

Betina Højgaard, Rasmus Trap Wolf og Mickael Bech

Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring

- En kortlægning af regionale forsøg og ordninger



Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring – En kortlægning af regionale forsøg og ordninger

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

© Foto: Lars Degnbol

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-934-2

Projekt: 11234

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Det hidtidige fokus på aktivitet i sygehusvæsenet har medvirket til at øge produktiviteten, men samtidig også i nogle tilfælde fjernet fokus fra at levere mest mulig sundhed for færrest midler. Som følge heraf er der opstået et behov for udvikling af styringsredskaber og incitamenter, der sætter fokus på kvalitet og resultater.

I økonomiaftalen for 2016 blev der således afsat udviklingsmidler til forsøg med mere værdibaseret styring, herunder afprøvning af nye styrings- og afregningsmodeller. De regionale forsøg med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring følges af en styregruppe i Danske Regioner. Styregruppen skal sætte rammer for, vurdere og designe de regionale forsøg med henblik på, at de samlet omfatter afprøvning af forskellige modeller, der sætter fokus på kvalitet og resultater. Som grundlag for dette arbejde har Danske Regioners styregruppe bedt KORA om at foretage en kortlægning og vurdering af relevante eksisterende regionale forsøg og ordninger.

Kortlægningen er gennemført i juni-august 2016. KORA ønsker at takke medarbejdere i de fem regioner, som har hjulpet med at udpege relevante indsatser og efterfølgende stillet relevant materiale og viden til rådighed og dermed muliggjort gennemførelsen af kortlægningen.

Forfatterne
December 2016

Indhold

Resumé	6
Hovedkonklusioner.....	7
1 Indledning og metode.....	10
1.1 Formål.....	11
1.2 Metode og dataindsamling.....	11
1.3 Afgrænsning.....	12
1.4 Rapportens opbygning	12
2 Regionernes anvendte styrings- og afregningsmodeller.....	13
2.1 Finansiering af regionerne	13
2.2 Aktivitetsstyring i regionerne	14
2.3 Anvendte afregningsmodeller i regionerne.....	15
2.3.1 Region Hovedstaden.....	15
2.3.2 Region Sjælland.....	16
2.3.3 Region Syddanmark	17
2.3.4 Region Midtjylland.....	19
2.3.5 Region Nordjylland	21
2.4 Sammenligning på tværs	22
2.5 Understøtter de eksisterende afregningsmodeller værdibaseret styring?.....	24
3 Erfaringer med værdibaseret styring i regionerne.....	27
3.1 Hvad er værdibaseret styring?	27
3.1.1 Michael E. Porters strategi for værdibaseret styring	27
3.1.2 Fastsættelse af resultatmål (outcome).....	28
3.1.3 Forskellen mellem aktivitetsbestemt styring og værdibaseret styring	29
3.1.4 Hvornår er der tale om værdibaseret styring?	30
3.2 Region Hovedstaden.....	30
3.2.1 Udviklingshospital Bornholm	30
3.3 Region Sjælland.....	36
3.3.1 Værdi for borgeren	36
3.3.2 Omlægning af aktivitet og fleksibel sygehusbehandling	37
3.4 Region Syddanmark	39
3.4.1 Indførelse af alternativt økonomisk styringsparadigme på Rygcenter Syddanmark.....	40
3.5 Region Midtjylland.....	41
3.5.1 Projekt "Ny styring i et patientperspektiv"	41
3.6 Region Nordjylland	45
3.6.1 Prædiktionsmodeller for hofte- og knæalloplastikker.....	45
3.7 Sammenfatning	46
3.7.1 Manglende styring i henhold til værdibaseret styring	48
3.7.2 Forbedringspotentialer for indsatserne	49

3.7.3	Værdibaseret styring er ikke et færdigudviklet styringsredskab	52
Litteratur	54
Bilag 1	Beskrivelse af indsatserne på de ni afdelinger i <i>Ny styring i et patientperspektiv</i> i Region Midtjylland	57
Bilag 2	Målbeskrivelser i "Ny styring i et patientperspektiv" i Region Midtjylland	64

Resumé

Denne rapport indeholder en kortlægning af alternative regionale styrings- og afregningsmodeller for sygehuse, som har afsæt i værdibaseret styring.

I økonomiaftalen for 2016 blev der afsat udviklingsmidler til forsøg med mere værdibaseret styring, herunder afprøvning af nye styrings- og afregningsmodeller. De regionale forsøg med at udvikle og afprøve nye *styrings- og afregningsmodeller* med afsæt i værdibaseret styring følges af en styregruppe i Danske Regioner. Styregruppen skal sætte rammer for, vurdere og designe de regionale forsøg med henblik på, at de samlet omfatter afprøvning af forskellige modeller, der sætter fokus på kvalitet og resultater. Som grundlag for dette arbejde har Danske Regioners styregruppe bedt KORA om at foretage en kortlægning af relevante eksisterende regionale forsøg og ordninger.

Formålet med kortlægningen er at

- beskrive og vurdere de regionale forsøg med nye styrings- og afregningsmodeller, der har afsæt i værdibaseret styring, som defineret af Michael E. Porter. Kortlægningen omfatter forsøg i de fem regioner, som er igangsat i de seneste år, som er besluttet at igangsætte, eller som er i planlægningsfasen med sigte på at udvikle den regionale styring af sygehusdriften
- foretage en samlet vurdering af de igangsatte forsøg og eksisterende erfaringer hermed set i forhold til projektets overordnede målsætninger om blandt andet at afprøve forskellige modeller, understøtte en udvikling i retning af værdibaseret styring og sikre nyttig og relevant viden.

Anvendt metode og dataindsamling

Regionerne har hver især varetaget udpegningen af, hvilke ordninger og forsøg der er inkluderet i kortlægningen. Kortlægningen er baseret på skriftligt materiale og oplysninger indsamlet gennem kontakt til regionerne. KORA har på grundlag af den indsamlede information og dokumentation fra regionerne foretaget en gennemgang af de enkelte forsøg og regionernes nuværende aktivitetsstyringsmodeller. På baggrund heraf er der foretaget en samlet vurdering af de igangsatte forsøg og eksisterende erfaringer. Endvidere gives der anbefalinger til tilføjelser til eller ændring af forsøgene med henblik på at understøtte en udvikling i retning af værdibaseret styring og sikre nyttig og relevant viden. I analysen tages der afsæt i værdibaseret styring, som defineret af Michael E. Porter.

Værdibaseret styring

Værdibaseret styring er en overordnet strategi for udviklingen og organiseringen af sundhedsvæsenet, introduceret af Michael E. Porter. Kernen i værdibaseret styring er, at sundhedsvæsenet i stedet for at fokusere på styring gennem opfølgning på input/aktivitet skal målrette styringen efter, om behandlingen skaber værdi for patienterne. Værdi er her defineret som de opnåede sundhedsrelaterede effekter (outcome) i forhold til omkostninger. Ved sundhedsrelaterede effekter med betydning for patienten forstås den samlede effekt af hele patientforløb og ikke (kun) effekten af enkeltelementer i behandlingsforløbet.

Det, at værdi opgøres ud fra det samlede behandlingsforløb og ikke i forhold til enkelt-aktiviteter i patientforløbet, er helt centralt i værdibaseret styring, da fokus netop er på optimering af behandlingsforløb som helhed. Hensigten med værdibaseret styring er således, at alle aktører i sundhedsvæsenet arbejder mod de samme mål (patientnære outcome), og at alle styringsredskaber understøtter dette arbejde igennem det samlede patientforløb.

Michael E. Porter samler sin strategi for værdibaseret styring i følgende seks centrale komponenter:

1. *Behandlingen skal organiseres i integrerede enheder*, hvilket betyder, at behandlingsindsatsen organiseres, i enheder eller centre, omkring den enkelte patientgruppes behov (fx et kronikerambulatorie).
2. *Resultat (outcome) og omkostninger skal opgøres for hver enkelt patient*.
3. *Samlet betaling for hele patientforløb* (også kaldet 'bundled payments') i stedet for betaling for enkeltydelser.
4. *Integreret sundhedsvæsen*, hvor aktiviteterne for en patientgruppe samles og koordineres.
5. *Udvidelse af geografisk optageområde*, så der sikres et tilstrækkeligt patientgrundlag til at opretholde kvaliteten i den leverede behandling og dermed en mere omkostningseffektiv anvendelse af ressourcerne.
6. *Opbygning af relevant it-plattform*, som gør det let for behandleren at udtrække resultater af det enkelte patientforløb og udveksle relevante data og dermed være med til at understøtte det kliniske arbejde og dermed sikre omkostningseffektiv behandling.

Hvornår er der tale om værdibaseret styring?

Ideelt kræver værdibaseret styring en sammenhængende organisatorisk, styrings- og ledelsesmæssig forankring, hvor der er fokus på behandlingsforløbet som helhed samt opfølgning på outcome af og omkostninger ved det fulde patientforløb, og hvor alle Porters seks komponenter er favnet.

I analysen af indsatserne anvendes Porters seks komponenter som en ramme for at betragte idealet om værdibaseret styring. Idealet er ikke nødvendigvis opfyldt i nogen af de enkelte indsatser, men indsatserne vurderes ud fra, om de har fokus på styring med henblik på at skabe værdi for patienten.

Hovedkonklusioner

Regionerne har udpeget i alt seks ordninger/forsøg til at indgå i kortlægningen. Der er stor spredning i indholdet og karakteren af ordningerne og forsøgene med hensyn til omfanget, og på hvilket organisatorisk niveau indsatsen foretages, samt målgruppe og fokus for indsatsen.

Manglende styring i henhold til værdibaseret styring

Indsatsernes afsæt i værdibaseret styring er generelt beskedent, og de indeholder kun i mindre grad elementer af Porters seks komponenter. Samlet set mangler der i indsatserne fokus og opfølgning på det samlede forløb og opfølgning på outcome og omkostninger. Endvidere er der generelt anlagt en bred forståelse af patientnære resultatmål (outcome). Eksempelvis anvendes måling af patienttilfredshed og -tryghed samt procesmål i form af fx opfyldelse af kræftpakkerne og udrednings- og behandlingsretten.

Anvendelse af PRO-data er et væsentligt element i udviklingen af værdibaserede styringsmodeller som tilføjelse til andre kliniske patientnære resultatmål. Der er imidlertid en manglende inklusion af PRO-data i de kortlagte indsatser. Dette kan til dels forklares med, at der er en varierende grad af erfaring med anvendelse af PRO-data mellem de forskellige kliniske specialer. De indsatser i kortlægningen, der inddrager PRO-data, benytter sig således i høj grad af, at der allerede inden for det pågældende område er tradition for at indsamle PRO-data.

Værdibaseret styring stiller væsentlig større krav til typen og omfanget af de anvendte resultatmål, end det er tilfældet ved det nuværende produktivitetsfokus. I den nuværende aktivitetsstyringsmodel kan der således anvendes det samme styringsmål – nemlig DRG-værdi – for al behandling, mens resultatmålene ved værdibaseret styring vil være patientgruppeafhængige og ikke mindst kræve fokuseret opgørelse og opfølgning af en række outcomebaserede resultatmål samt opgørelse af hele patientforløb. De i nogle af indsatserne anvendte generiske styrings- og afregningsmodeller på sygehusniveau konflikter således med kerneelementet i værdibaseret styring – nemlig at der styres efter patientnære og outcomebaserede resultater for hele patientforløb.

Forbedringspotentialer for indsatserne

Et generelt forbedringspotentiale for de igangværende indsats og indsats på tegnebrættet er, at der i indsatserne styres efter outcome, og at der foretages en løbende monitorering af outcome og omkostninger på det samlede patientforløb, samt at denne viden bliver anvendt såvel i den kliniske praksis og som ledelsesinformation. Dette vil blandt andet kræve en udbygget og mere konsekvent brug af omkostningsdata og reelle outcome-baserede effektmål, herunder PRO-data, som der løbende monitoreres. En central forudsætning for, at sygehusene/afdelingerne kan gøre dette, er selvsagt, at der er adgang til tidstro data og løbende ledelsesmæssig opfølgning på disse data. Dette kræver effektive systemer til indsamling, behandling og formidling af data.

Endvidere er der behov for en klar rammesætning for fremtiden for forsøgsafdelinger/-sygehuse. Det vil sige, at ledelsen skal være tydelig med hensyn til, hvilke sanktioner der eventuelt vil være ved manglende opnåelse af opstillede resultatmål, samt ikke mindst, at ledelsen er tydelig i forhold til, hvad der sker efter forsøgsperioden. I de af tiltagene, der er forsøgsbaserede, fremgår det umiddelbart ikke, at det fra ledelseshold er klarlagt, hvad der vil ske efter forsøget.

Foruden de mere indsatsnære forbedringspotentialer er der nogle mere overordnede rammebetingelsespotentialer i form af at sikre, at rammebetingelserne også understøtter værdibaseret styring. Rammebetingelserne for organiseringen af sundhedsvæsenet, herunder anvendelsen af adskilte budgetter for de forskellige udbydere, understøtter ikke umiddelbart en værdibaseret styring, hvor patientforløb naturligt går på tværs af sektorer. Adskilte budgetter er ikke blot en udfordring mellem udbydere og på tværs af sektorer, men er også en udfordring afdelingerne imellem på sygehusene. En forudsætning for en højere grad af koordination og opfølgning er systematisk brug af data, så der er adgang til tidstro data på tværs af sundhedsvæsenet. Der er således behov for at optimere adgangen og de analytiske værktøjer til at optimere behandlingsforløb på tværs af udbydere (fx sygehuse, praksissektorer, kommuner). Udveksling af data gør det ikke alene, og der vil være et stort behov for at udvikle analytiske værktøjer og ledelsesinformationer, som kan understøtte ledelsesmæssige beslutninger vedrørende omstillingen til værdibaseret styring.

Ligeledes er der behov for, at DRG-systemet understøtter værdibaseret styring. Opfølgning på aktivitet vil fortsat være nødvendig og ønskelig, herunder opfølgning på DRG-værdi. De traditionelle aktivitetsmål skal fortsat være nøgletal, som følges tæt, og kan i flere sammenhænge betragtes som et relevant procesmål for, at sygehuset kan følge sin egen aktivitet og produktivitet. Disse nøgletal vil imidlertid spille en mindre rolle i fremtidig budgetlægning for sygehusene, hvor incitamenterne i budgetlægningen skal understøtte fokus på værdi for patienten og omkostningsbevidsthed i forhold til hele patientforløb. Opgørelser af DRG-værdi skal samtidig nuanceres og differentieres, så denne opgørelsesenhed ikke i sig selv bliver en hæmmende faktor for omstilling af aktiviteten.

Værdibaseret styring stiller ikke blot krav om, at sygehusene og afdelingerne skal have adgang til en anden type data end de service- og procesmål, de i dag har adgang til, men også om, at

der er tale om data, som løbende kan inddrages som klinisk beslutningsstøtte. Der foreligger i denne sammenhæng et udviklingsarbejde med hensyn til at få adapteret Porters model til en dansk kontekst, herunder ikke mindst, hvordan værdi skal opgøres i de enkelte behandlingsforløb og inden for hvilken tidshorisont.

Værdibaseret styring er ikke et færdigudviklet styringsredskab

Michael E. Porter har opstillet en organisatorisk rammesætning for værdibaseret styring, der beskriver idealbilledet for værdibaseret styring, herunder hvilke centrale komponenter der indgår i værdibaseret styring. Der findes imidlertid ikke en "masterplan" for, hvordan værdibaseret styring realiseres. Også internationalt er der kun foretaget mindre forsøg og afgrænsede implementeringer af værdibaseret styring. Der er herved ikke tale om et færdigt "koncept", der blot kan implementeres.

Udfordringerne ved at implementere værdibaserede styringsmodeller skal således ikke undervurderes. Hvilket resultatene af denne kortlægning også afspejler. Dette skal imidlertid ikke opfattes som en undskyldning for ikke at gøre forsøg med værdibaseret styring i fremtiden, men snarere en anerkendelse af, at tankerne skal omsættes og udvikles. I praksis betyder det, at vi stadig befinder os i "laboratoriet", hvor det skal undersøges, hvordan værdibaseret styring bedst lader sig operationalisere.

For i fremtiden at kunne få en øget indsigt i potentialet for værdibaseret styring er det vigtigt, at der fokuseres på kerneelementerne i værdibaseret styring, nemlig at omdrejningspunktet for indsatsen er, at der reelt styres efter værdi af behandlingen, opgjort som værdi for patienten sammenholdt med omkostningerne. Det vil sige, at der løbende foretages monitorering af resultatmål (outcome) og omkostning, og at dette bliver omsat til klinisk praksis både for den enkelte patient og for patientgruppen.

1 Indledning og metode

Den nuværende styringsmodel i sundhedsvæsenet består af en række instrumenter, herunder fx aftalesystemer, økonomiske incitamenter og kliniske styringsinstrumenter (akkreditering, nationale kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer). Fælles for instrumenterne er, at de alle har til formål at understøtte en hensigtsmæssig udvikling af sundhedsvæsenet (1).

Siden indførelsen af den statslige aktivitetspulje for honorering af meraktivitet på sygehusområdet i 2002 har der i styringen af sundhedsvæsenet været en høj grad af fokus på at øge aktivitet og produktivitet. Indførelsen af den kommunale medfinansiering i forbindelse med strukturreformen i 2007 kan ligeledes opfattes som en aktivitetsregulerende ordning. Formålet med indførelsen af den statslige aktivitetspulje var at give sygehusene incitament til at øge behandlingskapaciteten og nedbringe ventelisterne (2). Et mål, der i vid udstrækning er nået. Formålet med kommunal medfinansiering var at tilskynde kommunerne til at implementere tiltag, som kunne nedbringe borgernes behov for at modtage ydelser i sundhedsvæsenet.

Alle styringsmodeller har imidlertid udfordringer, hvilket den nuværende også har. Udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet pegede i sin rapport fra 2013 på, at de overordnede udfordringer ved den nuværende styringsmodel for regionernes styring af sygehuse og afdelinger er: 1) at der ikke er nok styringsmæssigt fokus på kvalitet, 2) at der ikke er tilstrækkeligt fokus på sikring af sammenhængende patientforløb internt i sektorerne eller på tværs af sektorgrænser, og 3) at udmøntningen af den overordnede model har medført et for entydigt fokus på aktivitet, uden at der har været tilstrækkeligt fokus på, om aktiviteten var den "rigtige" – altså om aktiviteten reelt har været omkostningseffektiv og bidraget til at forbedre befolkningens sundhedstilstand (side 10 i (1)). Udvalget anbefalede på denne baggrund blandt andet, at den aktivitetsbaserede finansiering af regionerne blev indrettet på en måde, så den relevante aktivitet i højere grad honoreres, så der ikke skabes et uhensigtsmæssigt aktivitetspres. Det vil sige en mere moderne aktivitetsfinansiering, der ikke alene har fokus på mere aktivitet (side 19-20 i (1)). Udvalget anbefalede i denne sammenhæng seks konkrete ændringer, hvoraf fem efterfølgende er eller er ved at blive realiseret.¹ Samtidig fastslog udvalget, at der, uanset hvordan den samlede styringsmodel udformes, altid vil kunne opstilles eksempler på tilsyneladende uhensigtsmæssige eller modstridende incitamenter, og at det derfor er vigtigt at være bevidst om, hvad alternativet er (side 9-10 i (1)).

Igennem de senere år er der kommet øget fokus på i højere grad at inkludere kvalitet og resultater og en afregning, der understøtter dette, i de anvendte styringsmodeller i sundhedsvæsenet. Som følge heraf er der blevet igangsat forskellige initiativer. Derfor er det i økonomiaftalen for 2016 aftalt, at der afsættes udviklingsmidler til forsøg med mere værdibaseret styring, herunder afprøvning af nye styrings- og afregningsmodeller (3).

De regionale forsøg med at udvikle og afprøve nye *styrings- og afregningsmodeller* med afsæt i værdibaseret styring følges af en styregruppe². Styregruppen skal sætte rammer for, vurdere og

¹ Incitamentsudvalget foreslog følgende seks konkrete ændringer med henblik på at skabe en mere moderne aktivitetsfinansiering, hvoraf punkt c ikke er realiseret: a) **Mindre aktivitetsafregning.** Den statslige aktivitetspulje er mindsket, og den marginale afregning er reduceret til 40 %. b) **Større fleksibilitet med hensyn til at korrigere for ikke-DRG-baseret aktivitet.** c) **Råderum til anvendelse af ressourcerne, hvor de gør størst gavn.** Udmøntningen af det årlige produktivitetsskrav på sygehusområdet ændres, så gevinsten ikke automatisk anvendes til finansiering af ny takstudlæsende sygehusaktivitet. d) **Justeret kommunal medfinansiering.** Fra 2017 ændres betalingen af kommunal medfinansiering til regionerne, så den bl.a. afkobles fra den marginale aktivitetsbestemte finansiering af regionerne. e) **Videreudvikling af DRG,** så det gøres mere forløbsbaseret. f) **Nye takster,** fx telemedicinske takster, rådgivningsydelser og pårørendesamtaler (side 19-20 i (1)).

² Styregruppen har deltagelse af repræsentanter fra Danske Regioner (formand), Sundheds- og Ældreministeriet, Social- og Indenrigsministeriet og Finansministeriet.

designe de regionale forsøg med henblik på, at de samlet omfatter afprøvning af forskellige modeller, der sætter fokus på kvalitet og resultater. Som grundlag for dette arbejde har styregruppen bedt KORA om at foretage en kortlægning af relevante eksisterende regionale forsøg og ordninger.

1.1 Formål

Formålet med kortlægningen er at

- beskrive og vurdere de regionale forsøg med nye styrings- og afregningsmodeller³, der har afsæt i værdibaseret styring, som defineret af Michael E. Porter. Kortlægningen omfatter forsøg i de fem regioner, som er igangsat i de seneste år, som er besluttet at igangsætte, eller som er i planlægningsfasen med sigte på at udvikle den regionale styring af sygehusdriften
- foretage en samlet vurdering af de igangsatte forsøg og eksisterende erfaringer set i forhold til projektets overordnede målsætninger om blandt andet at afprøve forskellige modeller, understøtte en udvikling i retning af værdibaseret styring og sikre nyttig og relevant viden.

1.2 Metode og dataindsamling

Regionerne har hver især varetaget udpegningen af, hvilke ordninger og forsøg som er inkluderet i kortlægningen. Kriteriet for regionernes udpegnings af relevante ordninger og forsøg var, at ordningerne/forsøgene omhandler en ny form for styrings- eller afregningsmodel³, som har afsæt i værdibaseret styring. Det vil sige, at ordningerne/forsøgene på en eller anden måde involverer rammerne for driften i form af ændrede principper for styring, afregning og incitamenter, men uden at dette nødvendigvis udgør kernen i forsøgene. Regionerne har således som minimum skullet udpege de forsøg med værdibaseret styring, som de har igangsat på baggrund af bevilningen fra *kvalitetspuljen* i aftalen om regionernes økonomi for 2016.⁴

Kortlægningen er baseret på skriftligt materiale og oplysninger indsamlet gennem kontakt til regionerne. KORA har på grundlag af den indsamlede information og dokumentation fra regionerne foretaget en gennemgang af de enkelte forsøg med henblik på at afdække:

- Indhold
- Behandlingsområde/afgrænsning
- Tidligere/generelt anvendt afregningsmodel
- Elementer i ny afregningsmodel
- Opfølgingskriterier/KPI'er (Key Performance Indicator) og tematisering af disse (produktivitet, kvalitet, servicemål, resultatmål, forebyggelse/tværasektorielt samarbejde mv.)
- Proces for fastlæggelse af kriterier/mål
- Opfølgingsmekanismer/konsekvens/sanktion eller belønning
- Mekanismer til realisering og fordeling af gevinster

³ Med *styringsmodeller* menes governancestrukturer generelt, som afspejler sig i regionens kontakter, procedurer og opfølgningssystemer, herunder ledelsesinformation og KPI'er (KPI: Key Performance Indicator). *Afregningsmodeller* vedrører mere specifikt de økonomiske mekanismer og incitamenter, der er indbygget i den anvendte praksis for at fordele budgettet ud til sygehuse og eventuelt videre ud til enkelte afdelinger (aktivitetsafregning, forløbspriser, rammebudgetter, kapitation/betaling pr. patient, resultatafregning inklusive justeringer og kombinationer af disse).

⁴ Af aftalen om regionernes økonomi for 2016 fremgår det, at der "konkret igangsættes regionale forsøg på udvalgte områder med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdi-baseret styring Der afsættes en kvalitetspulje til at understøtte forsøgene" (side 6 i (3)).

- Elementer af patientinvolvering og opfølgning på outcome
- I hvilken grad forsøget vurderes at have afsæt i "værdibaseret styring"
- Hvilken/hvilke af Michael E. Porters seks komponenter⁵ forsøget omhandler
- En samlet vurdering af forbedrings- og læringspotentialet i forsøget
- Eventuelle foreløbige erfaringer

På baggrund heraf er der foretaget en samlet vurdering af de igangsatte forsøg og eksisterende erfaringer. Endvidere gives der anbefalinger til tilføjelser til eller ændring af forsøgene med henblik på at understøtte en udvikling i retning af værdibaseret styring og sikre nyttig og relevant viden.

Beskrivelser af de regionale afregningsmodeller og de enkelte indsatser er efterfølgende blevet sendt ud til regioner og andre relevante aktører med henblik på at få indholdet verificeret.

1.3 Afgrænsning

Nærværende rapport omhandler regionale forsøg med nye styrings- og afregningsmodeller, som har afsæt i værdibaseret styring. Rapportens fokus er således på de indsatser, som regionerne i de seneste par år har iværksat med henblik på at afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring, jf. beskrivelsen i afsnit 1.2 af udvælgelsen af, hvilke ordninger og undersøgelser som er inkluderet i kortlægningen.

Foruden de indsatser, som er beskrevet i nærværende rapport, er der mange enkeltstående initiativer rundt om på sygehusene, som er i tråd med eller spiller godt sammen med værdibaseret styring. For eksempel initiativer med fokus på LEAN, patientsikkerhed og kvalitetsudvikling samt forskningsprojekter med henblik på mere effektiv behandling.

I beskrivelsen af regionernes anvendte styrings- og afregningsmodeller (kap. 2) er der fokus på den del af styringsmodellerne, som omhandler afregningen af sygehusene. Delelementer i regionernes styringsmodeller som eksempelvis overholdelse af pakkeforløb og indikatorer fra de kliniske kvalitetsdatabaser, hvor der ikke er tilknyttet afregning, indgår derfor ikke i beskrivelsen af de forskellige styringsmodeller.

1.4 Rapportens opbygning

I det følgende kapitel 2 præsenterer vi kort de enkelte regioners generelle styrings- og afregningsmodeller. Forståelse af de nuværende styrings- og afregningsmodeller er hel central med hensyn til at forstå afsættet for de inkluderede indsatser, herunder hvilke elementer der i regionernes nuværende styringsmodeller virker fremmende eller hæmmende for værdibaseret styring. Kapitel 3 indeholder en beskrivelse og vurdering af de regionale forsøg med værdibaseret styring. Som rammesætning for vurderingen af, om de enkelte forsøg kan give erfaringer med værdibaseret styring, gives der indledningsvis i kapitel 3 en kort beskrivelse af de centrale elementer i værdibaseret styring og dermed, hvilke elementer der skal være til stede, for at et forsøg kan siges at tage afsæt i værdibaseret styring.

⁵ Michael E. Porter samler sin strategi om seks delkomponenter: 1) Behandlingen organiseres i integrerede enheder, 2) resultat og omkostninger opgøres for hver enkelt patient, 3) samlet betaling for hele patientforløb, 4) integreret sundhedsvæsen på tværs af diagnoser, 5) udvidelse af det geografiske optageområde og 6) opbygning af relevant it-plattform (4).

2 Regionernes anvendte styrings- og afregningsmodeller

En overordnet forståelse af finansiering af sundhedsvæsenet samt de enkelte regioners generelle styrings- og afregningsmodeller er helt central for at forstå afsættet for de enkelte indsatser, der i disse år er eller planlægges søsat i regionerne i forhold til alternative styrings- og afregningsmetoder. I dette kapitel skitseres først den generelle finansieringsmodel i sundhedsvæsenet, hvorefter regionernes aktivitetsstyringsmodeller og deres udvikling i de seneste år beskrives. Dette gør det muligt at fremhæve, hvorvidt den samlede finansiering, regionernes styringsmodeller og udviklingen i disse har elementer, der virker enten fremmende eller hæmmende for værdibaseret styring.

I kapitlet vil der primært være fokus på de generelle dele af de enkelte regioners styringsmodeller, der er tilknyttet afregningen af sygehusene. Andre delelementer som eksempelvis overholdelse af pakkeforløb og indikatorer fra de kliniske kvalitetsdatabaser, hvor der ikke er tilknyttet afregning, vil ikke blive uddybet i denne rapport.

2.1 Finansiering af regionerne

Den samlede økonomiske styring af sundhedsvæsenet er baseret på en overordnet udgiftsramme for regionerne, som fastlægges i forbindelse med de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner. Finansieringen sker gennem tre typer af tilskud: 1) bloktilskud fra staten, hvilket i 2016 udgør 81 % af den samlede finansiering, 2) midlerne i den statslige aktivitetspulje, der i 2016 udgør 1,2 %, samt 3) den kommunale medfinansiering, der i 2016 udgør 17,8 % (5).

