæsenet.



Region Nordjylland har formuleret tre overordnede strategiske mål for det nordjyske sundhedsvæsen:

1. Sikre patientforløb
2. Effektive patientforløb
3. Patientforløb med mennesket i centrum

For hospitalerne og psykiatrien betyder det, at der styres efter fire politiske målsætninger i form af hurtig udredning, hurtig behandling, kort ventetid til operation samt hurtig kræftbehandling. Målene er uddybet i de følgende afsnit.

Regionen har med budgettet for 2018 indført en ny styringsmodel for de nordjyske hospitaler, hvor hospitalerne frisættes for krav om meraktivitet. Som et led i den nye styringsmodel på sundhedsområdet vil regionen i 2018 sætte fokus på initiativer, der er tilpasset den enkelte patients behov og muligheder. Samtidig er det regionens ambition, at initiativerne vil lempe aktivitetspresset på hospitalerne. Fx er det en politisk ambition, at antallet af ambulante besøg pr. patient kan reduceres med 10% baseret på, at fx ressourcestærke patienter kan klare sig med mindre.

Regionen har to somatiske hospitaler. Aalborg Universitetshospital varetager højtspecialiserede funktioner og er det største af akutsygehusene for borgerne i regionen, mens Regionshospital Nordjylland er et regionsdækkende hospital, der varetager hovedfunktioner og visse specialfunktioner. Hospitalet består af det tidligere Sygehus Vendsyssel og Sygehus Thy-Mors. Denne analyse beskæftiger sig med Aalborg Universitetshospital.

Overordnet styring

Den overordnede styring i Region Nordjylland er bygget op omkring et målhierarki med tre typer af mål: Politiske mål, regionale mål og driftsmål. Regionens målhierarki er beskrevet og vist i Figur 22.

Datagrundlaget for målstyringen er samlet i et regional datavarehus (KoncernInfo), som kan tilgås på alle niveauer i regionen. Visningen i KoncernInfo er opbygget som standardrapporter med en

¹⁷ Nettodriftsudgifter, udgiftsbaseret, budget 2017 årets priser (<http://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/udgifter-og-finansiering/budget>)

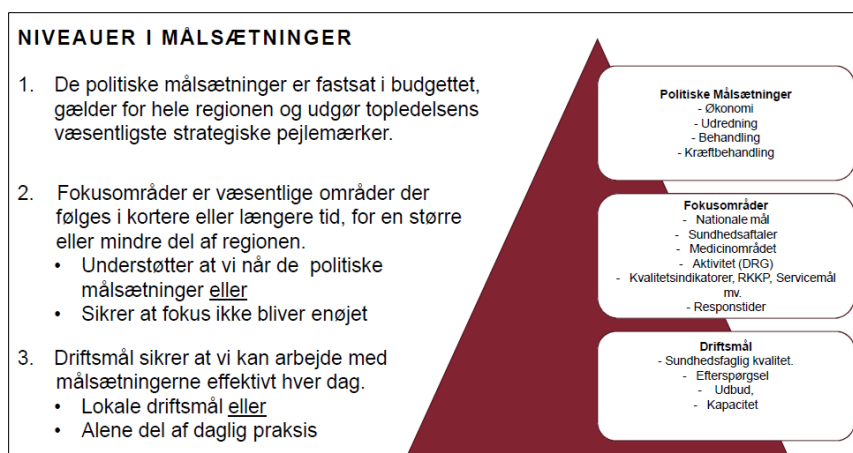
dashboard-visning, som gør det muligt at klikke sig ned i detaljeringsniveau og datagrundlag afhængig af behov ud fra en selvbetjenings-tankegang.

Politiske mål: Regionsrådet har udvalgt strategiske målsætninger, som er retningsgivende for udviklingen af sundhedsområdet i Region Nordjylland. De politiske målsætninger er, at minimum 75 pct. af alle patienter ved udgangen af 2018 udredes inden for 30 dage, at minimum 75 pct. af patienterne behandles inden for 30 dage, at 90 pct. behandles inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne samt, at ventetiden til operation i gennemsnit ikke overstiger 50 dage. Hertil kommer et økonomisk mål om budgetoverholdelse.

Regionale mål: De regionale mål udgøres af forskellige dataområder, som ikke indgår i de definerede politiske målsætninger, men som alligevel har særlig fokus fra enten politisk eller administrativ topledelse. Målene er enten defineret via de otte nationale mål (heri de overordnede, faglige kvalitetsmål), gældende politiske aftaler om serviceniveau, eller mål defineret i regionens forum for Strategisk Sundhedsledelse.

Driftsmål: Endelig eksisterer en lang række rapporteringer, der er kritiske for driftsorganisationen. Dette vedrører de specifikke faglige mål og tilhørende rapportering, der skal sikre, at den faglige kvalitet er i orden. Men samtidig dækker området også over dataområder, der kan medvirke til at understøtte viden om omkostningseffektivitet, styring af lokal og regional kapacitet, henvisningsmønstre, tilrettelæggelse af hensigtsmæssige patientforløb mv. Rapporteringen herpå er i udgangspunktet alene målrettet driftsenhederne og den direkte driftsplanlægning.

Figur 22: Niveauer i målsætninger i Region Nordjylland

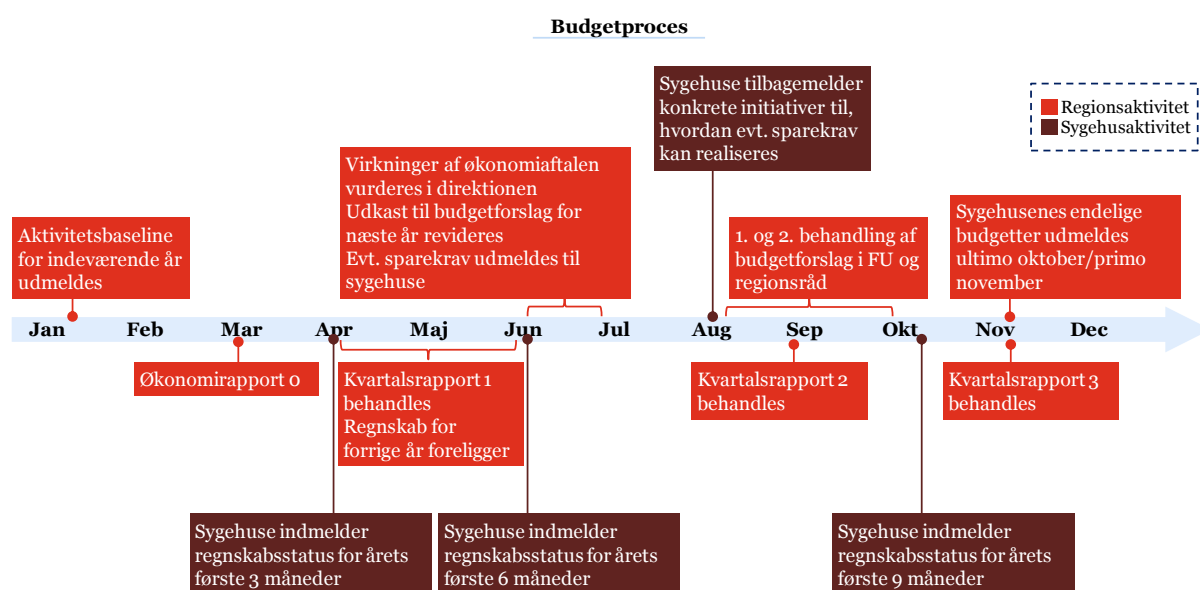


Økonomi – budget og aktivitet

Budgetprocessen starter op i foråret med de første opfølgninger på udviklingen i regionens økonomi. På baggrund af de første økonomiopfølgninger og økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner gennemføres en politiske proces i regionsrådet henover i august-september.

Som udgangspunkt fastlægges budgettet med afsæt i sidste års budgetter, justeret for politiske prioriteringer, økonomiaftalen og udgiftspris. På regionsniveau sker typisk en omprioritering på 1-3 pct. af det samlede budget ("fordeling af udgiftsvæksten"). Fx skal regionen i 2018 omprioritere ca. 150 mio. kr., hvilket bl.a. skyldes en forventet stigning i regionens medicinudgifter på 80 mio. kroner. Derudover er der 20 mio. kr. på diverse andre stigninger i 2018. De sidste knap 50 millioner skyldes sygehusenes budgetoverskridelser i 2017.

Figur 23: Årshjul for budgetproces og – opfølgning



Budgetopfølgning*

**Budgetopfølgningen er et element af driftsopfølgningen. Behandles i direktionen og forelægges politisk i Regionsrådet efterfølgende*

Budgettet udmøntes til sygehusene som et rammebudget, som herefter har ansvaret for at videreudmønte budgettet til klinikker og afdelinger. Budgetansvaret for medicin er decentraliseret til sygehusene (primært Aalborg Universitetshospital).

Regionen har fra 2018 afskaffet brugen af DRG-baseline og aktivitetsfinansiering. Det betyder også, at produktivitetskravet ikke videreføres til regionens sygehuse, ligesom Region Nordjylland ophæver kravet om 2 pct. aktivitetsstigning i budgettet for 2018 (beslutningen blev truffet før suspensionen af produktivitetskravet for 2018). Regionen har dog fortsat aktivitet og DRG som et opfølgningsspørgsmål på regionalt niveau, bl.a. fordi udsving i produktionsværdi giver viden om udviklingen og omkostningsstrukturerne på tværs af sygehusene og på de enkelte afdelinger.

Opfølgning – økonomi og drift

Regionen udarbejder kvartalsvise rapporteringer til regionsrådet. Rapporteringen er en sammenfattende vurdering af det forventede driftsregnskab på sundhedsområdet i Region Nordjylland. Vurderingen foretages på baggrund af økonomiske bevægelser i årets forgangne måneder. Ud over de økonomiske vurderinger indeholder kvartalsrapporten også en status for regionens politiske målsætninger for hurtigere udredning, behandling og kræftbehandling.

Regionen monitorerer løbende på de nationale mål, men med afsæt i en regional kontekst. Fx er der fastsat regionale delmål på områder, hvor man er langt fra målopfyldelsen i de nationale mål, for på den måde at øge motivationen for at arbejde trinvis i retning mod målopfyldelse.

På administrativt niveau er løbende opfølgning på økonomi og drift i fora på forskellige niveauer, eksempelvis ugentlige møder mellem regionsdirektøren og sygehusdirektørerne.

Figur 24: Eksempler på grafisk visning af opfølgning på politiske målsætninger



Regionalt arbejde med effektiviseringer

Regionen har de seneste år gennemført en række strukturelle tiltag i form af bl.a. sygehuslukninger og opgaveflytninger. Fremadrettet vurderer regionen dog mulighederne for effektiviseringer via strukturelle ændringer som relativt begrænsede.

Som led i regionens budgetaftale for 2018 har regionen peget på en række indsatsområder, som både skal bidrage til at skabe værdi for patienterne og frigøre ressourcer på sygehusene. Det handler bl.a. om bedre arbejdstidstilrettelæggelse, reduktion af unødige besøg og kontakter. Fx er det regionens ambition, at der på baggrund af en målrettet indsats kan ske en reduktion i antallet af ambulante besøg pr. patient på 10 pct. baseret på, at især ressourcestærke patienter kan klare sig med mindre.

Som et andet element har regionen arbejdet med at reducere lønomkostninger ved at begrænse brugen af merarbejdsaftaler. Fx har Aalborg Universitetshospital de seneste år reduceret personalet med 2-3 pct., men øget aktiviteten med 8 pct. i samme periode.

Regionen har etableret en Business Intelligence-enhed og en udgående forbedringsenhed, som skal understøtte sygehusenes effektiviseringsarbejde. Formålet med forbedringsenheden er at understøtte en systematisk tilgang og fælles forståelse af forbedringsarbejdet på tværs af regionen (Den Nordjyske Forbedringsmodel). Prioritering af enhedens arbejde er motiveret ud fra de politiske målsætninger om at sikre hurtig udredning og hurtig behandling.

Tværgående prioritering og samarbejde

På tværs af sygehuse

Region Nordjylland består af to somatiske sygehusenheder, hvoraf Aalborg Universitetshospital er markant større end Regionshospital Nordjylland. Flere afdelinger har derfor et tæt samarbejde på tværs, fx med henblik på at sikre lægerekruttering og fordeling af arbejdsopgaver. Tilsvarende er der eksempler på, at afdelinger har en fælles og ensrettet visitation og kontrol af patienterne.

Regionen har i 2016 igangsat analyser, der skal understøtte, at der er den rette udvikling og planlægning inden for de enkelte specialer på regionens sygehuse, herunder den rette arbejdsdeling mellem regionens sygehusenheder og speciallægepraksis. Udgangspunkt er, at der analyseres to specialer årligt. Analyserne baseres på en række nøgletal om økonomi, aktivitet, ventetider, overholdelse af patientrettigheder mv. og vil resultere i anbefalinger til fremtidige forbedringstiltag.

På tværs af sektorer

Regionens samarbejde med kommuner og almen praksis er forankret i Sundhedsaftalen og overenskomsten med de praktiserende læger.

Regionen oplever en stor variation i tilbud og indsats på tværs af de 11 kommuner, bl.a. pga. størrelse, geografi og politisk vilje til at prioritere indsats på sundhedsområdet. Det er derfor regionens opfattelse, at én fælles sundhedsaftale for alle kommuner ikke er tilstrækkelig præcis som styringsværktøj. Hertil kommer udfordringer i regionen med lægemangel i almen praksis.

Som en strategisk satsning har regionen igangsat initiativer med fokus på at synliggøre de fælles økonomiske udfordringer for de "tunge" patientgrupper på tværs af sektorer. Som eksempel herpå har regionen igangsat projekt "Nye Veje" i Hjørring og Morsø kommune. Ambitionen er at vise nye veje i udfordringen med lægemangel i almen praksis og samarbejdet mellem kommuner og regioner. Projektet ses som et laboratorium med mulighed for at lave forsøg og afprøve nye løsninger, forsøg med udbudsklinikker, datadrevne indsats mv. Fx viser data, at alene de 10 dyreste patienter i Morsø kommune koster 1,5 mio. kr. i produktionsværdi på sygehusene. Her forsøger regionen ud fra en tilgang om aktiv patientstøtte at tage hånd om patienterne i samarbejde med kommunen.

Et andet eksempel på tværgående samarbejde er projekt "Tidlig indsats på tværs", som er beskrevet i Boks 35.

Boks 35

Eksempel på tværgående samarbejde: Tidlig indsats på tværs

Region Nordjylland har i samarbejde med regionens kommuner arbejdet på projekt Tidlig indsats på tværs. Projektets overordnede mål er i tæt samarbejde med borgeren at skabe bedre og individuelt tilrettelagte forløb for gruppen af sårbare og svækkede ældre. Dette skal ske ved udvikling af nye samarbejdsformer omkring tidlig opsporing, tidlig indsats samt at finde alternativer til indlæggelse for derved at forebygge indlæggelser. Med en målrettet rettidig indsats i snittet mellem kommunernes akuttilbud, hjemmepleje, hjemmesygepleje, praktiserende læge, plejecentre samt sygehusets specialistkompetencer vil det være muligt at reducere antallet af korttidsindlæggelser (indlæggelse, der varer én dag) og forebyggelige indlæggelser, og dermed forebygge en egentlig indlæggelse på sygehuset. Dette vil skabe bedre og mere sammenhængende forløb.

Det er regionens ambition med strategien, at kommuner og almen praksis i højere og mere forpligtende grad kan trække på de specialiserede sundhedsfaglige kompetencer i regionerne. Omvendt skal regionerne med det overordnede ansvar for patienterne i højere grad kunne stille krav til fx kommunernes sundhedstilbud.

Oplevede fordele og ulemper ved nuværende styring

Regionen oplever, at væksten i efterspørgsel efter sundhedsydelse overstiger de ressourcer, som regionen tilføres. Derfor vil der også fremadrettet være behov for stram styring og kravsætning i den regionale styring.

Det er regionens oplevelse, at afskaffelsen af aktivitetsstyring- og finansiering opleves positivt på sygehusene og som et politisk signal om opbakning til at gennemføre lokale tiltag og prioriteringer. Fx er reduktion af spild i højere grad drevet af den kliniske ledelse nedefra end af incitament i takststyringsmodeller. Derfor er det også regionens opfattelse, at finansieringsmodeller med kobling af økonomi og kvalitet ikke er ønskeligt.

Det er regionens ønske til en ny styringsmodel, at der fra nationalt niveau sætter rammerne og de nationale politiske mål for sundhedsvæsenet, og følger op på disse. Regioner anerkender, at regioner

og kommuner skal holdes op på deres præstationer, men at der opnås størst effekt, hvis der gives rum til regionale og lokale forskelle – og plads til decentral ledelse og ejerskab til implementering af beslutningerne.

Case – Aalborg Universitetshospital

Introduktion til sygehuset

Aalborg Universitetshospital er Region Nordjyllands største hospital. Hospitalet varetager højt specialiserede funktioner for ca. 640.000 indbyggere, inklusiv dele af Region Midtjylland, regionsfunktioner for ca. 490.000 indbyggere samt basissygehusfunktioner for ca. 250.000 indbyggere.

Aalborg Universitetshospital omfatter matriklerne Syd og Nord i Aalborg og matriklerne Farsø og Hobro. Region Nordjylland bygger i perioden 2013-2020 et nyt universitetshospital på i alt 170.000 m² i Aalborg Øst. Byggeriet af det nye universitetshospital gør det mulig at samle de fleste af de funktioner, som i dag ligger på Aalborg Universitetshospital. De nyeste bygninger, Medicinerhuset og Onkologibygningen, skal dog fortsat bruges en årrække til ambulante funktioner. Projektet har en samlet økonomi på 4,77 mia. kr. (2016).

Boks 36

Hospitalsledelse i Nordjylland

Fra 2013 blev centre og afdelinger nedlagt på de nordjyske hospitaler, og specialerne blev samlet i klinikker. Den ledende overlæge gik fra at være leder af en afdeling til at være leder af et speciale.

Fra den 1. januar 2018 genopstår afdelingsledelserne på de nordjyske hospitaler. En afdeling vil bestå af ét, flere eller dele af et speciale. Afdelingsledelsen vil bestå af den ledende overlæge samt afsnitslederne i specialet/specialerne. Afdelingsledelserne vil formelt referere til de nuværende klinikledelser, der ledes af en klinikchef, en vicekontorchef med ansvar for patientforløb og en vicekontorchef for HR.