Ad 1) Bloktilskuddet fordeles dels som et basisbeløb til hver region og dels efter en række kriterier vedrørende borgernes alder og socioøkonomi i den enkelte region.

Ad 2) Den statslige aktivitetspulje fordeles mellem regionerne efter samme fordelingsnøgle som bloktilskuddet. Puljemidlerne udløses, når den samlede produktionsværdi for regionens sygehuse overstiger et på forhånd fastlagt minimumsniveau (kaldet baseline). I 2016 blev dette niveau, i lighed med tidligere år, bestemt på baggrund af fremskrevet værdi af forrige års aktivitet plus et produktivitetsskrav om forøgelse af aktiviteten med 2 %. Aktivitetspuljen udbetales med 40 % af DRG-/DAGS-taksten inklusive kommunalt aktivitetsbidrag (3). Puljemidlerne udbetales a conto til regionerne og indgår således i regionernes generelle budget. Hvis aktivitetsniveauet ikke opnås, skal regionen dog betale midler svarende til den manglende aktivitet tilbage.

Ad 3) Siden 2007 har kommunerne været inddraget i finansieringen af sundhedsvæsenet. Det grundlæggende princip i den kommunale medfinansiering er, at den enkelte kommune skal betale en procentdel af sine borgeres behandling, dog med et medfinansieringsloft inden for den enkelte behandling. I 2016 udgør medfinansieringen eksempelvis for somatiske, indlagte patienter 34 % af DRG-taksten med et loft på 14.811 kr. per indlæggelse (5). Fra 2017 ændres betalingen af kommunal medfinansiering til regionerne, så den blandt andet afkobles fra den marginale aktivitetsbestemte finansiering af regionerne (6). Det vil sige, at regionerne ikke i fremtiden vil modtage kommunal medfinansiering for aktivitet over baseline.

Grundlæggende er størstedelen af regionernes finansiering fra staten således uafhængig af aktivitet grundet de 81 %, der udgøres af bloktilskuddet. Den resterende del udgøres hovedsageligt af aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering og opgøres for sygehusaktiviteten ved DRG-

/DAGS-takster. Da regionerne samtidig, jf. økonomaftalen (3), har et klart ansvar for at overholde et årligt udgiftsloft, er der en grænse for, hvor meget ekstra aktivitet den enkelte region har mulighed for at blive finansielt belønnet for. Regionerne vil imidlertid miste finansiering, hvis aktiviteten falder under baseline, hvorfor det er vigtigt for den enkelte region at nå baseline. En konsekvens af en anden styring af aktiviteten på sygehusene, fx med inspiration fra værdibaseret styring, kan imidlertid være faldende aktivitet og vil dermed betyde reduceret finansiering fra staten med den nuværende model med en statslig, aktivitetsafhængig pulje. Denne diskussion vil blive udfoldet yderligere i afsnit 2.4.

2.2 Aktivitetsstyring i regionerne

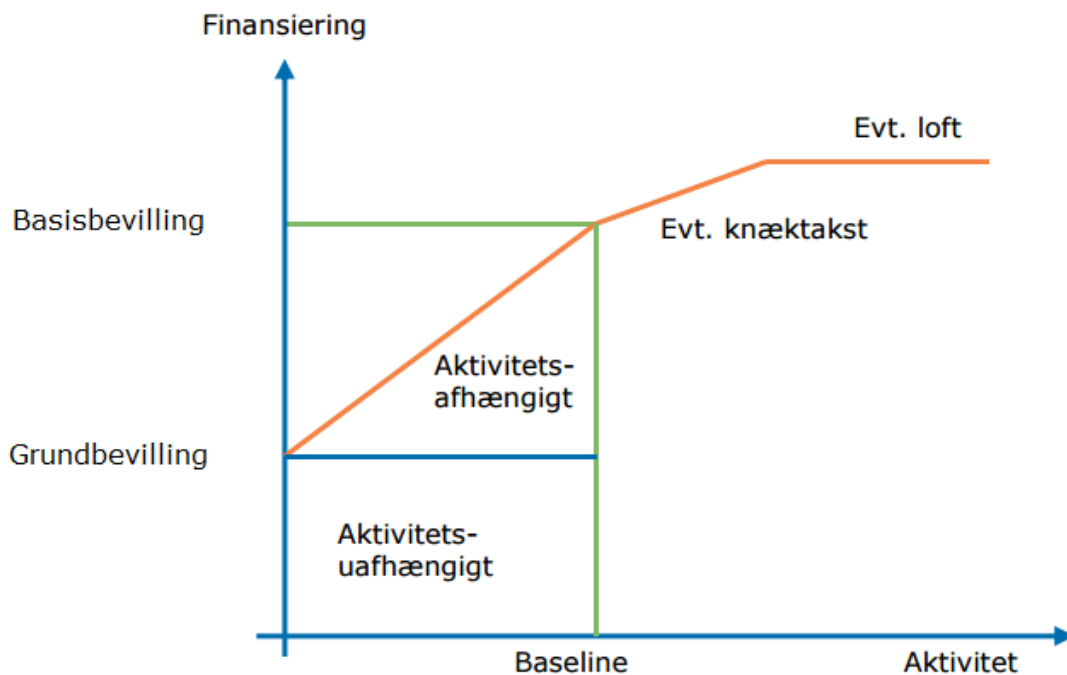
Generelt består regionernes aktivitetsstyringsmodeller af basisbevillinger⁶. Basisbevillingerne er opdelt i en grundbevilling og en aktivitetsafhængig bevilling. Grundbevillingen fra regionen til sygehuset er uafhængig af aktivitet. Denne bestemmes i stedet med udgangspunkt i en lokal vurdering af omkostninger, specialeplan, produktivitet, case-mix mv. Den variable takstafregning er baseret på, at sygehuset afregnes for aktivitet efter en fastsat procentdel af den officielle DRG-/DAGS-takst. Takstafregningen begynder ved første patient og fortsætter, indtil et bestemt aktivitetsmål (baseline) er nået. De enkelte sygehuses aktivitetsmål (baseline) fastsættes på baggrund af det foregående års aktivitet, korrigeret for statens produktivitetskrav⁷, ufinansieret meraktivitet over afregningsloftet samt eventuelle kapacitetsændringer og strukturelle ændringer. Hvis den aftalte aktivitet (baseline) ikke nås (mindre aktivitet), modregnes sygehusene efter en fastsat procentdel af den officielle DRG-/DAGS-takst.

Nogle regioner afregner endvidere for meraktivitet (en såkaldt knæktakst), hvor der afregnes for aktivitet, der ligger ud over baseline, dog med en mindre procentdel af den officielle DRG-takst. Knæktaksten kan være både med og uden et loft for omfanget af aktivitet (7). Figur 2.1 illustrerer de forskellige elementer, der indgår i regionernes aktivitetsstyringsmodeller.

⁶ Undtaget herfor er generelt sterilisation, fertilitetsbehandling, strålebehandling samt behandlinger, hvor staten eller kommunen afholder udgiften.

⁷ Der er regional variation med hensyn til, hvordan produktionskravet fordeles på regionernes hospitaler.

Figur 2.1 Aktivitetsstyringsmodel



Note: Illustrationen er en simplificeret skitse, som ikke tager højde for de faktiske andele af blok- og aktivitetstilskud.
Kilde: (7)

Ændringer i registreringspraksis og ændringer i grupperingslogik kan føre til, at aktivitetsværdien er stigende, uden at der er en reel stigning i antallet af behandlinger. For at undgå u hensigtsmæssig registrering har alle regioner forskellige tiltag, der sigter mod at undgå såkaldt DRG-creep, som indebærer, at den gennemsnitlige produktionsværdi pr. kontakt ikke må stige mere end 1,5 % pr. år. De enkelte tiltag vil ikke blive beskrevet nærmere i denne rapport.

Alle regioner har desuden såkaldte hjemtrækningsprojekter, hvor man forsøger at nedbringe regionens borgeres forbrug i andre regioner og på private sygehuse ved at trække behandlinger hjem til egne sygehuse. Regionerne har til opgave at have kapacitet til at behandle egne borgere af hensyn til at kunne tilbyde behandling så tæt på borgerens bopæl som muligt. Endvidere har regionerne et økonomisk incitament til at hjemtage patienter, da den marginale udgift ved udvidelse af behandlingskapaciteten kan realiseres til en lavere udgift end den mellem-regionale afregning, som typisk er på 90 % af DRG-taksten.

2.3 Anvendte afregningsmodeller i regionerne

2.3.1 Region Hovedstaden

Region Hovedstadens aktivitetsstyringsmodel inden for somatik består af basisbevillinger til hvert enkelt sygehus. Aktivitet op til baseline afregnes med 50 % af den officielle DRG-/DAGS-takst. Region Hovedstaden afregner som udgangspunkt ikke for meraktivitet ud over baseline. Der findes imidlertid en meraktivitetspulje, som de enkelte sygehuse kan søge som følge af fx øget

ventetid eller forventet særlig meraktivitet (8). Jf. tabel 2.1 er der med undtagelse af meraktivitetspuljens størrelse ikke sket ændringer i aktivitetsstyringsmodellen i årene 2014-16. Der er i Region Hovedstaden centralt budgetansvar vedrørende udgifter til andre regioner og privat afregning.

Region Hovedstadens psykiatri er rammestyret, men i psykiatrien arbejdes der internt med forskellige former for styringsmodeller.

Tabel 2.1 Region Hovedstadens aktivitetsstyringsmodel 2014-2016

År	Område	Afregning indtil baseline	Afregning over baseline	Resultatmål	Bemærkninger
2014	Somatik	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 50 % af DRG- og DAGS-taksten.	Der er en meraktivitetspulje på 120 mio. kr. Den konkrete meraktivitet skal godkendes.	-	-
2015-16	Somatik	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 50 % af DRG- og DAGS-taksten.	Der er en meraktivitetspulje på 188,3 mio. kr. (2015) og 140 mio. kr. (2016). Den konkrete meraktivitet skal godkendes.	-	-

Kilde: (9-11)

2.3.2 Region Sjælland

Frem til 2016 havde Region Sjælland en aktivitetsstyringsmodel i tråd med de andre regioners med aktivitetsloft (jf. tabel 2.2). Aktivitetsstyringsmodellen har siden 2012 været suppleret med incitamentspuljen "Værdi for borgeren", hvor økonomiske incitamenter kobles til udvalgte kvalitets- og effektivitetsmål. Incitamentspuljen udgjorde i 2012 0,5 % af sygehusenes budget men er siden steget til i 2016 at udgøre 1,5 % (ca. 103 mio. kr.) af sygehusenes budget. *Værdi for borgeren* beskrives nærmere i afsnit 3.3.

I 2016 blev Region Sjællands aktivitetsstyringsmodel erstattet af et aktivitetsbudget (rammebudget). Aktivitetsbudgettet fastlægges på baggrund af det enkelte sygehus' produktion målt i DRG-værdi, opgørelse af antal kontakter og indlæggelser samt antal unikke patienter. Antal kontakter, indlæggelser og unikke patienter er tilføjet i aktivitetsbudgettet for at få en mere nuanceret dialog mellem sygehusene og regionen om sygehusenes produktion end blot at basere modellen på den producerede DRG-værdi. Med undtagelse af korrektioner af udgiftsbudgettet som følge af manglende realisering af hjemtag er der ikke indbygget sanktioner i aktivitetsbudgettet, hvis sygehusenes produktion ligger over eller under den aftalte baseline (12).

Regionens krav og forventninger til sygehuset er specificeret i regionens driftsaftaler med de enkelte sygehuse. I driftsaftalerne synliggøres og præciseres sygehusets rolle, opgaver og ansvar og herunder mål for udviklingsarbejdet, samt hvor mange ressourcer regionen har sat af til løsning af opgaverne. Der følges løbende op på sygehusenes aktivitet i forbindelse med de tre årlige budget- og driftsaftaleopfølgninger samt ved årsafslutningen. Endvidere afholdes systematiserede dialogmøder med sygehusene vedrørende opfølgning på driftsaftalerne samt de initiativer, der er iværksat under *Værdi for borgeren*.

Af Region Sjællands budgetaftale for 2017 fremgår det, at der skal indføres værdibaseret styring på alle sygehuse i regionen. Hermed forstås, at sygehusene tildes en fast ramme og efterfølgende styres efter mål, der er vigtige for patienten. Styringskonceptet vil blive forfinet og udviklet

i løbet af 2017. Der er dog blandt aftaleparterne enighed om, at de nye nationale mål for sundhedsvæsenet skal være omdrejningspunktet for kvalitetsarbejdet og skal indgå som en del af det nye styringskoncept, herunder indarbejdes i sygehusenes driftsaftaler (13).

Tabel 2.2 Region Sjællands aktivitetsstyringsmodel 2014-2016

År	Område	Afregning indtil baseline	Afregning over baseline	Resultatmål	Bemærkninger
2014 og 2015	Somatik	Grundbevilling på 30 % og aktivitetsbestemt bevilling på 70 % af DRG-værdi fra 1. patient.	40 % af den genererede DRG-værdi indtil loft	Incitamentsmodellen <i>Værdi for borgeren</i> , ca. 90 mio. kr.	-
	Psykiatri	Aktivitetsbudget indeholdende opgørelse af ambulante besøg og udskrivinger.	-	Incitamentsmodellen <i>Værdi for borgeren</i> , ca. 13 mio. kr.	-
2016	Somatik	Aktivitetsbudget indeholdende opgørelse af antal kontakter og indlæggelser i tillæg til oplysninger om det enkelte sygehus' produktion målt i DRG-værdi. I efteråret 2016 udvides aktivitetsbudgettet med telemedicinske ydelser.	-	Incitamentsmodellen <i>Værdi for borgeren</i> , ca. 90 mio. kr.	Der er ikke mekaniske sanktioner med hensyn til, om sygehusenes produktion ligger over eller under den aftalte baseline, bortset fra korrektioner af udgiftsbudgettet som følge af manglende realisering af hjemtag. Dog kan manglende realisering af målene i driftsaftalen, herunder aktivitetsbudget, føre til korrektioner af sygehusenes driftsaftale.
	Psykiatri	Aktivitetsbudget indeholdende opgørelse af antal unikke patienter, ambulante besøg og udskriving.	-	Incitamentsmodellen <i>Værdi for borgeren</i> , ca. 13 mio. kr.	-

Note: VBF: Værdi for borgeren

Kilde: (12)

2.3.3 Region Syddanmark

Frem til og med 2014 anvendte Region Syddanmark på det somatiske område primært en aktivitetsstyringsmodel med automatisk regulering for mere og mindre aktivitet og uden loft over afregningen for somatisk planlagt aktivitet, jf. tabel 2.3. Akutområdet og stationære medicinske indlæggelser modtog som undtagelse ikke afregning for meraktivitet eller mindre aktivitet (14).

I 2015 blev der indført en ny styringsmodel for de somatiske sygehuse i Region Syddanmark med henblik på at sikre større budgetkontrol. Den nye styringsmodel betyder overordnet mere rammestyring og mindre aktivitetsafregning. Med undtagelse af de såkaldte *garantiafdelinger* (herunder friklinikkerne) honoreres der kun for meraktivitet op til et fastsat loft, mens aktivitet op til baseline afregnes med 55 % af DRG-taksten. Som udgangspunkt er der etableret *garantiafdelinger* inden for alle specialer (15).

Formålet med etableringen af *garantiafdelinger*/friklinikker er at sikre overholdelse af ventetids- og udredningsgarantier. Ambulant og elektiv stationær aktivitet på *garantiafdelingerne*/friklinik-

kerne afregnes via en aktivitetsstyringsmodel, hvor også meraktivitet honoreres (som udgangspunkt med 55 % af DRG-taksten). *Garantiafdelingerne* har budgetansvar for udgifter til behandling på private sygehuse. For aktivitet i det private betaler *garantiafdelingerne* forskellen mellem taksten i det private og 55 % af DRG-taksten. Med hensyn til aktivitet i andre regioner har sygehusene en del af budgetansvaret for denne aktivitet. For at begrænse udgifterne til særlig dyr medicin blev der endvidere indført en *medicinmodel*. Med hensyn til særlig dyr ambulante medicin bliver der foretaget fuld separat afregning for vækst i udgifterne til medicin, der er omfattet af "listen over særlig dyr medicin". Den automatiske afregning suppleres imidlertid med yderligere en incitamentsmodel for anvendelse af dyr sygehusmedicin, så der kun foretages refusion svarende til RADS' anbefalinger. Modellen gælder som udgangspunkt kun en enkelt udbudsrunde (typisk 1 år), hvorefter den skal genovervejes. Der er således tale om en meget dynamisk model. Ultimo august 2016 er der to aktive fokusområder, hvor der er knyttet en konkret økonomimodel til et af dem. Økonomimodellerne gælder som udgangspunkt fra det tidspunkt, hvor der foreligger en RADS-anbefaling og en lægemiddelrekommandation (15, 16).

Aktivitetsstyringsmodellen for psykiatrisygehuset i Region Syddanmark består af aktivitetsafregning af den ambulante kapacitet. Det vil sige, at der afregnes for meraktivitet og mindre aktivitet uden loft, mens der er rammestyrt på den stationære kapacitet. Fra 2015 er telepsykiatrisk behandling blevet en del af aktivitetsstyringsmodellen, og behandlingen afregnes ud fra samme takst som den øvrige ambulante behandling. For at understøtte hurtig udredning honoreres sygehuset med 40 % af taksten, hvis udredningen er gennemført (klinisk beslutning) inden 30 dage efter henvisningsdatoen (17).

Table 2.3 Region Syddanmarks aktivitetsstyringsmodel 2014-2016

År	Område	Afregning indtil baseline	Afregning over baseline	Resultatmål	Bemærkninger
2014	Somatik – ambulant aktivitet og elektiv, stationær aktivitet	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 55 % af DRG- og DAGS-taksten.	55 % af DRG- og DAGS-takst uden loft	-	-
	Somatik – akut	Basisbevilling	0 %	-	
	Somatik – stationær medicinsk aktivitet	Basisbevilling	0 %	-	
	Somatik – særlige områder ¹	Særlige afregningstakster	Særlige afregningstakster uden loft	-	
	Genoptræning	55 % af genoptræningstaksterne (under indlæggelse)/ 90 % (ambulant) uden loft	55 % af genoptræningstaksterne (under indlæggelse)/ 90 % (ambulant) uden loft	-	
	Psykiatri – ambulant	55 % af taksterne uden loft	55 % af taksterne uden loft	-	
	Psykiatri – stationær	Basisbevilling	0 %	-	
2015-16	Somatik – garanti-afdelinger	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 55 % af DRG- og DAGS-taksterne	55 % af DRG- og DAGS-taksterne uden loft for ambulant aktivitet og planlagt stationær aktivitet	-	Har budgetansvar for udgifter til behandling på private sygehuse. Medicinmodel
	Røntgen- og nuklearmedicinsk afdeling	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 55 % af DAGS-taksterne	55 % af DAGS-taksterne uden loft	-	
	Øvrige somatiske afdelinger	Basisbevilling. Aktivitet op til baseline afregnes med 55 %	55 % op til aftalt loft på sygehusniveau	-	
	Somatik – særlige områder ¹	Særlige afregnings-takster	Særlige afregningstakster	-	-
	Genoptræning	55 % af genoptræningstaksterne (under indlæggelse)/ 90 % (ambulant) uden loft	55 % af genoptræningstaksterne (under indlæggelse)/ 90 % (ambulant) op til aftalt loft	-	
	Psykiatri – ambulant og telepsykiatrisk behandling	Basisbevilling – ved manglende opnåelse af baseline modregnes der for den manglende aktivitet	55 % af taksterne uden loft. Afd. for traume- og torturoverlevere afregnes med 72 % af taksterne uden loft	-	
	Psykiatri – stationær	Basisbevilling	0 %	-	

Note: ¹ Udvalgte behandlinger, hvor 55 % af DRG-/DAGS-taksten ikke vurderes at dække de marginale omkostninger. Det kan fx være behandlinger med et særligt dyrt implantat eller andre hjælpemidler eller anvendelse af dyr sygehusmedicin.

Kilde: (14-17) og personlig kommunikation

2.3.4 Region Midtjylland

Region Midtjyllands aktivitetsstyringsmodel inden for somatik består af basisbevillinger til hvert enkelt sygehus. Aktivitet op til baseline⁸ afregnes med 50 % af den officielle DRG-/DAGS-takst.

⁸ For at ensarte den anvendte terminologi i rapporten anvendes betegnelsen *basisline*. Region Midtjylland anvender selv betegnelsen *basislinje* for det opstillede krav til aktivitet for det enkelte hospital, mens *basisline* angiver Region Midtjyllands samlede aktivitetskrav over for staten.

Region Midtjylland afregner som udgangspunkt ikke for meraktivitet ud over baseline; der er dog mulighed for at få finansieret yderligere meraktivitet igennem projekter, der har til formål at reducere ventelister eller sikre kortere ventelister eller medvirker til, at der holdes trit med udrednings- og behandlingsretten (meraktivitets- og hjemtrækningsprojekter) (18). Med undtagelse af ændringer i produktionskravene er der ikke sket ændringer i aktivitetsstyringsmodellen i årene 2014-16. Grundelementerne i Region Midtjyllands aktivitetsstyringsmodel er skitseret i tabel 2.4.

Tabel 2.4 Region Midtjyllands aktivitetsstyringsmodel 2014-2016

År	Område	Afregning indtil baseline	Afregning over baseline	Resultatmål	Bemærkninger
2014-2016	Somatik	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 50 % af DRG- og DAGS-taksten.	Der afregnes generelt ikke over baseline. Der er undtagelser i forbindelse med meraktivitetsprojekter.	-	-
2014-2016	Psykiatri	Basisbevilling Mindre aktivitet end baseline medfører budgetreduktion.	Mulighed for afregning for meraktivitet ved godkendte projekter.		

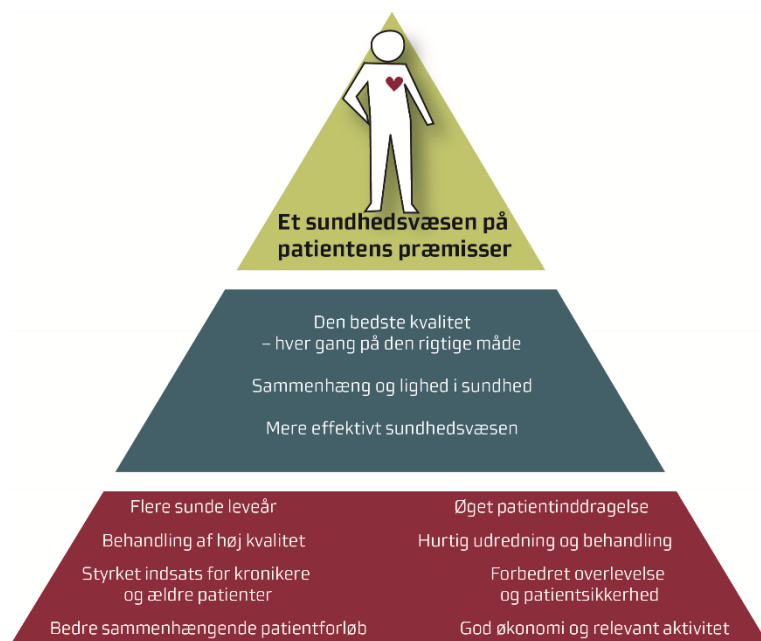
Kilde: Aktivitetsstyringsmodel 2016 – Tekniknotatet – Regionshuset Viborg, Koncernøkonomi – Aktivitet og Økonomi

Der er i Region Midtjylland decentralt budgetansvar for områderne højtspecialiserede behandlinger samt kirurgi, ortopædkirurgi og urinvejskirurgi på privathospitaler påhvilende sygehuse med disse funktioner.

Region Midtjyllands aktivitetsstyringsmodel inden for psykiatri er baseret på et bloktilskud med et aktivitetsmål for ambulante behandling, ambulante besøg og personer, der har været i kontakt med psykiatrien. Hvis aktivitetsmålene ikke nås, medfører dette en budgetreduktion det efterfølgende år. Der er mulighed for afregning for meraktivitet ved godkendte projekter; der udbetales cirka 20-40 millioner kr. årligt til meraktivitetsprojekter (19).

Region Midtjylland har med virkning fra 2017 besluttet at fjerne sygehusenes styring efter baseline (udtrykt ved en DRG-værdi). Styringen skal i stedet ske efter målene i regionens målbillede. Regionens målbillede består af: visionen om *"et sundhedsvæsen på patientens præmisser"*, tre spor og otte mål, jf. figur 2.2. Styringsmodellen er stadig under udarbejdelse. Indikatorerne for de enkelte mål er dermed endnu ikke færdigudarbejdet. Overordnet er ønsket med målbilledet at få koblet aktivitet, økonomi og kvalitet i styringen af sundhedsvæsenet (20, 21).

Figur 2.2 Region Midtjyllands målbillede for sundhedsvæsenet



Kilde: (21)

2.3.5 Region Nordjylland

Region Nordjyllands aktivitetsstyringsmodel inden for somatik består af basisbevillinger til hvert enkelt sygehus. For aktivitet op til baseline afregnes der med 40 % af den officielle DRG-/DAGS-takst. Meraktivitet over det fastlagte aktivitetsniveau (baseline) genererer 40 % af DRG-værdien indtil et fastsat loft. Der afregnes ikke for meraktivitet på medicinske sengeafsnit og for skadestueaktivitet. Meraktivitetspuljen fordeles mellem sygehusene på baggrund af det seneste års opgjorte DRG-aktivitet, og hvert sygehus har således en maksimal trækingsret. Puljen er i 2016 på 11 mio. kr. til meraktivitet (22).

Region Nordjylland har endvidere indarbejdet et resultatmål vedrørende udskrivningsbrev i sin afregningsmodel, idet der er koblet en pulje på 1,6 mio. kr. til dette resultatmål. Den samlede pulje til meraktivitet og resultatmål er i 2016 på 12,5 mio. kr.⁹ og er blot pris- og lønfremskrevet fra 2014 og frem. Fordelingen mellem meraktivitets- og resultatmålpuljen var dog lidt anderledes i 2014 og 2015, hvor der foruden puljemidler til udskrivningsbreve også var afsat puljemidler til forundersøgelser (1,6 mio. kr.), men sidstnævnte blev flyttet til meraktivitetspuljen i 2016 (22-24).

Fra 2015 er størstedelen af samhandelsbudgettet blevet decentraliseret. Det vil sige, at det enkelte sygehus er budgetansvarligt for patienter i sygehusets optageområde og inden for sygehusekets speciale (25).

Region Nordjyllands psykiatri er rammestyret.

⁹ Den angivne sum afviger lidt fra summen af de to angivne puljestørrelser, hvilket skyldes afrunding.

Table 2.5 Region Nordjyllands aktivitetsstyringsmodel 2014-2016

År	Område	Afregning indtil baseline	Afregning over baseline	Resultatmål	Bemærkninger
2014-2015	Somatik	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 40 % af DRG- og DAGS-taksten. Der afregnes på afdelingsniveau.	50 % af den genererede DRG-værdi indtil loft (pulje på 9,3 mio. kr. og 9,4 mio. kr. i henholdsvis 2014 og 2015). Stationær medicinsk meraktivitet og skadestueaktivitet afregnes ikke.	Resultatmål for udskrivningsbreve og forundersøgelser/ventetider er koblet til puljer på samlet 3,1 mio. kr.	-
2016	Somatik	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 40 % af DRG- og DAGS-taksten. Der afregnes på sygehusniveau.	40 % af den genererede DRG-værdi indtil loft (pulje på 11 mio. kr.). Stationær medicinsk meraktivitet og skadestueaktivitet afregnes ikke.	Resultatmål for udskrivningsbreve på samlet 1,6 mio. kr.	-

Kilde: (22-24) og personlig kommunikation

2.4 Sammenligning på tværs

Med undtagelse af Region Sjælland ligner regionernes anvendte aktivitetsmodeller for det somatiske område grundlæggende hinanden, idet de er bygget op omkring en basisbevilling med modregning og afregning for henholdsvis mindre aktivitet og (eventuel) meraktivitet. Meraktiviteten er typisk forsøgt begrænset via fastsættelse af loft for aktivitetspuljen og ved at kræve godkendelse af finansiering af udvalgte ekstraaktivitetsprojekter. Endvidere er meraktivitetspuljernes størrelse generelt beskedne, jf. tabel 2.6. Region Syddanmark har som den eneste region ikke loft for meraktivitet på sine garantiafdelinger, røntgenafdelinger og nuklearmedicinske afdelinger. Region Syddanmark har endvidere indført en *medicinmodel* for at begrænse udgifterne til dyr medicin, således at der kun foretages refusion svarende til RADS' anbefalinger. Ultimo august 2016 er der knyttet en konkret økonomimodel til ét af de to fokusområder. Region Sjælland erstattede i 2016 sin tidligere aktivitetsstyringsmodel med et aktivitetsbudget (rammebudget). Fastlæggelsen af aktivitetsbudgettet foretages ikke alene på baggrund af det enkelte sygehus' produktion målt i DRG-værdi. Antal kontakter, indlæggelser og unikke patienter inkluderes også.

Tabel 2.6 Regionernes aktivitetsstyringsmodeller 2016, somatik

Region	Område	Afregning indtil baseline	Afregning over baseline	Resultatmål	Bemærkninger
Hovedstaden	Somatik	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 50 % af DRG- og DAGS-taksten.	Der er en meraktivitetspulje på 188,3 mio. kr. (2015) og 140 mio. kr. (2016). Den konkrete meraktivitet skal godkendes.	-	-
Sjælland	Somatik	Aktivitetsbudget indeholdende opgørelse af antal kontakter og indlæggelser i tillæg til oplysninger om det enkelte sygehus' produktion målt i DRG-værdi. I efteråret 2016 udvides aktivitetsbudgettet med telemedicinske ydelser.	-	Incitamentsmodellen <i>Værdi for borgeren</i> , ca. 90 mio. kr.	Der er ikke mekaniske sanktioner med hensyn til, om sygehusenes produktion ligger over eller under den aftalte baseline, bortset fra korrektioner af udgiftsbudgettet som følge af manglende realisering af hjemtag. Dog kan manglende realisering af målene i driftsaftalen, herunder aktivitetsbudget, føre til korrektioner af sygehusenes driftsaftale.
Syddanmark	Somatik – garantiafdelinger	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 55 % af DRG- og DAGS-taksterne	55 % af DRG- og DAGS-taksterne uden loft for ambulante aktiviteter og planlagt stationær aktivitet	-	Har budgetansvar for udgifter til behandling på private sygehuse. Medicinmodel
	Røntgenafdeling og nuklearmedicinsk afdeling	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 55 % af DAGS-taksterne	55 % af DAGS-taksterne uden loft	-	
	Øvrige somatiske afdelinger	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 55 %	55 % op til aftalt loft på sygehusniveau	-	
	Somatik – særlige områder ¹	Særlige afregningstakster	Særlige afregningstakster	-	
	Genoptræning	55 % af genoptræningstaksterne (under indlæggelse) /90 % (ambulant) uden loft	55 % af genoptræningstaksterne (under indlæggelse)/90 % (ambulant) op til aftalt loft	-	-
Midtjylland	Somatik	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 50 % af DRG- og DAGS-taksten.	Der afregnes generelt ikke over baseline. Der er undtagelser i forbindelse med meraktivitetsprojekter.	-	Der udbetales ca. 20-40 millioner kr. årligt til meraktivitetsprojekter
Nordjylland	Somatik	Basisbevilling Aktivitet op til baseline afregnes med 40 % af DRG- og DAGS-taksten. Der afregnes på sygehusniveau.	40 % af den generelle DRG-værdi indtil loft (pulje på 11 mio. kr.). Stationær medicinsk meraktivitet og skadestueaktivitet afregnes ikke.	Resultatmål for udskrivningsbreve på samlet 1,6 mio. kr.	-

Note: ¹Udvalgte behandlinger, hvor 55 % af DRG-/DAGS-taksten ikke vurderes at dække de marginale omkostninger. Det kan fx være behandlinger med et særligt dyrt implantat eller andre hjælpemidler, eller anvendelse af dyr sygehusmedicin.

På tværs af regionerne er tendensen, at de anvendte afregningsmodeller på det somatiske område går mod en mere aktivitetsfastlagt og nøgletalsbaseret rammestyring. Således er de tidligere generelle finansielle incitamenter til meraktivitet uden loft taget ud af aktivitetsmodellerne,

og de afsatte puljer til meraktivitet er af beskeden størrelse. Regionernes aktivitetsmodeller kan således i dag snarere beskrives som rammebudgetter med aktivitetsmål, hvor sygehusene modregnes i bevillingen, hvis de ikke når de på forhånd fastsatte produktionsmål. I Region Sjællands aktivitetsbudgetter er der dog, med undtagelse af korrektioner af udgiftsbudgettet som følge af manglende realisering af hjemtag, ikke indbygget sanktioner, hvis sygehusenes produktion ligger under den aftalte baseline.

Med undtagelse af psykiatrien i Region Syddanmark er psykiatrien i regionerne rammestyrret. Region Midtjylland har endvidere opstillet aktivitetsmål for ambulante behandling. Hvis aktivitetsmålet ikke nås, medfører dette en budgetreduktion det efterfølgende år. Ligesom for somatikken er afregningsmodellen for psykiatrien i Region Sjælland suppleret med incitamentspuljen *Værdi for borgeren*. I Region Syddanmark er stationær psykiatrisk behandling rammestyrret, mens der er aktivitetsafregning af den ambulante aktivitet, hvor der modregnes og afregnes for henholdsvis mindre og mere aktivitet uden loft. Endvidere er der i afregningsmodellen i Region Syddanmark indarbejdet incitament til hurtig udredning og til at foretage telepsykiatrisk behandling.

2.5 Understøtter de eksisterende afregningsmodeller værdibaseret styring?

Udviklingen mod færre aktivitetsbestemte finansielle incitamenter er interessant i forbindelse med værdibaseret styring, da netop aktivitetsbestemte incitamenter kan være med til at hæmme implementeringen heraf. Med afregning for meraktivitet kan der opstå et fokus på aktivitet frem for, hvad det reelle udbytte af aktiviteten er. Regionernes afskaffelse/reduktion af afregning for sygehusenes meraktivitet har således været med til at fjerne en potentielt hæmmende faktor for værdibaseret styring.

Regionerne er dog stadig bundet op på aktivitetsmål (målt i DRG-værdi) i forbindelse med finansieringen fra staten og den kommunale medfinansiering. Det er derfor afgørende for regionerne, at sygehusene når de aktivitetsmål, der opstilles som baseline. Dette udmøntes også i afregningen af de enkelte sygehuse, hvilket gør, at sygehusene fortsat har fokus på at nå et bestemt aktivitetsmål målt i DRG-værdi. Dermed er der fortsat en barriere for at flytte fokus i regionerne fra aktivitet til værdien af det samlede patientforløb.

Der er siden 2013 gennemført en række justeringer i den statslige aktivitetspulje, der mindsker aktivitets-elementet, herunder bedre muligheder for at få korrigeret for "tabt" aktivitet i forbindelse med en omstilling af behandlingspraksis. Endvidere er der indgået aftale om ændring af betalingen af kommunal medfinansiering til regionerne fra 2017, så den afkobles fra den marginale aktivitetsbestemte finansiering af regionerne. Det vil sige, at regionerne ikke i fremtiden vil modtage kommunal medfinansiering for aktivitet over baseline (6). Regionerne vil dog stadig have fokus på at nå baseline, da de ellers bliver trukket i deres finansiering. Konsekvensen af en fremtidig ændret styring af aktiviteten på sygehusene kan (og bør) være faldende aktivitet på udvalgte områder, hvor aktiviteten ikke giver tilstrækkelig høj værdi. Dette vil imidlertid i det nuværende afregningssystem medføre reduceret finansiering til den enkelte region, hvis ressourcerne ikke umiddelbart gives til andre områder med behov for øget aktivitet.

Udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet peger i sin rapport på, at effekten af incitamenterne i styringsrelationen mellem stat og regioner i forhold til de udførende enheders driftsmæssige beslutninger afhænger af måden, hvorpå incitamenterne videreføres, og at det kan være hensigtsmæssigt, at den statslige aktivitetsfinansiering ikke videreføres ukritisk (1). Udvalget peger på anvendelse af forskellige styringsmodeller for forskellige styringsniveauer. Samtidig påpeger det dog også, at økonomiske incitamenter er stærke, og det vil være vanskeligt at indrette styringen på lavere niveauer ud fra helt andre målsætninger end dem, der indgår i styringen

fra det overordnede niveau. Aktivitetsmål er i dag et element i statens og kommunernes finansiering af regionerne, om end i en mere afdæmpet form i forhold til tidligere – og målet afspejler sig også i de anvendte styringsmodeller for hospitalerne.

Det nuværende finansieringssystem, fra stat til region, baseret på DRG-/DAGS-takster giver incitamenter til omkostningsminimering i forbindelse med den enkelte indlæggelse og det enkelte ambulante besøg. DRG-taksten er baseret på gennemsnitsomkostningen inden for den enkelte DRG-/DAGS-takst. DRG-systemet bliver justeret årligt, hvor ændringer i praksis potentielt indarbejdes, hvilket betyder, at taksten og dermed aktivitetsopgørelsen afspejler en ny praksis. Justeringer af DRG-takststrukturen og ikke mindst selve DRG-taksten kræver dog, at flere sygehuse omstiller deres aktivitet på tilsvarende vis, så gennemsnittet påvirkes. Ved værdibaseret styring – med andre afregningsenheder og afregningsmodeller – kan sygehusene i nogle tilfælde vurdere, at det er mere hensigtsmæssigt med mere intensive, længere og mere samlede ambulante besøg. Dette kan – ud fra opgørelser i det nuværende DRG-system – betyde, at aktiviteten ser ud til at være mindre end tidligere, og sygehusene vil derfor få reduktion i deres afregning, medmindre der foretages justering i forhold den ændrede aktivitet.

Omstilling til mere samlede og længere ambulante besøg snarere end mange og mindre omfattende ambulante besøg vil uundgåeligt med det nuværende DRG-/DAGS-system få specielt de sygehuse, som foretager en omstilling, til at se ud, som om de har en mindre aktivitet og produktivitet end de sygehuse, der ikke omstiller deres aktivitet. Herved vil anvendelsen af DRG-systemet til opgørelse af aktivitet og produktivitet være en barriere for omstilling på områder, hvor det skaber mere værdi og er mere effektivt at samle aktiviteter i et besøg/en indlæggelse snarere end flere besøg/indlæggelser. Regioner og dermed sygehuse, som er de mest innovative med hensyn til at samle aktivitet til færre ambulante besøg/indlæggelser samt tilbyde mere intensive og ressourcekrævende besøg, som mindsker behovet for nye besøg eller indlæggelser, vil blive straffet med den nuværende metode til opgørelse af aktivitet og produktivitet. Der er i DAGS-systemet delvist taget højde for denne problematik med sammedags-takster, men der er et behov for, at afregningssystemet i endnu højere grad øger fokus på at: skabe omkostningseffektive patientforløb, skabe incitamenter til at mindske sygdomsprogression og dermed behov for sundhedsydelser samt skabe incitamenter til samarbejder på tværs af nuværende organisatoriske grænser – det være sig inden for det enkelte sygehus, samt på tværs af sygehuse, almene praksisser og på tværs af kommuner. Her kan aktivitetsopgørelse med DRG-/DAGS-systemet være en hæmsko, da opgørelsesenheden – indlæggelsen og det ambulante besøg – ikke er den rette til at skabe de rigtige incitamenter.

Da økonomiske incitamenter, som nævnt ovenfor, er virkningsfulde, kan regionernes nuværende fortsatte fokus på aktivitet op til baseline i deres afregningsmodeller være en hæmmende faktor for at efterleve princippet om værdibaseret styring af sygehusene, specielt på områder, hvor der er behov for omstilling af aktiviteten. Dette skal ikke forstås som en modstilling af aktivitetsstyring og værdibaseret styring, sådan at der kun er plads til den ene form. På udvalgte områder vil det således sagtens kunne give mening, at der styres efter aktivitet, men mere generelt gælder det om, at de økonomiske incitamenter indrettes, så de understøtter de mest omkostningseffektive patientforløb og forhindre progression i sygdom. Ligeledes er der i det nuværende finansieringssystem mulighed for i højere grad at understøtte dette, fx i form af anvendelse af DRG-forløbstakster. Det kommende LPR-3, der er planlagt til at blive udrullet som del af sundhedsdataprogrammet, er netop tænkt til at være mere forløbsbaseret, og herved vil der blive skabt et bedre grundlag for udvikling af forløbsbaserede takster end i dag.

Det skal i denne sammenhæng nævnes, at både Region Sjælland og Region Midtjylland har bebudet, at de med virkning fra 2017 vil omlægge den økonomiske styring af deres sygehuse, så

de ikke længere modregner og afregner for henholdsvis mindre aktivitet og meraktivitet. Spørgsmålet er imidlertid, hvor stor en omlægning der reelt er tale om, og om aktivitetsstyringen helt forsvinder.

Sygehusene i Region Sjælland vil fra 2017 være mål- og rammestyrede, hvor der styres efter mål, der er vigtige for patienten. De nye nationale mål for sundhedsvæsenet vil indgå som en del af det nye styringskoncept. Styringskonceptet er imidlertid endnu ikke færdigudviklet, hvilket vil ske i løbet af 2017. De endelige styringsmål er dermed endnu ikke kendte (13). Ligeledes ændres styringsmodellen i Region Midtjylland i 2017 fra aktivitetsstyring efter DRG-værdi til styring efter visionen om *Et sundhedsvæsen på patientens præmisser*. Overordnet er målet at koble aktivitet, økonomi og kvalitet i styringen af sundhedsvæsenet (20, 21). Heller ikke dette styringskoncept er endnu færdigudviklet. Det er således ikke muligt at vurdere, hvor store ændringer i styringsfokusset der reelt er tale om. Det er dog værd at bemærke, at der eksplicit af bilaget fra Region Midtjylland, der beskriver ændringerne i styringsmodellen, fremgår følgende: "Der vil løbende blive rapporteret om regionens samlede DRG-værdi, og i tilfælde af et fald vil der blive foretaget korrigerende handlinger i samarbejde med hospitaler" (20). Dette indikerer, at aktivitetsmål – selvsagt – stadig vil være et vigtigt element i styringen, da det er vigtigt, at regionens baseline opnås. Muligheden for at opretholde kvalitetsstyringsfokusset i den nye model vil derfor alt andet lige afhænge af, hvorvidt det ikke medfører problemer med at opnå regionens baseline.

Afslutningsvis kan det nævnes, at det generelle store regionale fokus på hjemtrækning af patienter fra andre regioner ikke nødvendigvis understøtter værdibaseret styring. Regionerne har til opgave at have kapacitet til at behandle egne borgere. For at forstærke regionernes incitament til at hjemtage patienter har man i den nuværende afregningsmodel således indarbejdet et økonomisk incitament, så at afregningssatserne mellem regionerne i udgangspunktet er 100 % af DRG-taksten (i praksis typisk 90 % af DRG-taksten grundet regionale samarbejdsaftaler). Udvidelsen af behandlingsskapacitet i egen region vil imidlertid typisk koste mindre end den mellemregionale afregning.¹⁰ Afregningssystemet afspejler imidlertid ikke det reelle ressourceforbrug – tværtimod – da DRG-taksterne ikke afspejler de marginale omkostninger ved en ekstra behandling, men i stedet afspejler gennemsnitsomkostningerne ved en given behandling. I nogle tilfælde må det således formodes at være mere omkostningseffektivt for samfundet at få behandlet patienten i en anden region end "hjem"-regionen, da antallet af patienter kan være fluktuerende over tid. Hvis regionerne skal sikre kapacitet til alle deres patienter på alle tidspunkter, vil det således i nogle tilfælde være ensbetydende med, at de til tider har en overkapacitet, dvs. har afsat flere ressourcer til behandling, end der er behov for. Set fra et samlet sundhedsvæsens perspektiv vil behandling af patienter i andre regioner derfor i nogle tilfælde kunne skabe mere værdi, da der vil være tale om en mere omkostningseffektiv udnyttelse af de ressourcer, der er til rådighed.

¹⁰ De enkelte regioner har hver især for specifikke patientgrupper/behandlinger indgået bilaterale rabataftaler med en eller flere regioner, således at de fx kun betaler 90 % af DRG-taksten for behandling af deres borgere i den anden region.

3 Erfaringer med værdibaseret styring i regionerne

I dette kapitel beskrives, hvilke forsøg med nye styrings- og afregningsmodeller, som har afsæt i værdibaseret styring, regionerne inden for de seneste år har igangsat, har besluttet at igangsætte eller planlægger at igangsætte.

I analysen tages der, jf. afsnit 1.1, afsæt i værdibaseret styring, som defineret af Michael E. Porter. Som rammesætning for analysen af, om de enkelte forsøg kan give erfaringer med værdibaseret styring, gives der indledningsvis en kort beskrivelse af de centrale elementer i værdibaseret styring og dermed, hvilke elementer der skal være til stede, for at et forsøg kan siges at tage afsæt i værdibaseret styring. Herefter beskrives og vurderes de enkelte forsøg i regionerne. Kapitlet afsluttes med en samlet opsummering af forsøgene på tværs af regionerne.

3.1 Hvad er værdibaseret styring?

Værdibaseret styring er en overordnet strategi for udviklingen og organiseringen af sundhedsvæsenet introduceret af Michael E. Porter i midten af nullerne. Kernen i værdibaseret styring er, at sundhedsvæsenet i stedet for at fokusere på input/aktivitet skal fokusere på at levere behandling med værdi for patienterne. Værdi er her defineret som de opnåede sundhedsrelaterede effekter (outcome) i forhold til omkostninger, jf. boksen nedenfor (26). Ved sundhedsrelaterede effekter af betydning for patienten forstås den samlede effekt af det givne patientforløb og ikke effekten af enkeltelementer i behandlingsforløbet. Det vil sige, at det er det samlede sundhedsmæssige resultat af betydning for patienten, der opgøres i tælleren i brøken. Ligeledes er det de totale omkostninger ved det samlede behandlingsforløb, der udgør nævneren i brøken. Større værdi af behandlingen kan således opnås ved enten at forbedre effekten (outcome) til samme omkostninger eller ved at opretholde effekten men bruge færre ressourcer.

$$\text{Værdi} = \frac{\text{Sundhedsrelaterede effekt (outcome) af betydning for patienten}}{\text{Omkostninger}}$$

Det, at værdi opgøres for det samlede behandlingsforløb og ikke for enkeltaktiviteter i patientforløbet, er helt centralt i værdibaseret styring, da fokus netop er på optimering af behandlingsforløb som helhed. Hensigten med værdibaseret styring er således, at alle aktører i sundhedsvæsenet arbejder mod de samme mål (patientnære outcome), og at alle styringsredskaber understøtter dette arbejde igennem det enkelte patientforløb (ibid.).

3.1.1 Michael E. Porters strategi for værdibaseret styring

Michael E. Porter samler sin strategi for værdibaseret styring i følgende seks komponenter:

1. *Behandlingen skal organiseres i integrerede enheder*, hvilket betyder, at behandlingsindsatsen organiseres, i enheder eller centre, omkring den enkelte patientgruppes behov (fx et kronikerambulatorie). Patientgruppernes behov skal kunne imødekommes i centret/enheden, hvor indsatsen er koordineret på tværs af fag- og specialområder, og hvor alle relevante specialer og sundhedsfaglige personer er repræsenterede. De integrerede enheder står i

modsatning til den i dag fremherskende organisering af sundhedsvæsenet i lægefaglige specialer. Komponenten medvirker dels til at øge kvaliteten af behandlingen, dels til at understøtte omkostningsminimering.

2. *Resultat (outcome) og omkostninger skal opgøres for hver enkelt patient.* For hver patient opstilles ønskede resultater (outcome), som dækker effekten på kort og på lang sigt. Med hensyn til kategorisering af indsatser i regionerne anvender vi i nærværende projekt følgende underopdeling af komponenten: 2.A) indsats, der har fokus på måling af outcome, 2.B) indsats, der har fokus på opgørelse af omkostninger, og 2.C) indsats, der har fokus på at udarbejde prædiktionsmodel for det samlede patientforløb. Komponenten medvirker til at sikre effektiv samt omkostningseffektiv behandling.
3. *Samlet betaling for hele patientforløb* (også kaldet '*bundled payments*') i stedet for betaling for enkeltydelser. Dette skal fremme samarbejde og ressourceudnyttelse på tværs af enheder samt give incitamenter til at skabe omkostningseffektive patientforløb. De involverede parter i behandlingen deler efterfølgende betalingen mellem sig.
4. *Integreret sundhedsvæsen, hvor aktiviteterne for en patientgruppe samles og koordineres.* Dette kræver: at omfanget af ydelser, der skal leveres, defineres, at ydelsestilbuddene samles på få udbydere, at den rigtige placering findes med hensyn til, hvor ydelserne skal gives, samt at behandlinger, der varetages på forskellige lokaliteter eller tværsektorielt, integreres. Komponenten medvirker hermed til at sikre omkostningseffektiv behandling.
5. *Udvidelse af geografisk optageområde*, så der sikres et tilstrækkeligt patientgrundlag til at opretholde kvaliteten i den leverede behandling og dermed en mere omkostningseffektiv anvendelse af ressourcerne.
6. *Opbygning af relevant it-plattform*, som gør det let for behandleren at udtrække resultater af det enkelte patientforløb og udveksle relevante data og dermed være med til at understøtte det kliniske arbejde og dermed sikre omkostningseffektiv behandling (4).

Der er intet hierarki i forhold til de seks komponenter, som nummereringen ellers kunne antyde. Der er i stedet tale om seks komponenter, som gensidigt forstærker og er forudsætninger for hinanden. For eksempel vil bedre opgørelser af resultater og omkostninger (komponent 2) gøre det nemmere at implementere *bundled payment* (komponent 3), og ligeledes vil *bundled payment* give stærkere incitamenter til samarbejde og forbedring af behandlingen inden for de enkelte IPU'er (komponent 1), og alle elementer vil kunne understøttes af en fælles it-plattform (komponent 6) (27). Michael E. Porter fremhæver dog, at for de fleste udbydere vil komponent 1 og 2, dvs. dannelse af IPU'er samt måling af resultat og omkostninger, skulle føre an ved omlægning til værdibaseret styring (4).

3.1.2 Fastsættelse af resultatmål (outcome)

Fastsættelse af resultatmål er, jf. ovenstående afsnit, et centralt element i værdibaseret styring. Ifølge Michael E. Porter bør resultatmålene for det enkelte patientforløb fastsættes ud fra følgende principper: 1) Resultatmålene skal inkludere de helbredsmæssige forhold, der er af størst relevans for patienten, 2) resultatmålene skal dække både kortsigtede og langsigtede sundhedsrelaterede effekter (tidshorizonten skal være så lang, at den endelige effekt af behandlingen kan opgøres), 3) resultatmålene skal omfatte tilstrækkelig måling af risikofaktorer eller de initiale betingelser inden behandling, så der er mulighed for at foretage risikjustering ud fra det forventede resultat (26). Michael E. Porter strukturerer yderligere resultatmålene i et hierarki, hvor det øverste niveau måler, hvilken *sundhedsstatus* som opnås eller genvindes (fx overlevelse,

helbredelse eller funktionsniveau), det midterste niveau vurderer *behandlingsprocessen* (fx varighed til helbredelse eller tilbagevendende til et normalt aktivitetsniveau, patientulempelser såsom fejl i diagnosticeringen, komplikationer eller bivirkninger), og det nederste niveau måler *langvarige effekter* af indsatsen (fx tilbagefald og langtidskonsekvensen af behandlingen). Ifølge Michael E. Porter bør der som minimum indgå et resultatmål fra hvert af de tre niveauer (ibid.).

PatientRapporterede outcome (PRO)¹¹-data kan – ud over en række eksisterende objektive kliniske mål – anvendes som grundlag for vurdering af, om resultatmålene nås. PRO-data omfatter data om patienters fysiske og mentale helbredstilstand, symptomer, helbredsrelaterede livskvalitet og funktionsniveau, og der er tale om data, der bliver direkte rapporteret af patienten (28). Der findes en række validerede måleredskaber af både generel og sygdomsspecifik karakter til måling af patientens helbredstilstand og livskvalitet. EQ-5D er eksempel på en generisk PRO, mens Oxford Hip Score er eksempel på en diagnosespecifik PRO til patienter med kunstig hofte.

3.1.3 Forskellen mellem aktivitetsbestemt styring og værdibaseret styring

Ved aktivitetsbestemt styring honoreres al aktivitet uden vurdering af aktivitetens reelle værdi for patienten. For eksempel modtager sygehuset betaling for alle kontrolbesøg af en kronisk syg patient, uagtet om frekvensen kunne være reduceret uden negativ helbredsmæssig konsekvens, og det modtager betaling for alle operationer uagtet resultatet af disse. Afregningen sker samtidig med afsæt i nationale gennemsnitsomkostninger (DRG-taksten).

Værdibaseret styring adskiller sig fra aktivitetsbestemt styring, ved at der er fokus på den opnåede værdi opgjort som de opnåede sundhedsrelaterede effekter ved en behandling sammenholdt med omkostningerne forbundet hermed. Det vil sige, at sygehuset fx kun skal foretage operationer, hvor effekten står mål med omkostningerne ved operationen. En afregningsmodel vil kunne understøtte dette, ved at sygehuset ikke modtager betaling for hver operation, men alene afregning for operationer, der giver den forudsatte effekt (outcome) set i forhold til omkostningen ved operationen. Ligeledes vil sygehuset ved værdibaseret styring ideelt set ikke modtage betaling for hvert kontrolbesøg af en kronisk patient, men i stedet modtage et fast beløb årligt pr. kronisk patient. Sygehuset får hermed incitament til kun at tilbyde kontrolbesøg, der er værdiskabende, og ikke blot automatisk indkalde patienten hver tredje måned. Hvis der tilstøder patienten komplikationer relateret til dennes kroniske sygdom, vil sygehuset i denne afregningsmodel selv skulle afholde udgifterne til behandling heraf, og det vil ikke modtage yderligere betaling for denne aktivitet. Herved har sygehuset incitament til at sikre, at patienten modtager den fornødne behandling, men samtidig sikres det, at patienten kun modtager værdiskabende behandling. Det forudsætter, dels at der inden fx en operation foreligger viden om sandsynligheden for, hvad resultatet af denne vil være ud fra specifikke patientkarakteristika såsom alder, sværhedsgrad af nuværende tilstand samt livsstil (fx ryge- og alkoholstatus), dels et system, der kan opgøre de faktiske omkostninger på behandlings- og patientniveau. Denne viden vil foruden at kunne bruges efterfølgende til vurdering af, om der er opnået det forventelige resultat af operationen, også kunne anvendes inden en eventuel operation til at vurdere, om det forventelige resultat af operationen står mål med omkostningerne herved.

¹¹ PRO (Patient Reported Outcomes) og PROM (Patient Reported Outcome Measures) anvendes som synonymmer. For at ensarte den anvendte terminologi anvender vi i denne rapport som udgangspunkt PRO. PROM anvendes kun som betegnelse de steder, hvor vi beskriver indsatser, hvor projekterne selv anvender termen PROM.

3.1.4 Hvornår er der tale om værdibaseret styring?

Målsætningen om, at sundhedsvæsenet skal skabe mest mulig værdi for patienten, er ikke i sig selv en ny målsætning, men værdibaseret styring forudsætter en mere formaliseret styring efter outcomemål. Mange af de tiltag, der er og bliver foretaget i sundhedsvæsenet, indeholder i mindre eller større grad delelementer, der kan henføres til én eller flere af Porters seks komponenter. Eksempler herpå er de nationale specialeplaner fra Sundhedsstyrelsen (komponent 5) eller brug af PRO-data til måling af patientoplevelt behandlingseffekt (komponent 2.A). De enkelte indsatser i sundhedsvæsenet, som stemmer overens med en eller flere af Porters komponenter, kan imidlertid ikke sidestilles med, at der gøres forsøg med værdibaseret styring. Ideelt kræver værdibaseret styring en sammenhængende organisatorisk og styrings- og ledelsesmæssig forankring, hvor der er fokus på behandlingsforløbet som helhed samt opfølgning på outcome og omkostninger ved det fulde patientforløb, og hvor alle Porters seks komponenter er favnet. Idealet kræver således en samlet sammenhængende indsats, hvor økonomiske styringsinstrumenter, kvalitetsmålinger, organisering og ledelsesmæssige indsatser er sammentænkt i en helhed, som understøtter størst mulig værdi for patienten i forhold til omkostningerne.

I de følgende afsnit foretages en vurdering af de indsatser, som regionerne har igangsat for at give erfaring med værdibaseret styring. Vurderingen har til hensigt at afdække, hvilke af Porters seks komponenter (beskrevet i afsnit 3.1.1) som er inkluderet i det enkelte tiltag. Porters seks komponenter bruges således som en ramme for at betragte idealet om værdibaseret styring, som kan udpege elementer, der potentielt kan medtænkes i de igangværende forsøg i regionerne. Idealet er ikke nødvendigvis opfyldt i nogen af de enkelte indsatser, men indsatserne vurderes ud fra, om de har fokus på opstilling af en styringsmæssig ramme, som har fokus på styring med henblik på at skabe værdi for patienten.

3.2 Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har igangsat projektet *Udviklingshospital Bornholm*, der har til hensigt at give erfaringer med værdibaseret styring. Projektet omfatter i alt 8 delindsatser, som bliver beskrevet nærmere i nedenstående afsnit. Beskrivelsen er foretaget på baggrund af informationen i projektgrundlaget for Udviklingshospital Bornholm af 25. august 2016 (29).

3.2.1 Udviklingshospital Bornholm

Regionsrådet i Region Hovedstaden har med virkning fra d. 1. februar 2016 besluttet at gøre Bornholms Hospital til udviklingshospital, hvor der gøres erfaringer med styring efter, hvad der giver værdi for patienten, samtidig med at hospitalet undtages fra regionens aktivitetsstyringsmodel. Projektet er planlagt til at løbe til og med 2018.