Aalborg Universitetshospital består ledelsesmæssigt af tre niveauer: Hospitalsledelse, klinikledelse og specialeledelse, som beskrevet i Boks 36. Som et led i kortlægningen er der gennemført interviews på alle tre niveauer. Styringen på klinik- og specialeniveau (i det følgende omtalt som afdelingsniveau) er beskrevet samlet nedenfor.

Styring på sygehusledelsesniveau

Den strategiske styring på sygehuset tager afsæt i en vision om at være ”Patientens hospital med mennesket i centrum” og skabe sammenhængende, sikre og effektive forløb med patienten og de pårørende som partnere.

I forlængelse af regionens strategiske og politiske mål er overholdelse af patientrettigheder et centralt element i det styringsmæssige fokus, herunder særligt kræftpakker. Det skyldes dels det politiske fokus – både nationalt og regionalt – men også en oplevelse af, at visionen om patienten i centrum er i tråd med den kliniske prioritering hos personalet.

Hertil kommer økonomi og aktivitet som et særskilt styringsmæssigt fokus. Budgetoverholdelse er en centralt parameter, og en forudsætning for den styringsmæssige frihed på alle niveauer.

Som et tredje element er styringen præget af den kommende udflytning til Nyt Aalborg Universitetshospital, som er drivende for såvel kapacitetsmæssige som kulturelle tiltag. På det

strategiske niveau har sygehuset herudover en række langsigtede pejlemærker for universitetshospitalet, fx vedrørende forskning og udvikling af specialer.

Økonomi – budget og aktivitet

Budgetproces

Budgetlægningen på Aalborg Universitetshospital tager udgangspunkt i forrige års budget, justeret for rammerne fra økonomiaftalen og det identificerede udgiftspres i regionen. På baggrund heraf vurderes behovet for omfanget af eventuelle interne spareplaner og puljer/råderum til central prioritering, fx overvejelser om nye fokusområder, flaskehalse mv. Hospitalsledelsen har således flere centrale puljer til håndtering af uforudsete udgifter eller prioritering af særskilte tiltag.

Konkret skal Aalborg Universitetshospital i 2018 spare 125 mio. kr., hvilket skyldes hhv. stigende regionale udgifter til medicin samt øvrige identificerede udgiftsstigninger. Det har derfor været nødvendigt at prioritere i den hospitalsinterne budgetproces. Ved sådanne større omstillingsprocesser inddrages klinikker og afdelinger i dialog om forslag til udmøntning af besparelser.

Budgettet lægges på klinik-niveau, som har mulighed for at lægge budgettet videre ud til afdelinger. Det er forskelligt, hvordan klinikledelserne vælger at håndtere dette. Det klinikchefen, der har budgetansvaret og ansvaret for den faglige kvalitet i klinikken. Ved merforbrug har sygehuset mulighed for at få overført et aktivitetskrav frem for en økonomisk besparelse. Dette har også været med til at drive effektiviseringer på sygehuset.

Regionen har decentraliseret budgetansvaret for uden-regional behandling til sygehusene, som så vidt muligt har flyttet ansvaret videre ud i klinikkerne. Regionen har årligt udgifter til uden-regional behandling på 400-500 mio. kr.

Økonomiopfølgning

På klinikniveau udformes månedlige prognoser for økonomi, som rapporteres og drøftes med hospitalsledelsen på månedlige driftsmøder med de enkelte klinikker. Hvis der er problemer med økonomien, tages dialogen typisk på disse møder og på ugentlige tavlemøder med deltagelse af sygehus- og klinikledelser.

Driftsmål og daglig styring

Sygehusets driftsmål er primært udvalgt ud fra indikatorer fra de nationale og regionale mål (økonomi, ventetid, udredningsret og kræftpakker). Det er fra centralt hold prioriteret at bruge de nationale mål for at sikre en ensartet tilgang og brug af fælles datagrundlag. Fokus mellem de fire mål varierer afhængig af den aktuelle konkrete målopfyldelse.

Hospitalsledelsen holder ugentlige tavlemøder med klinikcheferne, hvor der følges op på centrale nøgletal og indikatorer. Et eksempel på indikatorer på et tavlemøde er indsat nedenfor. Internt i hospitalsledelsen holdes også et ugentlig tavlemøde, hvor der bl.a. følges op på en fællesmængde af samme mål som med klinikcheferne.

Figur 25: Eksempel på indikatorer på tavlemøde mellem hospitalsledelse og klinik

Måned	Oktober										
1 - Udredningsretten	2 - Ventetider til behandling/operation	3- Fælles Medicinkort (FMK)		4 - Servicemål							
5 - Kræftpakker	6 - Økonomi, HR og Løn	7 - Diagnostik									
KPI'er & Indsatsområder i Handleplan 2017				Klinik							
Nr.		Mål	Uge/Måned	Akut	Kirurgi & Kræft	Medicin	Hoved Orto	KBU	Hjerte-Lunge	Diagnostik	Aalborg UH Total
1	Klinisk beslutning inden 30 dage (regionsmodel) (andel)	75%	42	38%	94%	75%	72%	50%	80%		70%
2	Erfaret ventetid til Operation (dage)	50	42		15		30	24	15		25
	Erfaret ventetid til Behandling inden for 30 dage (andel)	75%	42	79%	89%	77%	46%	54%	98%		62%
3	Medicinfæstning - Stationær (andel)	90%	42	80%	88%	78%	75%	63%	81%		78%
	Medicinfæstning - Ambulant (andel)	90%	42	78%	44%	66%	51%	29%	62%		51%
4	Udskrivningsbrev inden 3 hverdage - Stationær (andel)	85%	41	82%	97%	93%	94%	89%	90%		91%
	Udskrivningsbrev inden 3 hverdage - ambulant (andel)	85%	41	69%	82%	81%	79%	77%	78%		78%
	Radiologisvar til praksis inden for 5 hverdage (andel)	95%	41							84%	84%
	FAM - Triagering inden for 15 min. (andel)	90%	42	86%		97%		96%			88%
FAM - gennemsnitlig ventetid til behandlingsstart (min)	60	42	11,9		3,1		13,3				12
5	Pakker der overholder standardforløbstider (Regionsandel)	90%	8	Data er opdateret til og med måned 08, 2017 - Regionsandel: 72%							
6	Prognose - Afvigelse (ajourført budget inkl. forv. bev.) (mio.)		Aug.	14,4	6,6	15,3	48,5	26,5	26,6	1,2	afventer
	Anvendt andel af ajourført budget inkl. forv. bev.		Jan - Aug.	77,4%	75,1%	74,7%	78,2%	79,8%	80,0%	74,3%	75,6%
	Forbrugsudv. 2017 vs. 2016 eksl. med. & samhandel (indeks)		Jan - Aug.	102,6	100,6	96,1	103,7	104,80	98,9	101,2	101,6
	Personaleudgiftsindeks 2017 vs. "2016"		Jan - Aug.	102,9	103,1	97,9	104,3	105,20	100,2	101,7	102,6
7	Biokemi: Svar inden stuegang kl. 10	80%	42								93%
	Biokemi: Svar inden stuegang kl. 11		42								97%
	Biokemi: Svar på livsvigtig prøve indenfor en time	90%	42								97%
	Mikrobiologi: Svar på positiv bloddykning inden kl. 10.00	90%	42								100%
	Nuklear: Svar indenfor 5 dage	95%	41								100%
	Patologi: Pakkeforløb svaret indenfor aftalte svartid	90%	Sept								94%
	Radiologi: Gn.snits svartid på MR-svar over 5 dage (dage)										
	Radiologi: Maksimal svartid på MR (dage)										

For at sikre en ensartet tilgang til opfølgningen har sygehusledelsen implementeret en fælles tavlemetodik i alle styringskæder. Vægtningen og graden af nedbrydning af mål kan dog variere på de forskellige niveauer. På klinik- og afdelingsniveau er der endvidere mulighed for at supplere med lokale faglige mål, fx ventetid på prøvesvar og hospitalserhvervede infektioner.

Som datagrundlag for opfølgningen anvender sygehusledelsen det regionale KoncernInfo, der indeholder data om økonomi, aktivitet, opfyldelse af servicemål mv. På analytikerniveau anvendes en datakube, hvor alle data kan tilgås og analyseres. Ved opfølgning på den faglige kvalitet anvendes de nationale kliniske kvalitetsdatabaser. Datakvaliteten vurderes generelt som høj.

Effektiviseringer og forbedringer

Effektiviseringer på sygehuset er både drevet oppefra i form af udefrakommende krav til budgetoverholdelse og sygehusbyggeri og nedefra i form af reaktion på øget efterspørgsel.

Sygehuset har historisk set ikke anvendt en takststyringsmodel som værktøj til at øge aktiviteten. Tilgangen har været mulig, fordi sygehuset alligevel er nået i mål med aktivitetspuljen pga. andre drivere for effektivisering, fx lægemangel, øget efterspørgsel og tilpasning af kapacitet til den kommende udflytning til Nyt Aalborg Universitetshospital.

Sygehuset har de seneste år nedlagt et større antal sengepladser. Reduktionen er bl.a. sket gennem indførelse af dagfunktioner og ambulante funktioner. Af andre centrale tiltag har hospitalsledelsen fokus på arbejdstilrettelæggelse, fx reduktion af vikarforbrug og omstilling fra merarbejdstimer til almindelig arbejdstid.

Som en del en regionens politiske agenda om værdibaseret styring (patienten i centrum) vil sygehuset i 2018 fokusere på at begrænse væksten i den ambulante aktivitet. Sygehuset har i 2018 et mål om at reducere de ambulante aktiviteter med 10%. Dette skal bl.a. ske med kritisk fokus på, om besøg giver værdi for patienterne og om besøg kan håndteres via telefonisk rådgivning.

Sygehusledelsen tilstræber en dialogbaseret tilgang med afdelingerne, for herigennem at understøtte medarbejderdrevne forbedringer. Fra regionalt niveau kan afdelingerne få hjælp fra en udgående forbedringsenhed, ligesom der er etableret en idé-klinik på hospitalet.

Boks 37

Effektiviseringstiltag i Klinik Diagnostik

De diagnostiske afdelinger afregnes ikke internt fra andre afdelinger, der bestiller undersøgelserne. Afdelingerne i Klinik Diagnostik arbejder derfor på at begrænse væksten i efterspørgslen efter ydelser i en faglig dialog med almen praksis og de rekvirerende afdelinger.

Klinikken har derfor introduceret den ”Den diagnostiske samarbejdspartner”, hvor afdelingerne har uddannet personale, der går ud i afdelingerne og retter op på uhensigtsmæssige processer, bestillinger af prøver osv. Afdelingerne tager også ud og besøger de øvrige sygehuse og almen praksis for at undervise og sparre, ligesom der er indført udgående teams, der håndterer prøvetagning på kommunale plejecentre. Herudover er der bl.a. indført it-systemer, der opdager, hvis den samme undersøgelse bestilles til den samme patient inden for et givent tidsinterval (dobbeltundersøgelser).

Supplerende hertil har klinikken lavet egen årlig cyklus for effektiviseringstiltag for at imødekomme vækst i efterspørgsel nedefra. Klinikken har et mål om at finde 2-2,5 pct. om året. For at understøtte arbejdet har alle afdelingsledelserne gennemført et obligatorisk tre dages økonomikursus og fem dages interne managementkurser.

Medarbejderdrevne effektiviseringstiltag drives bl.a. af den faglige udvikling i form af ny teknologi, opgaveglidning mv. Metodisk arbejdes fx med kortlægning, beskrivelse og standardisering af patientforløb som en måde til at identificere forbedringspotentialer og flaskehalse, også på tværs af afdelinger. På afdelingsniveau er der fx arbejdet med ”Speciallægen i front” som et værktøj til klinisk prioritering tidligt i patientforløbet. Et andet eksempel er interventionsrunder på sengeafdelinger med identifikation af potentialer for at omlægge indlæggelser til ambulante besøg eller tilsvarende interventionsrunder på ambulatorierne.

Tværgående samarbejde og prioriteringer

Internt på sygehuset

Formålet med indførelse af klinik-strukturen (jf. Boks 36) har været at sikre et stærkere ledelsesmæssigt fokus på patientforløb på tværs af specialer. Hver af de syv til otte klinikker består af fem til ti afdelinger, og hver klinik har en vicekontorchef med ansvar for patientforløb. Afdelingerne er placeret i klinikkerne afhængig af, hvilke afdelinger der særligt arbejder sammen om patientforløb. Herudover arbejdes der på sygehusniveau også med patientansvarlig læge og patientens team som værktøjer til tværgående koordinering af patientforløb. Det er sygehusledelsens opfattelse, at strukturen har bidraget til at styrke, at personalet nu tænker mere i samlede patientforløb.

På afdelingsniveau gives udtryk for, at afstanden fra afdelingsniveau til hospitalsledelse kan blive stor, med klinikken som et mellemliggende organisatorisk led. En anden oplevet udfordring er, at der på klinikniveau kan være økonomiske barrierer for samarbejdet på tværs af klinikker. Det opleves fx besværligt afregne mellem afdelinger ved patientforløb på tværs, da sygehuset ikke har en takstfinansieret intern afregning, men aftaler budgetflytninger ved større ændringer i patientforløb. Det opleves derfor på klinikniveau, at samarbejdet primært er drevet af tillid og personlige kvalifikationer, og ikke nødvendigvis af den organisatoriske struktur.

Boks 38

Eksempel på tværgående samarbejde og effektivisering: Forbedringsarbejdet i Rengøringen gavner alle

Flere års intensivt fokus på forbedringer gennem brug af tavler bærer frugt i Rengørings- og Serviceafdelingen på Aalborg Universitetshospital. Struktureret samarbejde (faste strukturer og skabeloner) mellem Rengørings- og Serviceafdelingen og Operationsafsnittet ved brug af tavlemøder har gjort at det er lykkedes at realisere følgende gevinster: Flere operationer, mindre madspild, kortere møder og gladere medarbejdere.

Med kommuner og almen praksis

For Aalborg Universitetshospital er Aalborg Kommune naturligt den største aktør og samarbejdspartner, men sygehusledelsen oplever på operationelt niveau generelt et godt samarbejde med alle kommuner i regionen. Fx er der etableret delestillinger med fælles finansiering af udgående personale, ligesom hjerterehabilitering er et eksempel på en opgave, der er flyttet ud til kommunerne. På et mere strategisk niveau opleves det dog som en udfordring at sikre sammenhæng på tværs af sektorer, fx i forhold til økonomiske diskussioner om ansvar, når der opleves stramme budgetrammer i begge sektorer.

Der er ca. 300 praktiserende læger i sygehusets område. Sygehuset har tilknyttet en praksiskonsulent, som er et bindeled mellem sygehus og de praktiserende læger. Praksiskonsulenten bruges bl.a. til dialog om henvisninger og visitationspraksis inden for de enkelte specialer. Herudover er der etableret formelle systemer og fora, som dialogen med almen praksis baseres på.

Sygehusledelsen peger på en styringsmæssig udfordring, at regionen ikke har direkte instruktionsbeføjelser i forhold til almen praksis. For eksempel har regionen ikke en afregningsmodel, der giver de praktiserende læger et incitament til begrænse rekvirering af diagnostiske undersøgelser. Det bidrager bl.a. til, at efterspørgslen efter diagnostiske ydelser ifølge sygehuset stiger 10-12% om året (samlet vækst fra sygehusafdelinger og praksis).

Oplevede fordele og ulemper

Det er sygehusledelsens opfattelse, at produktivitetskravet har været en god ting for sundhedsvæsenet, forstået på den måde, at der er kommet et øget fokus på aktivitet og ventelister. Det har dog vist sig, at en generel øget efterspørgsel som følge af bl.a. patientrettigheder og demografi, kombineret med en økonomisk ramme, i sig selv har presset produktiviteten i vejret på sygehuset de seneste ca. 5 år. Suspensionen af produktivitetskravet har derfor ikke mindsket behovet for at effektivisere og drive et forbedringsarbejde, men suspensionen giver mulighed for et nyt fokus.

Sygehusledelsen opfatter alligevel suspensionen som en fornuftig beslutning, da kravet har sendt et signal, som har fyldt mere i klinikernes bevidsthed end i det reelt styringsmæssige. Det politiske skift i styringen (fra fokus på aktivitet til fokus på patientrettigheder) opleves samtidig som mere motiverende for personalet. Det har også betydet, at det politiske signal fra regionen på sygehusene opleves tydeligere i form af klare målsætninger for udredningsret, kræftpakker, reduktion af ambulante besøg mv.

Styring på klinik- og afdelingsniveau

På klinik- og afdelingsniveau skelnes mellem en økonomisk og faglig styring. Som udgangspunkt vægtes de faglige mål og hensynet til patienterne højest i den daglige styring. Samtidig er økonomi en vigtig styringsparameter, hvor budgetoverholdelse er en grundlæggende forudsætning for at kunne fokusere på de øvrige hensyn. De tre elementer er derfor i fokus både opad og nedad i styringen.

Økonomi – budget og aktivitet

På baggrund af budgetudmelding fra regionen udarbejder sygehusledelsen det første forslag til klinikkernes budgetter. Budgetansvaret er på klinikniveau. Det er derfor op til klinikledelsen, om budgettet skal lægges videre ud på afdelingsniveau.

Budgettet på klinik- og afdelingsniveau tager typisk udgangspunkt i sidste års budget, og korrigeret for politiske prioriteringer, sparekrav mv. Klinikledelsen har dog mulighed for at omprioritere på tværs af afdelinger efter behov. Omprioriteringer baseres typisk på viden om afdelingernes rammevilkår, fx indikatorer om udvikling i aktivitet og kapacitetspres, og med inddragelse af de enkelte afdelingsledelser. Klinikledelsen har også mulighed for at fastholde en økonomisk buffer til håndtering af uforudsete udgifter.

Nogle afdelinger og klinikker oplever at de ikke har mulighed for at overføre mindreforbrug mellem årene. Det begrundes bl.a. med en presset økonomi for sygehuset, hvor et eventuelt mindreforbrug overføres til den fælles kasse. Derfor oplever klinik- og afdelingsledelser et incitament til at ”gå i nul”, og ikke et incitament til at spare op til nye tiltag. En klinik har tidligere forsøgt at lade specialerne fastholde 50% af gevinsten ved mindreforbrug, men var nødsaget til at stoppe igen pga. merforbrug i klinikken samlet set. Det er dog ikke regionens generelle princip at der ikke er mulighed for overførsel af mer/mindreforbrug.

Afdelingernes rolle i budgetprocessen er dels at indmelde budgetpres nedefra, og dels bidrage med forslag til evt. udmeldte besparelser. Hvis en klinik eller afdeling har problemer med at overholde budgettet, følges der tæt op fra den centrale økonomifunktion og sygehusledelsen med krav om handleplaner mv. Ved nye opgaver eller opgaveflytninger mellem klinikker og afdelinger i løbet af året (”opdriftspunkter”) er der mulighed for at lægge budgetsager til sygehusledelsen og til regionen. Afdelingsledelserne opleves generel lydhørhed herfor, hvis beslutningsgrundlaget er tilstrækkeligt belyst.

Driftsmål og daglig styring

På klinik- og afdelingsniveau monitoreres og styres efter de regionale mål og fokusområder, suppleret med egne specifikke faglige mål for klinikken eller afdelingen. Herudover følges en række lokale driftsmål og udgiftsposter på poster som løn, vikarforbrug, it og indkøb. Klinik- og afdelingsledelserne giver udtryk for en bevidsthed om, at der skal være sammenhæng i målene, og at de lokale mål ikke er i modstrid med eller overskygger de politiske mål.

Opfølgning på driftsmål er forankret i en række forskellige udvalg og mødefora. Eksempelvis har en afdeling følgende mødefora:

- Tavlemøder i afdelingen (ugentligt)
- Kvalitetsudvalg internt i afdelingen (månedligt)
- Specielemøde med Klinikledelsen (månedligt)
- Prognosemøde med økonom fra klinik-staben (månedligt)

På kliniskniveau er der ansat en økonom og en kvalitetsmedarbejder, som bistår med økonomistyring, dataudtræk, prognostisering mv. for økonomi og kvalitet og udarbejder ledelsesinformation til klinik- og afdelingsledelser. Klinik- og afdelingsledelser kan efter behov også trække på regionens data-enhed og forbedringsenhed, samt på kompetencer i sygehusets centrale administration. Generelt opleves det, at der er rigtigt mange data tilgængelige via den regionale databank, men at det på nogle områder kan være en udfordring at sikre tilstrækkeligt valide og tidstro data, fx i forhold til den faglige kvalitet.

Oplevede fordele og ulemper

Flere afdelingsledelser har i flere år oplevet en vækst i efterspørgslen, som er markant større end 2%. De giver derfor udtryk for, at produktivitetskravet de seneste år ikke i sig selv har haft nogen reel styringsmæssig betydning. Heri ligger også, at afdelingerne giver udtryk for, at de behandler ud fra faglighed og patientens hensyn, og ikke ud fra overvejelser om DRG-indtjening. Det er derfor klinik- og afdelingers opfattelse, at suspensionen af produktivitetskravet principielt er et fornuftigt politisk signal om, hvad der er vigtigt at styre efter.

Afdelingsledelserne oplever, at der – på trods af gode intentioner i patientrettigheder – kunne være et større fokus på den reelle faglige kvalitet for patienten. Det er fx et problem, at de kliniske kvalitetsdatabaser ikke er tilstrækkeligt tidstro, ligesom det til tider opleves, at der bruges unødigt tid på registrering af data i mange systemer. Særligt hvis det opleves, at data ikke anvendes i den daglige styring. Der opleves også eksempler på journalgennemgange (audits), der koster tid, og giver sparsom faglig mening.

Klinik- og afdelingsledelserne oplever incitamentsstrukturen i regionens og sygehusets princip om 1-årige budgetter som en barriere for styringen. Fremadrettes efterspørges derfor bedre mulighed herfor i sygehusets og regionens styringsmodeller.

Sammenfatning Region Nordjylland

Nedenstående Tabel 6 viser en sammenfatning af udvalgte, centrale elementer i kortlægningen af styringen i Region Nordjylland. Udvælgelsen af parametre er sket på baggrund af beskrivelsen af opgavens genstandsfelt i udbudsmaterialet, og vil danne afsæt for analysen af styrker og svagheder ved den nuværende styring i kapitel 5.

Tabel 6: Opsummerende kortlægningstabel – Region Nordjylland

Parameter	Beskrivelse
Styringsgrundlag	
Indeholder styringsgrundlaget: <ul style="list-style-type: none">- Nationale mål- Regionale mål (fx kvalitet)- Økonomi og aktivitet- Daglig drift (dag-til-dag styring)	Styringsgrundlaget rummer et målhierarki med tre typer af mål: politiske mål, regionale mål og driftsmål. De politiske mål rummer centrale elementer af det nationale mål (udredning, kræftpakker, behandling, økonomi) og er gældende for hele regionen. Der anvendes ikke driftsaftaler mellem region og sygehuse, men alle sygehuse har dog pligt til at følge op på de regionale driftsmål i kvartalsvise

	<p>rapporteringer.</p> <p>Styringsgrundlaget er blandt andet data fra en regional fælles database. Det opleves vanskeligt at finde og afgrænse styringsrelevante data på afdelingsniveau.</p> <p>Budgetoverholdelse er et centralt element i styringen, og målet for økonomi er budgetoverholdelse.</p>
<p>Er der en klar og entydig sammenhæng i mål gennem styringskæden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Region til sygehus - Sygehus til afdeling 	<p>Regionens målhierarki og tilhørende indikatorer for patientrettigheder, økonomi og aktivitet mv. er gennemgående i styringskæden fra region til sygehus og afdeling. Målene suppleres lokalt med egne driftsmål på sygehus- og afdelingsniveau.</p>
<p>Er der etableret et klart rapporteringshierarki for data på:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Økonomi/budget - Effektivitet - Kvalitet 	<p>Regionen har etableret et målhierarki med tre typer af mål (politiske mål, regionale mål og driftsmål) med særskilte rapporteringshierarkier. De politiske og regionale mål rapporteres til den politiske eller administrative, mens driftsmål i udgangspunktet alene er målrettet driftsenhederne og den direkte driftsplanlægning.</p> <p>Regionen udarbejder kvartalsvise rapporteringer til regionsrådet med opfølgning på de politiske målsætninger for budgetoverholdelse, hurtigere udredning, behandling og kræftbehandling.</p>
<p>Stilles et fælles datagrundlag til rådighed på alle niveauer, som understøtter en sammenhængende styring og rapportering i regionen?</p>	<p>Datagrundlaget for målstyringen er samlet i en regional databank (KoncernInfo), som kan tilgås på alle niveauer i regionen. Data opleves generelt som valide, om end det kan opleves som en udfordring at afgrænse det styringsrelevante. Desuden en udfordring at sikre valide og tidstro data om kvalitet.</p>
Økonomi og aktivitet	
<p>Er der beslutningsgrundlag til at kunne omfordele ressourcer på tværs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - på regionsniveau - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>Fordeling af budgetgrundlag tager på alle niveauer afsæt i viden om den historiske udvikling i økonomi, aktivitet og kvalitet.</p> <p>På regionsniveau baseres omprioriteringer på overordnede størrelser som budgetoverholdelse og målopfyldelse.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau anvendes mere driftsnære nøgletal.</p> <p>Regionen har igangsat en analyse af alle specialer med afsæt i nøgletal om økonomi, aktivitet, ventetider mv., der skal understøtte planlægning og arbejdsdeling mellem sygehuse og speciallægepraksis. Der planlægges gennemført analyse af to specialer årligt.</p>
<p>Revurderes tidligere års budgetter som grundlag for prioritering og omfordeling på tværs af sygehuse i budgetprocessen?</p>	<p>Budgetlægningen tager udgangspunkt i sidste års budget, justeret for rammerne i økonomiaftalen, forventet udgiftspres i regionen og politiske prioriteringer.</p>
<p>Udmøntes et aktivitetsbudget/baseline (forudsætninger om aktivitetsvækst) sammen med økonomisk budget:</p> <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>Der er indtil 2017 udmøntet et aktivitetsbudget på sygehus- og afdelingsniveau. Regionen har fra 2018 afskaffet brugen af aktivitetsbudget og aktivitetsfinansiering.</p> <p>Regionen påtager sig den økonomiske risiko ved ikke opnået aktivitetspuljefinansiering.</p>
Effektiviseringer	
<p>Udmøntes produktivitetskravet (indtil 2018) til sygehuse, og udmøntes kravet i så fald differentieret eller generelt:</p>	<p>Produktivitetskravet er indtil 2017 udmøntet som et generelt krav på sygehus- og afdelingsniveau.</p> <p>Det har været muligt for hospitalerne at differentiere internt på det</p>

<ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>enkelte hospital (mod at det samlet set er gået op), men muligheden har ikke været benyttet.</p> <p>Regionen har fra 2018 afskaffet udmøntning af aktivitetskravet til sygehusene.</p>
<p>Initieres tiltag til effektiviseringer fra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regionsniveau ("oppefra") - Sygehusniveau - Afdelingsniveau ("nedefra") 	<p>På regionalt niveau vedrører effektiviseringstiltag typisk strukturelle eller strategiske tiltag, eksempelvis reduktion af merarbejdsaftaler eller mål om reduktion i antallet af ambulante besøg med 10 pct.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau drives effektiviseringstiltag primært på klinik- og afdelingsniveau gennem omlægning til ambulant aktivitet, reduktion af spild, opgaveglidning og optimering af patientforløb.</p>
<p>Er der tiltag/mekanismer, der sikrer, at effektiviseringer løbende identificeres og drives?</p> <ul style="list-style-type: none"> - På regionsniveau - På sygehusniveau 	<p>På regionsniveau initieres tiltag primært ved problemer med overholdelse af budget eller politiske mål. Derudover er der etableret en forbedringsorganisation, som sygehusene kan rekvirere til at understøtte effektiviseringstiltag.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau drives effektiviseringer primært af en generelt oplevet øget efterspørgsel og ønsket om faglig udvikling (patienten i centrum) inden for den økonomiske ramme.</p> <p>Der anvendes en fælles tilgang til Lean-tavlemøder på tværs af region og sygehuse.</p>
<p>Er der økonomiske incitamenter til løbende at identificere og gennemføre effektiviseringer på afdelingsniveau?</p>	<p>Krav til budgetoverholdelse er et væsentligt incitament til effektivisering. Der er ikke mulighed for at overføre overskud mellem år på alle klinikker, hvilket opleves som et negativt incitament til at gå under budget eller igangsætte mere langsigtede tiltag.</p> <p>Et eksempel på et konkret incitament er decentralisering af budgetansvaret for behandling for udenregionale patienter til klinik- og afdelingsniveau.</p>
<p>Understøttes effektiviseringer på afdelingsniveau med analysekapacitet, kompetencer, uddannelse, værktøjer mv. fra sygehus og/eller region?</p>	<p>Regionen har etableret en BI-enhed og en udgående forbedringsenhed, som skal understøtte sygehusenes effektiviseringsarbejde. Prioritering af enhedens arbejde sker ud fra de politiske målsætninger om at sikre hurtig udredning og hurtig behandling.</p> <p>På klinik- og afdelingsniveau er identifikation og gennemførelse af tiltag primært personbåret, og der er varierende grad af systematik og uddannelse. Lokalt arbejdes med forskellige metodiske tilgange, klinisk prioritering gennem standardisering af patientforløb, interventionsrunder.</p>
<p>Har en eventuel "frisættelse" fra produktivetskrav via meraktivitet betydet introduktion af nye redskaber til at realisere effektiviseringsgevinster?</p>	<p>Regionen har historisk set benyttet en takststyringsmodel indeholdende merafregning (og loft) på udvalgte områder. Aktivitetsstyring og produktivetskrav er ophørt fra 2018, hvor sygehusene vil blive målt på budgetoverholdelse og overholdelse af politiske og regionale mål om eksempelvis ventetider.</p> <p>Der findes derfor endnu ikke erfaringer med frisættelse for produktivetskravet.</p>
Tværgående samarbejde	
<p>Er der mekanismer til at kunne foretage prioriteringer mellem sektorer?</p>	<p>Tværgående styring og prioritering håndteres med afsæt i sundhedsaftalen.</p> <p>Samarbejdet mellem sektorer er præget af barrierer med forskellige opfattelser af opgaveplacering og finansiering af initiativer. Konkrete tiltag er typisk drevet af faglig udvikling, patienthensyn og lægemangel på et givent område, snarere end økonomiske overvejelser om</p>

	<p>opgaveflytning. Kortlægningen har ikke identificeret reelle værktøjer eller mekanismer til at foretage prioritering mellem sektorer.</p> <p>Konkrete initiativer er typisk projektbaserede.</p>
<p>Er der anvendelse af data i styring og opfølgning, fx overblik over samlede patientomkostninger på tværs og visitationsmønstre i almen praksis?</p>	<p>På regions- og sygehusniveau er der detaljeret viden om henvisningsmønstre fra almen praksis, som anvendes i den løbende dialog med de praktiserende læger (men uden mulighed for at "styre" den enkelte læges visitationspraksis).</p> <p>Regionen har i 2017 igangsat analysearbejde med fokus på at opgøre og synliggøre patientomkostninger og de fælles økonomiske udfordringer for de "tunge" patientgrupper på tværs af sektorer.</p> <p>Brugen af data på tværs af sektorer er præget af organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer.</p>
<p>Er der tværgående styring af kapacitet og aktivitet mellem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sygehuse i regionen? - afdelinger på sygehuse? 	<p>Som udgangspunkt ikke på regionalt niveau. Sygehuse i regionen har dog (inden for regionalt fastsatte rammer) et tæt samarbejde på tværs om lægerekruttering og opgavedeling i forhold til overholdelse af patientrettigheder og prioritering af højt specialiseret behandling på Aalborg Universitetshospital.</p> <p>I tillæg hertil er der på afdelingsniveau eksempler på fælles visitation, fx i forhold til kontrol af patienter.</p>
<p>Er der regionale initiativer til samarbejde på tværs af sektorer, og drives disse projektbaseret eller systematisk?</p>	<p>Der er igangsat forskellige regionale projekter, der primært er drevet af lokale udfordringer med lægemangel i praksis eller op sygehuse. Der opleves en generel udfordring med kassetænkning som barriere for samarbejde. Herudover en række eksempler på lokale – primært projektbaserede – tiltag på sygehus- og afdelingsniveau, fx udgående teams og projekter med telemedicin.</p>
Styringsopfattelse	
<p>Opleves økonomi, aktivitet og produktivitet som overstyrende ift. andre styringsværktøjer/-dimensioner på de forskellige niveauer?</p>	<p>Budgetoverholdelse er en grundlæggende forudsætning på alle niveauer, men økonomi og aktivitet opleves generelt ikke som overstyrende. Det opleves dog på sygehus- og afdelingsniveau, at der kan være en manglende sammenhæng mellem ressourcer og politiske forventninger.</p>
<p>Hvordan opleves styringsrelevansen af nationale og regionale mål?</p> <ul style="list-style-type: none"> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau 	<p>På sygehus- og afdelingsniveau gives udtryk for en fælles forståelse for styringsrelevansen af de politiske mål. Særligt opleves det styringsmæssige fokus på patienten i centrum som motiverende.</p> <p>På afdelingsniveau opleves, at der – på trods af gode intentioner i patientrettigheder – kunne være et større fokus på den reelle faglige kvalitet for patienten frem for procesmål om fx ventetid. Fx bruges unødigt tid på registrering af data i systemer, som ikke anvendes i den daglige styring på afdelingen.</p>

4.6 Sammenligning af kortlægning på tværs af regioner

Der er i indeværende afsnit for hver region og tilhørende sygehuse gennemført en kortlægning af de fem opstillede kortlægningstemaer. Der er i appendiks opstillet en tabel, som sammenstiller kortlægningsresultaterne på tværs af de fem regioner. Væsentlige uddrag herfra omfatter:

- **Klart styringsgrundlag og sammenhængende vertikal styringskæde.** I alle regioner er der konstateret et sammenhængende styringsgrundlag på tværs af styringskæden, som kobler nationale mål med lokale prioriteringer og indsatsområder på sygehus- og afdelingsniveau. Transparens i styringskæden varierer dog, særligt fra sygehus til afdelingsniveau i flere regioner.
- **Rapporteringshierarkier.** Alle regioner har klare rapporteringshierarkier ift. økonomi -og aktivitet. Det gælder også i regioner, hvor sygehusene er fritaget for aktivitetsstyring. Dette gælder endvidere generelt for driftsmål, herunder kvalitet og delvist effektivitet. Det er observeret, at sygehusene i forskellig grad tilpasser og supplerer rapportering til eksempelvis forskellige målgrupper.
- **Fælles datagrundlag.** Alle regioner har etableret fælles datagrundlag til brug for styring ved hjælp af BI-værktøjer til analyse og opfølgning. Datagrundlaget anvendes også på sygehus- og afdelingsniveau og kan tilpasses lokale behov. Nogle steder kan data dog ikke anvendes uden yderligere bearbejdning og supplement fra andre datakilder. En enkelt region har udfordringer med datakvalitet, hvilket tilskrives den ikke-afsluttede introduktion af Sundhedsplatformen.
- **Beslutningsgrundlag for omprioritering:** Der er i alle regioner en detaljeret indsigt i den historiske udvikling i økonomi, aktivitet og kvalitet. Der er imidlertid kun mindre indsigt i direkte sammenhæng mellem ressourcer og aktivitet, herunder det faktiske ressourcetræk forbundet med en given efterspørgsel eller aktivitetsniveau. Det kan vanskeliggøre større omprioriteringer, da der ikke er et fuldstændig transparent beslutningsgrundlag. Omfordelinger mellem sygehuse baseres ofte på overordnede budgetmæssige størrelser (relativ omfordeling med budget som fordelingsnøgle), eller på baggrund af selvstændige analyser, mens omfordeling mellem afdelinger fx baseres på mere driftsnære nøgletal.
- **Budgettering:** Udgangspunktet for de årlige budgetter er i alle regioner sidste års budget eventuelt korrigeret for justerede politiske prioriteringer. Omfordelinger på regions- og sygehusniveau sker primært i forbindelse med opgaveflytninger, udvidelser, hjemtagning eller som reaktion på konkrete budgetudfordringer. Dette begrundes primært med et ønske om mest mulig stabilitet i budgetterne på både sygehus- og afdelingsniveau. Der tages således ikke stilling til sammenhæng mellem ressourcer (input) og forventninger til aktivitet (output) på et detaljeret niveau, som en del af den ”almindelige” budgetproces, jf. ovenfor.
- **Udmøntning af aktivitetsbudget.** Tre regioner har fra 2017 eller 2018 helt fritaget sygehusene for aktivitets- og produktivitetskrav, mens de to resterende regioner (Hovedstaden og Syddanmark) har fritaget udvalgte afdelinger/områder. Ved frisættelse fra aktivitetskrav påtager regionerne sig den økonomiske risiko ved ikke opnået aktivitetspuljefinansiering. Det betragtes dog reelt ikke som en risiko, givet generel vækst i efterspørgsel og aktivitet.
- **Udmøntning af produktivitetskravet.** Til og med 2017 har regionerne været underlagt produktivitetskravet på 2 pct. Dette er blevet udmøntet på forskellig vis. I tre regioner er kravet overvejende udmøntet ligeligt på alle sygehuse, fx i Region Nordjylland, mens to regioner har differentieret kravet (nogle år) baseret på sygehusenes generelle produktivitetsniveau, fx Region Hovedstaden. Det betyder, at der ikke sker en direkte vurdering af forskelle i potentielle gevinster på tværs af afdelinger. I nogle regioner har man fra 2017 valgt ikke at udmønte produktivitetskrav på sygehusniveau, og har samtidig fravalgt et direkte aktivitetskrav, hvilket

isoleret set har givet (likviditets-) risiko for evt. manglende overholdelse af økonomaftalens aktivitetsforudsætning. Risikoen anses generelt for lille, da efterspørgslen er konstant stigende, og uden behov for aktiv styring af udviklingen i produktivitet.