Ambitionen med forsøget er skabe bedre patientforløb med større værdi for patienten og større økonomisk effekt som følge af en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Herunder er det et ønske, at der skal opnås og udbredes erfaringer med styring efter aftalte værdimål og afprøvning af økonomiske styringsformer koblet til værdimålene.

På baggrund af diskussioner og ideer fra et afholdt kickoff-seminar og en temaeftersmiddag med deltagelse af personale, brugere, kommune, praksis, repræsentanter fra Sundhedsudvalget og IT- og afbureaukratiseringsudvalget i Region Hovedstaden samt et advisoryboard i første halvår af 2016 er der udarbejdet et projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm. I projektgrundlaget beskrives otte konkrete indsatser, der forventes påbegyndt ultimo 2016/primus 2017. Der åbnes endvidere op for, at der vil være mulighed for igangsættelse af andre relevante initiativer,

som fx identificeres gennem dialogen med brugerne. Ligeledes vil konkret arbejde med nye afregningsmodeller først blive igangsat, når de enkelte delprojekter er overgået til drift.

Nedenfor følger en kort beskrivelse af de otte indsatser.

Indsats 1: Fælles og fleksible ambulatorier

Efter inspiration fra Holbæk Sygehus etableres et fælles ambulatorium, hvor de medicinske specialer samles, og hvor det bliver muligt at blive undersøgt og behandlet af personale fra flere specialer i forbindelse med ét fremmøde. Endvidere skal indsatsen analysere og implementere det fleksible ambulatorium, sådan at: 1) fremmøde konverteres til telefonkonsultation, hvor det er relevant, 2) planlagte/faste kontrolbesøg konverteres til åbne, behovsstyrede konsultationer (både fremmøde og telefonisk kontakt), hvor det er mere hensigtsmæssigt for patienten, 3) kontrolintervaller lægges efter en individuel vurdering, 4) tiderne for dem, der har størst behov, forlænges og 5) akutte ambulatorietider kan bookes af akutmodtagelsen, praksis, kommune og/eller patienten selv.

Målgruppen for indsatsen er i første omgang patienter med KOL, hjertesygdom eller diabetes og mindst en kronisk sygdom derudover. Målet er en reduktion på 10 % i antallet af ambulante besøg samt en øgning på 15 % i antallet af telefonkonsultationer for de inkluderede patienter. Endvidere er der opsat to kvalitative mål om, at patienterne skal opleve: at antallet af ambulante besøg er passende, og at deres besøg i ambulatoriet er godt tilrettelagt.

Indsats 2: Ny visitationsform for akutte patienter

Fra 1. november 2016 tager Bornholms Hospital en ny akutmodtagelse i brug, som inkluderer 14 observationssenge. Observationssengene muliggør kortere indlæggelsesforløb i akutmodtagelsens observationsafsnit. Målet med indsatsen er at knytte sundhedsvæsenet på Bornholm tættere sammen ved at etablere en ny visitation, der skal visitere kendte patienter, når de henvender sig akut. Visiteringen kan føre til tre forskellige former for forløb:

1. Patienten får en konkret kontakt til en kommunal sygeplejerske, som iværksætter et akut eller planlagt kommunalt pleje- eller rehabiliteringstilbud. Det vil sige, at patienten undgår indlæggelse.
2. Patienten får en akut tid i ambulatoriet, fx samme eller næste dag.
3. Patienten indlægges til observation, pleje eller behandling i hospitalets akutmodtagelse.

Populationen er endnu ikke endelig defineret¹², men målet er 5 % reduktion i akutte indlæggelser for henholdsvis KOL- og type 2-diabetes-patienter (begge national indikatorer). Det kvalitative mål er, at patienten oplever at få det rette tilbud.

Indsats 3: Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse af ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis

Indsatsens formål er at skabe bedre sammenhæng i patientens forløb på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Dette forsøges gjort, ved at der afholdes en kort og fokuseret fælles videokonference mellem almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen og hospitalet (behandlingsansvarlig læge og sygeplejerske) ved indlæggelse på hospitalet og forud for udskrivelse. Konferencen har til formål at sikre vidensdeling på tværs af sektorerne og herunder allerede ved indlæggelse at planlægge behandlingsniveau, mål og plan for udskrivelse og videre forløb samt

¹² Populationen og specifikke inklusionskriterier vil blive defineret som led i implementeringen af indsatsen. KOL-patienter, type 2-diabetes-patienter og patienter med flere samtidige kroniske lidelser forventes dog at indgå i populationen.

konkrete tiltag, der kan forebygge genindlæggelse og understøtte, at patienten er "længst muligt i eget hjem".

Målgruppen er til at begynde med afgrænset til udvalgte kendte patienter over 65 år, men der arbejdes videre med afgrænsning/definitionen af målgruppen.

Målet med indsatsen er 10 % reduktion af forebyggelige indlæggelser af ældre (65+-årige) (national indikator). De to opsatte kvalitative mål er, at patienter henholdsvis oplever sammenhæng i deres forløb og er trygge ved udskrivelse fra hospital.

Indsats 4: Patientrapporterede oplysninger om behandlingsresultater – PROM

I indsatsen vil der blive indsamlet PROM-data om udvalgte patientgrupper og behandlingsområder, hvor der foreligger validerede PROM-spørgeskemaer på dansk. Følgende patientgrupper/behandlinger tænkes for nuværende inkluderet: operation for ingvinalhernie, KOL, hoftealloplastik (primær) og knæalloplastik (primær).¹³

Målet er, at 75 % af patienterne deltager i indsamlingen af patientoplevet outcomemål. De to opsatte kvalitative mål er, at personalet inddrager patientoplevede outcomemål i dialogen med patienterne, samt at patienterne oplever, at deres funktionsniveau er bedre efter behandling.

Indsats 5: Bedre bestilling og brug af diagnostik

Indsatsen har til hensigt at reducere antallet af unødige blodprøvetagninger og radiologiske undersøgelser. Elementer i indsatsen vil være: 1) undervisning og vidensdeling for de henvisende læger, 2) bedre brug af speciallæger og bagvagtsfunktionen i forbindelse med henvisning til højt specialiserede ydelser og analyser fra Diagnostisk enhed, 3) rådgivningstilbud til de praktiserende læger i forbindelse med særligt komplicerede undersøgelser eller specialiserede laboratoriedelser, 4) etablering af samarbejdsaftaler med relevante faggrupper, samt 5) at ambulante patienter selv kan booke tid til blodprøvetagning.

Målet er mindst 75 % reduktion i unødvendige blodprøvetagninger samt mindst 50 % reduktion i antallet af henholdsvis mangelfulde henvisninger til CT-, MR- og ultralydsscanning samt ambulante patienter, der venter mere end 20 minutter i laboratoriets ambulatorium. De to kvalitative mål er, at de ambulante patienter oplever en mere fleksibel tilgang til laboratoriets ambulatorium, samt at de henvisende læger oplever et forbedret samarbejde med Diagnostisk enhed.

Indsats 6: Bedre overblik over, hvad der skal ske og hvornår, herunder daglige aktiviteter, stuegang og udskrivelse

Indsatsen vil bestå af etablering af:

1. En dag-til-dag-oversigt over patientens aktiviteter, som kan fremgå af en individuel patienttavle, af en patienthåndbog eller på en tablet. Indholdet vil blive ajourført dagligt af personalet.
2. Fleksible rammer for stuegang, blandt andet ved etablering af et planlægningssystem, sådan at patienterne og de pårørende ved, hvornår de kan være med til at træffe valg og beslutninger om patientens forløb. Tidspunkt skal kunne aftales individuelt, fx frem til kl. 18. Endvidere mulighed for at lade pårørende eller øvrige aktører deltage i telefon- eller videokonference.
3. En metode til udskrivelse, som gør udskrivelsen mere ventet, ved at den planlægges til et valgt tidsinterval, som i god tid kommunikerer til patienten og dennes omgivelser (pårørende,

¹³ Fælles for disse patientgrupper er, at der findes/er: 1) validerede PROM-spørgeskemaer, 2) videnskabelig litteratur, der kobler PROM og Shared Decision Making, samt 3) en national klinisk kvalitetsdatabase, der kan belyse andre områder af den kliniske kvalitet af sygdoms- eller behandlingsområdet.

kommunalt sundhedsvæsen eller øvrige aktører). Pårørende eller øvrige aktører, der ikke har mulighed for fysisk deltagelse i udskrivelsessamtalen, vil få mulighed for at deltage i telefon- eller videokonference.

Målet er 5 % reduktion i gennemsnitlig indlæggelsestid pr. indlæggelse af patienter i målgruppen (national indikator), samt at Bornholms Hospital ligger over landsgennemsnittet med hensyn til følgende tre spørgsmål fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP): "Blev du løbende informeret om, hvad der skulle foregå?", "tog personalet hensyn til dine behov ved planlægningen af din udskrivelse?" og "gav personalet (efter dit samtykke) dine pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling?". Endvidere er det målet: at medarbejderne oplever, at de har overblik over planlagte daglige aktiviteter for patienten (fx undersøgelser, genoptræning), samt at form og indhold af stuegang og udskrivelse muliggør, at de imødekommer patienternes ønsker og behov.

Indsats 7: Bedre fysiske rammer

Indsatsen har til hensigt at løfte de fysiske rammer på hospitalet til at være mere imødekommende og fremmende for inddragelse og dialog. Indsatsen vil fokusere på: 1) at forbedre skiltning i lofter, på vægge og på gulv, 2) at gøre det muligt at parkere tæt ved sit behandlingssted, 3) indretning af venteearealer som fx lounges, der giver mulighed for at benytte venteværelset til forskellige formål, samt 4) at give mulighed for (ikke-brugerbetalt) forplejning under kontakten med hospitalet.

Målet er, at over 90 % oplever de fysiske rammer som venlige og imødekommende.

Indsats 8: Følg patienternes præference i den sidste levetid

Indsatsen har til formål at sikre, at alle patienter tidligt i et terminalforløb sikres information om diagnose og prognose og om den samlede palet af tilbud, der gives af kommune, praksis og hospital. Herunder afdækning af, hvor patienten ønsker at dø, og hvad der er vigtigst for patienten og de pårørende i den sidste tid. Endvidere er det et sigte med indsatsen at forbedre koordineringen af samarbejdet og planlægningen mellem hospital, praksis og kommune (herunder plejehjem). Patienter, der visiteres til et palliativt forløb på hospitalet, er ekskluderet fra indsatsen, da de allerede i dag gives et bredt tilbud.

Det kvalitative mål for indsatsen er, at patienterne og de pårørende oplever den sidste tid på den måde, de havde ønsket det i dialogen med klinikkerne.

Opfølgningskriterier og -mekanismer

Ovenstående beskrivelse af de otte konkrete indsatser, der indtil videre er inkluderet i projektet Udviklingshospital Bornholm, er baseret på beskrivelserne i det nyligt udarbejdede projektgrundlag (29). Projektgrundlaget beskriver indsatserne overordnet. Konkretiseringen af de enkelte indsatser varierer imidlertid, hvilket skyldes, at indsatserne i mindre eller større grad stadig er under udvikling. Endvidere anvendes *Forbedringsmodellen*¹⁴ som metode for implementeringen. Det betyder, at indsatserne først vil blive afprøvet i lille skala, hvor de løbende justeres (dagligt/ugentligt), indtil indsatsen virker i hverdagen. Herefter vil indsatsens udbredelse og anvendelse kunne øges.

Generelt bygger indsatserne videre på erfaringer fra andre projekter. I tråd med *Forbedringsmodellens* tankegang er det imidlertid planen, at indsatserne løbende skal formes og kvalificeres af

¹⁴ Grundlæggende er idéen i forbedringsmodellen, at der på baggrund af 1) en opstillet klar målsætning for, hvilken forbedring der ønskes, 2) fastsættelse af målinger/indikatorer, der kan afgøre, om en ændring er en forbedring, og 3) fastsættelse af implementeringstiltag, der kan iværksættes for at skabe den ønskede forbedring, foretages afprøvning af ændringstiltaget i lille skala. Herefter evalueres tiltaget, det rettes til, og det tilpassede tiltag afprøves. Sidstnævnte tilpasnings- og afprøvningsfase fortsætter, indtil indsatsen er tilpasset, så den ønskede forbedring opnås (for uddybende beskrivelse af forbedringsmodellen, se fx (30)).

deres brugere. Brugerne er i projektet defineret som værende patienter og pårørende, medarbejderne og andre interessenter. Af projektgrundlaget fremgår det, at formålet med brugerinddragelsen er at sikre, at indsatserne i sidste ende skaber mest værdi for patienterne. Den løbende brugerinddragelse består af information fra Den Løbende Patienttilfredshedsmåling (DLP)¹⁵, feedbackmøder og LUP¹⁶. Foruden den løbende brugerinddragelse er brugerne også indledningsvist blevet inddraget med henblik på at få deres input til form og indhold af udviklingshospitalet, blandt andet i forbindelse med føromtalt kickoff-seminar i marts 2016.

Patientpopulationen og specifikke inklusionskriterier defineres, jævnfør ovenstående, i mindre eller større grad som led i implementeringen af indsatsen. Følgende patientgrupper er for nuværende beskrevet som værende en del af de enkelte indsats: patienter med kroniske sygdomme, fx KOL eller type 2-diabetes, (indsats 1, 2, 4) eller flere sygdomme (indsats 1), ældre patienter (65+-årige) (indsats 3), patienter, der opereres elektivt for lyskebrok eller får knæ- og hofteproteser (indsats 4), alle patienter (indsats 5, 6 og 7) samt alle patienter, der er i et forløb, som kan have en terminal prognose (indsats 8).

For alle otte indsats er der opstillet specifikke mål og/eller kvalitative mål for de enkelte indsats. Planen er, at målene løbende kvalificeres yderligere. I tre af indsatserne (indsats 2, 3 og 6) er der for nuværende lagt op til, at der anvendes nationale indikatorer som mål. For eksempel mål om reduktion i akutte indlæggelser for henholdsvis KOL-patienter og type 2-diabetes-patienter. De kvalitative resultater indsamles via DLP, LUP, feedbackmøder og PROM (indsats 4).

Bornholms Hospital har siden februar 2016 været undtaget fra regionens takststyring, hvorved hospitalet er rammestyret. Der er for nuværende ikke inkluderet afprøvning af økonomiske styringsformer koblet til værdimålene, men af projektgrundlaget fremgår det, at det er en effekt, der på sigt søges opnået i forbindelse med projektet (ibid., side 4).

Implementeringen af de enkelte indsats er planlagt til at begynde ultimo 2016 og primo 2017. Indsatserne vil som tidligere beskrevet være genstand for en løbende kvalitativ evaluering og monitorering med henblik på løbende at justere indsatserne. Endvidere vil der blive foretaget en ekstern, forskningsinspireret evaluering omhandlende effekter, resultater og erfaringer af Udviklingshospital Bornholm (29). Det forskningsbaserede evalueringsdesign fremgår ikke af projektgrundlaget.

Afsæt i værdibaseret styring

Målsætningen for Udviklingshospital Bornholm er at opnå bedre patientoplevelt kvalitet af behandling, højere faglig kvalitet af pleje og behandling og bedre økonomisk effekt. Denne målsætning falder overordnet set godt i tråd med kernen i værdibaseret styring, men de underliggende specifikke indsats indeholder kun momentvise elementer af værdibaseret styring.

Enkelte af de otte delindsats indeholder elementer af Porters seks komponenter. Indsats 1 omhandlende *fælles og fleksible ambulatorier* har fokus på komponent 1; indsats 4 omhandlende *patientrapporterede oplysninger om behandlingsresultater – PROM* har fokus på komponent 2.A; indsats 3 omhandlende *fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse af ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis* har fokus på komponent 4. De resterende indsats (indsats

¹⁵ DLP er Region Hovedstadens kontinuerlige måling af patienttilfredshed, der giver afdelinger og ambulatorier mulighed for at følge med i patienternes oplevelser på daglig basis. Patienterne deltager ved at besvare 3-5 spørgsmål elektronisk (fx via standere eller tablets på hospitalerne), inden de forlader hospitalet efter deres indlæggelse eller ambulante forløb. To af spørgsmålene er generiske på regionalt niveau og omhandler patientens samlede oplevelse af et givent område, mens de resterende tre spørgsmål vælges på henholdsvis hospital- og afsnitsniveau ud fra en bruttoliste af spørgsmål (31, 32).

¹⁶ LUP gennemføres årligt blandt personer, der har været i behandling i perioden august til oktober. Undersøgelsen bliver udsendt til ca. 250.000 indlagte og ambulante patienter på alle landets offentlige sygehuse samt patienter, som har været behandlet på et privathospital efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg. LUP'en indeholder ca. 45 spørgsmål, og herudover er der udviklet tre supplerende undersøgelser om fødesteder, akutmodtagelser og psykiatrien (33).

2, 5, 6, 7 og 8) kan ses som værende understøttende for en værdibaseret behandling, men kan ikke direkte kobles til en af Porters seks komponenter.

Målet om at skabe større værdi for patienten forsøges generelt realiseret i de otte delindsatser ved at fokusere på at nedjustere og fjerne uhensigtsmæssige ydelser, der i højere grad belaster end gavner patienten, og styrke ydelser (på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer), der forbedrer patienternes oplevelser. Dette fokus afspejler sig i de valgte mål for de enkelte delaktiviteter. Langt hovedparten af målene omhandler reduktion af uhensigtsmæssige aktiviteter (fx ambulante besøg, akutte indlæggelser og forebyggelige indlæggelser), mens de kvalitative mål med indsatserne primært omhandler måling af patienttilfredshed i form af patienternes oplevelse af de enkelte tilbud og forløb (fx om patienterne er trygge ved udskrivelse fra hospital, eller om patienterne oplever at få det rette tilbud). Kun et enkelt af målene er relateret til den opnåede sundhedsrelaterede effekt af behandlingen, idet der måles på, om patienterne oplever, at deres funktionsniveau er bedre efter behandling (indsats 4). Endvidere fremgår det af beskrivelsen af indsats 4, at personalet skal inddrage de patientoplevede outcomemål i dialogen med patienterne. Hvordan og med hvilket formål dette i praksis skal gøres, er ikke uddybet i projektgrundlaget.

Patienter og pårørende er løbende aktivt inkluderet i både udformningen og tilpasningen af de enkelte delindsatser med henblik på at udpege uhensigtsmæssigheder i behandlingen (dvs. aktiviteter, som patienten/de pårørende ikke vurderer er værdiskabende for patienten) og steder, hvor der er mulighed for et bedre patientforløb. Patientinddragelsen er således centreret omkring det organisatoriske *setup* og oplevelsen heraf (patienttilfredshedsmålingerne), mens den patientoplevede sundhedsrelaterede effekt (outcome), som er kerneelementet for styringsfokusset i værdibaseret styring, kun er repræsenteret i en enkelt delindsats.

Styringsmålet i den værdibaserede styring er patientnære resultater (outcome), og det er disse mål, som alle sundhedsvæsenets aktører skal arbejde mod opnåelse af. I Udviklingshospital Bornholm styres der derimod, med undtagelse af indsats 4, efter aktivitet i form af fokus på reduktion af uhensigtsmæssige/øgning af hensigtsmæssige aktiviteter og patienttilfredshed. De anvendte aktivitetsmål er i større eller mindre grad indirekte mål for den opnåede sundhedsrelaterede effekt af den enkelte indsats. Et mål som "reduktion af forebyggelige genindlæggelser", som anvendes i indsats 3, er i en vis udstrækning mål for den opnåede kvalitet, og dermed værdi, af indsats 3. Modsat giver et mål som "øgning i antal telefonkonsultationer", som anvendes i indsats 1, ikke nævneværdig information om indsatsens værdi for patienten. Hvorvidt en eventuel omlægning af ambulante besøg til telefonkonsultationer reelt skaber værdi for patienten, vil afhænge af, om det er de "rigtige" ambulante besøg, der bliver omlagt, og det kan i det givne tilfælde ikke vurderes ud fra de valgte mål.

At Udviklingshospital Bornholm er blevet undtaget fra regionens aktivitetsstyringsmodel og i stedet er rammestyret, er ikke i sig selv et element i værdibaseret styring, men det skaber mulighed for, at hospitalet kan fokusere på at styre efter værdi frem for aktivitet.

En samlet vurdering af indsatserne baseret på beskrivelsen i projektgrundlaget for Udviklingshospital Bornholm er, at der er momentvise elementer af værdibaseret styring i tiltagene. For langt størstedelen af indsatserne er der tale om understøttende aktivitet for værdibaseret styring. Hvilket vil sige, at indsatserne er en forudsætning for, at der kan foretages værdibaseret styring, fx i form af bedre bestilling og brug af diagnostik (indsats 5). Indsatsen er imidlertid i sig selv ikke et forsøg med værdibaseret styring, idet der ikke styres mod et patientnært resultat. Vurderingen skal ses i lyset af, at indsatserne ikke er færdigudviklede, og at de i løbet af de næste par måneder vil blive konkretiseret yderligere af relevant fagpersonale.

For at bevæge sig i en mere værdibaseret retning vil projektet med fordel kunne suppleres af konkrete og specifikke forsøg med opstilling af sundhedsfaglige mål for konkrete patientgrupper tilknyttet afregningen, inklusive et solidt opfølgingsregime. Herunder kunne der for udvalgte patientgrupper også anvendes PRO-data i opfølgningen. Dette vil give mulighed for at foretage en systematisk styring efter outcome og omkostninger for det samlede patientforløb.

3.3 Region Sjælland

I dette afsnit beskrives og analyseres Region Sjællands to indsatser, der er *Værdi for borgeren* samt *Omlægning af aktivitet og fleksibel sygehusbehandling*.

3.3.1 Værdi for borgeren

Region Sjælland har siden 2012 arbejdet med konceptet *Værdi for borgeren*, som har til formål at styrke kvaliteten af behandlingen og forbedre incitamentsstrukturen på sygehuse, både somatiske og psykiatriske sygehuse. Dette gøres, ved at der årligt udformes kvalitets- og effektivitetsmål, som indarbejdes i driftsaftalerne med sygehuse. Der er knyttet en incitamentspulje til *Værdi for borgeren*, og opnåelse af de aftalte mål udløser udbetaling af en bonus til sygehuset (34).

Typisk har der været opstillet 6-8 mål årligt, men antallet af indsatser er i 2016 reduceret til to indsatser på de somatiske sygehuse: 1) kræftpakker og 2) udrednings- og behandlingsret samt tre indsatser på psykiatriområdet: 1) udrednings- og behandlingsret, 2) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og 3) sikker psykiatri (12).

Med hensyn til kræftpakkerne skal der være en målopfyldelse på minimum 95 % for det samlede forløb, hvor hele patientforløbet varetages af Region Sjælland, samt en målopfyldelse på minimum 95 % for henvisningsperioden og udredningsperioden i forbindelse med forløb, hvor behandlingen varetages på en højt specialiseret afdeling i en anden region. Med hensyn til udrednings- og behandlingsretten skal sygehuse inden udgangen af 2016 dokumentere fuld målopfyldelse for udredning og behandling, hvor patientforløbet starter i Region Sjælland (35).

Med hensyn til psykiatrien skal der være fuld målopfyldelse for udredning og behandling, hvor patientforløbet varetages i Region Sjælland. Indsatsen vedrørende RKKP omhandler diagnoserne depression og skizofreni, hvor målet er: 1) fuld målopfyldelse af de enkelte indikatorer ifølge de nationalt fastsatte standarder for hver af de to anførte diagnoser samt 2) 90 % databasekomplethed for depression og skizofreni. For sikker psykiatri er en stabil målopfyldelse, at pakkerne spredes til resten af organisationen, startende med afprøvning af spredning til Psykiatrien Syd. Spredningsperioden forventes at løbe frem til udgangen af 2017 (36).

De samlede midler til incitamentspuljen er på 103 mio. kr., hvoraf ca. 90 mio. kr. er til somatikken og ca. 13 mio. kr. er til psykiatrien. Midlerne til de somatiske sygehuse fordeles med en fjerdedel til kræftpakker og tre fjerdedele til behandlings- og udredningsretten, men midlerne til psykiatrien fordeles med to fjerdedele til behandlings- og udredningsret samt en fjerdedel til henholdsvis RKKP og sikker psykiatri (12).

Opfølgingskriterier og -mekanismer

Indsatserne og målene i forbindelse med *Værdi for borgeren* bestemmes af regionsrådet. Sygehuses arbejde med opnåelse af de enkelte mål understøttes af et monitoreringssystem, der giver sygehuse mulighed for løbende at optimere indsatsen på baggrund af data om relevante mål/indikatorer. Målopfyldelsen for de enkelte sygehuses indsatser dokumenteres løbende i

driftsaftaleopfølgningerne med regionen samt ved udgangen af året. Selve udmøntningen af incitamentspuljen sker via en trappemodell, hvor dele af puljen udbetales, på trods af at sygehuset ikke opfylder det fastsatte mål på 100 % (37).

Der er ikke foretaget en evaluering af, om indsatsen har haft den ønskede effekt, men det oplyses, at der administrativt og politisk er stor tilfredshed med modellen, som løbende videreudvikles og målrettes.

Afsæt i værdibaseret styring

I *Værdi for borgeren* honoreres sygehusene for opnåelse af på forhånd fastsatte kvalitets- og effektivitetsmål. Projektet gør dermed op med, at afregningen til sygehusene – som der ellers har været tradition for – alene er baseret på aktivitet. Ideen med at belønne sygehusene økonomisk for god kvalitet falder godt i tråd med et af kerneelementerne i værdibaseret styring. De kvalitets- og effektivitetsmål, der belønnes i *Værdi for borgeren*, fx opfyldelse af udrednings- og behandlingsretten, har imidlertid mere karakter af servicemål/procesmål end af et egentligt outcomemål. Disse procesmål måler ikke direkte den opnåede sundhedsrelaterede effekt, men der må forventes at være en relation mellem en høj grad af målopfyldelse af procesmål og outcomemål. *Værdi for borgeren* tager således i meget begrænset omfang afsæt i værdibaseret styring på grund af fraværet af styring efter outcomemål, der har værdi for patienten. For at trække ordningen i retning af værdibaseret styring kræves der således, at de inkluderede kvalitets- og effektivitetsmål er reelle outcomemål. En forklaring på de valgte mål i ordningen og den manglende inklusion af outcomemål kan være begrænsning af regionernes adgang til sidstnævnte data, mens de i aktivitetsregistre har mulighed for at udtrække data vedrørende service- og procesmål. Det er samtidig centralt, at der i en videreudvikling af et afregningsforsøg med værdibaseret styring sikres en løbende opfølgning og evaluering.

3.3.2 Omlægning af aktivitet og fleksibel sygehusbehandling

Af driftsaftalerne for 2016 fremgår det, at sygehusene i Region Sjælland i 2016 konkret skal planlægge og påbegynde arbejdet med at omlægge og optimere patientforløb, særligt med fokus på effektiv drift på akutafdelingerne. Endvidere skal sygehusene arbejde videre med de tiltag, der er igangsat i forhold til en mere fleksibel model for ambulante kontrolbesøg, hvor der tages udgangspunkt i patientens behov og ønsker. Hvert sygehus skal i 2016 inden for fire områder med betydelig patientvolumen omlægge behandlings- og/eller kontrolforløb samt afprøve nye værktøjer, herunder virtuelle konsultationer og PRO. Der kan være tale om igangværende omlægnings- eller omlægningsprojekter på nye områder. Sygehusene skal således kunne dokumentere: 1) at der i 2016 omlægges et større antal og en større andel af behandlings- og/eller kontrolforløb på de valgte områder, samt 2) at den kliniske kvalitet og patienternes tilfredshed fastholdes eller forbedres (35).

Målet er, at udrulningen af fleksibel ambulant behandling og opfølgning til alle relevante specialer er gennemført ved udgangen af 2018. I en statusopgørelse over, hvilke initiativer sygehusene i Region Sjælland per august 2016 har igangsat/påtænker at igangsætte under indsatsen *Fleksibel sygehusbehandling*, er de enkelte indsatser meget kort beskrevet (38). På baggrund af disse beskrivelser kan indsatserne overordnet grupperes i kategorierne *indsatser målrettet omlægning*

af aktivitet¹⁷ og indsatser målrettet fleksibel sygehusbehandling¹⁸. To af de i alt otte beskrevne indsatser indeholder delelementer af Porters seks komponenter, hvorfor de to indsatser beskrives nedenfor.

Medicinsk fælles ambulatorium

I februar 2016 blev et medicinsk fælles ambulatorium taget i brug på Holbæk Sygehus. Som navnet indikerer, er alle medicinske specialer samlet i det medicinske fælles ambulatorium, og endvidere har Klinisk Biokemisk Afdeling en fremskudt post i ambulatoriet, hvilket betyder, at patienterne kan få behandling og få taget prøver i samme bygning (39). Ambulatoriet består af *Ambulatoriedrift for mono- og multisyge patienter* og *Enhed for tværfaglig udredning og behandling* (40).¹⁹ Formålet med etableringen af det fælles ambulatorium er at kunne levere hurtigere udredning og sikre bedre behandlingsforløb for patienter med flere kroniske sygdomme. Baggrunden for etableringen af det fælles ambulatorium var blandt andet, at interne analyser på sygehuset pegede på, at multisyge, ambulante patienter havde et uforholdsmæssigt stort antal årlige kontrolbesøg (41).

Mottoet for det fælles ambulatorie er "alt under ét tag på én dag". Det vil sige, at der arbejdes efter en devise om, at patienter med flere kroniske sygdomme får samlet kontrolbesøgene på en og samme dag, hvorved antallet af kontrolbesøg kan reduceres betragteligt (42). I forbindelse med etableringen af ambulatoriet er der foruden en styrket koordinering på tværs af specialerne også sket en styrket koordinering af de tværgående kliniske afdelinger. Det betyder, at man foruden at kunne booke aftaler med flere behandlere på samme dag også kan booke tider samme dag til blodprøver og røntgen. Endvidere er der etableret forskellige tiltag for at gøre det nemmere for den enkelte behandler at få tværfaglig sparring. Det drejer sig fx om, at der i bookingkalenderen dagligt er lagt faste tider ind, hvor der er mulighed for at spørge en kollega om råd, og at der er en tværfaglig konference én gang om ugen, hvor patientspecifikke problemstillinger kan vendes på tværs af specialerne (39).

Etableringen af *Enhed for Tværfaglig Udredning og Behandling* har givet de praktiserende læger mulighed for at kunne henvise patienter med speciale uspecifikke symptomer hertil og herved give patienterne mulighed for at blive udredt ved første besøg. Denne patientgruppe har tidligere oplevet at være kastebold mellem deres praktiserende læge og forskellige medicinske afdelinger

¹⁷ Fire indsatser er målrettet *omlægning af aktivitet*, og alle er planlagt udrullet på Nykøbing Falster Sygehus. De fire indsatser omhandler: 1) *accelererede akutte forløb*, hvor der fokuseres på tidlig overflytning fra akutafdeling til stamafdelinger, dvs. accelereret indlæggelsesforløb på akutafdelingen. Dette forventes gennemført ved øget lægebemanding, specielt om natten, og hermed tidligere udarbejdelse af behandlingsplan. 2) *Optimering inden for de kirurgiske specialer*, således at der opereres flere patienter på hvert leje. Dette forventes muliggjort via gennemgang af organisering og tilrettelæggelse af operationer. 3) *Tværsæktorielle projekter* under kommune og sygehus-samarbejdet (KSS) med sigte på at forebygge/reducere indlæggelser. Muligheder for tidlig opsporing undersøges, enten via hjemmeplejen eller via supervision/udkørsel af læge. Der er tale om implementerings- og pilotprojekter, hvor effekten måles i forhold til, om antallet af forebyggelige indlæggelser og unødige genindlæggelser falder i de tre kommuner. 4) Øget fokus på forebyggelsestilbud og dermed henvisning af indlagte patienter og patienter i ambulante forløb til kommunernes forebyggelsestilbud med henblik på forebyggelse/reducering af fremtidige behov for indlæggelse samt øget inddragelse af patienter i egen behandling og forebyggelse (38).

¹⁸ Fire indsatser er målrettet *fleksibel sygehusbehandling*, og de handler om: 1) *telemedicinsk monitorering af patienter med søvnnapnø*. Patienternes behandlingsdata overføres dagligt fra CPAP-apparatet til et internetbaseret program, hvor personalet i klinikken kan følge patienternes behandling. Projektet har medført, at antallet af årlige kontroller med fremmøde er reduceret fra fem til to, og at resten af kontrollerne kan foregå telefonisk. Sygehusledelsen på Sjællands Universitetshospital er i gang med at undersøge mulighederne for at gøre forsøget permanent. 2) *Det mobile sygehuslaboratorium* er etableret i et samarbejde mellem Sjællands Universitetshospital, Køge Kommune og de praktiserende læger i Køge. De praktiserende læger og sygehusafdelingerne kan rekvirere ambulatoriet, der er bemandet med en sygeplejerske og en bioanalytiker. I ambulatoriet kan de hyppigst anvendte blod- og urinalyser samt elektrokardiogrammer foretages og overføres elektronisk til den praktiserende læge. Det primære mål med ambulatoriet er at kunne behandle kroniske patienter, ældre, skrøbelige og terminale patienter i eget hjem frem for at henvise dem til akutbehandling/have dem indlagt (38). 3) *Ambuflex* – indsatsen beskrives i hovedteksten. 4) *Medicinsk Fælles Ambulatorium* – indsatsen beskrives i hovedteksten.

¹⁹ Holbæk Sygehus er kommet længst med arbejdet med etableringen af *Enhed for Tværfaglig udredning og behandling*, men planen er, at det også etableres på regionens andre somatiske sygehuse i løbet af 2016-2017.

med dertilhørende langstrakte udredningsforløb til følge, da det enkelte speciale kun har kunnet af- eller bekræfte, hvad patienten fejlede. I tilfælde af afkræftelse har patienten skullet omkring egen læge igen for at modtage henvisning til et nyt speciale (ibid.)

Budgettet for Medicinsk Afdeling på Holbæk Sygehus er uændret i 2016. Ved årsskiftet opgøres omlægningens betydning for produktiviteten (41). Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse (varetager også LUP) er tilknyttet med henblik på at evaluere effekten af aktiviteterne i det nye fælles ambulatorie – fra et patientperspektiv (39). Patientforeninger har været inddraget med henblik på at afdække patienternes ønsker til fremtidens ambulatorier. Endvidere har sygehusets Patient- og Pårørenderåd været inddraget i indretning af patientopholdsrummene. Patienterne er ligeledes indtænkt som sparringspartnere med hensyn til at give input til fremtidige justeringer (ibid.)

AmbuFlex

Sjællands Universitetshospital²⁰ har iværksat et projekt med AmbuFlex på Neurologisk Afdeling og Klinisk Onkologisk Afdeling; mere specifikt er patienter med henholdsvis epilepsi og prostatakræft udvalgt til at indgå i projektet (38). Formålet med projektet er at omlægge den ambulante aktivitet, så den bliver målrettet de patienter, der har mest behov.

AmbuFlex er et webbaseret dialog- og beslutningsstøtteværktøj, der kan benyttes til at vurdere, om patienten har behov for et kontrolbesøg eller ej. Dette gøres på baggrund af patientens indrapporterede PRO-data, hvor patienten kategoriseres som enten grøn, gul eller rød. Hvis patienten kategoriseres som værende grøn, kan og ønsker patienten at vente med kontrol; rød indikerer, at der er behov for eller ønske om kontakt (telefon eller konsultation); gule patienter kan have behov. I sidstnævnte tilfælde kigger en kliniker besvarelsen igennem og vurderer, om den er grøn eller rød. Systemet er udviklet af Vestkronik, Hospitalsenhed Vest, i Herning, og det anvendes i dag på en lang række sygdomsområder i Region Midtjylland (43).

Afsæt i værdibaseret styring

Sygehusene i Region Sjællands arbejde med at *omlægge og optimere patientforløb* udspringer ikke af et direkte ønske om at afprøve værdibaseret styring, men i stedet et ønske om at omlægge og optimere patientforløb, hvilket også afspejler sig i, at kun to af de konkrete indsats indeholder delelementer af Porters seks komponenter. *Medicinsk fælles ambulatorium* har således fokus på komponent 1, mens *AmbuFlex* benytter PRO-data til at fastlægge behov for kontrolbesøg og dermed omhandler komponent 2.A. Indsætserne kan ses som et godt skridt på vejen til at foretage værdibaseret styring, idet de fokuserer henholdsvis på at tilrettelægge behandlingen ud fra, hvad der er bedst for patienten, og på at fjerne unødigt aktivitet. De to indsats kan imidlertid ikke betegnes som værende deciderede forsøg med værdibaseret styring, idet der ikke styres efter endelige patientresultater. Der savnes også samtidig opfølgning på omkostninger ved patientens samlede forløb, hvilket kunne være et godt supplement til indsætserne.

3.4 Region Syddanmark

Region Syddanmark har udpeget et forsøg initieret med afsæt i værdibaseret styring, der beskrives og analyseres i det følgende afsnit.

²⁰ Sjællands Universitetshospital udgøres af Roskilde Sygehus og Køge Sygehus.

3.4.1 Indførelse af alternativt økonomisk styringsparadigme på Rygcenter Syddanmark

I 2015 blev der indført et nyt optimeret rygforløb i Region Syddanmark, som blandt andet medførte: 1) fælles visitation på Rygcenter Syddanmark af alle elektive, regionale rygpatienter, 2) indførelse af den fælles specialiserede kerneudredning, således at alle rygpatienter vurderes med henblik på et aktivt medicinsk koordineret forløb, 3) at relevante rygmedicinske udrednings- og behandlingsmuligheder afprøves inden evt. kirurgi, samt 4) at Rygcenter Syddanmark har fuldt ansvar for at sikre behandlingen af rygpatienter i Region Syddanmark – det har dermed fuldt budgetansvar for rygaktivitet i det private (undtagen nakkedekompressioner) (44).

Rygcentret blev samtidig fuldt rammestyret, og fra 2016 er en mindre del af økonomien (2 mio. kr.) gjort afhængig af, at centeret opfylder otte kvalitetsmål:

1. Klar besked om diagnose og plan for det fortsatte forløb efter afslutning fra Rygcenter Syddanmark. Målet gælder for alle patienter, der afsluttes fra Medicinsk rygcenter.
2. Patienttilfredshed med det samlede forløb i Medicinsk Rygafdeling. Der spørges, når patienten forlader afdelingen: "Var du tilfreds med forløbet i Rygcenteret?" med dertilhørende svarmuligheder "Slet ikke", "I nogen grad", "I høj grad", "I meget høj grad". 85 % af patienterne skal i 2016 svare "I høj grad" eller "I meget høj grad".
3. Hurtig og klar besked. For ikke-akutte patienter skal Middelfart Sygehus, senest to hverdage efter at sygehuset har modtaget henvisningen, indkalde patienten til første sygehuskontakt. Tærskelværdien for målet er 95 %.
4. Udredningsgaranti/ventetid (30 dage). Ikke-akutte patienter skal have første kontakt inden for 30 kalenderdage. Måltallet for 2016 er 65 % inden for 30 dage, 80 % inden for 45 dage og 95 % inden for 60 dage.
5. Jointklinik. Alle indlagte kirurgiske patienter henvist fra egen læge eller kiropraktor skal modtage medicinsk assistance. Måltallet for 2016 er 85 %.
6. Smertescore/livskvalitet. Patienter med diagnosen spinalstenose eller diskusprolaps, som er førstegangsoopererede, får målt EQ-5D. Den gennemsnitlige patient skal forbedres 0,12 på skala fra 0-1. Endvidere skal det samlede niveau være bedre end eller på niveau med lands gennemsnittet.
7. Behandlingsgaranti/ventetid. Ikke-akutte patienter skal have første kirurgiske behandling inden for 30 kalenderdage. Tærskelværdien sættes til 95 %.
8. Lægebrev. Der skal være udsendt lægebrev til egen læge, senest 3 hverdage efter at patienten er afsluttet fra sygehuset. Tærskelværdi for målet er 90 % (ibid.).

Opfølgningskriterier og -mekanismer

De otte opsatte kvalitetsmål er politisk fastlagt. Planen er, at der årligt i februar måned bliver fulgt op på kvalitetsmålene, herunder diskussion af målene, og om de skal revurderes. Rygcentret modtager en afregning på 250.000 kr. pr. opfyldt kvalitetsmål (ibid.).

Afsæt i værdibaseret styring

Indførelsen af et alternativt økonomisk styringsparadigme på *Rygcenter Syddanmark* indeholder delelementer af Porters seks komponenter. På *Rygcenter Syddanmark* er medicinsk og kirurgisk afdeling således samlet i et center (Porters komponent 1), en mindre del af økonomien er gjort afhængig af opnåelse af otte kvalitetsmål (Porters komponent 2.A), og centret har fået fuldt ansvar for at sikre behandlingen af rygpatienter i Region Syddanmark (Porters komponent 5). Endvidere er centret fuldt rammestyret samtidig med, at de har budgetansvar for aktivitet i privat regi. Rammestyret er ikke i sig selv et element i værdibaseret styring. I dette tilfælde med den

direkte kobling til et populationsansvar fjerner rammestyringen dog fokus fra kun at se på aktivitet til at fremme omkostningseffektive forløb samt hindring af ikke-værdiskabende aktivitet, jf. beskrivelsen i afsnit 2.4.

Samlet set er der i *Rygcenter Syddanmark* opstillet en styringsmæssig ramme, der kan understøtte styring mod værdi for patienten. På nuværende tidspunkt er det imidlertid kun ét (kvalitetsmål 6) af de i alt otte inkluderede kvalitetsmål, der har karakter af et outcomemål, mens de resterende mere har karakter af servicemål/procesindikatorer. Yderligere omhandler kvalitetsmål 6 kun en subgruppe af de patienter (førstegangsopererede patienter med diagnosen spinalstenose eller diskusprolaps), der behandles på *Rygcenter Syddanmark*. Direkte inddragelse af PRO-data og omkostninger ved de enkelte patientforløb i styringen af den enkelte behandling og i forbindelse med *Rygcentrets* overordnede styring vil kunne skabe større fokus på værdibaseret styring i *Rygcenter Syddanmark*.

3.5 Region Midtjylland

Region Midtjylland iværksatte i januar 2014 projektet "Ny styring i et patientperspektiv", hvor ni afdelinger friholdes for aktivitetsstyring for i stedet at arbejde med at udvælge og udvikle andre styringsmål.

3.5.1 Projekt "Ny styring i et patientperspektiv"

Der kan ved styring efter DRG-værdi, jf. tidligere beskrivelse af aktivitetsbaseret styring i afsnit 3.1.3, opstå nogle uheldige incitament, eftersom sygehusene belønnes for at lave flest mulige behandlinger uanset kvaliteten og behovet for behandlingen hos patienten samt risikoen for fragmentering af patientforløb i form af flere ambulante besøg eller indlæggelser. Projektet *Ny styring i et patientperspektiv* formål er derfor at undersøge, hvad konsekvenserne er ved at undlade at styre en række afdelinger efter DRG-værdi for i stedet at fokusere på mere patientnære mål. Projektet blev i første omgang besluttet for en toårig periode, men det er siden blevet forlænget med et år, så det løber til udgangen af 2016.

For hver af de ni afdelinger, der er med i projektet, er der i et samarbejde mellem afdelingen og administrationen blevet udvalgt de mål, som den enkelte afdeling skal styre efter. De enkelte afdelinger har selv stået for formuleringen af målene. Målene er løbende blevet kvalificeret og i enkelte tilfælde ændret, med henblik på at de skal være målbare og gennemførlige. Flere mål har fra begyndelsen af projektet været så nye, at der undervejs er blevet arbejdet på at skabe en baselinemåling, mens andre mål allerede var tilgængelige fra projektets begyndelse. Afdelingerne har skullet definere målene således, at de falder inden for regionens triple aim-målsætning om: 1) forbedringer i befolkningens sundhedstilstand, 2) høj patientoplevelt kvalitet og 3) lave omkostninger pr. borger. I formuleringen af målene har der været fokus på, at målene bliver så patient- og kliniknære, at der kan gives konkrete anvisninger til, hvad afdelingerne skal ændre for at opnå målsætningerne. Det har således været målet, at der bliver et så kliniknært datagrundlag, at afdelingerne kan agere direkte på baggrund af målingerne (45). De enkelte afdelinger har grebet arbejdet med at opstille de konkrete målsætninger, som de herefter har skullet styre efter, forskelligt an. Eksempelvis har afdelinger i forbindelse med nogle mål blot opgjort målet, mens der i forbindelse med andre mål har været iværksat konkrete initiativer for at opnå målsætningen.

De ni afdelinger har i projektperioden haft faste budgetrammer, og de er således ikke underlagt den DRG-baserede aktivitetsstyringsmodel i regionen, herunder kravet om årlig produktivitetsstigning. Afdelingerne er dog fortsat underlagt de generelle mål, der indgår i de årlige budgetter.

Der styres således efter overholdelse af budgetrammen, opfølgning på aktivitet med mål som antal unikke cpr-numre samt opfyldelse af de generelle kvalitetsmål, herunder blandt andet kræftpakkerne, hjertepakkerne, epikriser og udredningsretten.

Projektet er blevet devaluert i 2014 (46), 2015 (47) og 2016 (48). Devalueringerne har fokus på de konkrete målsætninger og udviklingen heri, men der indgår også tilbagemeldinger fra afdelingerne om, hvordan de har oplevet ændringer og udfordringer i forbindelse med den nye styring efter de fastsatte mål frem for DRG-værdi. I bilag 1 er de enkelte afdelingers erfaringer med *Ny styring i et patientperspektiv* kort beskrevet på baggrund af afdelingernes feedback i de tre devalueringer. Endvidere beskrives de konkrete udvalgte mål og udviklingen heri på baggrund af den seneste devaluering. Der er ikke tale om fuldstændige gengivelser af de tre devalueringer, men kortere beskrivelser, hvor de relevante pointer medtages. Det skal i den sammenhæng pointeres, at der i devalueringerne er en vis variation i dybden af beskrivelserne fra afdelingerne. Af bilag 2 fremgår de specifikke definitioner for samtlige mål præsenteret i den seneste devaluering og de specifikke tal for udviklingen heri.

De ni afdelinger har alle monitoreret antallet af unikke CPR-numre, det vil sige antallet af unikke patienter, der er i kontakt med afdelingerne. Den seneste devaluering fra 2016 viser, at seks ud af de ni afdelinger har haft en stigning i antallet af unikke CPR-numre. I flere tilfælde er der tale om stigninger på op til cirka 20 % i antallet af unikke CPR-numre. Tre af afdelingerne har oplevet et mindre fald på cirka 2-5 % (48). I devalueringen fra 2015 afrapporteres der om et mindre fald i antallet af unikke patienter, der blev behandlet på afdelingerne. Faldet kunne dog forklares ud fra strukturelle ændringer såsom omlægning af aktivitet mellem afdelinger eller sygehuse, der ikke skyldes projektet. Samlet faldt DRG-værdien for de ni afdelinger ikke i forhold til deres aktivitet i de foregående år, og det blev i evalueringen konkluderet, at projektet i 2014 ikke udgjorde nogen risiko for, om regionen nåede det samlede aktivitetskrav for staten og den kommunale medfinansiering (side 22 i (47)).

Opfølgningskriterier og -mekanismer

Alle afdelinger har skullet udvælge specifikke mål og målsætninger, som de ønskede at styre efter. Udgangspunktet for projektet er, at der skal være tale om patientnære mål. Som det fremgår af beskrivelserne i bilag 1, er der dog stor variation i, hvilke typer af mål der er blevet udvalgt. Målene kan groft inddeles i fem kategorier:

1) Patienttilfredshed og -tryghed

Flere af afdelingerne har udvalgt mål inden for patienttilfredshed og -tryghed. Der er benyttet spørgeskemaer eller såkaldte patientpaneler til rapportering af målene. Der er eksempelvis spurgt om, om patienterne er tilfredse med modtagelsen på afdelingen, eller om patienterne føler, at de har været inddraget i beslutningen om behandling. Patientpanelerne har været brugt mindre kvantitativt til at vurdere forbedringspotentialer eller konkrete tiltag. De falder således i mindre grad ind under definitionen af mål i projektet og udgør i højere grad en indsats, der eventuelt kan forbedre andre mål.

2) Procesmål

Med procesmål menes mål, der ikke direkte afspejler en øget værdi for patienten, men hvor det formodes, at der er en klar sammenhæng mellem målet og den gennemsnitlige værdi for patienterne. Alle afdelingerne har udvalgt målsætninger, der kan karakteriseres som procesmål. Eksempelvis er der målsætninger for ventetider, antal hjemmebesøg og andel af patienter, der har fået udført MR-scanning, som får svar inden for en bestemt tidsperiode. De fleste af procesmålene er opgjort gennem data fra registre eller journalgennemgang.

3) Genindlæggelser og mortalitet

Fem af de ni afdelinger har mål, der omhandler genindlæggelser, henvisninger eller mortalitet. For de fleste afdelinger har det været muligt at opgøre tal for disse.

4) Patientrapporterede outcome

To afdelinger har arbejdet med patientrapporterede outcome. En afdeling har haft mål for patienternes selvvalgte helbred målt ved EQ-5D et år efter operation samt et mål for reduktion i smerter efter operation målt på VAS (visuel analog skala) før og efter operationen. Begge tal er i den konkrete afdeling trukket fra en klinisk kvalitetsdatabase. Den anden afdeling har ligeledes et mål for selvvalgt livskvalitet efter behandling. Den er dog stadig på et indledende stadie med at indsamle data, der indhentes ved et patientspecifikt valideret spørgeskema (EORTC QLQ-H&N35²¹).

5) Andre mål, der er mindre patientnære

En afdeling arbejder med mål, der kan kategoriseres som mindre patientnære, i form af mål for antallet af patienter, der blev vurderet til inklusion i et forskningsstudie, samt hvor hurtigt yngre læger er fuldt uddannede til at indgå i arbejdet på afdelingen.

Der er stor forskel afdelingerne imellem på beskrivelserne af, hvordan der konkret er blevet styret efter de nye mål. Dette kan muligvis skyldes, at der er stor forskel på, hvor langt de enkelte afdelinger er i processen. To afdelinger beskriver således, at det har været et stort arbejde at bestemme relevante mål, hvor der var mulighed for at indsamle data om. Ligesom flere afdelinger har ændret mål undervejs. Nogle afdelinger beskriver dog helt konkrete indsatser, der er igangsat for at imødekomme de nye målsætninger, som eksempelvis akutafdelingen, der har igangsat arbejdet med teams til modtagelse af patienter.

Der er ligeledes stor forskel på, hvordan de enkelte afdelinger ser på monitorering af målene med hensyn til at kunne styre efter dem. En afdeling har benyttet sig af halvårslige journalgenemgange for at opgøre visse mål, mens en anden afdeling har valgt at droppe nogle mål fra en database, da den kun kan få dem halvårligt, og som følge heraf har afdelingen vurderet, at målene ikke kan bruges i et styringsperspektiv. En anden afdeling har opstillet målsætninger uden at kende sin baseline, hvilket betød, at målsætningerne allerede var opfyldt ved baseline. Afdelingen har valgt efterfølgende at opjustere målsætningerne, dog ikke mere, end at de fortsat var under baseline- og opfølgingsmålingerne.

Der er ingen finansielle sanktioner eller belønninger forbundet med projekt *Ny styring i et patientperspektiv*. Afdelingerne straffes eller belønnes således ikke finansielt, afhængigt af om de når deres mål eller ej. Da de fleste afdelinger stadig arbejder med at få det rette datagrundlag – og løbende ændrer mål undervejs – er det svært at vurdere, hvordan opfølgningen på målene bliver.

Afdelingerne under *Ny styring i et patientperspektiv* er fortsat underlagt de generelle mål, der indgår i de årlige budgetter, hvilket inkluderer overholdelse af budgetrammen, opfølgning på aktivitet med mål som antal unikke cpr-numre samt opfyldelse af de generelle kvalitetsmål, herunder blandt andet kræftpakkerne, hjertepakkerne, epikriser, patientsikkert sygehus, apopleksi og udredningsretten. En afdeling gør opmærksom på, at der er så stort et fokus på økonomi, at den oplever et større pres med hensyn til at overholde de mål, der indgår i udrednings- og behandlingsgarantien, end de mål, den har udvalgt under *Ny styring i et patientperspektiv* (side 22 i (48)).

²¹ EORTC QLQ-H&N35: the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, Head and Neck Module

De ni afdelinger, der deltager i projektet, giver alle i større eller mindre grad udtryk for, at det er positivt, at de ikke længere skal styre efter DRG-værdi. Fem af de ni afdelinger gør dog opmærksom på, at DRG-værdi ikke havde stort fokus inden projektet, mens to afdelinger giver udtryk for, at det tidligere har krævet meget fokus at nå den krævede aktivitet for DRG-værdi.

Afsæt i værdibaseret styring

Det overordnede mål med projektet *Ny styring i et patientperspektiv* er at undersøge, hvad konsekvenserne er ved at undlade at styre ni udvalgte afdelinger efter DRG-værdi og i stedet rette fokus mod mere patientnære mål (45). Ideen med at styre efter patientnære mål, der løbende monitoreres, passer godt ind i begrebet værdibaseret styring. Afdelingernes mulighed for at styre efter patientnære outcome er endvidere blevet fremmet, ved at afdelingerne er blevet undtaget fra regionens aktivitetsstyringsmodel. Undtagelsen medfører endvidere ifølge flere afdelinger, at det er blevet nemmere at planlægge behandlingsforløb i samarbejde med andre afdelinger, så de netop tilrettelægges efter patienternes behov. Stigningen i antallet af unikke cpr-numre på flere afdelinger kunne også pege på, at afdelingerne inden for deres budgetramme kan opfylde deres ansvar for at behandle de relevante patienter og dermed opfylde triple aim-målsætningen. Det kan dog ikke udelukkes, at ændringerne i antallet af unikke cpr-numre også skyldes diskretionære omlægninger af aktiviteten mellem afdelinger eller hospitaler, som ikke i sig selv kan tilskrives styringsmodellen.

Der arbejdes på alle afdelingerne med at skabe bedre kvalitet for patienten i behandlingen; som beskrevet i forrige afsnit gøres dette dog i høj grad ud fra procesmål og ikke mål for den direkte værdi for patienten. Konkret arbejdes der kun med patientnære outcomemål på seks afdelinger. Her arbejdes der med mål for genindlæggelser, mortalitet eller patientrapporterede outcome. Kun en af Porters seks komponenter indgår direkte i indsatsen, og det er delelementet 2.A, som dækker over indsatsen, der har fokus på målinger af patientnære outcome.

Flere af afdelingerne giver udtryk for, at de har arbejdet med at finde mål, der er hensigtsmæssige med henblik på at kunne monitorere dem. Hvad angår Porters 6. komponent kan man ikke sige, at der er tale om en opbygning af en it-plattform, men der er dog afdelinger, der har benyttet sig af de eksisterende kliniske kvalitetsdatabaser. Omvendt gør en afdeling opmærksom på, at en database, den benytter, er uegnet, fordi afdelingen kun kan få halvårslige udtræk og derfor ikke kan få tidstro data.

Overordnet set er der ikke tale om værdibaseret styring i projektet *Ny styring i et patientperspektiv*. Der arbejdes på flere af afdelingerne med styring efter patientnære outcomemål, som er en delkomponent i værdibaseret styring. I de fleste tilfælde er der dog tale om en halvårlig opgørelse snarere end en løbende monitorering; dette kan dog skyldes, at det tager tid at få integreret en løbende monitorering. Der er samtidig ikke tale om egentlige, afgrænsede forsøg, men i højere grad om at sætte 'afdelingerne fri' til selv at beslutte, hvad de vil styres efter, i stedet for aktivitetsbaseret styring og uden tilhørende sanktioner eller afregningskonsekvenser. Regionen har således ikke en idealmodel eller en stram, styret tilgang til erstatning af den aktivitetsbaserede afregning. Samtidig har man dog, muligvis i forlængelse heraf, i praksis fastholdt en om end mere indirekte opfølgning på aktivitet.

For at projektet bevæger sig i retning af mere værdibaseret styring, kræver det, at der bliver etableret forsøg med fokus på outcomemål og omkostninger ved forløb, herunder at der løbende foretages monitorering heraf.

3.6 Region Nordjylland

Region Nordjylland har igangsat projektet *Prædiktionsmodeller for hofte- og knæalloplastikker*, som beskrives og analyseres nærmere nedenfor.

3.6.1 Prædiktionsmodeller for hofte- og knæalloplastikker

Baggrund

Primo 2013 etablerede Region Nordjylland en ny ledelses- og organisationsstruktur i sit sygehusevæsen benævnt "Forløbsbaseret ledelsesorganisering" (FLO). Formålet var at indføre nye organisatoriske rammer, der i højere grad understøttede sammenhængende patientforløb ved at fokusere på overgange mellem kliniske specialer og sektorer (49). En ekstern evaluering heraf viste imidlertid, at den budgetmæssige struktur, hvor det alene er de kliniske specialer, som er afsættet for ressourceallokeringen, hæmmer det forløbsbaserede arbejde (50).

I 2015 blev der tilføjet en 'overbygning' til FLO kaldet "Fokus og Fornyelse". Initiativet havde til hensigt at udvikle en mere dataorienteret organisation med fokus på databåret ledelse. Visionen var, at relativt få politisk fastlagte nøgleindikatorer skulle danne udgangspunkt for samarbejde på tværs af ledelsesområder. I forbindelse med dette initiativ og inspireret af det svenske konsulentfirma IVBAR's²² arbejde med datamodeller til beskrivelse af patientforløb og dertilhørende udvikling af forløbsbaserede afregningssystemer besluttede Region Nordjylland i 2015, at regionen vil udvikle prædiktionsmodeller for hofte- og knæalloplastikker (51).

Formål

Formålet er at udvikle en datamodel, der kan prædiktere outcome for henholdsvis hofte- og knæalloplastikforløb afhængigt af patientens karakteristika.