- **Tilgang og værktøjer til effektivisering.** Der er observeret forskellige tilgange til effektivisering, herunder i hvilket omfang og på hvilken måde effektiviseringsarbejdet understøttes fra centralt hold på regionalt og lokalt niveau. På operationelt plan drives effektiviseringer i alle regioner primært decentralt på afdelingsniveau som reaktion på krav om budgetoverholdelse kombineret med øget efterspørgsel. Nogle regioner søger at supplere decentrale effektiviseringsinitiativer på afdelings- og sygehusniveau med regionale effektiviseringsenheder, strategiske målsætninger, ”budgetanalyser” eller en fælles tilgang til løbende effektiviseringer (fx Region Sjælland og Region Syddanmark).
- **Økonomiske incitamenter til at identificere og gennemføre effektiviseringer.** Der er flere eksempler på økonomiske incitamentsstrukturer drevet lokalt i regionerne, som påvirker sygehuse og afdelingers adfærd mod mere omkostningseffektivitet. Fx finansiering af medicinudgifter i Region Hovedstaden, afregningsmodel for parakliniske ydelser i hhv. Region Hovedstaden og Region Sjælland (to forskellige modeller), og budgetansvar på afdelingsniveau for behandling på privathospitaler i Region Midtjylland og Region Sjælland samt for udenregionale patienter i Region Nordjylland. Budgetoverholdelse ses imidlertid som det primære redskab og incitament til effektiviseringer. Regionerne har som følge af budgetloven begrænsede muligheder for at overføre budgetoverskud mellem år. Dette medfører generelt, at man på regions-, sygehus- og afdelingsniveau har incitament til at ”gå i nul”, hvorfor der ses eksempler på øget forbrug mod årets afslutning (eksempelvis ved at købe til lager, investere i udstyr eller nedbringe fremtidige driftsudgifter til leasing). Tilsvarende kan det potentielt medføre tilbageholdenhed ift. realisering af større effektiviseringstiltag.
- **Konsekvens af ”frisættelse” fra produktivitets- og aktivitetskrav.** På de områder, der er frisat fra aktivitetsstyring, har det endnu ikke været muligt at påvise en direkte sammenhæng mellem frisættelsen og øget realisering af effektiviseringsgevinster. Flere af forsøgene er dog først igangsat fra 2017, og der er i flere regioner planlagt evalueringer heraf i 2018/2019. Der er en generel positiv opfattelse af frisættelsen på sygehus- og afdelingsniveau, hvilket hænger sammen med en øget motivation til at ”gøre hvad der er bedst for patienten”, uden at have konsekvensen for produktionsværdien for øje. Dog ses det generelt, at regioner og sygehuse fortsat monitorerer aktivitetsniveau, samt flere steder også produktivitetsniveau. Dette tilskrives, at man på alle niveauer i styringskæden opfatter aktivitets- og produktivitsdata som relevante og valide styringsparametre herunder også i forhold til den statslige aktivitetspulje.
- **Tværgående samarbejde.** Det tværgående samarbejde er fortsat en udfordring i alle regioner, og der er observeret såvel økonomiske, lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer, fx i forhold til opgaveplacering og deling af data. Kortlægningen har således ikke identificeret værktøjer eller systematiske tilgange til det tværgående samarbejde, der er præget af projektbaserede afprøvninger m.v. Der er ikke etableret et robust og anvendeligt datagrundlag til tværgående prioritering eller systematiske samarbejdsformer.
- **Styringsopfattelse I.** Budgetoverholdelse accepteres på alle niveauer som en grundlæggende forudsætning for kunne fokusere yderligere på regionale og lokale mål, patientrettigheder og faglig kvalitet. Økonomi, aktivitet og produktivitet fylder i den daglige styring, men opfattes på de fleste deltagende sygehuse og afdelinger ikke som overstyrede.
- **Styringsopfattelse II.** På sygehus- og afdelingsniveau opleves generelt, at styring ud fra patientrettede mål og forbedringstiltag giver styringsmæssig mening og er motiverende for personalet. Dog opleves i flere regioner på sygehus- og afdelingsniveau en til tider en manglende sammenhæng mellem ressourcer og politiske forventninger, fx til overholdelse af

patientrettigheder, som derfor opleves som overstyrende, idet styringen ud fra en klinisk betragtning ikke altid medfører en optimal udnyttelse af ressourcerne på sygehusene.

5 Vurdering af styrker og svagheder ved den regionale styring

I dette kapitel vurderes styrker og svagheder ved den regionale styring for hver region separat. Styrker og svagheder vurderes i forhold til de tre overordnede mål for sundhedsvæsenet om kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb, og skal endvidere ses i sammenhæng med den statslige styring, som sætter rammen for regionernes styring af sygehusene. Vurderingen bygges op omkring centrale observationer fra kortlægningen (jf. opsummerende tabeller i kapitel IV.) inden for hvert af de fem kortlægningstemaer; styringsgrundlag, økonomi og aktivitet, effektiviseringer, tværgående samarbejde og styringsopfattelse.

5.1 Baggrund for vurderingen

Vurderingen af styrker og svagheder i den regionale styring i et kvalitets-, omkostningseffektivitets- og sammenhængende patientforløbsperspektiv skal ses i en styringssammenhæng, og ikke som en fyldestgørende vurdering af, hvordan hver region klarer sig inden for de tre dimensioner. Det vurderes således, hvorvidt arbejdet med kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb understøttes af relevante styringsprocesser og -værktøjer. Der kan forekomme yderligere elementer, som påvirker dimensionerne positivt eller negativt, men som ikke har været inden for rammerne af opdraget til denne analyse. Som eksempel kan nævnes regionernes kliniske retningslinjer, Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, øvrige nationale kvalitetskrav osv. Hertil kommer, at der ikke er foretaget en kvantitativ analyse eller efterprøvning af udviklingen i kvalitetsparametre eller økonomisk effektivitet.

Vurderingen af styrker og svagheder baseres således på afholdte interviews og gennemgang af rekvireret materiale fra regioner og sygehuse. Det betyder, at vurderingerne delvist vil bygge på tilkendegivelser og opfattelser af fx kvalitet, som ikke har været inden for projektets ramme at efterprøve og dokumentere. Hvor dette er tilfældet, vil det fremgå af teksten. Alt hvad der beskrives i det følgende, er baseret på den dokumentation, der ligger i kortlægningen, dvs. udvalgte sygehuse og afdelinger i hver region.

Kvalitet

Det overordnede mål om kvalitet defineres som: Sundhedsvæsenet skal levere behandling af højest mulige kvalitet for patienten, herunder i form af god patientsikkerhed.

Kvalitet vurderes her i en styringssammenhæng, dvs. det vurderes, hvorvidt der er styringsmekanismer, som understøtter arbejdet med god klinisk og patientoplevet kvalitet gennem hele styringskæden, eller om der er styringsrelaterede barrierer herfor.

Hermed forstås, at sygehuse og afdelinger har de rette styringsmæssige rammer for at arbejde med faglig og patientoplevet kvalitet. Det kan for eksempel være en klar sammenhæng i mål gennem styringskæden og en fælles opfattelse af, hvad der er styringsrelevant i forhold til at understøtte kvalitet. Det kan også være et ledelsesmæssigt frirum for sygehuse og afdelinger til at tilrettelægge behandlingen ud fra hensyn til den faglige og patientoplevede kvalitet, herunder i form af samarbejde på tværs af patientforløb, og dette uden fx økonomiske barrierer.

Det betragtes i vurderingen også som en styrke, hvis der anvendes et fælles datagrundlag på tværs af styringskæden, som sikrer gennemsigtighed i opfølgningen på mål for faglig kvalitet, patientsikkerhed, patientrettigheder mv., og som sikrer integration med andre mål for fx økonomi og effektivitet.

Det har inden for rammerne af projektet ikke været formålet at vurdere det faktiske niveau af den patientoplevede kvalitet eller af den faglige kvalitet.

Omkostningseffektivitet

Det overordnede mål om omkostningseffektivitet defineres som: Sundhedsvæsenet skal levere behandling til lavest mulige effektive omkostningsniveau uden at kompromittere kvaliteten.

Omkostningseffektivitet vurderes her i en styringssammenhæng, dvs. det vurderes, hvorvidt der er styringsmekanismer, som understøtter en omkostningseffektiv udnyttelse af ressourcerne, eller om der er styringsrelaterede barrierer herfor.

Det indebærer bl.a., at sygehuse og afdelinger har incitamenter og støtte til løbende at identificere og drive effektiviseringer, der frigør ressourcer eller forbedrer patientbehandlingen. Det vurderes i forlængelse heraf som positivt, hvis effektiviseringer på sygehus- og afdelingsniveau systematisk understøttes af værktøjer, metoder og kompetencer fra centralt hold (region og/eller sygehus), fx i form af uddannelse, udgående enheder, budgetanalyser, analysekapacitet og lignende.

Det indebærer også, at der tages aktivt stilling til prioriteringen af ressourcer på tværs af sygehuse og afdelinger, fx i budgetprocessen eller ved udmøntning af krav til produktivitet og aktivitet. Det kan fx være på baggrund af en differentieret vurdering af afdelingers effektiviseringspotentiale.

Det betragtes i vurderingen også som en styrke, hvis styringen understøtter, at behandlingen foretages i den sektor, hvor det kan gøres mest effektivt, fx gennem indsigt og transparens i sammenhænge mellem omkostninger, kvalitet og aktivitet på tværs af sektorer, fravær af økonomiske barrierer mv.

Sammenhængende patientforløb

Sammenhængende patientforløb defineres som: Der skal være sammenhæng i den behandling, en patient modtager.

Sammenhængende patientforløb vurderes her i en styringssammenhæng, dvs. det vurderes, hvorvidt der er styringsmekanismer, som understøtter sammenhængende patientforløb, eller om der er styringsmæssige barrierer herfor.

Det indebærer bl.a., at de styringsmæssige rammer understøtter koordination og sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer, sygehuse og afdelinger, fx i form af værktøjer, samarbejdsstrukturer, beslutningskompetencer og lignende.

Det indebærer også, at det tværsektorielle samarbejde så vidt muligt er baseret på en systematisk og dokumenteret tilgang til samarbejde, udvælgelse af indsatsområder, opfølgning mv.

Det vil i vurderingen også vægtes positivt, hvis der inden for lovgivningens rammer anvendes et fælles datagrundlag, som sikrer gennemsigtighed og en integreret styring af økonomi, kvalitet og effektivitet.

5.2 Region Hovedstaden

Centrale observationer for Region Hovedstaden er sammenfattet i Boks 39, og den samlede vurdering for regionen følger nedenfor.

Boks 39

Centrale observationer – Region Hovedstaden

- Region Hovedstaden har en række store hospitaler, og regionen indtager en overordnet rolle, hvor de enkelte sygehuse har stor selvstændighed. Styringen er kendetegnet ved en vis "armslængde" mellem region og hospitaler, hvor der styres ved hjælp af overordnede rammer og målrettede nedslag
- Driftsmålstyringen indeholder både nationale og regionale mål og udmøntes gennem styringskæden med klar retning og sammenhæng; dog udnyttes friheden til lokal måltilpasning kun delvist på afdelingsniveau, og nogle afdelinger oplever dele af driftsmålstyringen som dokumentationskrav opadtil i systemet. Dertil kommer, at nogle afdelinger oplever uklarhed mellem strategi fra region til hospital og afdelinger, og dermed uklarhed i forhold til prioriteringer og omfordeling
- Budgetoverholdelse er et centralt element i styringen på alle niveauer, og overholdelse af budgetter for økonomi og aktivitet er en forudsætning for, at der er ledelsesmæssig frihed til at fokusere på kvalitet, forskning mv.
- Aktivitetsfinansieringen gennemsyrrer styringen (på involverede hospitaler og afdelinger); der er stort fokus på produktionsværdi og omkostningseffektivitet på alle niveauer, men styringsformen skaber også incitamenter til at tænke taktisk ift. timing og realisering af effektiviseringer
- Produktivitetskravet har nogle steder været anvendt som styringsværktøj til at gennemtrumfe "upopulære" beslutninger om besparelser og omprioriteringer styringen (på involverede hospitaler og afdelinger). Som konsekvens heraf opfattes produktivitetskravet som et særligt negativt styringselement på klinikerniveau, hvor der er varierende forståelse for produktivitetskravets formål og funktion
- Datagrundlaget er pt udfordret på tværs af regionen pga. implementeringen af Sundhedsplatformen, men der forventes et bedre og mere transparent styringsgrundlag på tværs af styringskæden med Sundhedsplatformen på sigt
- Den sammenhængende styring er udfordret på tværs af sektorer, da datagrundlaget ikke understøtter dette, bl.a. pga. lovgivning. Man arbejder gennem politiske og administrative fora i regionen, hvor der centralt drives projektbaserede initiativer for at forbedre det tværsektorielle samarbejde.

Målsætningerne i Region Hovedstadens **styringsgrundlag** er sammenhængende gennem styringskæden i den forstand, at de nationale mål indgår direkte i regionens strategi og tydeligt afspejles i regionens driftsmål. De regionale driftsmål er en del af regionens driftsmålstyring med hospitalerne, hvori de enkelte hospitaler kan tilføje lokale mål som supplement. Afdelingernes driftsmål afspejler ligeledes de regionale mål, men kan delvist tilpasses lokalt. Ikke alle afdelinger gør brug af muligheden for lokal tilpasning, og nogle driftsmål udmøntes direkte på alle afdelinger. Dette

bevirker, at visse afdelinger oplever meget topstyring og begrænset ledelsesmæssig frihed til fagligt drevet prioritering. Dog vurderes det, at den negative opfattelse delvist kunne udbedres ved større udnyttelse af mulighederne for lokal måltilpasning på afdelingsniveau.

Den nøje opfølgning på regionale driftsmål gennem styringskæden afspejler et klart rapporteringshierarki, hvor regionen månedligt følger op på alle driftsmål, herunder økonomi og aktivitet, med samtlige hospitalsledelser, der rapporterer på vegne af alle afdelinger, som derfor også har til opgave at monitorere de enkelte driftsmål.

Det gennemgående målbillede og klare rapporteringshierarki vurderes som udgangspunkt at styrke regionens og hospitalernes arbejde med kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivitet gennem øget fokus på, hvor der er potentiale for forbedringer eller behov for indsatser. Dog observeres nogle steder en vis uklarhed på afdelingsniveau ift. linjen fra nationale mål og den regionale strategi til strategien på hospitalsniveau og dennes konsekvens for beslutninger og prioriteringer på afdelingsniveau. Dette vurderes som demotiverende og en svaghed i arbejdet med kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivitet, fordi afdelingerne ikke altid kan forstå rationale for beslutninger om omprioriteringer, merbevillinger mv.

Regionen anvender et fælles ledelsesinformationssystem (FLIS) som datakilde på tværs af regionen, der suppleres med lokale datakilder. Sidstnævnte er i øjeblikket endnu mere udbredt grundet udfordringer med datatilgængelighed og -validitet som følge af Sundhedsplatformen. Dette skaber midlertidig udfordring i styringsgrundlaget og påvirker arbejdet med kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivitet i øjeblikket. På sygehus- og afdelingslederniveau er der dog en generelt tiltro til, at Sundhedsplatformen igennem bedre data og sammenhæng vil kunne styrke det regionale (og tværregionale) samarbejde og styringsgrundlag på sigt.

Der er i det datamæssige styringsgrundlag en nogenlunde klar linje i den vertikale styring fra region til hospital og afdeling, men der opleves ikke samme klarhed horisontalt mellem hospitaler eller mellem afdelinger. Data anvendes kontaktbaseret og ikke forløbsbaseret, hvilket vurderes at være en barriere for transparens og dermed svækkende for et sammenhængende patientforløb mellem hospitaler og afdelinger.

Budgetoverholdelse er grundstenen i hospitalers og afdelingers styringsgrundlag, og der er stram økonomi- og aktivitetsstyring gennem hele styringskæden. Dette styrker sygehusenes arbejde med omkostningseffektivitet, men det vurderes i nogle tilfælde at være barriere ift. at fokusere på kvalitet og sammenhæng for patienten, da budgetoverholdelse har forrang herfor.