Modellen skal kunne bruges til at prædiktere ud fra lægefaglige indikatorer, såsom komplikationer og reoperationer samt ud fra PROM-data (fx smertescore, livskvalitet (målt på EQ-5D), funktionsscore, tilbagevenden til arbejdsmarkedet og Oxford Hip and Knee Score).

Målet er, at prædiktionsmodellen skal kunne anvendes dels som et redskab til klinisk beslutningsstøtte, dels til at danne grundlag for afprøvning og simulering af nye afregningsformer. Ambitionen er, at det totale ressourceforbrug for det enkelte patientforløb opgøres, herunder omkostninger i regionalt regi i form af ambulante besøg, liggetider og komplikationer, men også omkostninger udledt af fx DREAM-databasen (fx sygedagpenge) tænkes inkluderet i opgørelsen af ressourceforbruget (ibid.).

Status på projektet

Der er blevet foretaget en kortlægning af forløbene via en værdistrømsanalyse, data fra 11 databaser er blevet kortlagt, og relevante data herfra er blevet identificeret. Udtræk af data og opbygning af selve modellogikken er påbegyndt. Udviklingen af prædiktionsmodellen sker i samarbejde med klinikere og med inspiration fra forskningsmateriale. For at kunne identificere mulige risikofaktorer og efterfølgende komplikationer foretages der i udgangspunktet udtræk af data fra to år før operationen til to år efter (minimum ét år efter). Dataindsamlingsperioden går fra 2010 og frem, men første operation vil tidligst have fundet sted i 2012 grundet kravet om udtræk af data to år forud for operationen.

I november 2016 ansættes en datamanager, der skal udarbejde prædiktionsmodellen. Sideløbende med opbygningen af modellen arbejdes der på at estimere de samlede omkostninger ved

²² IVBAR er en svensk privat sundhedsforsknings- og rådgivningsinstitution, der har tætte bånd til Michael E. Porter. IVBAR har været en aktiv spiller i introduktionen af værdibaserede styringsmodeller i Sverige. For yderligere information, se: <http://www.ivbar.com>.

de to behandlingsforløb. Endvidere er det planen, at der igangsættes arbejde med en ny afregningslogik baseret på prædiktionsmodellen. Dette arbejde pågår i samarbejde med førende danske sundhedsøkonomer.

Prædiktionsmodellen forventes afprøvet i klinikken i løbet af 2017 og implementeret i klinikken ultimo 2017/primo 2018. Ligeledes forventes der med afsæt i prædiktionsmodellen at blive igangsat afprøvning af nye afregningslogikker på regionalt/nationalt niveau ultimo 2017/primo 2018.

Afsæt i værdibaseret styring

Prædiktionsmodellen for hofte- og knæalloplastikker tager afsæt i værdibaseret styring, og projektet fokuserer direkte på nogle af kerneelementerne i værdibaseret styring. I projektet er der således fokus på komponent 2, herunder både måling af outcome, opgørelse af omkostninger og udarbejdelse af prædiktionsmodel for det samlede patientforløb inden for de udvalgte patientgrupper. Ideelt set vil prædiktionsmodellen efterfølgende kunne anvendes dels som et redskab til klinisk beslutningsstøtte, dels til at gøre forsøg med nye afregningsformer, hvor betalingen for den enkelte behandling enten justeres i forhold til patientens sværhedsgrad, eller hvor der opstilles specifikke kriterier for, hvilke patienter der indgår i den enkelte afregningsgruppe. Potentielt er der således i dette projekt basis for stor læring, hvad angår prædiktionsmodellers anvendelse i praksis, læring om opstilling af meningsfulde kliniske grupper, anvendelse af forløbsbaseret afregning og dertilhørende omkostningsberegninger samt viden om styringsmæssige rammer, der sikrer mere styring efter værdi for patienten.

3.7 Sammenfatning

Der er stor spredning i indholdet og karakteren af de ordninger og forsøg, som regionerne har udpeget til at indgå i denne kortlægning. Dette gælder både med hensyn til, på hvilket organisatorisk niveau indsatsen foretages, og med hensyn til omfanget, målgruppen samt fokus for indsatsen, jf. tabel 3.1.

Tabel 3.1 Vurdering af de forsøg, som regionerne har udpeget til at indgå i kortlægningen, ud fra deres afsæt i værdibaseret styring (2015-2016)

Region	Indsats	Patient-gruppe/afdelinger	Afsæt i værdibaseret styring	Porters seks komponenter ¹	Afregningsforsøg
Hovedstaden	Udviklingshospital Bornholm	Samlede patientpopulation på Bornholms Sygehus	Momentvise elementer af værdibaseret styring i 3 af de 8 tiltag. For de resterende 5 indsatser er der tale om understøttende indsatser for værdibaseret styring, fx i form af at sikre sammenhæng i behandlingen	1, 2.A og 4	Delvist, hospitalet undtages fra regionens aktivitetsstyringsmodel og får en fast ramme i projektperioden. Konkret arbejde med nye afregningsmodeller vil først blive igangsat, når de enkelte delprojekter er overgået til drift.
Sjælland	Værdi for borgeren	Somatiske og psykiatriske patienter	Nej	-	Ja, da der er koblet en incitamentspulje til ordningen, hvor opnåelse af de aftalte mål udløser udbetaling af puljens midler efter på forhånd fastlagte principper.
	Omlægning af aktivitet og fleksibel sygehusbehandling	Akutafdelinger samt ambulans behandling	Nej, to af indsatserne indeholder elementer af Porters seks komponenter. Men hverken disse to indsatser eller den overordnede indsats kan karakteriseres som værende et decideret forsøg med værdibaseret styring.	1 og 2.A	Afregningen foretages inden for regionens generelle afregningsmodel, der består af et aktivitetsbudget. Manglende realisering af aktivitetsbudgettet kan føre til korrektioner af sygehusenes driftsaftale.
Syddanmark	Indførelse af alternativt økonomisk styringsparadigme på Rygcenter Syddanmark	Rygpatienter	Nej, der er opstillet en styringsmæssig ramme, der kan understøtte styring efter værdi for patienten, men der mangler inddragelse af PRO-data mere generelt og resourceopgørelser, for at der reelt kan foretages værdibaseret styring. PRO-data i form af EQ-5D indgår som styringsmæssigt formål for en subgruppe af patienterne, men EQ-5D-besvarelsen fra den enkelte patient bruges ikke i den kliniske praksis.	1, 2.A og 5	Delvist, fuldt rammestyret (kan hverken opnå afregning for meraktivitet eller mindre aktivitet). En mindre del af økonomien (2 mio. kr.) er gjort afhængig af opfyldelse af 8 kvalitetsmål. Dog kun det ene af disse, der er et reelt patientresultatmål (outcome)
Midtjylland	Projekt "Ny styring i et patientperspektiv"	Medicinsk afdeling, akutafdeling, diagnostisk center, ortopædkirurgisk afdeling og fem afdelinger under Hoved-Neuro-Center	Nej, flere af afdelingerne arbejder dog med styring efter patientnære outcomes.	2.A	Afdelingerne fritages for regionens aktivitetsstyringsmodel og er i stedet fuldt rammestyrede.
Nordjylland	Prædiktionsmodeller for hofte- og knæalloplastikker	Hofte- og knæalloplastikker	Ja, da der i projektet er fokus på måling af outcome, opgørelse af omkostninger og udarbejdelse af prædiktionsmodel	2	Potentielt på længere sigt, hvor der med afsæt i prædiktionsmodellen forventes at blive igangsat afprøvning af nye afregningslogikker på regionalt/nationalt niveau

Note: ¹ Michael E. Porter samler sin strategi i seks delkomponenter: 1) Behandlingen organiseres i integrerede enheder, 2) resultat og omkostninger opgøres for hver enkelt patient, 3) samlet betaling for hele patientforløb, 4) integreret sundhedsvæsen på tværs af diagnoser, 5) udvidelse af det geografiske optageområde og 6) opbygning af relevant it-plattform.

Der er, jf. tabel 3.1, stor variation mellem de enkelte indsatser med hensyn til det organisatoriske afsæt for indsatsen, dvs. om det er sygehuset, afdelingen eller patientgruppen, der er rammen for modellen. I *Værdi for borgeren* i Region Sjælland er der tale om en overordnet styrings- og afregningsmodel på sygehusniveau, som alle regionens sygehuse er underlagt. Denne model

foreskriver en række mål og definerer på forhånd, efter hvilke principper målopfyldelsen udløser midler fra den afsatte pulje. I Region Syddanmark er det Rygcenter Syddanmark, som er afsættet for arbejdet med værdibaseret styring. Også her er der defineret konkrete mål og på forhånd definerede principper for afregning for opnåelse af disse mål. I forbindelse med projektet *Udviklingshospital Bornholm* og ordningen *Omlægning af aktivitet og fleksibel sygehusbehandling* er det de enkelte sygehuse, der er afsæt for indsatsen, mens de enkelte delindsatser er relateret til konkrete afdelinger eller patientgrupper. Sygehusafdelinger danner afsættet for *Ny styring i et patientperspektiv* i Region Midtjylland, mens afsættet for indsatsen i Region Nordjylland er en patientgruppe (patienter, der har behov for en hoft- eller knæalloplastik).

Værdibaseret styring indebærer, jf. afsnit 3.1, a) at der styres efter, hvad der giver værdi for patienten, b) at behandlingen er centreret omkring patientens medicinske tilstand og det fulde behandlingsforløb, c) at der foretages måling af og opfølgning på outcome-resultat og omkostning ved behandlingen (4, 27). Indsatsernes afsæt i værdibaseret styring er generelt beskedent, og de indeholder kun i mindre grad elementer af Porters seks komponenter. I de følgende afsnit diskuteres dels indsatsernes mangler med hensyn til værdibaseret styring, dels indsatsernes forbedringspotentialer.

3.7.1 Manglende styring i henhold til værdibaseret styring

Manglende fokus og opfølgning på outcome

Kun i Region Nordjyllands *Prædiktionsmodel for hoft- og knæalloplastikker* og delvist på nogle af de inkluderede afdelinger i Region Midtjyllands projekt *Ny styring i et patientperspektiv* samt rygcentret i Region Syddanmark (ét af de i alt otte opstillede mål er baseret på PRO-data) er der tale om, at der er opstillet en styringsmæssig ramme, som har fokus på outcomeelementet i værdibaseret styring, jf. tabel 3.1. Fælles for de andre indsatser er, at der ikke styres efter patientnære resultater (outcome). I nogle af indsatserne styres der i stedet efter service-/procesmål (fx i indsatsen *Værdi for borgeren* og i forbindelse med syv af de otte af målene for rygcentret i Region Syddanmark). Andre indsatser kan mere opfattes som et skridt på vejen til værdibaseret styring, fx ved at de skaber rammer for sammenhængende patientforløb (fx indsatsen *Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis*) og fjernelse af overflødig behandling/aktivitet (fx indsatserne *Bedre bestilling og brug af diagnostik* og *AmbuFlex*). Det skal i denne sammenhæng nævnes, at indsatserne på *Udviklingshospital Bornholm* ikke er færdigudviklet.

Bred fortolkning af patientnære resultatmål (outcome)

I de kortlagte indsatser er der generelt anlagt en bred forståelse af patientnære resultatmål (outcome), idet der anvendes eksempelvis måling af patienttilfredshed og -tryghed samt procesmål i form af fx opfyldelse af kræftpakkerne og udrednings- og behandlingsretten. Mens fx PRO-data er direkte relateret til resultatet af et behandlingsforløb, er måling af patienttilfredshed og -tryghed (eksempelvis rapporteret i den årlige LUP) modsat ikke et mål for resultatet af behandlingen og er dermed ikke udtryk for patientens direkte gavn (værdi) af behandlingen. Procesmål er ikke direkte relateret til resultatet af et behandlingsforløb, men målet kan i mindre eller større grad have sammenhæng med den endelige værdi af behandlingen. For eksempel vil et procesmål som måling af overholdelse af udredningsretten for kræftpatienter være tættere relateret til den endelige værdi af det samlede behandlingsforløb, end det vil være tilfældet for fx en patient med overrevet korsbånd, da det vil have stor betydning for det samlede resultat af behandlingen for kræftpatienten, hvor hurtigt patienten påbegynder sin behandling, mens det ikke i samme udstrækning vil have betydning for resultatet af behandlingen af knæpatienten.

Manglende anvendelse af PRO-data

Anvendelse af PRO-data er et væsentligt element i udviklingen af værdibaserede styringsmodeller. Af en nyligt offentliggjort rapport omhandlende anvendelse af PRO-data i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen fremgår det, at PRO-data ikke er implementeret i stor skala hverken nationalt eller internationalt (28). Samme konklusion kom Porter et al. (52) frem til i en artikel tidligere på året. I Danmark er der primært erfaringer med anvendelse af PRO-data i forbindelse med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogrammer, eksempelvis DANBIO, DaneSpine, Dansk Urogynækologisk Database, Dansk Fedmekirurgi Register, Dansk Korsbåndregister samt Dansk Lungecancerregister. Den manglende inklusion af PRO-data i de kortlagte indsatser kan således til dels forklares med, at der er varierende grad af erfaring med anvendelse af PRO-data mellem de forskellige kliniske specialer. De indsatser i kortlægningen, der inddrager PRO-data, benytter sig således i høj grad af, at der allerede inden for det pågældende område er tradition for at indsamle PRO-data. Eksempelvis benyttes PRO-data fra DaneSpine som kvalitetsmål i forbindelse med honoreringen af *Rygcenter Syddanmark* og på en afdeling i forbindelse med *Ny styring i et patientperspektiv*. Ligeledes har man i Region Nordjylland, inden arbejdet med *prædiktionsmodeller for hofte- og knæalloplastikker* blev påbegyndt, arbejdet med klinisk brug af PRO-data i forbindelse med patienter med kunstige hofter og knæ, idet patienterne ved hver konsultation foretager en vurdering af deres funktionsevne på baggrund af PRO-data.

Behov for detaljerede resultatmål

I værdibaseret styring vil de relevante outcomemål for en behandling eller et behandlingsforløb typisk bestå af en blanding af generiske mål som fx dødelighed og mere specifikke sygdomsrelaterede outcomemål, herunder også patientrapporterede patientgruppespecifikke symptomer og sygdomsrelaterede livskvalitetsmål (sidstnævnte vil også kunne måles ved brug af generiske livskvalitetsmål, fx EQ-5D og SF-36). For at sikre øget styring efter effektivitet stiller værdibaseret styring hermed væsentlig større krav til typen og omfanget af de anvendte resultatmål, end det er tilfældet med det nuværende produktivitetsfokus. I den nuværende aktivitetsstyringsmodel kan der således anvendes det samme styringsmål – nemlig DRG-værdi – for al behandling, mens resultatmålene ved værdibaseret styring vil være patientgruppeafhængige og ikke mindst kræve fokuseret opfølgning og opfølgning af en række outcomebaserede resultatmål, hvortil sammenkoblingen med de tilhørende behandlingsomkostninger opgjort for patientforløb kommer. En generisk styrings- og afregningsmodel på sygehusniveau, som i *Værdi for borgeren*, hvor sygehusene styres efter generiske værdimål på tværs af patientgrupper, konflikter således overordnet med kerneelementet i værdibaseret styring – nemlig at der styres efter patientnære og outcomebaserede resultater.

3.7.2 Forbedringspotentialer for indsatserne

Styring efter outcome og omkostninger

For at indsatserne kan bidrage med læring med hensyn til værdibaseret styring, er det helt centralt, dels at der er tale om konkrete forsøg med styringsmodeller og ikke 'blot' forsøg med understøttende elementer for værdibaseret styring i form af fx sammenhængende patientforløb og fjernelse af overflødig behandling/aktivitet, dels at der i disse styringsmodeller styres efter den effekt, patienterne får ud af behandlingen, ved at der foregår en kontinuerlig måling af den sundhedsrelaterede effekt. Endvidere at der i styringsmodellen er fokus på ressourceforbruget for det samlede patientforløb snarere end enkelt-hændelser (indlæggelser, ambulante besøg mv.). Som led heri vurderes det væsentligt med en klar kommunikation af, hvad værdibaseret styring er og ikke er. Det vil sige, at der skal realiseres konkrete forsøg med en styrket effektivitetsstyring forstået ud fra tankegangen i triple aim. Det vil være klinisk mere meningsfuldt end et overvejende produktivitetsfokus og kan dermed styrke motivationen hos de sundhedsprofessionelle. Men det stiller fortsat store krav til registrering, opfølgning og omkostningsfokus.

Et generelt forbedringspotentiale for de igangværende indsatser og indsatser på tegnebrættet er, at der i indsatserne styres efter outcome, og at der foretages en løbende monitorering af outcome og omkostninger ved patientforløb, samt at denne viden bliver anvendt både i den kliniske praksis og som ledelsesinformation. Dette vil blandt andet kræve en udbygget og mere konsekvent brug af omkostningsdata og reelle outcomebaserede effektmål, herunder PRO-data, som løbende monitoreres. En central forudsætning for, at sygehusene/afdelingerne kan gøre dette, er selvsagt, at der er adgang til tidstro data og løbende ledelsesmæssig opfølgning på disse data. Dette kræver effektive systemer til indsamling, behandling og formidling af data. Erfaringerne fra projektet *Ny styring i et patientperspektiv* viser, at adgang til tidstro data er en udfordring. De senere års store fokus på anvendelsen af PRO-data understøttet blandt andet af de midler, der blev afsat til udbredelse af PRO-data med finansloven for 2016, skaber dog forventning om, at mulighederne herfor fremadrettet vil blive bedre. Senest har regeringen og Danske Regioner i forbindelse med økonomiaftalen for 2017 afsat midler til at understøtte en standardiseret og bred anvendelse af PRO i alle sektorer i sundhedsvæsenet (53). Samtidig foretages der betydelige investeringer i et nationalt sundhedsdataprogram med tilsvarende sigte på valide og rettidige sundhedsdata til brug i klinikken.

Klar rammesætning for fremtiden for forsøgsafdelinger/-sygehuse

For vitterligt at kunne få erfaring med værdibaseret styring er det vigtigt, at der opstilles klare rammer for indsatsen. Klare rammer indebærer, at ledelser er tydelige ved på forhånd at definere de processer og principper, der afgør belønninger og sanktioner i projektperioden. Tilsvarende er det afgørende for virkningen af de nye styringsmæssige rammer, at der er veldefinerede processer og kriterier for afgørelser om kommende budgetlægninger, så godt, det nu er muligt. Uklarheder vil afspejle sig ved usikkerhed og slør i reaktionerne på nye styringsmæssige rammer, hvilket enten hæmmer reaktionerne eller endnu værre potentielt fører til utilsigtede reaktioner. Det vil sige, at ledelsen skal være tydelig med hensyn til, hvilke sanktioner der eventuelt vil være ved manglende opnåelse af opstillede resultatmål, samt ikke mindst, at ledelsen er tydelig i forhold til, hvad der sker efter forsøgsperioden.

I *Ny styring i et patientperspektiv* og på *Udviklingshospital Bornholm* er der fx ikke inkluderet sanktioner ved manglende opnåelse af de opsatte resultatmål, mens der fx i *Værdi for borgeren* og *Rygcenter Syddanmark* er tilknyttet økonomiske belønninger/sanktioner til styringsmodellen ved henholdsvis målopfyldelse og manglende målopfyldelse. Manglende klar rammesætning af, hvad der vil ske efter forsøgsperioden, svækker forsøgets reelle værdi med hensyn til muligheden for at undersøge effekten af værdibaseret styring, idet den enkelte afdeling ikke blot vil være styret af incitamenterne i "forsøgsstyringsmodellen", men også styret af de incitament, der vil være i den fremtidige model. Hvis der er uklarheder om, hvorvidt afdelingen fx efter forsøgsperioden igen vil blive underlagt aktivitetsstyring, må afdelingernes incitament til at reducere deres aktivitet formodes at være beskeden. Dispensationen fra den generelle eller tidligere anvendte aktivitetsbaserede styringsmodel giver sikkerhed i projektperioden for sygehusene, men samtidig bør der således søges skabt tryghed i forhold til, at forsøgets konsekvenser ikke som udgangspunkt 'sætter' sig i fx afdelingens efterfølgende budget. Evt. usikkerhed om fremtidige budgetter kan afhjælpes ved at klargøre nogle overordnede principper for styringen fremadrettet efter projektperioden. Hvad sker der, hvis sygehusene lykkes med at opstille og ændre deres aktivitetsmønster? Og hvordan påvirker det sygehusenes budget efter projektperioden? Det vil være vigtigt, at sygehusene/afdelingerne får nogle overordnede retningslinjer for, hvordan deres budget påvirkes efter projektperioden, hvis der i projektperioden sker ændringer i DRG-værdi, aktivitetsmønster og sammensætningen af patienter. Principperne udstikker målsætninger, som kan være mindst lige så væsentlige som incitamenterne i de nuværende projekter, da de tegner nogle rammer for, hvordan sygehusene fremadrettet kan forvente at blive afregnet. I de af tiltagene,

der er forsøgsbaserede, fremgår det umiddelbart ikke, at det fra ledelseshold er klarlagt, hvad der vil ske efter forsøget.

Rammebetingelserne skal understøtte værdibaseret styring

Foruden de mere indsatsnære forbedringspotentialer kan der mere overordnet optegnes nogle udfordringer på det organisatoriske niveau på sigt. Rammebetingelserne for organiseringen af sundhedsvæsenet, herunder anvendelsen af adskilte budgetter for de forskellige udbydere, understøtter ikke umiddelbart en værdibaseret styring, hvor patientforløb naturligt går på tværs af sektorer. Adskilte budgetter er ikke blot en udfordring mellem udbydere og på tværs af sektorer, men det gør sig også gældende inden for sygehusene. Værdibaseret styring sætter hermed krav til yderligere sammentænkning af patientforløb end det arbejde, der allerede i dag foregår med hensyn til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs. En forudsætning for en højere grad af koordination og opfølgning er systematisk brug af data, så der er adgang til tidstro data på tværs af sundhedsvæsenet. Der er således behov for at optimere adgangen og de analytiske værktøjer til at optimere behandlingsforløb på tværs af udbydere (fx sygehus, praksissektor, kommune). Udveksling af data gør det ikke alene, og der vil være et stort behov for at udvikle analytiske værktøjer og ledelsesinformationer, som kan understøtte ledelsesmæssige beslutninger vedrørende omstillingen til værdibaseret styring. Omstillingen kræver et betydeligt ledelsesmæssigt fokus på at kunne lede på tværs, således at outcome og omkostninger optimeres for forløb snarere end inden for den enkelte behandling, afdeling mv. Dette udfordrer ledelserne på alle niveauer og på tværs af sektorer til at styrke deres kompetencer til at lede på tværs og til ledelse i netværk.

DRG-systemet skal understøtte værdibaseret styring

Endelig er der en række overordnede rammebetingelser, som bør drøftes, i takt med at der foreligger konkrete og positive resultater fra de kommende forsøg med værdibaseret styring. Den nuværende opgørelsesmetode for produktivitet på sygehusene og i regionerne er baseret på DRG-værdi, hvilket kan opleves som en barriere for omstillingen trods de tidligere beskrevne indbyggede undtagelsesmuligheder i form af korrektioner mv. Det samme gælder den statslige pulje for meraktivitet, som potentielt kan være en barriere for værdibaseret styring. Derudover kan regionerne selv påvirke den nuværende brug af mellem-regional afregning, så det understøtter værdibaseret styring på områder, hvor det er relevant.

Opfølgning på aktivitet vil fortsat være nødvendig og ønskelig, herunder opfølgning på DRG-værdi. De traditionelle aktivitetsmål skal fortsat være nøgletal, som følges tæt, og aktivitetsmål kan i flere sammenhænge betragtes som et relevant procesmål til, at sygehuset kan følge sin egen aktivitet og produktivitet. Disse nøgletal vil imidlertid spille en mindre rolle i fremtidig budgetlægning for sygehusene, hvor incitamenterne i budgetlægningen skal understøtte fokus på værdi for patienten og omkostningsbevidsthed vedrørende hele patientforløb. Opgørelser af DRG-værdi skal samtidig nuanceres og differentieres, så denne opgørelsesenhed ikke i sig selv bliver en hæmmende faktor for omstilling af aktiviteten. Det skal i denne sammenhæng, som tidligere nævnt, påpeges, at aktivitets- og værdibaseret styring ikke er et enten-eller-valg, hvor der kun er plads til den ene styringsform. Endvidere er der i det nuværende finansieringssystem nogle videreudviklingsmuligheder med henblik på i højere grad at skabe incitament til at etablere de mest omkostningseffektive patientforløb og forhindre progression i sygdom.

Behov for adgang til ny type data

Værdibaseret styring stiller ikke blot krav om, at sygehusene og afdelingerne skal have adgang til en anden type data end de service- og procesmål, de i dag har adgang til, men også, at der er tale om data, som løbende kan inddrages som klinisk beslutningsstøtte. Der foreligger i denne sammenhæng et udviklingsarbejde med hensyn til at få adapteret Porters model til en dansk

kontekst, herunder ikke mindst, hvordan værdi skal opgøres i de enkelte behandlingsforløb og inden for hvilken tidshorisont.

Det kan i denne sammenhæng nævnes, at Danske Regioners bestyrelse i maj 2015 besluttede at iværksætte et projekt om at monitorere og synliggøre patientnære behandlingsresultater ensartet i hele landet. Status for dette arbejde ultimo november 2016 er, at der er udvalgt fem patientgrupper til forsøg med ensartet opfølgning på værdi for patienten i hele landet. Regionerne er hver især ansvarlige for et delprojekt om at udvikle og afprøve nye opfølgingsmodeller (Nordjylland: operationer for kunstige hofter og knæ (hoft- og knæalloplastikker); Midtjylland: blodprop eller blødning i hjernen (apopleksi); Syddanmark: prostatakræft; Sjælland: epilepsi; Hovedstaden: angst og depression. Ligeledes er der iværksat et regionalt sundheds-it-projekt om at udvikle en it-infrastruktur for indsamling af PRO-data og i den forbindelse foretage pilottest inden for tre behandlingsområder (prostatakræft, brystkræft og epilepsi).

3.7.3 Værdibaseret styring er ikke et færdigudviklet styringsredskab

På den ene side kan det virke forholdsvis uambitiøst, at de kortlagte indsatser ikke har et større afsæt i værdibaseret styring, end de har. På den anden side er værdibaseret styring ikke et klart defineret begreb, og en række af de understøttende værktøjer er knap udviklet. Det skal i denne sammenhæng understreges, at Michael E. Porter ikke har patent på målsætningen om, at sundhedsvæsenet skal skabe mest mulig værdi for patienten. Mange tiltag, der er og bliver foretaget i sundhedsvæsenet, har naturligt allerede i dag denne målsætning. Michael E. Porter har imidlertid opstillet en organisatorisk rammesætning for værdibaseret styring, der beskriver idealbilledet for værdibaseret styring, herunder hvilke centrale komponenter der indgår i værdibaseret styring. Der findes dog ikke en "masterplan" for, hvordan værdibaseret styring realiseres. Også internationalt er der kun foretaget mindre forsøg med og afgrænsede implementeringer af værdibaseret styring. Der er herved ikke tale om et færdigt "koncept", der blot kan implementeres. Operationaliseringen af værdibaseret styring er derfor mere kompleks, end det umiddelbart kan synes at være tilfældet ved første gennemlæsning af Michael E. Porters beskrivelse af strategien. I Europa ses der fx forskellig fortolkning af, hvad der forstås ved værdibaseret styring, herunder hvordan værdi defineres (54). Ligeledes finder et svensk studie, at der blandt projektansvarlige for implementeringen af værdibaserede indsatser er en forskellig forståelse af, hvad konceptet er, og at forståelsen ikke i alle tilfælde er i overensstemmelse med det "originale koncept" (55). Erfaringerne fra Integrated Care²³-projektet i Odense viser, at det selv i dette storstilede projekt, hvor der var sat mange ressourcer af til at skabe et tættere samarbejde med og om patienten på tværs af sektorer, i praksis ikke var så let. Blot det at definere målgruppen for indsatsen og efterfølgende sikre inklusion af de rette patienter var en udfordring i projektet (56). Tværsektorielt samarbejde og definering af patientgrupper er netop centrale elementer i den værdibaserede styring.

Udfordringerne ved at implementere værdibaserede styringsmodeller skal således ikke undervurderes. Hvilket resultat af denne kortlægning også afspejler. Dette skal imidlertid ikke opfattes som en undskyldning for ikke at gøre forsøg med værdibaseret styring i fremtiden,

²³ Integrated Care-projektet i Odense er i en dansk kontekst det største og mest ambitiøse forsøg på at gå nye veje i det tværsektorielle samarbejde. Integrated Care var et frikommuneforsøg i perioden 2013-2016. Odense Kommunes frikommunestatus gjorde det muligt i projektet at samkøre patientdata på tværs af kommune, almen praksis og region samt udvikle en fælles tværsektoriel handleplan, hvilket betød, at alle relevante behandlere havde et fælles redskab til at dele viden om fælles patienter. Indsatsen henvendte sig til to grupper af patienter: ældre medicinske patienter og patienter med stress, angst eller depression. Målet var at afprøve nye samarbejdsformer, hvilket bl.a. for den ældre medicinske patient skulle bremse sygdomsudvikling og forhindre u hensigtsmæssige hospitalskontakter. Patienterne med stress, angst og depression skulle hurtigst muligt tilbage til arbejdet. Hvor vejen dertil skulle gå gennem en tidlig, flerstrengt indsats, inddragelse af patienten og bedre tværsektorielt samarbejde og koordinering (56). For yderligere information om projektet og dets resultater, se (56).

men snarere en anerkendelse af, at tankerne skal omsættes og udvikles. I praksis betyder det, at vi stadig befinder os i "laboratoriet", hvor det skal undersøges, hvordan værdibaseret styring bedst lader sig operationalisere, og om det mere egner sig som styringsmodel for behandling af enkelte klart afgrænsede, homogene patientgrupper end som styringsmodel i et helt sundhedsvæsen.