Inden for **økonomi og aktivitet** fylder konsekvensafregning på aktivitetsstyringen meget i hospitalernes og afdelingernes daglige styring, herunder især da der er meget fokus på korrekt registrering¹⁸ og efterregistrering af diagnosekoder. Det vurderes yderligere, at konsekvensafregningen skaber en barriere ift. at arbejde med kvalitet og sammenhæng, da hospitaler og afdelinger risikerer økonomiske sanktioner ved aktivitetsnedsættende effektiviseringer, herunder især ift. omlægning af patientforløb, hvis baselinejusteringer ikke er muligt. Omvendt understøtter aktivitetsfinansieringen hospitaler og afdelingers arbejde med omkostningseffektivitet, da der kontinuerligt er fokus på at øge aktiviteten inden for givne rammer.

¹⁸ Korrekt registrering er ikke kun vigtigt i en økonomisk sammenhæng; det er også regionens pligt at sikre korrekt registrering af alle patientforløb

Hospitaler og afdelingers budgetter er historisk baserede og justeres kun i mindre omfang for at fastholde budgetstabilitet på afdelingsniveau. Omfordelinger finder sted baseret på ledelsesmæssige vurderinger, i forbindelse med organisatoriske ændringer, flytning af patientgrupper eller som følge af nationale og regionale politiske prioriteter. Herunder anvendes centrale benchmarkanalyser til at guide fordelingen af fx produktivetskrav mellem hospitaler. Der er i kortlægningen ikke identificeret yderligere værktøjer, som regionen eller sygehusene anvender til at danne grundlag for mere målrettet (om-) fordeling af budgetter mellem sygehuse og mellem afdelinger. Der vurderes således i mindre grad at være systematisk stillingtagen til omkostningseffektivitet.

Effektiviseringsagendaer drives centralt fra regionen i form af hospitalsplanlægning, centralisering af hovedfunktioner (indkøb, ejendomme etc.) og mere målrettet igennem etableringen af en tværgående analysefunktion (normeringsanalyser; benchmarkanalyser) og effektiviseringsworkshops med hospitalsdirektører. Resultaterne af de centrale analyser anvendes primært som inspiration, og delvist styringsværktøj, for hospitalsledelser til at målrette effektiviserings- eller besparelseskrav mod de enkelte afdelinger. Afdelingerne oplever ikke altid, at de regionale effektiviseringsanalyser er relevante lokalt eller direkte implementerbare. Det har i analysen ikke været muligt at kortlægge omfanget af anvendelse af disse analyser lokalt på afdelingsniveau. De centrale agendaer fra regionen vurderes at fungere godt til at sætte fokus på indsatser inden for kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb, men især understøttelsen af arbejdet med omkostningseffektivitet udfordres af den kritiske modtagelse på afdelingsniveau.

Effektiviseringer drives også løbende på hospitalsniveau – typisk i forbindelse med besparelsesrunder, men også flere steder målrettet og temabaseret fx i form af workshops og udarbejdelser af fælles pipelines med initiativer. I forbindelse med besparelser vurderes det, at der på hospitalsniveau er et generelt fokus på, at identificere centrale og tværgående initiativer forud for udmøntningen af ”grønthøster besparelser”, hvilket vurderes at styrke motivationen og arbejdet med omkostningseffektivitet på afdelingerne.

På afdelingsniveau drives effektiviseringsarbejde primært i forbindelse med besparelsesrunder. Selvom mange afdelinger identificerer initiativer løbende, har afdelingerne incitament til at holde sig tilbage ift. den fulde implementering af større effektiviseringsinitiativer. Dette skyldes dels, at det relativt permanente effektiviseringspres, som regionen og hospitalerne oplever år for år giver incitament til at ”gemme” besparelser til efterfølgende år for at være på forkant med næste sparerunde; og dels at aktivitetsfinansieringen ses som en barriere for at implementere effektiviseringsinitiativer, kvalitetsforbedringer og tværgående initiativer, som signifikant påvirker produktionsværdien.

Det vurderes, at der er stor variation i analysekapaciteten til understøttelse af effektiviseringsarbejde på tværs af hospitaler – direkte relateret til hospitalernes størrelse. På eksempelvis Bornholms Hospital, nævnes det, at man ikke har kapacitet til at træde et skridt tilbage og lave større tværgående analyser, som eksempelvis kunne understøtte hospitalets arbejde med omkostningseffektivitet.

Udmøntningen af produktivetskravet (indtil 2018) er på nogle hospitaler blevet anvendt som et værktøj for omfordeling af ressourcer mellem afdelinger i forbindelse med budgetlægning. Ledelsesmæssige vurderinger omkring omprioriteringer ligger til grund for den differentierede udmøntning, men det vurderes at produktivetskravet nogle steder er blevet brugt som et ledelsesværktøj til at gennemføre ”upopulære” beslutninger. Som følge heraf vurderes der at have været en mindre klar kommunikation omkring produktivetskravets formål og effekt, da dette nogle steder på klinikerniveau opleves som ”syndebukken” for generelle besparelser. Dette har haft en negativ indflydelse på motivationen for arbejde med omkostningseffektivitet på afdelingsniveau.

I det **tværgående samarbejde mellem sektorer** anvender regionen sundhedsaftalerne samt administrative og politiske fora som formaliserede styringsværktøjer. Med udgangspunkt i disse fora, hvor repræsentanter fra sektorerne deltager, udvælges konkrete projekter som derfra drives af relevante klinikere og medarbejdere på tværs af sektorerne.

Det vurderes som en svaghed i styringen, at lovgivningsmæssige rammer vedrørende datadeling samt organisatoriske barrierer mellem sektorerne ikke gør det muligt at etablere et systematisk styringsgrundlag, som kan understøtte arbejde med omkostningseffektivitet på tværs af sektorer. Det medfører en risiko for, at de enkelte sektorer optimerer internt og kun i begrænset omfang har økonomisk incitament til at optimere for det fulde patientforløb på tværs. Regionen anvender de politiske og administrative fora til projektbaseret at understøtte det tværsektorielle arbejde med kvalitet og sammenhæng for patienten, men dette vurderes at kunne styrkes gennem et mere forpligtende samarbejde om patientforløb.

Det er en generel **opfattelse** på tværs af styringskæden, at budgetoverholdelse er grundlaget for god styring samt fundamentet for, at der er frihed til at arbejde med kvalitet, hvilket understøtter arbejdet med omkostningseffektivitet.

Nationale rammer og målsætninger har haft en positiv indflydelse på styringen, da de opleves som retningsgivende og som gode værktøjer for at foretage prioriteringer gennem styringskæden. Dog er der på afdelingsniveau en delvis opfattelse af, at andel af målene på driftstavlen mere er dokumentationskrav end egentlig styring der hjælper dem. Dette medfører en oplevelse af overstyring i form af overdokumentation og infleksibilitet i nogle driftsmål, som svækker afdelingernes arbejde med kvalitet og faglig prioritering.

5.3 Region Sjælland

Centrale observationer for Region Sjælland er sammenfattet i Boks 40, og den samlede vurdering for regionen følger nedenfor.

Boks 40

Centrale observationer – Region Sjælland

- Region Sjællands styringsgrundlag består af et sammenhængende målbillede, som afspejles i driftsaftaler og strategier gennem styringskæden, samt et sammenhængende datagrundlag ("InfoSjælland"), der skaber øget transparens på tværs af region, sygehuse og afdelinger. Dette styrker muligheden for fokus på arbejdet med nationale mål, kvalitet, effektiviseringer, omkostningseffektivitet og sammenhæng på tværs af regionen
- Overholdelse af økonomiske rammer er en central forudsætning på sygehus- og afdelingsniveau. Sygehuse og afdelinger har fokus på at ramme "nul" i forhold til budgetteret forbrug grundet begrænsede overførselsmuligheder mellem årene. Det betyder, at der kan opstå incitamenter til at forbruge et eventuelt overskud før årets afslutning
- Regionen er kendetegnet ved, at den køber ydelser hos andre regioner for ca. 25 pct. af de samlede udgifter til det somatiske sygehusvæsen årligt. Regionens styringsindsats fokuseres i betydeligt omfang på at hjemtage en del af disse ydelser for at skabe bedre sammenhængende patientforløb samt sundhedsfaglig og økonomisk synergi
- Regionen eller sygehusene har ikke fastforankrede værktøjer, mekanismer eller processer på alle områder, som kan danne grundlag for målrettet fordeling af budgetter mellem sygehuse og mellem afdelinger. Budgetter er historisk baserede og justeres kun marginalt år for år for at imødekomme budgetstabilitet på afdelingsniveau
- Frisættelsen fra aktivitetsfinansiering har været motiverende for øget arbejde med kvalitetsforbedringer, effektiviseringer samt initiativer, der skaber bedre sammenhæng for patienten på sygehus- og afdelingsniveau. Dog tilskrives det øgede fokus på – og mulighedsrum for gennemførelse af – disse initiativer ikke udelukkende frisættelsen, men også især den nærværende ledelse med eksekveringsfokus samt en klar og sammenhængende strategi gennem styringskæden
- Effektiviseringer drives primært decentralt på afdelinger som følge af øget patienttilstrømning (og fast rammebudget), suppleret af tværgående effektiviseringsprojekter, der drives centralt i regionen, blandt andet på baggrund af data i ledelsesinformationsværktøjet InfoSjælland
- Initiativer ift. samarbejde på tværs af sektorer tager udgangspunkt i aftalte indsatsområder i sundhedsaftalen, og drives typisk som enkeltstående projekter centralt i regionen og på sygehusene med afsæt i det lokale samarbejde og udfordringer. Tværgående samarbejde mellem sektorer udfordres af strukturelle barrierer herunder især lovgivningen omkring datadeling på tværs.

Styringsgrundlaget i Region Sjælland vurderes at være styrket af et sammenhængende målbillede, som afspejles i driftsaftaler og strategier fra regionen og gennem styringskæden til sygehuse og afdelinger. Driftsaftalerne er tungt forankret i regionen, idet de forelægges politisk inden årets start, og der følges op dem i regionsrådet tre gange årligt. Hertil kommer et sammenhængende og transparent

datagrundlag på tværs af region, sygehuse og afdelinger i det fælles ledelsesinformationssystem ”InfoSjælland”.

Det sammenhængende datagrundlag vertikalt i styringskæden vurderes at bidrage til et øget fokus på kvalitet og omkostningseffektiv drift, hvor man på alle niveauer kan følge med i udviklingen i kvalitet og økonomi på aggregeret og granulært plan. Datagrundlaget anvendes på alle niveauer og anses som værende validt. Det fælles datagrundlag understøtter ligeledes muligheden for at drive kvalitets- og effektiviseringsinitiativer fra centralt hold i regionen. Det fælles datagrundlag opleves som havende en positiv effekt på samarbejdet mellem regionens sygehuse, fx ift. kapacitetsplanlægning på tværs.

Sammenhængen i målbilledet fra region til sygehuse og afdelinger med mulighed for lokal tilpasning af driftsmål opleves som styrkende for motivationen for at følge op på og forbedre konkrete kvalitetsparametre, som giver klinisk mening lokalt.

Overholdelse af økonomiske rammer er en central forudsætning på sygehus- og afdelingsniveau. Så længe der er styr på økonomien, fylder økonomi ikke meget i den daglige styring på sygehus- og afdelingsniveau. Derimod reagerer ledelsen med krav om udarbejdelse af handleplaner, og der anvendes i nogle tilfælde mere ukritiske tiltag som ansættelsesstop, hvis der er økonomiske udfordringer.

I tillæg til det økonomiske fokus spiller overholdelse af patientrettigheder en vigtig rolle i styringen, og disse nationale rammer styrker indsatsen for at øge kvaliteten for patienten. Overholdelse af patientrettigheder skaber et indirekte incitament til bedre kapacitetsudnyttelse på egne sygehuse, hvilket yderligere forstærkes af regionens implementering af et afregningsprincip for behandling på privatsygehuse. Alle disse mekanismer understøtter fokus på omkostningseffektivitet.

Inden for **økonomi og aktivitet** vurderes, at frisættelsen fra aktivitetsfinansiering på sygehus- og afdelingsniveau har haft indflydelse på frihedsopfattelsen i den daglige styring og ledelse på disse niveauer. Herunder særligt på motivationen for at identificere og realisere (potentielt aktivitetsnedsættende) kvalitetsforbedringer, effektiviseringer samt initiativer, der skaber bedre sammenhæng for patienten. Et eksempel herpå er etableringen af ”Samme dag under samme tag”, som har nedsat antallet af kontakter pr. forløb og dermed den registrerede produktionsværdi. Dog tilskrives den øgede motivation herfor ikke udelukkende frisættelsen fra aktivitetsfinansiering, men også især stærk og nærværende ledelse i samspil med en tydelig og sammenhængende strategi gennem styringskæden. Det har også været opfattelsen på sygehus- og afdelingsniveau, at der i Regionshuset er forståelse for at takstsystemet ikke har skulle stå i vejen for hverken den ”sunde fornuft” eller kvalitetsforbedrende tiltag, hvorfor det også inden frisættelsen har været muligt at gennemføre aktivitetspåvirkende initiativer. Det er vurderingen, at det ikke på nuværende tidspunkt kan dokumenteres, at frisættelse fra aktivitetsfinansiering i sig selv har styrket indsatsen ift. arbejde med øget kvalitet, omkostningseffektivitet og mere sammenhængende patientforløb.

Det vurderes, at frisættelsen fra aktivitetsfinansiering understøttes af, at regionen påtager sig den økonomiske risiko, hvis den statslige aktivitetspulje på regionsniveau ikke realiseres, idet eventuel finansiering fra den statslige aktivitetspulje ikke indgår i sygehusenes driftsbudgetter. Der er således ingen økonomiske konsekvenser for sygehusene på kort sigt, hvis det aftale aktivitetsniveau ikke opnås. Desuden øger afdelingerne efter eget udsagn løbende aktiviteten og effektiviteten pga. et stigende patientpres uden medfølgende merbevilling, herunder som følge af patientrettighederne. Det er vurderingen, at det ikke er klart, hvad konsekvensen vil være, hvis efterspørgslen ændrer sig, ligesom efterspørgselseffekten fra fx rettigheder må antages væsentligt forskelligt fra afdeling til

afdeling. Det er således en svaghed, at der ikke i den nuværende økonomi- og aktivitetsstyring er en systemisk mekanisme, der sikrer kontinuerlig effektiviseringsfokus uanset efterspørgselspres.

Regionen eller sygehusene har ikke dedikerede værktøjer, som kan danne grundlag for målrettet (om-)fordeling af budgetter mellem sygehuse og mellem afdelinger. Budgetterne er historisk baserede og justeres ift. rammerne i økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen samt politiske prioriteringer og beslutninger om udvidelser, flytninger mellem sygehuse mv. Omfordelinger foretages således primært med udgangspunkt i nationale eller regionale retningslinjer samt baseret på ledelsesmæssige vurderinger. Det betyder, at der kun i mindre grad er systematisk stillingtagen til omkostningseffektivitet.

Sygehuse og afdelinger har fokus på at ramme ”nul” i forhold til budgetteret forbrug, da regionen har udmøntet (budgetlovens) rammer for overførsel mellem årene til sygehuse og afdelinger. Det betyder, at der kan opstå incitamenter til at forbruge et eventuelt overskud før årets afslutning. Dette anses som en svaghed ift. fokus på omkostningseffektivitet.

Effektiviseringer drives primært fra afdelingerne, som understøttes fra centraladministrationen i regionen i form af analysekapacitet og supportering til at drive tværgående effektiviseringstiltag såsom benchmarkanalyser mv. De centralt drevne effektiviseringstiltag kan medvirke til en mere systematisk tilgang til effektiviseringer på tværs af regionen, hvilket vurderes at have en positiv effekt på omkostningseffektiviteten og kvaliteten for patienterne. Omfanget af centralt understøttede effektiviseringsinitiativer er ikke kortlagt i analysen.

Der er en række eksempler på økonomiske incitamenter på sygehus- og afdelingsniveau, som vurderes at understøtte et fokus på at realisere effektiviseringer og bedre kapacitetsanvendelse. Fx har man på regionsniveau valgt at pålægge det økonomiske ansvar for behandling på privathospitaler på sygehuse og afdelinger direkte. Endvidere styres forbrug af parakliniske ydelser på Holbæk Sygehus ved at pålægge Klinisk Biokemisk Afdeling det økonomiske ansvar herved, så der her er fuld transparens ift. forbrug og priser samlet ét sted, hvorfra forbruget kan kontrolleres. Sådanne tiltag understøtter arbejdet med omkostningseffektivitet.

Både på regions- og sygehusniveau er der Lean-support, som understøtter idégenerering og eksekvering af effektiviseringsinitiativer, hvilket vurderes at have en positiv effekt på motivationen samt at understøtte arbejdet med omkostningseffektivitet, sammenhængende patientforløb og kvalitet på afdelingsniveau. Region Sjælland har arbejdet systematisk med Lean siden 2012.

Produktivitetskravet har primært været udmøntet i form af aktivitetsstigninger, og det har grundet den store efterspørgsel ikke været en udfordring at leve op til, hverken på sygehus- eller afdelingsniveau. Derfor forventes suspenderingen i 2018 ikke at påvirke styringen signifikant. Det primære fokus er bl.a. som konsekvens heraf på stigende aktivitet, og i mindre grad på samme aktivitet for færre ressourcer. Det opleves, at dialogen om effektivisering er vanskeligere, hvis effektiviseringer skal realiseres gennem reduktion af ressourcer (fx færre medarbejdere, ændret medarbejdersammensætning mv.) frem for stigende aktivitet.

Arbejde med forbedring af det **tværgående samarbejde mellems sektorer** vurderes som primært projektdrevet, såvel lokalt på sygehusniveau i samarbejde med udvalgte kommuner, som på regionalt niveau. Det har igennem kortlægningen ikke været muligt at identificere systematiske mekanismer – ud over sundhedsaftalerne – som understøtter arbejdet med sammenhængende patientforløb på tværs af alle sygehuse og kommuner i regionen. Dog er der i regionen udarbejdet en værktøjskasse med bl.a. fælles forløbsprogrammer, fælles tilgang til håndtering af hjælpemidler mv. som understøtter det

daglige samarbejde. Det er vurderingen, at det er udfordrende at lave én løsning for tværgående samarbejde, da alle kommunerne er forskellige, og tværgående tiltag bør således tage udgangspunkt i de enkelte kommuners udfordringer. Yderligere vurderes det som en svaghed i styringen, at lovgivningsmæssige rammer vedrørende datadeling samt organisatoriske barrierer mellem sektorerne ikke gør det muligt at etablere et systematisk styringsgrundlag, som kan understøtte arbejde med sammenhæng og omkostningseffektivitet på tværs af sektorer.