For i fremtiden at kunne få en øget indsigt i potentialet for værdibaseret styring er det vigtigt, at der fokuseres på kerneelementerne i værdibaseret styring, nemlig at omdrejningspunktet for indsatsen er, at der reelt styres efter værdi af behandlingen, opgjort som værdi for patienten sammenholdt med omkostningerne. Det vil sige, at der løbende foretages monitorering af resultatmål (outcome) og omkostning, og at dette bliver omsat til klinisk praksis både for den enkelte patient og for patientgruppen. Velplanlagte og fokuserede afregningsforsøg – og resultaterne herfra – vil også være et helt nødvendigt grundlag for at kunne drøfte eventuelle ændringer i de overordnede rammebetingelser.

Litteratur

(1) Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet. Maj 2013.

(2) Danske Regioner. Aktivitetspulje. Available at: <http://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/udgifter-og-finansiering/finansiering/aktivitetspulje>. Accessed 3. okt. 2016.

(3) Regeringen, Danske Regioner. Aftale om regionernes økonomi for 2016. Regeringen & Danske Regioner; 2015.

(4) Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results. Boston, Mass.: Harvard Business School Press; 2006.

(5) Afdelingen for Sundhedsdokumentation. Takstsystem 2016. Vejledning. Version 2016-1. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2016.

(6) Regeringen, KL. Aftale om kommunernes økonomi for 2017. 10. juni 2016.

(7) Skovgaard C, Kjellberg J. Centrale rammevilkår på det regionale sundhedsområde. I relation til offentligt udbud af sundhedsydelser. København: KORA; 2005.

(8) Center for Økonomi. Overvejelser om nye tiltag i styringen på hospitalsområdet (notat). Region Hovedstaden; 6. januar 2015.

(9) Region Hovedstaden. Budget 2014-2017. Vedtaget af regionsrådet den 24. september 2013.

(10) Region Hovedstaden. Budget 2016-2019.

(11) Center for Økonomi. Takststyring 2015 – Region Hovedstaden. Temagruppe for sundhedsøkonomi 13. november 2015 (PowerPoint-præsentation). Region Hovedstaden.

(12) Koncern Økonomi. Styringsmodel 2016 (notat). Region Sjælland; 9. november 2015.

(13) Region Sjælland. Budgetaftale 2017. 2. september 2016.

(14) Region Syddanmark. Budget 2014 og overslagsår 2015-2017 inkl. korrektioner til og med regionsrådets møde den 16. december 2013.

(15) Region Syddanmark. Takststyringsmodel 2016. Version 18-08-2016.

(16) Den nye takststyringsmodel i Region Syddanmark i 2015 – somatik (PowerPoint-præsentation).

(17) Andresen J, Møller J. Takststyringsmodel for psykiatrien i Region Syddanmark, gældende fra 1. januar 2015. Fuld version. Sundhedsøkonomi, Region Syddanmark. Februar 2015.

(18) Region Midtjylland. Aktivitetsstyringsmodel 2016. Tekniknotatet. 2016.

(19) Region Midtjylland. Økonomi- og aktivitetsstyring, fællespsykiatrisk retningslinje (notat). Version 4, 2016.

(20) Region Midtjylland. Fra aktivitetsstyring efter DRG-værdi til styring efter 'Et sundhedsvæsen på patientens præmisser' (bilag).

- (21) Nielsen CT. Notat vedr. målbilleder på Sundhed, Regional Udvikling og Socialområdet – regionsrådets 1. behandling af budget 2007. Sags-nr.: 1-21-78-1-14. Koncernøkonomi, Region Midtjylland; 4. august 2016.
- (22) Region Nordjylland. Budgetbog 2016.
- (23) Region Nordjylland. Budgetbog 2014.
- (24) Region Nordjylland. Budgetbog 2015.
- (25) Region Nordjylland. Aktivitetsstyringsmodel (PowerPoint-præsentation).
- (26) Porter ME. What Is Value in Health Care? New England Journal of Medicine 2010; 363(26): 2477.
- (27) Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. Harvard Business Review 2013; 91(10):50-70.
- (28) Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS). Program PRO. Anvendelse af PRO-data i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen – anbefalinger og vidensgrundlag. København: TrygFonden og ViBIS; 2016.
- (29) Region Hovedstaden. Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm. Styring efter værdi for patienten i et mere menneskeligt sundhedsvæsen. Region Hovedstaden; 25. august 2016.
- (30) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Håndbog i klinisk kvalitetsforbedring. Et redskab til klinikere og ledelser, der arbejder med databaseret forbedring af kliniske ydelser. Version 2.1. Aarhus: Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP); Januar 2016.
- (31) Region Hovedstaden. Den Løbende Patienttilfredshedsmåling rulles ud på flere af regionens hospitaler. 1. september 2016. Available at: <http://patientoplevelser.dk/igangvaerende-undersogelser/loebende-patienttilfredshedsmaaling-rulles-paa-flere-regionens>. Accessed 3. oktober 2016.
- (32) Region Hovedstaden. Løbende feedback fra patienter i Region Hovedstaden. 25. maj. 2016. Available at: <http://patientoplevelser.dk/igangvaerende-undersogelser/loebende-feedback-patienter-region-hovedstaden>. Accessed 3. oktober 2016.
- (33) Den Landsdækkende Undersøgelse af patientoplevelser. Om LUP. 28. september 2016; Available at: <https://patientoplevelser.dk/LUP/landsdaekkende-undersogelse-patientoplevelser-lup/lup>. Accessed 3. oktober 2016.
- (34) Region Sjælland. Uddrag af: Budget 2012: Værdi for borgeren – investeringer i fremtiden. (notat). Brev-id: 1534475.
- (35) Region Sjælland. Driftsaftale 2016. Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehus.
- (36) Region Sjælland. Driftsaftale 2016. Psykiatrien.
- (37) Region Sjælland. Styringsmodel 2016 (PowerPoint-præsentation).
- (38) Region Sjælland. Fleksibel sygehusbehandling - status august 2016.
- (39) Region Sjælland. Baggrundspapir – Medicinsk Fælles Ambulatorium på Holbæk Sygehus (notat). 9. marts 2016.

- (40) Holbæk Sygehus. Medicinsk Fælles Ambulatorium – Besøg fra Danske Regioner d. 10. marts 2016 (PowerPoint-præsentation).
- (41) Fedders LE. Holbæk ændrer spillereglerne for sammenhæng. Kommunal Sundhed; 3. marts 2016.
- (42) Region Sjælland. Banebrydende behandling af multisyge. Pressemeddelelse. Region Sjælland; fredag d. 18. marts 2016.
- (43) AmbuFlex. Hvad er en Ambuflex-løsning? Available at: <http://ambuflex.dk/hvad-er-en-ambuflex-losning/>. Accessed 6. okt. 2016.
- (44) Edvardsen K, Hornbæk M. Nyt styringskoncept for Rygcenter Syddanmark 2015 (notat). Sundhedsøkonomi, Region Syddanmark; 7. januar 2016.
- (45) Region Midtjylland. Ny styring i et patientperspektiv – kort fortalt (PowerPoint-præsentation). Region Midtjylland; 2015.
- (46) Region Midtjylland. Ny styring i et patientperspektiv – præsentation af mål (notat). 2014.
- (47) Region Midtjylland. Anden devaluering – Ny styring i et patientperspektiv (notat). 2015.
- (48) Region Midtjylland. Ny styring i et patientperspektiv, 3. devaluering (notat). 2016.
- (49) Danish Center for Healthcare Improvements (DCHI). Evaluering af forløbsbaseret ledelsesorganisering. Et kvantitativt perspektiv. Version 1. Aalborg Universitet; 12. januar 2015.
- (50) Centre for Organization, Management and Administration. På vej mod en ny ledelsesorganisation. Rapport fra et følgeforskningsprojekt på Aalborg Universitetshospital. Aalborg: Aalborg Universitet; 2015.
- (51) Statusdokument – Værdibaseret Sundhed i Region Nordjylland (notat).
- (52) Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing patient outcomes measurement. *New England Journal of Medicine* 2016; 374(6):504-506.
- (53) Regeringen, Danske Regioner. Aftale om regionernes økonomi for 2017. 9. juni 2016.
- (54) The Economist Intelligence Unit Limited. An introduction to value-based healthcare in Europe. 2015.
- (55) Andersson A, Bååthe F, Vikström E, Nilsson K. Understanding value-based healthcare – an interview study with project team members at a Swedish university hospital. *Journal of Hospital Administration* 2015; 4(4):64-72.
- (56) Buch MS, Petersen A, Bolvig I, Kjellberg J. Integrated Care-modellen – slutevalueringens resultater og konklusioner. Et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation. København: KORA; 2016.

Bilag 1 Beskrivelse af indsatserne på de ni afdelinger i *Ny styring i et patientperspektiv* i Region Midtjylland

I dette bilag beskrives afdelingernes konkrete mål og udviklingen heri på baggrund af den seneste devaluering (48). Endvidere beskrives de enkelte afdelingers erfaringer med *Ny styring i et patientperspektiv* kort på baggrund af de tre devalueringer (46-48).

1. Akutafdelingen, Hospitalsenhed Vest

Der er på akutafdelingen blevet igangsat to initiativer i forbindelse med *Ny styring i et patientperspektiv*:

Arbejde i teams: Et tiltag, der skal gøre, at patienter, der ankommer til afdelingen, mødes af et samlet sundhedsfagligt team. Tanken bag initiativet er, at mange af de ting, der er nødvendige for at identificere patientens videre forløb, kan foretages samtidig. Målet med dette er at komprimere forløbet, så patienterne hurtigere får afklaring på deres videre forløb, samtidig med at kvaliteten i behandlingen øges og ressourceudnyttelsen optimeres som resultat af teamarbejdet.

Arbejde med patienttilfredshed: Der gennemføres løbende fokusgruppeinterviews med patienter og medarbejdere. Det forventes, at interviewene vil kunne kvalificere, hvilke udfordringer der er på de områder, der peges på i spørgeskemaundersøgelserne om patienttilfredshed og -tryghed.

Afdelingen har fastsat fem mål. Tre af målene er rettet mod ventetiden for patienterne: 1) reduktion af opholdstid for patienter, 2) ventetid fra fremmøde til udarbejdelse af behandlingsplan og 3) ventetid fra fremmøde til tilsyn af speciallæge. Derudover måles der på 4) forebyggelige genindlæggelser af patienter med samme diagnose indenfor 30 dage og 5) patienttilfredshed og -tryghed.

Mål 1 er blevet monitoreret gennem eksisterende datakilder. Målet var fra begyndelsen målrettet patienter med akutafdeling som stamafdeling. Målet er siden blevet ændret til at omhandle den gennemsnitlige opholdstid på afdelingen for alle patienter. Fra afdelingens side gøres der opmærksom på, at målet kun er styrbart til et vist niveau, da afdelingen ikke kan styre antal eller sværhedsgrad af akutte patienter. Der arbejdes dog på, at opholdstiden på afdelingen skal falde, ved at patienterne udredes og sendes videre eller sendes hjem. Der er foreløbig ikke sket markante ændringer på området.

Mål 2 og 3 er blevet opgjort ved halvårlig journalaudit. For begge mål gælder det, at styringsmålet allerede var opnået ved baseline. Der er foreløbig heller ikke sket markante ændringer på disse områder.

Mål 4 er blevet monitoreret gennem eksisterende datakilder. Der er heller ikke her sket markante ændringer. Afdelingen gør opmærksom på, at målet er vanskeligt at styre efter. Nogle patienter skal komme igen, da det er en del af deres behandlingsplan. Dertil er genindlæggelser også påvirkelige af bl.a. primærsektoren. Omvendt må det dog forventes, at behandlingen, der foregår på afdelingen, ligeledes er en stærkt afgørende faktor.

Mål 5 er blevet monitoreret gennem spørgeskemaer, hvor der ved udskrivelse er blevet spurgt om tilfredshed med modtagelse på afdelingen, oplevelse af sammenhæng i behandlingen, tryghed i forbindelse med patientens ophold på afdelingen, oplevelse af inddragelse i behandlingen og oplevelse af, at behandlingen lever op til patientens forventninger. Der er sket en markant

forbedring på alle parametre, når man ser på spørgeskemaresultaterne for patienttilfredshed og -tryghed.

I den seneste devaluering giver afdelingen udtryk for, at den ikke tidligere har haft et stort fokus på at styre efter DRG-værdi, da antallet af akutte patienter ikke kan styres. Afdelingen giver desuden udtryk for, at projektet har medført, at der i højere grad arbejdes sammen i en ledergruppe, hvor gruppen er bekendt med målene for hele afdelingen og ikke blot for den enkelte leders ansvarsområde.

2. Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt

De fastsatte mål omfatter: reduktion i genhenvisninger inden for et år med positive fund ved sidste besøg, kapacitet i ambulatoriet til hurtig undersøgelse, opfyldelse af kvalitetsindikatorer for patienter med hepatitis B eller C med cirrose, tid fra henvisning til diagnosticering samt patientoplevelt kvalitet. Der er ikke sket markante ændringer på nogen af områderne, da alle var over målsætningen ved baseline og fortsat er det.

Patientoplevelt kvalitet måles både ved brug af et spørgeskema og gennem forskellige typer dialog med brugerne. Målet er at identificere aspekter af behandlings- og arbejdsgange, der kan optimeres set fra patienternes synspunkt. Som eksempel nævnes, at der ved en undersøgelse med et brugerpanel blev identificeret en række forhold, som betød meget for patienterne, og som efterfølgende kunne ændres til glæde for patienterne. Det drejede sig om forhold som siddestilling ved indtagelse af medicin, afskærmning af patienter og behovet for tider på hospitalet til behandling efter patienternes arbejdstid.

Der gøres i devalueringerne opmærksom på, at det har været en lang proces for Diagnostisk Center at bestemme relevante mål for, hvilke der er mulighed for at indsamle data om. Målsætningerne var imidlertid allerede opnået ved baseline, hvorfor der ikke har været anledning til større forandringer på centeret. Der gøres i devalueringerne opmærksom på, at *projekt Ny styring i et patientperspektiv* understøtter en tankegang, der allerede eksisterede på Diagnostisk Center.

3. Medicinsk afdeling, Hospitalsenheden Horsens

Afdelingen har fra begyndelsen haft fokus på geriatriske patienter. De fastsatte mål er således 1) øgning af væske og antibiotika i eget hjem, 2) telemedicinske registreringer og 3) stigning i antal hjemmebesøg.

Mål 1: I midtvejsevalueringen beskrives det, at målet udelukkende registreres i tekstform i journalerne, og der er derfor ikke tal for dette mål. Det beskrives, at der ikke styres efter et måltal for denne målsætning, men at der arbejdes aktivt med at give mere antibiotika i eget hjem frem for på hospitalet.

Mål 2: Det er undervejs i projektførelsen blevet klart for afdelingen, at de geriatriske patienter var for "tung" en gruppe at introducere for telemedicinske løsninger. Afdelingen har i stedet valgt at fokusere på patienter med diabetes og hjerteinsufficiens. Det beskrives i tredje devaluering, at alle apparater til telemedicin, som afdelingen har til rådighed, er udlånt, og det konkluderes på baggrund heraf, at målsætningen er nået.

Mål 3: På trods af at der er brugt ekstra ressourcer, er der sket et mindre fald i antallet af hjemmebesøg. Det er derfor i forbindelse med seneste devaluering besluttet at indføre delmål for at få svar på, hvorfor der ikke er sket en stigning i antallet af hjemmebesøg. De fremadrettede mål er: længden af forløb, hvor patienter modtager hjemmebesøg, samt antal hjemmebesøg per patient.

Af den seneste devaluering fremgår det, at de konkrete mål har gjort, at afdelingsledelsen har fået fokus på specifikke områder og opsøgt regelmæssig information. Dette har bidraget til, at der er blevet mulighed for at iværksætte initiativer på de områder, der ikke har udviklet sig tilfredsstillende. Der gives desuden udtryk for, at styringen efter absolutte tal har været lettere for ledelsen at kommunikere til personalet frem for abstrakte begreber som andele eller DRG-værdi. Dette, på trods af at der gives udtryk for, at der ikke tidligere er blevet styret efter DRG-værdi, da en stor andel af aktiviteten på afdelingen er akut. Endvidere bliver det ene af de tre valgte mål netop ikke opgjort i tal.

4. Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers

Det har i projektperioden været en løbende proces for afdelingen at nå frem til de nuværende mål. Fra begyndelsen var målene i høj grad baseret på data fra de kliniske kvalitetsdatabaser, der dækker det ortopædkirurgiske område. Det viste sig dog vanskeligt at få leveret data ofte nok fra de kliniske kvalitetsdatabaser til direkte at kunne styre efter målene (fik kun status et par gange om året). Der er siden hen formuleret nye mål.

Det beskrives i devalueringerne, at afdelingen konkret har arbejdet med at nedbringe antallet af blodtransfusioner. Ledelse og personale har haft fokus på at implementere den nationale retningslinje for, hvornår man giver blod, samtidig med at personalet har haft ekstra fokus på at mindske blodtab under operationen. Forventningen er, at det vil mindske patienternes risiko for at få infektioner og svækket immunforsvar. Det bemærkes i devalueringen, at projektet har medført, at afdelingen ligger langt under landsgennemsnittet med hensyn til antallet af blodtransfusioner.

Afdelingen har også arbejdet med at udvikle et spørgeskema vedrørende patienttilfredshed, der skal understøtte forandringen på afdelingen. Det skyldes, at afdelingen vurderer, at det er nødvendigt, at undersøgelsen opgøres oftere end Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), så den reelt kan bruges til at styre efter. I praksis er alle patienter, der indgår i kvalitetsdatabaserne, blevet bedt om at svare på spørgsmålene. Afdelingen har fået praktisk hjælp af et frivilligt team fra Røde Kors, der har hjulpet patienterne med at udfylde spørgeskemaet på iPad, efter at patienterne er blevet udskrevet.

Afdelingen har desuden arbejdet med projektet "Kom godt hjem". Projektet er et resultat af, at afdelingen har arbejdet aktivt med de klagesager, som afdelingen har haft. Flere klagesager pegede på, at der mangler en forventningsafstemning mellem patienten og de fagprofessionelle, specielt med hensyn til hjælpemidler, hjælp efter udskrivelse og medicin. Afdelingen vil med projektet sætte fokus på en mere struktureret udskrivelsesplanlægning med øget inddragelse af patienten og de pårørende. Målet er at gå fra monolog til dialog, at inddrage patienten og de pårørende undervejs i processen og at afslutte med en timeout, hvor der samles op med hensyn til hjælpemidler, anden hjælp og medicin.

I den seneste devaluering opdeles de aktuelle mål i kategorierne patientoplevelt kvalitet, faglig kvalitet og laveste omkostningsniveau.

Patientoplevelt kvalitet dækker over oplevet ventetid, oplevelsen af at have en patientansvarlig læge, mobilisering efter operation (defineret ved postoperativ gang inden for det første døgn), oplevelse af inddragelse i beslutninger om behandlingen samt oplevelsen af tilstrækkelig smertehåndtering. Målene bliver monitoreret gennem spørgeskemaer efter udskrivelse. Der er generelt ingen forbedringer sket eller kun mindre. I forbindelse med spørgeskemaerne har afdelingen igangsat et initiativ, hvor de indsamlede data præsenteres i flyers. Flyerne er tilgængelige rundt på afdelingen og har fokus på formidling til personalet. Der er i flyeren mulighed for at komme med ideer til ændringer på baggrund af de præsenterede data. Ideerne går videre til kvalitetsaf-

delingen og projekttovholderne på afdelingen, der herefter vurderer, hvordan ideerne kan benyttes. Foreløbig har patientoplevelset ventetid været genstand for fokus. Med hensyn til oplevelsen af tilstrækkelig smertehåndtering viser dataindsamling seks måneder efter udskrivelse ifølge afdelingen, at der er behov for et øget fokus. På baggrund heraf er arbejdet med smertescorere for patienten genoptaget på afdelingen, så smerter kan opdages og behandles tidligt. Dette vil være emnet for en kommende flyer.

Faglig kvalitet omfatter 30-dages mortalitet ved hoftenære frakturer, genindlæggelser efter operation, patientklager og utilsigtede hændelser. Der er sket mindre ændringer på disse parametre.

Kategorien laveste omkostningsniveau udgøres af målene: antal ambulante besøg per patientforløb, udeblivelser og aflysninger. Der foretages løbende vurderinger af, hvorvidt ambulante besøg kan erstattes af telefonkonsultationer; hvorvidt det har medført et fald i antal ambulante besøg per patient, fremgår ikke af devalueringen, da der monitoreres ud fra en længere række diagnosekoder. Der har på hele hospitalet været fokus på at nedbringe antallet af udeblivelser, og det er muligvis derfor, at der ses et fald i antallet af udeblivelser på afdelingen. Der arbejdes med at reducere antallet af sygehusrelaterede aflysninger ved bl.a. at have en bedre styring af arbejdsplaner, herunder planlægning af ferie, fridage og kurser. Der er ikke sket nogen ændringer i antallet endnu.

Afdelingen giver i den seneste devaluering udtryk for, at det er nemmere at få personalet engageret i de valgte mål. Målene er modsat DRG-værdi meningsgivende for det kliniske personale og øger den faglige tilfredshed. Personalet oplever, at der med afskaffelsen af styring efter DRG-værdi er blevet frigivet ressourcer, som nu bliver brugt til forbedringer i et patientperspektiv.

Centerledelsen, Hoved-Hjerte-Centret, AUH

På Aarhus Universitetshospital har fem afdelinger under Hoved-Hjerte-Centret deltaget i *Ny styring i et patientperspektiv*. Foruden de enkelte afdelingers egne opstillede mål har centerledelsen fra begyndelsen af projektet også opstillet målsætninger på tværs af afdelingerne. I den seneste devaluering er der dog ikke opgjort mål for centerledelsen, og den beskriver, at der har været begrænset fokus på målene. Dette skyldes ifølge ledelsen, dels at der i en længere periode ikke har været tilgængelige data om målene, og dels at centerledelsen har haft fokus på udredningsret og behandlingsgarantien. Ledelsen vurderer, at nogle af de mål, som den selv har fastsat, vil kunne erstattes af dem, der måles på i forbindelse med netop udredningsret og behandlingsgarantien.

Det bemærkes ligeledes i den seneste devaluering, at centerledelsen har oplevet, at projektet har været med til at skabe endnu mere fokus på gode og hensigtsmæssige patientforløb, da der ikke skal skeles til eventuelle konsekvenser med hensyn til DRG-værdi.

5. Neurokirurgisk afdeling, Hoved-Hjerte-Centret, AUH

Afdelingen har opsat forskellige mål for forskellige patientgrupper.

For rygkirurgi, der dækker diskusprolaps i nakken, prolaps i lænden og stivgørende operationer i lænden, er der sat mål for følgende områder: genindlæggelser og reoperationer inden for 30 dage, der relaterer sig til det rygkirurgiske indgreb, samt de tre patientrapporterede outcome: andel af patienter i arbejde et år efter rygoperation, andel af patienter, der et år efter operationen har opnået en højere livskvalitet (målt med EQ-5D), og smertereduktion i forhold til inden operationen (målt på VAS – ryg- og bensmerter). Tal for genindlæggelser og reoperationer fremgår ikke af den seneste devaluering. De patientrapporterede outcome trækkes fra DaneSpinedatabasen (en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase), hvor der foreløbig kun er tal tilgængelige for hele 2015. Udover at der er fastsat målsætninger for de patientrapporterede outcome, er det

ligeledes meningen, at målene skal bruges til at vurdere, hvorvidt operation er den rigtige løsning for patienten.

Inden for tumorkirurgi måles der på kirurgisk 30-dages mortalitet, 30-dages reoperationer, som ikke skyldes postoperativ komplikation, og 30-dages genindlæggelse eller reoperationer, som skyldes postoperativ komplikation, samt 1-års mortalitet. I den seneste devaluering ses en mindre stigning i 30-dages genindlæggelser eller reoperationer, som skyldes postoperativ komplikation. Det er endnu ikke lykkedes at få data om 1-års mortalitet, og der er ikke sket markante ændringer med hensyn til de andre mål.

For halshvirvelpatienter har patienternes tryghed ved enten at beslutte sig for operation eller ikke at blive opereret været et mål. Der blev gennemført en undersøgelse i 2016, som viste, at begge grupper har stor tilfredshed med deres inddragelse og tryghed. Af undersøgelsen fremgik det, at samtalen, der finder sted med lægen, giver så god information med hensyn til at hjælpe patienten til at træffe beslutningen, at der konkret kunne afskaffes en procedure med at sende afklarings spørgsmål ud inden samtalen med lægen.

Der gives i devalueringerne udtryk for, at der ikke på afdelingerne tidligere har været styret efter DRG-værdi, og at perioderne under de to styringsmodeller derfor ikke kan ses som modsætninger. Projektet har dog medført en øget bevidsthed med hensyn til at sætte konkrete mål. Fokuset på information har ført til ændringer i arbejdsgange med højere kvalitet for patienterne til følge.

6. Neurologisk Afdeling F, Hoved-Hjerte-Centret, AUH

Afdelingen har fastsat to mål omhandlende uddannelse og forskning: øget hastighed, hvormed yngre læger er fuldt uddannede til at indgå i arbejdet på afdelingen, samt antallet af patienter, der vurderes til at indgå i et specifikt forskningsprojekt. Tidligere har det ligeledes været et mål at fastholde antallet af videnskabelige publikationer. Det er ikke umiddelbart muligt at vurdere, hvorvidt de opnåede ændringer er markante i forhold til tidligere.

Der har desuden været fastsat mål vedrørende antallet af patienter, der modtager immunglobulin under indlæggelse, samt at patienter i såkaldt "dvaleambulatorium" ved behov hurtigt kan få kontakt med afdelingen. Der er i den seneste devaluering ikke opgjort tal for disse to mål, da begge mål er til overvejelse, fordi det muligvis ikke er muligt at få tilfredsstillende data.

Afdelingen beskriver i den seneste devaluering, at projektet ikke fylder meget i bevidstheden til hverdag, ligesom DRG-værdi ikke gjorde det tidligere. Der gives udtryk for, at afdelingen kontinuerligt har haft fokus på, hvad der er bedst for den givne patient, og så har ageret herefter. Det nævnes desuden, at det store fokus på økonomi og eksempelvis udrednings- og behandlingsgarantien gør, at afdelingen oplever et større pres i forhold til de mål, der indgår heri, hvilket resulterer i mindre tid til at gøre det, der er bedst for patienten.

7. Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk Afdeling, Hoved-Hjerte-Centret, AUH

Afdelingens mål har været: fald i antallet af ambulante besøg per forløb, patienttilfredshed (for de patienter, der sendes hjem samme dag, som de er blevet opereret), en stigning i antallet af operationer i dagkirurgisk regi samt et fald i antallet af indlagte patienter. Der arbejdes desuden på at indføre et mål om forældres oplevelse af hurtigt forløb på læbe-ganespalte-området.

Der er i tredje devaluering ikke fremlagt tal for antallet af ambulante besøg per forløb. Patienttilfredshed måles løbende i patientundersøgelser, men fremlægges ikke kvantitativt i devalueringerne. Der er ved den seneste devaluering sket en stigning i operationer foretaget i dagkirurgisk regi, mens der er sket et fald i antallet af indlagte patienter. Der har på afdelingen været

arbejdet aktivt med dette, efter at en undersøgelse af patienttilfredshed viste, at patienterne foretrak at komme hjem samme dag frem for at blive indlagt.

I devalueringerne beskrives det, at afdelingen tidligere har arbejdet under betingelser, hvor det har krævet meget at nå basislinjen for aktivitet målt i DRG-værdi. Afdelingen har oplevet det som en frisættelse at kunne gøre det, der giver bedst mening for patienten, uden at skulle tænke på DRG-værdi. Det beskrives, at det har været en kulturændring i en sådan grad, at fokus på patientens præmisser i dag er et mantra på afdelingen. Der gøres desuden opmærksom på, at kulturændringen har taget tid og i begyndelsen har føltes grænseoverskridende for personalet. Opretholdelse af medarbejdertilfredshed var fra begyndelsen et af afdelingens mål, men medarbejdertilfredsheden påvirkes ikke længere af projektet, da det nu er naturligt for personalet at arbejde *på patientens præmisser*. Derfor fokuseres der heller ikke længere på medarbejdertilfredshed i relation til projektet.