På sygehus- og afdelingsniveau er der generelt en positiv **opfattelse** af regionens overordnede styring. Budgetoverholdelse er grundlaget for effektiv styring, men økonomi, aktivitet og produktivitet opleves ikke som overstyrede sammenlignet med fx fokus på kvalitet og patientrettigheder.

Det gennemgående målbillede og det, at afstanden til regionen opleves kort, styrker arbejdet med kvalitet, idet afdelingerne føler frihed til at sætte mål, som giver klinisk mening lokalt, samt til at gennemføre tiltag der er til gavn for den kliniske og patientoplevede kvalitet. Den tydelige sammenhæng i målbilledet fra region til afdeling, styrker ligeledes forståelsen for fx omprioriteringer mellem sygehuse eller afdelinger.

5.4 Region Syddanmark

Centrale observationer for Region Syddanmark er sammenfattet i Boks 41, og den samlede vurdering for regionen følger nedenfor.

Boks 41

Centrale observationer – Region Syddanmark

- Region Syddanmark har en sammenhængende og decentral styringsmodel, hvor sygehusene har relativt frie rammer inden for udstukne regionale mål og rammer. De nationale mål er indarbejdet i regionens styringsgrundlag og suppleres med regionale mål, ligesom der monitoreres og følges op på en fællesmængde af de samme mål på sygehusniveau
- Styringen understøttes delvist af et fælles datagrundlag på tværs af styringskæden. Der er en regional database, som rummer en stor portefølje af data, men som kræver særskilt databehandling for at dække det lokale behov for ledelsesinformation.
- Overholdelse af økonomiske rammer er en forudsætning for, at man på sygehus- og afdelingsniveau har frihed til at styrke fokus på andre områder (igangsættelse af ønskede projekter, interne tiltag, kurser etc.). Budgetterne er historisk baserede og justeres bl.a. via aktivitetsafregning kun marginalt ift. rammerne i økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen. Regionen har fokus på at ramme ”nul” i forhold til budgetteret forbrug grundet begrænsede overførselsmuligheder mellem årene. Det betyder, at der er incitament til at forbruge et eventuelt overskud før årets afslutning, fx til at nedbringe fremtidige driftsudgifter. Herudover sker der på de enkelte sygehuse omprioriteringer imellem afdelinger. Der er ligeledes sket omprioritering af budgettet på tværs af sygehuse og områder igennem spareøvelser ifm budgetlægningerne.
- Regionen udmønter aktivitetskrav og produktivitetskrav til sygehusene, men har (bortset fra garantiklinikker) et loft over muligheden for finansiering af meraktivitet. Der udmøntes ikke et aktivitetsbudget til afdelinger, som indgår i et regionalt forsøg med populationsansvar (fra 2017). Erfaringerne herfra er endnu ikke kendte
- Effektiviseringer drives primært af øget efterspørgsel og faglige og patientrettede hensyn på sygehus- og afdelingsniveau. På sygehusniveau understøttes afdelingerne af centrale stabsfunktioner. Fra regionalt niveau understøttes arbejdet i form af en fælles uddannelse i værktøjer og metoder, men de økonomiske incitamenter for eksempelvis overførselsadgang varierer på tværs af sygehusene
- Samarbejdet mellem sektorer understøttes af sundhedsaftalen, dennes organisering både regionalt og lokalt, samt gode lokale initiativer med udgangspunkt i lokale behov og muligheder, jf. regionens rammepapir om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Der opleves lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer, som i fællesskab forsøges løftet nationalt. Konkrete tiltag er typisk drevet af faglig udvikling og patienthensyn men med anvendelse af fælles principper for samarbejde og opgaveoverdragelse.

Styringsgrundlaget i Region Syddanmark bygger på en høj grad af decentral styring inden for de udstukne rammer og mål. Regionens styring bygger på otte overordnede pejlemærker, som er afstemt med nationale og regionale mål. Sygehusene har frihed til at supplere med egne mere driftsnære mål og strategier. Det vurderes, at de regionale pejlemærker og mål aktivt anvendes og italesættes i hele

styringskæden. På den måde udgør målene et fælles rapporteringshierarki og en fælles opfattelse af, hvad der er styringsrelevant i forhold til at understøtte kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb.

Styringen efter kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb understøttes kun delvist gennem en regional database (SydLis), som rummer en stor portefølje af data, men som kræver særskilt databehandling for at dække det lokale behov for ledelsesinformation, ligesom særligt aktivitetsdata er forsinkede. På sygehus- og afdelingsniveau er derfor udviklet egne excel-baserede værktøjer og rapporter, fx interne optællinger af operationer og ambulatoriebesøg, hvilket ikke understøtter et fælles styringsgrundlag.

Budgetoverholdelse er en grundlæggende element i styringen og en forudsætning for at styrke indsatsen i forhold til øvrige styringsparametre og udvikling af kvalitet. Så længe der er styr på økonomien, har sygehuse og afdelinger relativt frie rammer til at prioritere inden for eget budget. Men hvis der er økonomiske udfordringer, optages ledelsen med udarbejdelse af handleplaner og opfølgingsinitiativer, som er dominerende indtil ubalancen er rettet op. Det vurderes, at den konsekvente rammestyring i udvalgte afdelinger understøtter en omkostningseffektiv drift men kan risikere at have en negativ indflydelse på andre fokusområder (igangsættelse af ønskede projekter, interne tiltag, kurser etc.), fx i perioder med en strukturel ubalance i en sygehus- eller afdelingsøkonomi. Derudover er det en risiko ved rammestyringen at der ikke tages aktivt stilling til input-siden men snarere er fokus på at maksimere og effektivisere output inden for givne rammer.

Inden for **økonomi og aktivitet** vurderes det som en styrke, at der på alle niveauer udvises engagement i den løbende økonomiske styring, samt at afdelingsledelserne demonstrerer god forståelse af indikatorer for eksempelvis udnyttelse af kapacitet og overholdelse af økonomi.

Budgetlægningen tager udgangspunkt i sidste års budget, justeret for marginale ændringer som følge af rammerne i økonomiaftalen, forventet udgiftspres i regionen og politiske prioriteringer. Der lægges vægt på stabile budgetter på sygehuse, og eventuelle omfordelinger via bl.a. aktivitetsafregning mellem sygehuse foretages således kun i marginalt omfang. På regionsniveau sammenlignes sygehuse på målopfyldelse og overordnede indikatorer, men disse anvendes primært til at starte en dialog med sygehuse om, hvad der kan forbedres af sygehuset selv og ikke som konkrete omprioriteringer. På aktivitetssiden er sygehuse principielt aktivitetsfinansierede, men har (bortset fra garantiklinikker) et loft over muligheden for finansiering af meraktivitet. Der udmøntes dog ikke et aktivitetsbudget til afdelinger, som indgår i et regionalt forsøg med populationsansvar (fra 2017). Regionen har tidligere differentieret produktivetskravet på baggrund af sygehuses produktivetsniveau, men har i de seneste år indtil suspensionen for 2018 fordelt kravet ligeligt til sygehuse, da produktivetsniveauet ifølge regionen har nærmet sig hinanden. Tilsvarende udmønter sygehuse generelt kravet på 2 pct. til alle afdelinger. Det vurderes derfor, at der i budgetlægningen ikke i fuldt omfang er systematisk stillingtagen til omkostningseffektivitet.

Regionens begrænsede muligheder for overførsel mellem årene (som følge af budgetloven) medfører, at det for regionen er mest formålstjenligt at ”ramme nul” ift. budget, hvilket kan betyde, at regionen har et incitament til at forbruge et eventuelt overskud ved årets afslutning, eksempelvis ved at foretage investeringer i udstyr nedbringe fremtidige driftsudgifter. På sygehusniveau er det op til sygehuse selv – inden for givne rammer – at fastsætte reglerne for interne overførsler mellem årene. Sygehuse har valgt forskellige modeller (fx fuld eller delvis adgang til at overføre mindreforbrug), hvilket i nogen grad et resultat af sygehusets økonomiske situation. Det opleves på sygehusniveau, at et vist rum for overførsel på afdelingsniveau styrker motivationen til at gennemføre tiltag, der øger omkostningseffektivitet, kvalitet og sammenhæng i patientforløb.

Det er regionens strategi, at **effektiviseringer** så vidt muligt initieres nedefra med afsæt i en fælles tilgang ("den syddanske forbedringsmodel"). Tilsvarende er der på sygehusene en decentral økonomistyring, hvor afdelingerne har ansvar og frihed til at prioritere inden for egne rammer. Den decentrale styringsmodel indebærer, at effektiviseringer primært er båret af afdelingsledelserne. Det vurderes, at tilgangen på den ene side betyder, at det ledelsesmæssige ansvar placeres dér, hvor der er størst mulighed for at identificere og drive tiltag, som tilgodeser hensyn til omkostningseffektivitet og kvalitet. På den anden side risikerer den konsekvente rammestyring at medføre manglende gennemsigtighed for regionen i sygehusenes omkostningseffektivitet og forbedringspotentialer – og tilsvarende for sygehusledelserne i forhold til afdelingerne.

Alle sygehus- og afdelingsledelser i regionen uddannes i den syddanske forbedringsmodel, som er en Lean-inspireret metode til at identificere effektiviserings- og forbedringsmuligheder. I tillæg hertil er der flere eksempler på lokale metoder og værktøjer som eksempelvis tavlemøder. Det vurderes som en styrke, at den fælles uddannelse og underliggende metoder og værktøjer til effektiviseringer i betydelig grad er systematisk understøttet, og i mindre grad personbåret i forhold til at identificere og gennemføre tiltag, der fremmer omkostningseffektivitet, kvalitet og sammenhængende patientforløb internt på sygehuset.

Regionens styringsmodel betyder, at de økonomiske incitamenter til at gennemføre effektiviseringer primært ligger i budgetoverholdelse, overholdelse af patientrettigheder og mulighederne for overførsel mellem årene. Det er omvendt ikke klart, hvad konsekvensen vil være, hvis efterspørgslen ændrer sig, ligesom efterspørgselseffekten fra fx pakkeforløb må antages væsentligt forskelligt fra afdeling til afdeling. Den nuværende økonomi- og aktivitetsstyring vurderes derfor ikke fuldt ud at understøtte et kontinuerlig effektiviseringsfokus uanset efterspørgselspres.

Regionens strategi for den **tværsektorielle indsats** bygger på henholdsvis sundhedsaftalen, regionens pejlemærke samt et politisk rammepapir for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Samtidig arbejdes der strategisk i det tværsektorielle samarbejde med nationale udspil på sundhedsområdet, såvel som med fx udspil fra de praktiserende læger, KL og det lokale KKR. Der er på den baggrund både et samarbejde på overordnet strategisk niveau med alle kommuner, samt en række eksempler på projekter og samarbejdsflader mellem sygehus/afdelinger, kommuner og almen praksis mere lokalt. Projekterne er typisk drevet af en faglig eller teknologisk udvikling for en given patientgruppe, fx en telemedicinsk løsning for diabetespatienter, snarere end mere strategiske samarbejder om eksempelvis opgaveflytning. Regionens forsøg med populationsansvar vurderes i den forbindelse at kunne skabe et incitament for sygehusene til øget samarbejde mellem sektorer om patientforløb, men resultaterne heraf er endnu ikke kendte.

Det tværsektorielle samarbejde er i nogle situationer udfordret af økonomiske og lovgivningsmæssige barrierer mellem regioner, kommuner og almen praksis, fx i forhold til deling af data. Dette har regionen sammen med kommunerne rejst nationalt på ministerielt niveau. Effektiviseringstiltag på tværs af sektorer i den nuværende styring er kendetegnet ved manglende gennemsigtighed i sammenhænge mellem omkostninger, kvalitet og aktivitet på tværs af sektorer, herunder også på tværs internt i de kommuner, regionen samarbejder med. Det betyder, at behandlingen ikke nødvendigvis foretages i den sektor, hvor det kan gøres mest effektivt, ligesom det kan være en barriere for at skabe sammenhæng i patientforløb.

På sygehus- og afdelingsniveau er der generelt en positiv **opfattelse** af regionens overordnede styring, som skaber motivation blandt personalet ved at have et styringsmæssigt fokus på "Patienten først" og en forbedringskultur.

Det vurderes, at der på tværs af region-sygehuse-afdelinger generelt er en fælles forståelse for, hvad der er styringsrelevant, om end det på afdelingsniveau opleves, at der registreres procesmål, som er

uinteressante for den faglige ledelse af afdelingen. Det vurderes, at den delvist fælles opfattelse af de styringsrelevante elementer generelt set understøtter de tre overordnede mål.

Sygehuse og afdelinger har i flere år oplevet en vækst i efterspørgslen, som er markant større end 2%. De giver derfor udtryk for, at produktivitetskravet de seneste år ikke i sig selv har haft nogen reel styringsmæssig betydning, hvorfor suspensionen fra 2018 ikke vurderes at påvirke styringen signifikant. Det er dog fremmede for motivationen hos personalet, at kravet er suspenderet, hvilket i sig selv vurderes at understøtte arbejdet med at identificere og igangsætte forbedringstiltag med fokus på kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivt.

5.5 Region Midtjylland

Centrale observationer for Region Midtjylland er sammenfattet i Boks 42, og den samlede vurdering for regionen følger nedenfor.

Boks 42

Centrale observationer – Region Midtjylland

- Region Midtjylland har et fælles målbillede, som anvendes gennem styringskæden. De nationale mål er indarbejdet i målbilledet, som også anvendes på sygehusene, hvor målene nedbrydes og suppleres med lokale kvalitets- og servicemål i den daglige styring
- Der anvendes en fælles dataplatform på tværs af region, sygehuse og afdelinger som grundlag for den løbende styring og opfølgning på økonomi, aktivitet, kvalitet og servicemål på de forskellige niveauer. Rapporteringen tilpasses på sygehusniveau til lokale behov, og opleves af sygehuse og afdelinger som validt og brugervenligt
- Overholdelse af økonomiske rammer er en forudsætning for, at man på sygehus- og afdelingsniveau har frihed til at styrke fokus på andre områder (igangsættelse af ønskede projekter, interne tiltag, kurser etc.). Region Midtjylland har flere gange været omfattet af betragtelige spareplaner. Budgetterne er historisk baserede og justeres løbende hen over året kun marginalt ift. rammerne i økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen. Regionen har fokus på at ramme ”nul” i forhold til budgetteret forbrug grundet begrænsede overførselsmuligheder mellem årene. Det betyder, at der er incitament til at forbruge et eventuelt overskud før årets afslutning, fx til investeringer i udstyr og lign.
- Regionen udmønter ikke aktivitetsbudget eller produktivetskrav på sygehus- og afdelingsniveau. Udviklingen i aktivitet følges tæt (fx lokale vejledende baselines), men der er ikke sanktioner ved manglende opfyldelse
- Effektiviseringer drives primært på sygehus- og afdelingsniveau dels gennem øget efterspørgsel, dels som følge af faglige og patientrettede hensyn. Graden af understøttelse i form af værktøjer, kompetencer og incitamenter varierer på tværs af sygehusene, og effektiviseringer er kun i mindre grad understøttet fra regionalt niveau
- Samarbejdet mellem sektorer er præget af både lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer. Konkrete tiltag er typisk drevet af faglig udvikling og patienthensyn på et givent område. Regionen har arbejdet målrettet på tværs af sektorer har eks. arbejdet med at "flytte" KOL og diabetespatienter fra hospitaler til almen praksis. Region Midtjylland har endvidere flyttet hospitalsrekvirerede blodprøver fra almen praksis til hospitalerne.

Styringsgrundlaget i Region Midtjylland er baseret på et fælles målbillede, som består af en vision, tre pejlemærker og otte mål. De nationale mål er indarbejdet i målbilledet. Det er en styrke, at sygehusene har adgang til at ombryde og supplere målene med lokale kvalitets-, drifts- og servicemål i den daglige styring. Det vurderes, at målbilledet på ledelsesniveau aktivt anvendes og italesættes gennem styringskæden mellem region, sygehuse og afdelinger. På den måde understøttes et fælles hierarki og en fælles opfattelse af, hvad der er styringsrelevant i forhold til arbejdet kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb.

Der anvendes en fælles dataplatform på tværs af region, sygehuse og afdelinger som grundlag for den løbende styring og opfølgning på økonomi, aktivitet, kvalitet og servicemål på de forskellige niveauer. Rapporteringen tilpasses på sygehusniveau til lokale behov, og opleves af sygehuse og afdelinger som validt og brugervenligt. Det vurderes, at datagrundlaget understøtter arbejdet med de tre overordnede mål. Der vurderes dog fortsat at være et potentiale for udvikling af datagrundlaget, fx i forhold til gennemsigthed om kapacitetsudnyttelse på tværs af sygehuse.

Budgetoverholdelse er en central forudsætning i styringsgrundlaget. Så længe der er styr på økonomien, har sygehuse og afdelinger relativt frie rammer til at prioritere inden for eget budget. Hvis der er økonomiske udfordringer, optages ledelsen med udarbejdelse af handleplaner og opfølgningsinitiativer, som er dominerende indtil ubalancen er rettet op. Det vurderes, at den konsekvente rammestyring er en styrke, der understøtter en omkostningseffektiv drift, men som dog også potentielt kan have en negativ indflydelse på andre fokusområder (igangsættelse af ønskede projekter, interne tiltag, kurser etc.), fx i perioder med strukturel ubalance, hvor økonomiske hensyn vægtes højest. Derudover er det en risiko ved rammestyringen at der ikke tages aktivt stilling til input-siden men snarere er fokus på at maksimere og effektivisere output inden for givne rammer.

Inden for **økonomi og aktivitet** udvises på alle niveauer engagement i den løbende økonomiske styring og en detaljeret indsigt i den historiske udvikling i økonomi, aktivitet og kvalitet, om end disse typisk håndteres som særskilte størrelser. Det er en styrke, at afdelingsledelserne desuden demonstrerer god forståelse af indikatorer for udnyttelse af kapacitet og overholdelse af økonomi.

Fordeling af budgettet baseret på alle niveauer på de historiske budgetter og justeres løbende kun marginalt i forhold til rammerne i økonomiaftalen, det forventede udgiftspres i regionen og øvrige justeringer som følge af fx spareplaner. Omfordeling af ressourcer mellem sygehuse sker primært som følge af større politiske omstruktureringer. Herudover kan der både på regions- og sygehusniveau være marginale ændringer som følge af fx benchmarkanalyser på specifikke områder eller inden for udvalgte specialer, som gennemføres ved behov for at skabe prioriteringsrum. Det vurderes derfor, at der i budgetlægningen ikke i fuldt omfang er systematisk stillingtagen til omkostningseffektivitet.

Regionen har ikke siden 2017 udmøntet aktivitetsbudget eller produktivitetskrav på sygehus- og afdelingsniveau. Udviklingen i aktivitet følges dog tæt på regions- og sygehusniveau, fx via lokale vejledende baselines. Regionen påtager sig den finansielle risiko ved manglende overholdelse af aktivitets- og produktivitetskrav fra staten. Det vurderes, at tilgangen øger personalets motivation til at reducere spild og tænke mere på tværs, hvilket kan være fremmende for tiltag, som understøtter såvel kvalitet, sammenhængende patientforløb og omkostningseffektivt. Det har dog på grundlag af regionens foreløbige evalueringer ikke været muligt at dokumentere dette.

På de deltagende sygehuse i denne analyse har afdelingerne kun begrænsede muligheder for overførsel mellem årene, hvilket i nogen grad er et resultat af sygehusenes økonomiske situation eller på grund af budgetloven. Det kan betyde, at der er et potentielt uhensigtsmæssigt incitament til at forbruge et eventuelt overskud ved årets afslutning eller undlade at igangsætte nye effektiviseringstiltag. Der er dog ikke i kortlægningen identificeret konkrete eksempler herpå. Det opleves på sygehusniveau, at et vist rum for overførsel på afdelingsniveau styrker motivationen til at gennemføre tiltag, der øger omkostningseffektivitet, kvalitet og sammenhæng i patientforløb.

På regionalt niveau drives **effektiviseringer** primært som rammesættende tiltag, fx i form af krav til effektivisering ved sygehusbyggerier (6-8 pct.), krav til kapacitetsudnyttelse inden indkøb af nyt dyrt udstyr, rammebesparelser på indkøb og krav til budgetoverholdelse. Ved større spareplaner identificeres råderum bl.a. gennem benchmarking af sygehuse og afdelinger. Sygehusene har relativt

frie rammer til at gennemføre effektiviseringstiltag inden for givne rammer. Det betyder, at effektiviseringstiltag på sygehus- og afdelingsniveau drives som en kombination af krav om håndtering af øget efterspørgsel inden for den økonomiske ramme, samt ønsket om faglig udvikling (patienten i centrum). Konsekvensen, hvis efterspørgslen ændrer sig, er dog ukendt. Dette medfører en risiko hvorfor vi vurderer, at den nuværende økonomi- og aktivitetsstyring ikke fuldt ud understøtter et kontinuerlig effektiviseringsfokus uanset efterspørgselspres.

Der er flere eksempler på økonomiske incitamentter på sygehus- og afdelingsniveau, som vurderes at understøtte et styrket fokus på at realisere effektiviseringer. Fx har man på regionsniveau valgt at decentralisere det økonomiske ansvar for behandling på privathospitaler til sygehusene, som har flyttet ansvaret videre ud på afdelingerne, hvilket vurderes at øge incitamentet til fokusere på udnyttelsen af egen kapacitet.

Tilsvarende er der eksempler på lokale værktøjer og metoder som eksempelvis tavlemøder, it-værktøjer og forbedringsmodeller, der understøtter kvalitet samt omkostningseffektive og sammenhængende patientforløb internt på sygehuset. Graden heraf varierer dog på tværs af sygehusene, og vurderes i højere grad at være personbåret på afdelingsniveau eller understøttet på sygehusniveau end systematisk understøttet fra regionalt niveau.

Det tværgående samarbejde mellem sektorer er kendetegnet ved, at sygehuse og afdelinger har mange projekter og samarbejdsflader til kommuner og almen praksis, ligesom der også er eksempler på tværsektorielle tiltag drevet fra regionen. Regionen har arbejdet målrettet på tværs af sektorer har eks. arbejdet med at "flytte" KOL og diabetespatienter fra hospitaler til almen praksis. Region Midtjylland har endvidere flyttet hospitalsrekvirerede blodprøver fra almen praksis til hospitalerne. Det vurderes, at det tværsektorielle samarbejde er udfordret af organisatoriske, økonomiske og lovgivningsmæssige barrierer mellem regioner, kommuner og almen praksis, fx i forhold til variation i de kommunale tilbud samt i forhold til deling af data. Fx er der på regions- og sygehusniveau detaljeret viden om henvisningsmønstre fra almen praksis, som kan anvendes i en dialog med de praktiserende læger, men sygehusene har ikke mulighed for direkte at "styre" den enkelte læges visitationspraksis.

Barriererne betyder, at samarbejdet på tværs af sektorer i den nuværende styring til en vis grad er kendetegnet ved manglende gennemsigtighed i sammenhænge mellem omkostninger, kvalitet og aktivitet på tværs af sektorer. Det vurderes derfor, at behandlingen ikke nødvendigvis foretages i den sektor, hvor det kan gøres mest effektivt, ligesom det kan være en barriere for at skabe sammenhæng i patientforløb. Der er i regionen igangsat forsøg og projekter, der skal adressere udfordringerne (fx projekt i Horsens med samkøring af tværsektorielle data), men resultater og effekt heraf er endnu ikke kendte.

På sygehus- og afdelingsniveau er der generelt en positiv **opfattelse** af regionens overordnede styring. Budgetoverholdelse er grundlaget for effektiv styring, men økonomi, aktivitet og produktivitet vurderes ikke som overstyrede sammenlignet med fx fokus på kvalitet og patientrettigheder. Der opleves til tider en manglende overensstemmelse mellem forventninger og ressourcer, fx afledt af krav til overholdelse af patientrettigheder. Det vurderes, at den – i hovedtræk – fælles opfattelse af de styringsrelevante mål understøtter de tre overordnede mål.

Sygehuse og afdelinger har i flere år oplevet en vækst i efterspørgslen, som er markant større end 2%. De giver derfor udtryk for, at produktivitetskravet de seneste år ikke i sig selv har haft nogen reel styringsmæssig betydning, hvorfor suspensionen fra 2018 ikke vurderes at påvirke styringen signifikant. Det er dog fremmede for motivationen hos personalet, at kravet er suspenderet, hvilket i sig selv vurderes at understøtte arbejdet med at identificere og igangsætte forbedringstiltag med fokus

på kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivt (fx reduktion af spild som unødige indlæggelser, prøvesvar og ambulante besøg). Det forudsætter dog, at sygehusets og afdelingernes øvrige styringsmæssige rammer og værktøjer, herunder dialog og kultur, understøtter den medarbejderdrevne innovation.

5.6 Region Nordjylland

Centrale observationer for Region Nordjylland er sammenfattet i Boks 43, og den samlede vurdering for regionen følger nedenfor.

Boks 43

Centrale observationer – Region Nordjylland

- Region Nordjylland har et fælles målhierarki bl.a. omfattende de nationale mål, som anvendes gennem styringskæden, og som vurderes at bidrage til en fælles opfattelse af, hvad der er styringsrelevant i forhold til at understøtte kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb
- Styringen understøttes delvist af et fælles datagrundlag på tværs af styringskæden. Der er en regional database, som rummer en stor portefølje af data, men hvor det kan være en udfordring på afdelingsniveau at finde og afgrænse de styringsrelevante indikatorer for afdelingen i systemet
- Overholdelse af økonomiske rammer er en forudsætning for, at man på sygehus- og afdelingsniveau har frihed til styrket fokus på andre områder (igangsættelse af ønskede projekter, interne tiltag, kurser etc.). Budgetterne er historisk baserede og justeres kun marginalt ift. rammerne i økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen. Regionen har fokus på at ramme ”nul” i forhold til budgetteret forbrug grundet begrænsede overførselsmuligheder mellem årene. Det betyder, at der er incitament til at forbruge et eventuelt overskud før årets afslutning, fx til investeringer i udstyr og lign.
- Regionen har indtil 2017 udmøntet et aktivitetsbudget på sygehus- og afdelingsniveau, og har anvendt sanktioner ved manglende opfyldelse. Der har været afregnet med 40% af DRG-værdien ved manglende opfyldelse. Målet har fra regionens side været opgjort på hospitalsniveau og det har så været op til hospitalet at vurdere konsekvenser for afdelingerne. Regionen har fra 2018 afskaffet brugen af aktivitetsbudget og aktivitetsfinansiering på sygehus- og afdelingsniveau
- Effektiviseringer er drevet dels af øget efterspørgsel kombineret med lægemangel, og dels af faglige og patientrettede hensyn. Mål og indsatsområder koordineres i dialog mellem region og sygehuse, men den operationelle eksekvering er ofte personbåret på klinik- og afdelingsniveau. Regionen understøtter med værktøjer, kompetencer og incitamenter. Regionen har etableret en BI- og en Forbedringsenhed som har til opgave, at stille data og kompetencer til rådighed anvendes. Desuden er der netop sikret et systematisk incitament ved, at hospitalerne måles på deres evne til at efterkomme den store efterspørgsel og derudover ved, at gøre dem økonomisk ansvarlige hvis det ikke lykkedes gennem decentraliseringen af samhandelsbudgettet.
- Samarbejdet mellem sektorer er præget af lovgivningsmæssige barrierer samt af forskellige opfattelser af opgaveplacering og finansiering af initiativer. Konkrete tiltag er typisk drevet i en kombination af faglig udvikling, patienthensyn, lægemangel i almen praksis og øget efterspørgsel på sygehusbehandling.

Styringsgrundlaget i Region Nordjylland er baseret på et målhierarki med tre typer af mål: politiske mål, regionale mål og driftsmål. De politiske mål rummer centrale elementer af de nationale mål (herunder økonomi, udredning og behandling, kræftpakker), og er gældende for hele regionen.

Regionens målhierarki og tilhørende indikatorer for patientrettigheder, økonomi og aktivitet mv. er gennemgående i styringskæden mellem region, sygehuse og afdelinger. Det vurderes at være en styrke, at målene suppleres lokalt med egne driftsmål på sygehus- og afdelingsniveau.

Styringen efter kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb understøttes delvist af en regional databank (KoncernInfo), som godt nok rummer en stor portefølje af data, der vurderes som valide og kan tilgås på alle niveauer, men hvor det kan være en udfordring på afdelingsniveau at finde og afgrænse de styringsrelevante indikatorer for afdelingen i systemet. På sygehus- og afdelingsniveau er derfor udviklet egne excel-baserede værktøjer og rapporter.

Budgetoverholdelse er en central forudsætning i styringsgrundlaget. Så længe der er styr på økonomien, har sygehuse og afdelinger relativt frie rammer til at prioritere inden for eget budget. Men hvis der er økonomiske udfordringer, optages ledelsen med udarbejdelse af handleplaner og opfølgingsinitiativer, som er dominerende indtil ubalancen er rettet op. Den konsekvente rammestyring er en styrke, som understøtter en omkostningseffektiv drift, men som kan have en negativ indflydelse på andre fokusområder (igangsættelse af ønskede projekter, interne tiltag, kurser etc.), fx i perioder med en strukturel ubalance i en afdelings økonomi.

Inden for **økonomi og aktivitet** udvises på alle niveauer engagement i den løbende økonomiske styring, og det vurderes som værende en styrke, at afdelingsledelserne demonstrerer god forståelse af indikatorer for eksempelvis udnyttelse af kapacitet og overholdelse af økonomi.

Budgetlægningen tager på både regions- og sygehusniveau udgangspunkt i sidste års budget, justeret for ændringer som følge af rammerne i økonomiaftalen, forventet udgiftspres i regionen og politiske prioriteringer. På regionsniveau baseres eventuelle omprioriteringer mellem sygehusene på overordnede parametre som budgetoverholdelse samt opfyldelse af de politiske mål. På sygehus- og klinik/afdelingsniveau sker større omprioriteringer typisk i forbindelse med eventuelle interne spareplaner, som baseres på indhentede bidrag fra klinikker/afdelinger samt ledelsesmæssige vurderinger heraf. Hverken regionen eller sygehusene har etableret fastforankrede systematiske mekanismer, der kan danne grundlag for omfordeling af budgetter mellem sygehuse og mellem afdelinger. Det betyder, at der kun i mindre grad er systematisk stillingtagen til omkostningseffektivitet uagtet den økonomiske situation.

Regionen har indtil 2017 udmøntet et aktivitetsbudget på sygehus- og afdelingsniveau, og har anvendt sanktioner ved manglende opfyldelse. Der har været afregnet med 40% af DRG-værdien ved manglende opfyldelse. Målet har fra regionens side været opgjort på hospitalsniveau og det har så været op til hospitalet at vurdere konsekvenser for afdelingerne. Regionen har fra 2018 afskaffet brugen af aktivitetsbudget og aktivitetsfinansiering på sygehus- og afdelingsniveau. Det vurderes, at det styringsmæssige skifte til fokus på patienten i centrum kan øge personalets motivation til at reducere spild og tænke på tværs af afdelinger og sektorer, hvilket kan være fremmende for såvel kvalitet, sammenhængende patientforløb og omkostningseffektivitet.

På det deltagende sygehus i denne analyse har klinikker og afdelinger kun begrænsede muligheder for overførsel mellem årene, hvilket i nogen grad er et resultat af sygehusenes økonomiske situation eller på grund af budgetloven. Det kan betyde, at der er et potentielt uhensigtsmæssigt incitament til at ”ramme i nul” og forbruge et eventuelt overskud ved årets afslutning eller undlade at igangsætte nye effektiviseringstiltag. Det opleves på sygehusniveau, at et vist rum for overførsel på afdelingsniveau kan styrke motivationen til at gennemføre tiltag, der øger omkostningseffektivitet, kvalitet og sammenhæng i patientforløb.

Sammenlignet med andre regioner er der i Region Nordjylland et tættere samarbejde mellem region og sygehuse om at identificere og drive **effektiviseringer**, bl.a. grundet antal sygehuse (2) og fælles udfordringer med lægemangel. Fx har både region og sygehuse i 2018 et fælles mål om at reducere de ambulante aktiviteter med 10 pct., ligesom mødefrekvensen mellem sygehusledelser og regionsdirektion er hyppig (ugentlig). Fra regionalt niveau stilles værktøjer til rådighed i form af data og en udgående forbedringsenhed, som kan rekvireres ved ønske fra sygehuse og afdelinger. Det tættere samarbejde mellem enheder vurderes, at der fra regionalt niveau er grundlag for en større gennemsigtighed i sygehusenes omkostningseffektivitet og forbedringspotentialer.

På sygehus- og afdelingsniveau drives effektiviseringer af øget efterspørgsel og ønsket om faglig udvikling (patienten i centrum) inden for den økonomiske ramme. Det er omvendt ikke klart, hvad konsekvensen vil være, hvis efterspørgslen ændrer sig, ligesom efterspørgselseffekten fra fx pakkeforløb må antages væsentligt forskelligt fra afdeling til afdeling. Den nuværende økonomi- og aktivitetsstyring vurderes derfor ikke fuldt ud at understøtte et kontinuerlig effektiviseringsfokus uanset efterspørgselspres.

Der er flere eksempler på økonomiske incitamenter på sygehus- og afdelingsniveau, som understøtter et fokus på at realisere effektiviseringer. Fx er budgetansvaret for behandling for udenregionale patienter decentraliseret til klinik- og afdelingsniveau.

Lokalt på klinik- og afdelingsniveau arbejdes med forskellige metodiske tilgange, klinisk prioritering gennem standardisering af patientforløb, interventionsrunder, der understøtter kvalitet samt omkostningseffektive og sammenhængende patientforløb internt på sygehuset. På klinik- og afdelingsniveau er identifikation og gennemførelse af tiltag dog primært personbåret. Regionen understøtter med værktøjer, kompetencer og incitamenter. Regionen har etableret en BI- og en Forbedringsenhed som har til opgave, at stille data og kompetencer til rådighed anvendes. Det er vores vurdering af enhederne kun bruges i begrænset omfang ifm. effektiviseringsarbejde. Det kan betyde, at de ønskede effekter ikke fuldt ud realiseres.

Det **tværgående samarbejde mellem sektorer** er kendetegnet ved, at sygehuse og afdelinger har mange projekter og samarbejdsflader til kommuner og almen praksis, ligesom der også er eksempler på tværsektorielle tiltag drevet fra regionen. Tiltagene vurderes som primært projektbaserede og typisk drevet af faglig udvikling, lægemangel i almen praksis og manglende kapacitet på sygehusene på et givent område, snarere end strategiske samarbejder om eksempelvis opgaveflytning. Det vurderes derfor, at behandlingen ikke nødvendigvis foretages i den sektor, hvor det kan gøres mest effektivt, ligesom det kan være en barriere for at skabe sammenhæng i patientforløb.

Det vurderes i forlængelse heraf, at det tværsektorielle samarbejde er udfordret af organisatoriske, økonomiske og lovgivningsmæssige barrierer mellem regioner, kommuner og almen praksis, fx i forhold til variation i de kommunale tilbud samt i forhold til deling af data. Barriererne betyder, at samarbejdet på tværs af sektorer i den nuværende styring til en vis grad er kendetegnet ved manglende gennemsigtighed i sammenhænge mellem omkostninger, kvalitet og aktivitet på tværs af sektorer. Der er dog eksempler på tværsektorielle projekter drevet af regionen, bl.a. med fokus på at opgøre og synliggøre omkostninger og de fælles økonomiske udfordringer for de ”tunge” patientgrupper på tværs af sektorer.

På sygehus- og afdelingsniveau er der generelt en positiv **opfattelse** af regionens overordnede styring. Budgetoverholdelse er en grundlæggende forudsætning på alle niveauer, men økonomi og aktivitet vurderes generelt ikke som overstyrende. Der er dog på sygehus- og afdelingsniveau en opfattelse af manglende sammenhæng mellem ressourcer og politiske forventninger, ligesom der – på trods af gode

intentioner i patientrettigheder – savnes et større fokus på den reelle faglige kvalitet for patienten frem for procesmål om fx ventetid.