8. Øjenafdelingen, Hoved-Hjerte-Centret, AUH

De valgte mål for afdelingen er fald i antal flytninger og aflysninger af planlagte operationer, fald i ambulante besøg per cpr-nummer per år, fald i procestid per kontakt samt oprettelsen af et patientpanel. Der er ikke præsenteret data om målene i den nyeste devaluering. Det er svært ud fra tallene i 2. devaluering at sige noget generelt om udviklingen, da alle tal fordeles på patientkategorier og kvartaler.

Der er endvidere oprettet et patientpanel, men dette er dog ved seneste devaluering ikke aktivt grundet mangel på ressourcer på afdelingen til at inddrage panelet. I de første to devalueringer bliver det beskrevet, at patientpanelet er med til at kvalificere informationen fra afdelingen til patienterne, og at medarbejderne på afdelingen er positive over for tiltaget.

Afdelingen giver udtryk for, at den altid har produceret meget i DRG-værdi, og styringen efter DRG-værdi derfor ikke tidligere har føltes som et pres. Det beskrives dog samtidig, at afdelingen er glad for, at afdelingen nu ikke straffes for at gøre det rigtige for patienten, som eksempelvis at lægge flere undersøgelser for den enkelte patient samme dag. Projektet er generelt blevet brugt som løftestang til at løse uhensigtsmæssigheder på afdelingen, så tilrettelæggelsen af besøg og forløb sker på patientens præmisser. Personalet oplever, at projektet har givet anledning til en kulturændring på afdelingen, hvor medarbejderne i højere grad tager et medansvar for at tilrettelægge arbejdet, så det sker på patientens præmisser.

Der gøres i den seneste devaluering opmærksom på, at afdelingen endnu ikke har elektronisk patientjournal, men at dette er målet fremadrettet. Der er således for flere mål endnu ikke fortaget baselinemålinger; i stedet er arbejdet med de enkelte mål foregået, ved at afdelingen har lavet indsatser, som forventes at afføde ændringer i de valgte mål.

9. Øre-, Næse- og Halsafdeling H, Hoved-Hjerte-Centret, AUH

Der har været ændringer af målene undervejs. I den seneste devaluering er følgende mål udvalgt: overholdelse af den postoperative plan, overholdelse med hensyn til andel af patienter med lammelse på stemmebåndet efter operation i skjoldbruskkirtlen og selv vurderet livskvalitet efter behandling. For de to første mål er der i mindre omfang sket en blandet positiv og negativ udvikling. Med hensyn til selv vurderet livskvalitet er man stadig på et indledende stadie, hvor man indsamler data, der indhentes gennem et valideret spørgeskema (EORTC QLQ-H&N35²⁴). Foreløbige resultater understøtter dog allerede afdelingens arbejde med at ændre forløbet efter operation.

²⁴ EORTC QLQ-H&N35: the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, Head and Neck Module

Afdelingen giver i devalueringerne udtryk for, at det har været en svær proces at nå frem til de udvalgte mål. Det har således været en udfordring at finde de rigtige mål og koble indsatsen til dem. Når det er lykkedes, har det dog givet rigtig god mening ledelsesmæssigt. Det har samtidig gjort, at mængden af standardmål er blevet mindsket, og at målene kan tilpasses den aktuelle situation. Der gives i den seneste devaluering udtryk for, at der også fremadrettet vil blive arbejdet på denne måde, der opleves som væsentlig anderledes end Den Danske Kvalitetsmodel og intuitivt bedre.

Afdelingen giver udtryk for, at projektet har medført en ændring i ledelsen og i de beslutninger, der træffes på afdelingen. Personalets faglige baggrund bruges således i forbindelse med styringen i modsætning til, da man havde styring efter DRG-værdi. Der gøres dog opmærksom på, at det har taget tid på afdelingen at få italesat, at styring efter DRG-værdi er væk.

Det fremhæves i de seneste devalueringer, at det har været en lettelse ikke at skulle tænke DRG-værdi i planlægningen af patientforløb. Og det opleves, at tankegangen også har "smittet" andre afdelinger, når der er blevet etableret forløb på tværs, hvilket samlet har bidraget til at skabe bedre patientforløb.

Bilag 2 Målbeskrivelser i "Ny styring i et patientperspektiv" i Region Midtjylland

Tabellen er baseret på "Ny styring i et patientperspektiv, 3. devaluering, august 2016" (48).

Mål	Konkret mål	Baseline	Udvikling
Akutfdelingen, Hospitalsenhed Vest			
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline	I januar-december 2013 var der 27.576 unikke cpr-numre.	I januar-december 2015 var der 28.361 unikke cpr-numre
Reduktion af opholdstid for patienter med Akutfdelingen som stamafdeling fra kl. 7.30-21.	Reduceres med 10 % i forhold til baseline.	Januar-december 2013: 4,07 timer/244 minutter	I januar-december 2015: 4,70 timer/282 minutter. Målet ændres fremadrettet til den gennemsnitlige opholdstid på afdelingen og ikke kun opholdstid for de indlagte patienter.
Forebyggelige genindlæggelser af patienter med samme diagnose inden for 30 dage	Som minimum fastholdes, når opholdstiden sænkes.	I januar-december 2013: 235 genindlæggelser	I januar-december 2015 var der 215 forebyggelige genindlæggelser
Ventetid fra fremmøde til udarbejdelse af behandlingsplan	90 % af alle patienter, der indlægges (rød, orange eller gul triagering), skal have udarbejdet en behandlingsplan inden 4 timer.	Resultat af journalaudit i februar 2013: 95 %	Resultat af journalaudit i juli 2016: 95 %
Patienttilfredshed og -tryk	90 % af patienterne skal svare, at de er tilfredse	Ifm. opfølgning i 2014 viste den igangsatte undersøgelse følgende: 70 % er tilfredse med modtagelsen på afdelingen. 60 % oplever, at der i høj grad er sammenhæng i behandlingen. 44 % svarer, at de er meget trygge i forbindelse med deres ophold på afdelingen. 40 % svarer, at de i høj grad føler sig inddraget i deres behandling.	Ved opfølgning i august 2016 viste spørgeskemaundersøgelsen følgende for hele projektperioden: 98 % er tilfredse med modtagelsen på afdelingen. 95,1 % oplever, at der i høj grad er sammenhæng i behandlingen. 90,1 % svarer, at de er meget trygge i forbindelse med deres ophold på afdelingen. 72,9 % svarer, at de i høj grad føler sig inddraget i deres behandling. 85% oplevede, at behandlingen levede op til deres forventninger.
Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt			
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline	2013: 18.283	2015: 21.928 (en stigning på 20 %)
Open Access Reumatologi			
Genhenvisninger inden for et år med positivt fund ved sidste besøg.	≤ 5 %	1. halvår 2014: 4 %	1. halvår 2015: 7 %
Kapacitet i ambulatoriet til hurtig undersøgelse.	≤ 14 dage fra henvisning til ambulant besøg	1. halvår 2015. Gns.: 12,06 dage	1. halvår 2016 Gns.: 11,76 dage
Patientoplevet kvalitet (spørgeskema)	100% er, i høj eller i nogen grad, alt i alt tilfredse med deres forløb	Hele 2015: 97 %	1. halvår 2016: 100 %
Mave-tarm-ambulatorium			
Kvalitetsindikatorer for patienter med hepatitis B eller C med cirrose.	≥ 95 %	1. halvår 2015: 94 %	1. halvår 2016: 97 %
Tværfaglig udredning af okkult cancer			

Mål	Konkret mål	Baseline	Udvikling
Tid fra henvisning til diagnostisk afklaring	Min. 90 % er afklarede inden for 16 dage.	1. halvår 2015: 94 %	1. halvår 2016: 95 %
Patientoplevelt kvalitet (spørgeskema)	100% er, i høj eller i nogen grad, tilfredse med deres forløb	Oktober 2015: 100 %	1. halvår 2016: 100 %
Medicinsk Afdeling, Hospitalseenheden Horsens			
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline, hele året 2013	1. halvår 2013: 11.654	1. halvår 2016: Steget med 596 unikke CPR-numre (fra 11.654 til 12.250)
IV: væske og antibiotika i eget hjem	Der registreres alene data på området i tekstform i journalen. Der er derfor ingen tal for målet.	-	Øgning af indsatsen på to måder: 1) Udvidelse af antibiotikatyper, der kan gives i eget hjem. 2) Udvidelse af antal kommuner, afdelingen samarbejder med for at kunne give antibiotika i eget hjem
Telemedicinske registreringer	En stigning i antallet af telemedicinske løsninger for den geriatriske patientgruppe. Målet på telemedicinske procedurekoder med Geriatrisk afsnit som producerende afsnit.	I projektperioden blev det klart, at de geriatriske patienter var for tung en gruppe at introducere for telemedicinske løsninger. I stedet valgte afdelingen at fokusere på patienter med diabetes og hjerteinsufficiens.	Afdelingen råder over 83 apparater, der kan lånes ud til patienterne. Målet er, at alle apparater skal være lånt ud hele tiden. P.t. er alle apparater udlånt, og målsætningen er derfor nået.
Stigning i antal hjemmebesøg	Antal hjemmebesøg skal stige på Medicinsk Afdeling.	1. halvår 2015: 1.642	1. halvår 2016: Reduktion i antal besøg på 12 (fra 1.642 til 1.630). Forventningen er, at antal hjemmebesøg stiger i slutningen af 2016.
Ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers			
Unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline	Fra januar til december 2013 var der 13.127 unikke CPR-numre	Fra januar til december 2015 var der 14.552 unikke CPR-numre
Patientoplevelt kvalitet	Patientoplevelt ventetid: 90 % oplever at vente mindre end en time	Fra oktober til december 2015 var der 68 (75 %) af patienterne, der oplevede at vente mindre end en time	Fra april til juni 2016 var der 67 (80 %) af patienterne, der oplevede at vente mindre end en time
	Oplevelse af at have en patientansvarlig læge: 95 % oplever, de har en læge med særligt ansvar for deres forløb.	Fra oktober til december 2014 var der 92 (92 %) af patienterne, der oplevede at have en patientansvarlig læge	Fra april til juni 2016 var der 99 (97 %) af patienterne, der oplevede at have en patientansvarlig læge
	Mobilisering efter operation: 95 % var oppe og gå inden for det første døgn.	Fra oktober til december 2015 var der 104 (92 %) af patienterne, der var oppe og gå inden for det første døgn efter operation.	Fra april til juni 2016 var der 95 (95 %) af patienterne, der var oppe og gå inden for det første døgn efter operation
	Inddragelse af patient: 90 % oplevede at blive inddraget i beslutningen om behandlingen.	Fra oktober til december 2015 var der 100 (89 %) af patienterne, der oplevede at blive inddraget i beslutningen om behandlingen	Fra april til juni 2016 var der 93 (90 %) af patienterne, der oplevede at blive inddraget i beslutningen om behandlingen
	Tilstrækkelig smertehåndtering: 100 % oplevede tilstrækkelig smertehåndtering.	Fra oktober til december 2014 var der 96 (97 %) af patienterne, der oplevede tilstrækkelig smertehåndtering	Fra april til juni 2016 var der 101 (96 %) af patienterne, der oplevede tilstrækkelig smertehåndtering
Faglig kvalitet	Mortalitet (andel døde efter 30 dage ved hofte-nære frakturer): fastholde eller nedbringe andel (data, jf. hofte-fraktur-årsrapport 2014 og 2016, eksklusive sikkerhedsinterval)	Fra januar til december 2014 var der 11 % mortalitet.	Fra januar til december 2015 var der 13 % mortalitet.

Mål	Konkret mål	Baseline	Udvikling
	Andel af genindlæggelser efter operation: fastholde eller nedbringe andel.	Fra januar til december 2013 var der 265 (3,6 %) af patienterne, der blev genindlagt	Fra januar til december 2015 var der 225 (3 %) af patienterne, der blev genindlagt
	Patientklager vedr. behandling: fastholde eller nedbringe antal OG en stigende andel af patienter, der frafalder klagen efter samtale	Fra januar til december 2014 blev der anmeldt i alt 2,3 patientklager pr. 1.000 patienter til Styrelsen for Patientsikkerhed. Ud af 12 samtaler medførte de 8, at klagen blev frafaldet.	Fra januar til december 2015 blev der anmeldt i alt 1,6 patientklager pr. 1.000 patienter til Styrelsen for Patientsikkerhed. Ud af 12 samtaler medførte de 6, at klagen blev frafaldet.
	Utilsigtede hændelser: færre moderate og alvorlige UTH'er (afsluttede).	Fra januar til december 2014 var der 13 moderate eller alvorlige utilsigtede hændelser.	Fra januar til december 2015 var der 8 moderate eller alvorlige utilsigtede hændelser.
Laveste omkostningsniveau	Antal ambulante besøg pr. patientforløb: monitoreres	(monitoreres på baggrund af en stribe diagnosekoder og kan derfor ikke præsenteres her)	(monitoreres på baggrund af en stribe diagnosekoder og kan derfor ikke præsenteres her)
	Udeblivelser (antal): faldende	Fra januar til juni 2015 var der i gennemsnit 97 antal udeblivelser om måneden.	Fra januar til juni 2016 var der i gennemsnit 90 antal udeblivelser om måneden.
	Aflysninger (antal pt. afbud, hospitalsårsag og 'andet'): faldende	Fra januar til juni 2015 var der i gennemsnit 285 aflysninger om måneden.	Fra januar til juni 2016 var der i gennemsnit 284 aflysninger om måneden.
Centerledelsen, Hoved-Hjerte-Centret, AUH			
	Siden sidst har centerledelsen i Hoved-Hjerte-Centret haft begrænset fokus på de mål i projekt <i>Ny styring i et patientperspektiv</i> , der har rettet sig mod det samlede center. Der er to grunde til dette. Dels har der i en længere periode ikke været tilgængelige data om målene, dels har centerledelsen haft fokus på udredningsret og behandlingsgaranti. Både udredningsretten og behandlingsgarantien kan erstatte nogle af de mål, som centerledelsen havde valgt i regi af projekt <i>Ny styring i et patientperspektiv</i> . Ifølge anden devaluering (47) har der tidligere været opsat mål for stigning i antal og andel af ambulante patienter, som afsluttes, genindlæggelser, forløbstider, udeblivelser og aflysninger, hvorvidt kroniske patienter har en 'livline', tid til udredning eller behandling fra henvisning, reoperationer samt antallet af ambulante besøg i forhold til ambulante forløb og antal indlæggelser i forhold til ambulante forløb.		
Neurokirurgisk Afdeling, Hoved-Hjerte-Centret, AUH			
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline	2013: 5.917 unikke CPR-numre	2015: 5.610 unikke CPR-numre. Det er et fald på 5,2 %
Andel af patienter, der er i arbejde 1 år efter rygope-ration	Over 50 % af patienterne er i arbejde 1 år efter operation.	Det er først i løbet af 2016, at det er blevet muligt at få data ud af Dane-Spine-databasen.	Hele 2015: 50 % af patienterne er i arbejde 1 år efter operation.
Helbredstilstand er forbedret 1 år efter operation.	Over 30 % af patienter har oplevet en forbedret livskvalitet i deres tilstand 1 år efter operation.	Det er først i løbet af 2016, at det er blevet muligt at få data ud af Dane-Spine-databasen.	Hele 2015: 65 % af patienterne har oplevet forbedret livskvalitet.
Andel af patienter, der sammenlignet med den præoperative tilstand har opnået en smertereduktion på VAS (visuel analog-score) efter 1 års kontrol.	Over 50 % af patienterne har opnået en smertereduktion 1 år efter operation.	Det er først i løbet af 2016, at det er blevet muligt at få data ud af Dane-Spine-databasen.	Hele 2015: 60 % af patienterne har oplevet en smertereduktion 1 år efter operation.
Andel af genindlæggelser og reoperationer inden for 30 dage efter det primære indgreb, som relaterer sig til det primære rygm kirurgiske indgreb.	Over 95 % af patienterne skal ikke igennem en genindlæggelse eller reoperationer inden for 30 dage efter det primære indgreb.		Data er pr. 30. september 2016 ikke mulige at trække i BI-portalen.
<i>Tumorkirurgi</i>			
Andel af patienter i live 30 dage efter første operationsdato ud af alle patienter, der har gennemgået en operation.	Over 95 % af patienterne er i live 30 dage efter operation	1. halvår 2015: 93,6 %	1. halvår 2016: 96,6 %, hvilket er en stigning på 3,2 % (ikke %-point)

Mål	Konkret mål	Baseline	Udvikling
Andel af reoperationer inden for 30 dage efter det primære indgreb, som ikke skyldes en postoperativ komplikation.	Færre end 10 % af patienterne skal igennem en reoperation, som følge af at den primære operation ikke var tilstrækkelig.	1. halvår 2015: 0 %	1. halvår 2016: 0 %
Andel af genindlæggelser eller reoperationer inden for 30 dage efter det primære indgreb, som relaterer sig til det primære indgreb og altså skyldes komplikationer efter operation.	Færre end 5 % af patienterne skal igennem en reoperation som følge af komplikationer.	1. halvår 2015: 7,7 %	1. halvår 2016: 13,6 %.
Andel af patienter, der er i live 1 år efter operationsdato, for alle patienter, hvor den histologiske diagnose (diagnose baseret på vævsprøver) er glioblastom multiforme (stærkt ondartet hjernesvulst).	Over 50 % af patienterne skal være i live 1 år efter operationsdato.		Afklaring af datamuligheder mangler pr. 30. september 2016. Det forventes at være løst inden udgangen af 2016.
Andel af patienter, der har fået udført MR-scanning i opfølgingsforløb for kræft i hjernen (CNS-kræft), som får ambulans svar på MR-scanning inden for to døgn, af alle patienter i MDT-regi.	Over 90 % af patienterne skal have svar inden for to døgn.	Ny arbejdsgang blev indført i samarbejde med Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Holstebro. Det betyder, at alle patienter i dag får svar inden for to dage efter deres MR-scanning på, hvad scanningen viser.	Målet udgår, da arbejdsgangen er indført, og der derfor ikke er grund til at følge yderligere op på målet, da målet opfyldes 100 %.
Tilfredshed med patientinddragelse for halshvirvelsøjlepatienter	Afdelingen ønsker at måle udvalgte patienters trykthed ved enten at beslutte sig for operation eller ikke at blive opereret for lidelse i halshvirvelsøjlen. Igennem dialog og information samt patientens forventninger til udfaldet af en evt. operation gøres patienten i stand til at træffe beslutning om operation. Nogle patienter forventes at fravælge operation, fordi den ikke forventes at give det resultat, som har betydning for patientens samlede helbreds situation.	Undersøgelsen er gennemført i 2016. Undersøgelsen viser, at der er stor patienttilfredshed, uanset om patienten vælger eller fravælger operation. Derudover viser undersøgelsen, at samtalen med lægen giver så god information med hensyn til at hjælpe patienten med at træffe beslutning om at få lavet en operation eller ej, at der ikke er grundlag for at sende afklarings spørgsmål ud inden samtalen med lægen.	Afdelingen fastholder arbejdet med at informere patienterne grundigt ved samtale med lægen om fordele og ulemper ved operation samt at forventningsafstemme udbytte af operation med henblik på at hjælpe patienten med at træffe beslutning om operation eller ej. Informationsmateriale før samtalen sendes ikke længere, da patienterne vurderer, at samtalen med lægen er information nok i sig selv.
Neurologisk Afdeling F, Hoved-Hjerte-Centret, AUH			
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline	I januar-december 2013 var der 14.582 unikke CPR-numre.	I januar-december 2015 var der 15.255 unikke CPR-numre. Det er en stigning på 4,6 %
Øge hastigheden, hvormed yngre læger er fuldt uddannede til at indgå i arbejdet på afdelingen.	1) 90 % af I-læger (de yngste læger, der kommer til introduktion til neurologien) og læger i sideuddannelse har kompetencer til at varetage en nattevagt senest 6 uger efter ansættelse. 2) 90 % af H-læger (læger, der er i gang med speciallægeuddannelse i neurologi) har kompetencer til at varetage en nattevagt senest 3 uger efter ansættelse.	1) 6 ud af 10, svarende til 60 % af I-lægerne ansat i januar-december 2014, havde kompetence til at varetage nattevagt 6 uger efter ansættelse. 2) 4 ud af 11, svarende til 36 % af H-lægerne ansat i januar-december 2014, havde kompetence til at varetage nattevagt 3 uger efter ansættelse.	1) 5 af 10, svarende til 50 % af I-lægerne ansat i januar til december 2015, havde kompetence til at varetage nattevagt inden 6 uger. Alle ansatte I-læger havde kompetencerne inden 7 uger. 2) 4 af 6, svarende til 67 % af H-lægerne ansat i januar-december 2015, havde kompetence til at varetage nattevagt inden 3 uger. Alle ansatte H-læger havde kompetencerne efter 5 uger.
Behandling af WAKE-UP-patienter	Det vurderes, at der vil indgå 25 patienter i WAKE-UP-studiet pr. år.	I januar-december 2014 blev der behandlet 20 ud af 46 vurderede WAKE-UP-patienter.	I januar-december 2015 blev der behandlet 14 ud af 29 vurderede; i første halvår af 2016 blev der behandlet 11 ud af 27 vurderede.

Mål	Konkret mål	Baseline	Udvikling
Sænke antallet af patienter, der modtager immunoglobulin under indlæggelse	Mindst 80 % af patienterne vil modtage immunoglobulinbehandling i hjemmet.	I 2014 var der i alt 55 patienter, der modtog immunoglobulinbehandling. Heraf blev 40-72 % behandlet subkutant i eget hjem.	
Sikre, at patienter i "dvaleambulatoriet" ved behov for kontakt til afdelingen hurtigt får en tid.	50 % af patienthenvisningerne skal håndteres samme dag, og 90 % inden 14 dage.	I februar-december 2014 blev 42 % af patienthenvisningerne håndteret samme dag, og 76 % blev håndteret inden for 14 dage.	Målet er midlertidigt på pause, mens det undersøges, hvorvidt det er muligt at opgøre dette i data i BI-portalen. Er dette ikke muligt, udgår målet.
Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk Afdeling, Hoved-Hjerte-Centret, AUH			
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline	2013: 5.754 unikke CPR-numre	2015: 5.572 unikke CPR-numre. Det er et fald på 2 %
Effektivisering af patientforløb (på patientens præmisser)	Antallet af ambulante besøg pr. forløb skal falde. Arbejder på at omlægge kontrolbesøg til telefonkonsultationer og besøg i primærsektoren.	-	1. halvår 2016: Data var pr. 30. september 2016 ikke tilgængelige i BI-portalen.
Fastholdelse af patienttilfredshed.	Patienttilfredsheden undersøges løbende på afdelingen for de patienter, der sendes hjem samme dag, som operationen er foretaget.	Målingerne afrapporteres ikke i devalueringen.	-
Fastholdelse af stor medarbejdertilfredshed	Medarbejdertilfredsheden er minimum på samme niveau som statusmålingen ved projektets start.	Der er gennemført i alt 3 medarbejdertilfredshedsundersøgelser. Den seneste blev gennemført i forbindelse med 2. devaluering, hvor medarbejdertilfredsheden blev målt på en skala fra 1-5. I oktober 2014 var den gennemsnitlige medarbejdertilfredshed på en skala fra 1 til 5 på 3,81 baseret på 10 spørgsmål om medarbejdertilfredshed.	Målingerne blev indført i forbindelse med projekt Ny styring i et patientperspektiv. I dag opfattes projektet ikke som et projekt, men som en måde at arbejde på, og afdelingen vurderer derfor ikke, at det har givet mening at gennemføre en ny medarbejdertilfredshedsundersøgelse målrettet projekt Ny styring i et patientperspektiv.
Øge antal operationer i dagkirurgisk regi	Antallet af operationer foretaget i dagkirurgisk regi skal stige.	1. halvår 2015: 796 operationer i dagkirurgisk regi	1. halvår 2016: 848 operationer i dagkirurgisk regi. Det er en stigning på 6,5 %
Nedbringe antallet af indlagte patienter i operationsregi.	Antallet af indlagte patienter skal falde.	1. halvår 2015: 230 operationer i indlagt regi.	1. halvår 2016: 209 operationer i indlagt regi. Et fald på 9 %
Foreløbig titel: Forældres oplevelse af hurtigt forløb på læbe-ganespalte-området	Personalet inddrages i øjeblikket i at udvikle spørgeskema til forældrene for at sikre, at de oplever høj kvalitet i behandlingen trods omlægning til dagkirurgi.	-	-
Øjenafdelingen, Hoved-Hjerte-Centret, Aarhus Universitetshospital			
Antal unikke CPR-numre – alle patienter		Januar-december 2013: 18.382	Januar-december 2015: 18.136 – et fald på 1,3 %
Antal ambulante besøg pr. cpr-nummer pr. år	Målet er, at antal ambulante besøg pr. cpr-nummer i udgangspunktet skal falde.	Der gøres i den seneste devaluering opmærksom på, at afdelingen endnu ikke har elektronisk patientjournal, men at dette er målet fremadrettet. Der er således for flere mål endnu ikke fortaget baselinemålinger; i stedet er arbejdet med de enkelte mål foregået, ved at afdelingen har lavet indsatser, som forventes at afføde ændringer i de valgte mål.	
Fravær af flytninger og aflysninger af operationer	Antallet af flytninger og aflysninger af planlagte operationer skal falde.		
Logistik (fald i procestid pr. kontakt)	Procestiden pr. kontakt falder sammenlignet med baselinen.		
Patientpanel	Udvalgte patienter inddrages, når afdelingen har behov for viden om, hvordan forskellige ting virker for patienterne.		

Mål	Konkret mål	Baseline	Udvikling
Øre-, Næse- og Halsafdeling H, Hoved-Hjerte-Centret, AUH			
Antal unikke CPR-numre	Minimum samme antal som baseline	I 2013 var der 11.447 unikke CPR-numre.	I 2015 var der 14.194 unikke CPR-numre. Det er en stigning på 24 %.
Overholdelse af den postoperative plan	95 % af operationerne inden for udvalgte patientgrupper overholder den vurderede indlæggelsestid og dermed den postoperative plan.	Overholdelse af postoperativ plan, 1. halvår 2015: Alle patienter: 90,7 %. CI: 94,9 %. Excision af lymfeglandel: 100%. Halsglandelresektion: 80,0 %. Hemithyroidectomi unilaterale: 95,9 %. Hemithyroidectomi unilaterale, istmusresektion, neoplasma malignum: 94,7 %. Parodectomi: 58,3 %. Tonsillectomi: 100 %. Total thyroidectomi: 81,8 % Tracheotomi: 41,7 %	Overholdelse af postoperativ plan, 1. halvår 2016: Alle patienter: 93,6 % - det er en stigning på 3,2 % (NB: % - ikke %-point) CI: 96,4 % - det er en stigning på 1,6 % Excision af lymfeglandel: 100%. Halsglandelresektion: 79,2 % - det er et fald på 1,0 %. Hemithyroidectomi unilaterale: 98,8 % - det er en stigning på 3,1 %. Hemithyroidectomi unilaterale, istmusresektion, neoplasma malignum: 97,4 % - det er en stigning på 2,8 %. Parodectomi: 93,3 % - det er en stigning på 60 %. Tonsillectomi: 100 %. Total thyroidectomi: 92,6 % - det er en stigning på 13,2 %. Tracheotomi: 35,0 % - det er et fald på 16,0 %
Overholdelse af andel af patienter med lammelse på stemmebåndet efter operation i skjoldbruskkirtlen.	Andelen af patienter med denne form for komplikation er under 2 %. Målet inkluderer kun benigne patienter. Opfølgning vil foregå 1 år efter operationen.	I første halvår 2014 havde 2,3 % af patienterne (svarende til 6 patienter ud af 127) komplikationer efter operation. I andet halvår 2014 havde 0,8 % af patienterne (svarende til 1 patient ud af 118) komplikationer efter operation.	I første halvår 2015 havde 4,6 % af patienterne (svarende til 9 patienter ud af 153) komplikationer efter operation. I andet halvår 2015 havde 2,1 % af patienterne (svarende til 7 patienter ud af 145) komplikationer efter operation.
Arbejde med at indsamle sygdomsspecifikke livskvalitetsdata	Gennem validerede quality of life-spørgsmål fra skemaet 'EORTC QLQ - H&N35' ønskes der tilbagemeldinger fra hoved- og halskræftpatienter på selv vurderet livskvalitet efter behandling.	De foreløbige resultater er: Hvilke symptomer og senfølger er gennemgående?: Mange har smerter og spise- og synkeproblemer. Flere er generet af et ændret udseende, har sværere ved at nyde maden, oplever ændret seksualitet og angiver forringet livskvalitet. Evaluering af udleveringen af skemaet: Ca. halvdelen har brug for hjælp til at udfylde skemaet (de har nemmere ved at udfylde det på papir frem for iPad). Via skemaerne bliver patienterne og sundhedspersonalet opmærksomme på de symptomer og senfølger, der måtte være, og herudfra kan der igangsættes rehabiliterende handlinger. At gennemgå skemaet med patienterne, efter at de har udfyldt det, kan have en terapeutisk effekt og skabe klarhed.	De forventede resultater er: en oversigt over symptomer og senfølger hos kirurgiske hoved-hals-kræftpatienter. Øget patientinddragelse (og pårørendeinddragelse). Et større og mere systematisk fokus på rehabilitering. Indsamlet data kan bruges til udvikling og forskning



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00