Sygehuse og afdelinger har i flere år oplevet en vækst i efterspørgslen, som er markant større end 2%. De giver derfor udtryk for, at produktivitetskravet de seneste år ikke i sig selv har haft nogen reel styringsmæssig betydning, hvorfor suspensionen fra 2018 ikke vurderes at påvirke styringen signifikant. Det vurderes dog som fremmende for motivationen hos personalet, at kravet er suspenderet, hvilket i sig selv kan understøtte personalets engagement i forhold til at identificere og igangsætte forbedringstiltag med patienten i centrum, fx gennem reduktion af spild som unødige indlæggelser, prøvesvar og ambulante besøg. Dette forudsætter dog, at sygehusets og afdelingernes øvrige styringsmæssige rammer og værktøjer understøtter den medarbejderdrevne innovation.

6 Tværgående vurdering

I dette kapitel vurderes styrker og svagheder overordnet ved den regionale styring af sygehusene i forhold til de tre overordnede mål for sundhedsvæsenet om kvalitet, omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb. Vurderingen baseres på de centrale observationer fra kortlægningen og vurderingen af de enkelte regioner (jf. kapitel 5).

Det bemærkes, at vurderingen af styrker og svagheder er baseret på afholdte interviews og gennemgang af rekvireret materiale fra regioner og udvalgte sygehuse. Det har således ikke har været muligt at tale med alle sygehuse eller med alle afdelinger på de deltagende sygehuse.

6.1 Kvalitet

Den tværgående vurdering af styringselementer i den regionale styring, der påvirker arbejdet med kvalitet, kan opsummeres i følgende temaer:

- **Overordnet styring af kvalitet.** Det vurderes, at målsætningen om kvalitet generelt er understøttet af styringsdokumenter, visioner og målbilleder mv., der sætter retningen og rammerne for sygehusenes styring. I alle regioner indgår de nationale mål for sundhedsvæsenet, ligesom der i alle regioner arbejdes med styring efter faglige mål, patientrettigheder og mål for den patientoplevede kvalitet, som på sygehusniveau nedbrydes og suppleres med lokale og mere driftsnære mål. Det er på den baggrund vurderingen, at der generelt i regionerne er en fælles opfattelse af, hvad der er styringsrelevant. Der er dog også eksempler på afdelinger, hvor der opleves manglende gennemsigtighed i strategien fra region til sygehus og afdelinger, hvilket kan medføre uklarhed i forhold til beslutninger om prioritering og omfordeling.
- **Datagrundlag.** Det er vurderingen, at regionerne – på trods af forskellige systemer og platforme – er kommet langt med udviklingen af et fælles datagrundlag for region og sygehuse. Fx anvendes internt i Region Midtjylland og Region Sjælland den samme platform konsekvent på alle niveauer. Der er imidlertid også eksempler på, at data ikke opleves tilstrækkeligt valide og tidstro for det kliniske behov, ligesom der er eksempler på manglende brugervenlighed i rapporteringsfunktioner, hvilket nogle steder leder til udvikling af lokale datakilder for ledelsesinformation. Det betyder, at der på sygehus- og afdelingsniveau bruges tid og ressourcer på at udvikle egen ledelsesinformation og sikre validitet i data, ligesom det skaber uigennemsigthed i styringsgrundlaget og skaber barrierer for arbejdet med kvalitet og de øvrige delmål.
- **Aktivetsfrisættelse.** Det vurderes, at det styringsmæssige skifte i retning af frisættelse fra aktivitetsstyring opleves som motiverende for det sundhedsfagliges personales arbejde med forbedringstiltag. Det kliniske niveau oplever aktivitetsafregning som demotiverende og en barriere i arbejdet med bedre kvalitet og sammenhæng for patienten på sygehus- og afdelingsniveau, fx i forbindelse med omlægning af patientforløb. Der kan imidlertid (endnu) ikke dokumenteres effekter, der kan henføres til frisættelse og ”værdi for patienten”, og realiserede forbedringer tilskrives primært tydelige ledelse med eksekveringsfokus samt en klar og sammenhængende strategi vertikalt gennem styringskæden, når finansieringen ikke stiller krav om mekanisk fokus på aktivitet. Samlet tegnes et billede af ledelse som et centralt element, der skal sikre kontinuerligt fokus på arbejdet med kvalitet (samt omkostningseffektivitet og sammenhængende patientforløb), jf. nedenfor.

- **Barrierer.** Det er vurderingen, at arbejdet med kvalitet på tværs af sektorer er præget af økonomiske, lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer, fx i forhold til opgaveplacering og deling af data. Der er i regionerne igangsat en række forsøg, projekter og styringsmæssige tiltag (eksempelvis model for populationsansvar i Region Syddanmark og kortlægning af samlede patientforløbsomkostninger i Region Nordjylland), der skal adressere udfordringerne, men resultater og effekt heraf er endnu ikke kendte.

6.2 Omkostningseffektivitet

Den tværgående vurdering af styringselementer i den regionale styring, der påvirker arbejdet med omkostningseffektivitet, kan opsummeres i følgende temaer:

- **Overordnet styring af omkostningseffektivitet.** Det vurderes, at der i styringen er mange elementer der understøtter målsætningen om omkostningseffektivitet, mens styringens indretning på nogle områder omvendt ikke nødvendigvis understøtter samlet omkostningseffektivitet. Målsætningen om omkostningseffektivitet understøttes af en kombination af konsekvent rammestyring¹⁹ med stærkt fokus på budgetoverholdelse og patientrettigheder, en stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse og ønsket om frirum til faglig udvikling på sygehus- og afdelingsniveau. Det betyder, at der på sygehuse og afdelinger er et løbende behov for at identificere og frigøre prioriteringsrum. Omvendt er det ikke klart, om effektiviseringer fortsat vil drives aktivt, hvis efterspørgselspresset eller patientrettigheder skulle ændre sig, såvel som potentialet for realisering af effektiviseringsgevinster må antages at være forskellig mellem afdelinger.
- **Rammestyring.** Det vurderes, at den konsekvente rammestyring har bidraget til et stærkt fokus på budgetoverholdelse på alle niveauer. Det vurderes dog samtidig, at det er en problematik ved den nuværende rammestyring, at der ikke tages aktivt stilling til ressourcensiden, men snarere er fokus på at maksimere og effektivisere output inden for givne rammer. Det er således en svaghed, at der ikke i regionernes nuværende økonomi- og aktivitetsstyring er særlige mekanismer (foruden målrettede nedslag), der fuldt ud sikrer et kontinuerlig effektiviseringsfokus uanset rettigheder og efterspørgselspres mellem afdelinger.
- **Aktivitetsfrisættelse.** Det vurderes, at de fortsatte krav til overholdelse af udredningsret, behandlingsgaranti og kræftpakker i samspil med en stigende efterspørgsel betyder, at flere regioner (fx Region Midtjylland og Region Sjælland) har kunnet indføre nye styringsmodeller med frisættelse fra aktivitetsstyring uden at opleve en reel risiko for at ikke at kunne overholde de statslige aktivitets- og produktivitetskrav. Kombineret med den løbende reduktion af den statslige aktivitetspulje og justeringen af den kommunale medfinansiering har det betydet, at barriererne for at igangsætte omkostningseffektive, aktivitetsdæmpende tiltag er mindre nu, end hvis de skulle have været indført i tidligere år.
- **Effektiviseringsfremme.** Det er observeret, at regionerne har forskellige strategier for at fremme en omkostningseffektiv drift på sygehuse, men at effektiviseringsinitiativer typisk drives decentralt med afsæt i behovet om budgetoverholdelse. Nogle regioner (fx Region Sjælland og Region Nordjylland) har et tættere samarbejde mellem region og sygehuse om at drive effektiviseringer, mens andre regioner (fx Region Syddanmark) helt eller delvist har decentraliseret ansvaret til sygehuse og afdelinger. I nogle regioner sættes der centrale effektiviseringsagendaer (fx Region Hovedstaden) i form af benchmarkanalyser, normeringsanalyser mv. Eksempler herpå er dog hovedsageligt – men ikke kun – i forbindelse med større spareplaner. Det vurderes, at både den mere centrale og decentrale tilgang har

¹⁹ Nogle regioner anvender fortsat takststyring, men effektivt opleves ikke reelle sanktioner i forbindelse med takststyringen

styrker og svagheder, men styrken afhænger i høj grad af, om afdelingsledelserne i begge tilfælde understøttes med ledelse, styringsværktøjer, kompetencer og incitamenter fra regionen og evt. sygehusledelsen – uagtet om der anlægges en central eller decentral tilgang. Der er en række gode eksempler herpå (fx tavlemøder, uddannelse, it-værktøjer osv.), men omfang, karakter og effekt heraf varierer på tværs af regionerne.

- **Ledelse og implementeringskraft.** Ledelse og implementeringskraft på tværs af styringskæden spiller en stor rolle ift. at identificere og realisere effektiviseringsinitiativer. Især lokalt på sygehuse og afdelinger opleves der store forskelle i den ledelsesmæssige tilgang og gennemslagskraft, hvilket vurderes at have indflydelse på mængden af nye initiativer, som føres ud i livet. Dertil kommer, at centralt (regionalt og på sygehusniveau) ledelsesmæssigt fokus på struktureret implementering af innovative behandlingsformer, it-systemer mv. er afgørende for, om der høstes reelle gevinster.
- **Datagrundlag.** Det vurderes som en styrke, at der i alle regioner er etableret et datagrundlag i form af fælles ledelsesinformationssystemer, hvor man på alle niveauer kan følge med i udviklingen i kvalitet og økonomi på aggregeret og mere detaljeret plan. Det vurderes dog i nogle regioner (Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Nordjylland) som en svaghed, at der på afdelingsniveau opleves (midlertidigt) behov for særskilt databehandling for at dække det lokale behov for ledelsesinformation, ligesom der opleves forsinkelser i aktivitets- og kvalitetsdata. Det betyder, at der opleves ”slør” og uigennemsigthed i styringen. Derudover anvendes datagrundlaget primært kontaktbaseret og vertikalt i styringskæden. Dette bevirker, at man i mindre grad forholder sig til forløb, som går på tværs af sygehuse og afdelinger, samt at der generelt ikke styres løbende efter kapacitetsbelastning på tværs af sygehuse. Sidstnævnte er der dog nogle eksempler på, fx den centrale henvisningsenhed i Region Sjælland og fælles visitation inden for udvalgte specialer på de østjyske sygehuse i Randers, Aarhus og Horsens.
- **Budgettering.** Det er et fællestræk på tværs af regionerne, at budgetterne er historisk baserede og primært justeres ift. rammerne i økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen samt beslutninger om udvidelser, flytninger mellem sygehuse mv. Omfordelinger foretages således primært med udgangspunkt i nationale eller regionale retningslinjer samt baseret på ledelsesmæssige vurderinger og politiske prioriteringer. Formålet med ikke at lave større budgetomlægninger er at sikre økonomisk stabilitet på afdelingsniveau, og som følge heraf bl.a. fostre arbejdet med effektiviseringer. Dette betyder, at der i mindre omfang er skabt økonomisk transparens og et grundlag for løbende omprioriteringer baseret på faktisk sammenhæng mellem ressourcer og behandlingsaktivitet, herunder stillingtagen til de grundlæggende budgetforudsætninger (patientsammensætning, behandlingsformer og personalesammensætning). Det kommer eksempelvis til udtryk ved, at omprioritering af personale- og lønomkostninger ofte ikke betragtes som en reel mulighed.
- **Barrierer.** Det vurderes som en generel svaghed i styringen af det samlede sundhedsvæsen, at effektiviseringstiltag på tværs af sektorer er præget af økonomiske, organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer, der medfører en optimering inden for egne sektorielle rammer. Det betyder, at behandlingen ikke nødvendigvis foretages i den sektor, hvor det kan gøres mest omkostningseffektivt, ligesom det kan være en barriere for at skabe sammenhængende patientforløb, sikre effektiv arbejdsdeling, eller identificere de borgere der på tværs af sektorer har det største behov.

6.3 Sammenhængende patientforløb

Den tværgående vurdering af styringselementer i den regionale styring, der påvirker arbejdet med sammenhængende patientforløb, kan opsummeres i følgende temaer:

- **Overordnet styring af sammenhængende patientforløb.** Det vurderes, at der både fra nationalt og regionalt hold i stigende grad er et styringsmæssigt fokus på målsætningen om sammenhængende patientforløb. Der er således på både regions-, sygehus- og afdelingsniveau en række eksempler på tiltag og initiativer, der har til formål at sikre mere sammenhængende patientforløb til gavn for patienterne. Det gælder eksempelvis forsøg med modeller for populationsansvar (Region Syddanmark og Region Midtjylland), nye samarbejdsformer med kommuner og almen praksis (fx Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden) og regionale projekter om telemedicin. Det er dog et fællestræk, at konkrete initiativer på sygehus- og afdelingsniveau typisk er projektbaserede og i mindre grad udtryk for systematiske, økonomiske eller strategiske overvejelser om opgaveplacering, jf. nedenstående afsnit om barrierer. Dette vurderes som en svaghed i styringen.
- **Tværgående samarbejde.** Det har igennem kortlægningen ikke været muligt at identificere systematiske mekanismer – ud over sundhedsaftalerne – som understøtter arbejdet med sammenhængende patientforløb på tværs af alle sygehuse og kommuner i regionerne. Det er vurderingen, at sygehuse, praksis og kommuner i overvejende grad optimerer inden for egne rammer i forhold til kvalitet og omkostningseffektivitet. Herunder oplever regionerne, at det er vanskeligt, at etablere standardiserede løsninger for samarbejdet med kommunerne grundet forskellige tilgange og organiseringer af sundhedsopgaven.
- **Barrierer.** Der er som led i analysen påpeget en række økonomiske, organisatoriske og lovgivningsmæssige forhold, som opleves som barrierer for at skabe mere sammenhængende patientforløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Det glæder eksempelvis lovgivningen om datadeling på tværs af sektorer, som er en barriere for at etablere et systematisk styringsgrundlag, som kan understøtte arbejdet med sammenhæng og omkostningseffektivitet på tværs af sektorer. Andre barrierer er mangel på fællesfinansiering af tværsektorielle løsninger (fx telemedicin, fælles personale) samt forskellige rammer og muligheder for udskrivning af patienter fra sygehusene til kommunerne.

6.4 Potentielle områder for forbedring

Der er i vurderingsafsnittet beskrevet en række styrker og svagheder ved den nuværende regionale styring. I nærværende afsnit opsummeres en række mulige forbedringspunkter til den fremadrettede styring.

Det bemærkes, at de potentielle forbedringspunkter er baseret på afholdte interviews og gennemgang af rekvireret materiale fra regioner og udvalgte sygehuse. Det har således ikke været muligt at tale med alle sygehuse eller med alle afdelinger på de deltagende sygehuse.

- **Bedre rammer til mere systematisk tværgående samarbejde og prioritering.** For at sikrer et bedre grundlag for samarbejde på tværs af sektorer bør der fortsat på nationalt og regionalt niveau være fokus på, hvordan rammerne for samarbejde kan forbedres. Kortlægningen har vist, at de nuværende strukturer og organisering kun i mindre grad – og ikke systematisk – understøtter prioritering mellem sektorer, herunder mere sammenhængende patientforløb og at patienter behandles ”det rigtige sted”. Hertil kommer manglende indsigt og mulighed for at dele data mellem sektorerne.
- **Review og evt. opdatering af årlige budgetforudsætninger.** Budgetterne er historisk baseret og justeres kun marginalt (udover strukturelle besparelser), hvilket skaber økonomisk stabilitet på sygehus- og afdelingsniveau. Der er således en risiko for, at budgetforudsætningerne ikke altid er tidssvarende, hvilket skaber risiko for at det økonomiske budget ikke i tilstrækkelig

hænger sammen med det forventede aktivitetsniveau. Det kunne fx være i form af tematiserede budgetanalyser med en fast tilbagevendende kadence over eksempelvis 3-5 år.

- **Øget økonomisk transparens - og bedre grundlag til løbende omprioritering.** Styringen er fokuseret på rammeoverholdelse, og et ønske om stabile budgetter, men kan styrkes ved større transparens og indsigt i ressourcetræk. Herunder fordeles ekstra midler eller besparelser ofte ud fra en fordelingsnøgle, som tager udgangspunkt i den budgetmæssige fordeling mellem sygehusene. Større transparens og indsigt i faktisk ressourceforbrug (ikke kun i økonomiske størrelser) og sammenhæng til behandlingsaktivitet, herunder budgetforudsætninger som patientsammensætning, personale og behandlingsformer, vil kunne øge kvaliteten af styringen og grundlaget for omprioritering og viden om, ”hvad får vi for pengene?”.
- **Implementering af fælles metoder og værktøjer til effektivisering.** Arbejdet med effektiviseringer på det decentrale niveau er kun delvist understøttet af regionerne og sygehusene med fælles metoder, værktøjer og support. Modenheden i brug af fælles metoder, værktøjer og support variere dog på tværs af regioner og sygehuse. Der er på dette område samtidig et væsentligt potentiale for at dele viden og sprede gode erfaringer med metoder og værktøjer på tværs af regioner og sygehuse.
- **Målbrettet rapportering.** Med afsæt i et fælles målbillede og fælles datagrundlag via BI-enheder er der i alle regioner et godt fundament for at udvikle en mere målbrettet rapportering. Der bruges fortsat flere decentrale ressourcer på at udvikle og vedligeholde lokale rapporteringsløsninger (med afsæt i det fælles datagrundlag). De eksisterende standardrapporter og datakuber er for mange svære at finde rundt i, hvorfor der bruges tid på at udvikle egne mere målrettede rapporter. Det vurderes, at udvikling af mere målrettede rapporter vil skabe mere konsistent brug af data og således kunne øge kvaliteten og omkostningseffektiviteten.
- **Datagrundlag:** Der er stor efterspørgsel efter et fælles datagrundlag særligt mellem sektorer, der kan skabe større transparens om det samlede patientforløb, og viden om behandlings- og plejeaktivitet mellem sektorerne. De nuværende lovgivningsmæssige rammer understøtter ikke et fuldstændigt fælles datagrundlag, men der kan i højere grad arbejdes systematisk med data inden for gældende lovgivning, der fx illustrerer udfordringer i overgange mellem sektorer, herunder henvisningsmønstre, genindlæggelser fra kommuner og lignende.

