

Økonomiske incitament og bedre styring

- Vi kan få mere ud af økonomiske incitament





Forord

Med et stadigt stigende udgiftspres på centrale velfærdsområder og udsigt til nulvækst eller måske endda negativ vækst i den offentlige sektor står særligt to punkter skarpt på den politiske dagsorden. Budgetterne skal overholdes, og vi skal blive mere effektive.

Krav om budgetoverholdelse medfører et fokus på en klassisk rammestyrelse af den offentlige sektor, men skal vi samtidig være effektive og produktive, er det nødvendigt med en stærk politisk og administrativ styring af sektoren.

Incitamenter og særligt økonomiske incitamenter er et af de styringsredskaber, som beslutningstagere ofte finder frem fra værktøjskassen, når de ønsker at effektivisere eller fremme produktionen af bestemte aktiviteter, der er særligt prioriterede eller efterspurgte. Det gælder indenfor stort set alle velfærdsområder.

I takt med en stigende brug af incitamenter som styringsredskab bliver det mere og mere relevant at spørge, om vi i dag anvender incitamenterne bedst muligt?

Nærværende analyse undersøger med udgangspunkt i dette spørgsmål, om økonomiske incitamenter i højere grad fremmer en ønsket adfærd, når de målrettes mindre organisatoriske enheder sammenlignet med større enheder. Det kunne fx være skolen i stedet skoleforvaltningen, eller skoleforvaltningen i stedet for kommunen.

Vi søger dermed at bidrage til svaret på et centralt styringsmæssigt spørgsmål - Hvordan får vi mere ud af økonomiske incitamenter?

Analysen bygger på de første resultater af et ph.d.-forløb finansieret af Syddansk Universitet og KREVI.

April 2012
Torben Buse
Direktør



Indholdsfortegnelse

RESUME.....	4
INDLEDNING.....	6
2.1 Baggrund	6
2.2 Formål og teoretisk udgangspunkt.....	6
2.3 Analysedesign og metode	8
ANALYSE	12
3.1 Delanalyse 1: Registrerede kontaktpersoner	12
3.2 Delanalyse 2: Patientoplevede kontaktpersoner	14
REFERENCER.....	18

Økonomiske incitamenter på forskellige organisationsniveauer

ISBN-nr.: 978-87-92258-87-8 (elektronisk version)

Udgivet April 2012 af: KREVI - Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut, Olof Palmes Allé 19, 8200 Aarhus N, Tlf. 72 26 99 70, post@krevi.dk.

Forfatter/e: Simon Hartwell Christensen og Søren Rud Kristensen

Rapporten kan downloades gratis på www.krevi.dk

Grafisk design: Weltklasse A/S



Resume

Formålet med denne analyse er at undersøge, om økonomiske incitamenter i højere grad har en effekt på individets adfærd i mindre organisatoriske enheder sammenlignet med større organisatoriske enheder. Det undersøges således også, om der kan opnås en mere effektiv politisk og administrativ styring i den offentlige sektor ved at målrette økonomiske incitamenter mindre organisatoriske enheder tættere på det udførende led.

Problemstillingen undersøges ved hjælp af en caseanalyse af den danske kontaktpersonordning på de offentlige regionale sygehuse. Det skal dog understreges, at analysens resultater vil være relevante på andre velfærdsområder end sundhedsområdet. Der opstilles og testes to arbejdshypoteser i analysen. Analysens første hypotese er, at der vil være en større brug af kontaktpersoner på afdelinger med afregning på afdelingsniveau for registreret brug af kontaktpersoner sammenlignet med afdelinger med afregning på sygehusniveau. Analysens anden hypotese er, at afdelinger med afregning for brug af kontaktpersoner på enten sygehus- eller afdelingsniveau vil have en øget brug af ordningen sammenlignet med afdelinger uden afregning for brug af kontaktpersoner - hverken på sygehus- eller afdelingsniveau.

Hypoteserne testes med to delanalyser med to forskellige indikatorer for afdelingernes brug af kontaktpersoner. Den første indikator er afdelingernes registrering af en kontaktperson i patienternes journaler og den anden patienternes oplevelse af at have haft en kontaktperson, som afdækket i de landsdækkende spørgeskemaundersøgelser af patientoplevelser.

Den første delanalyse understøtter både hypotese 1 og 2. Analysen viser, at afdelinger med afregning for brug af kontaktpersoner har haft en signifikant større stigning i brugen af kontaktpersoner sammenlignet med afdelinger uden afregning. Det fremgår endvidere, at registrerede kontaktpersoner er steget betydeligt mere på afdelinger med afregning på afdelingsniveau sammenlignet med afdelinger med afregning på sygehusniveau. En statistisk analyse peger på en signifikant øget sandsynlighed for brug af kontaktpersoner på fire til syv procentpoint afhængigt af den sta-

tistiske model på afdelinger med afregning på afdelingsniveau. Den anden delanalyse støtter hverken hypotese 1 eller 2. Delanalysen viser ingen sammenhænge imellem afregning - hverken på sygehus- eller afdelingsniveau - og patienternes oplevelse af at have haft en kontaktperson.

De to indikatorer peger således i hver sin retning i forhold til be- eller afkræftelse af hypotesen om, at betaling fører til øget brug af kontaktpersoner på lavere organisationsniveauer. Det er følgelig relevant at gøre nogle overvejelser om tolkningen af de to indikatorer anvendt i delanalyserne. Særligt to spørgsmål er relevante i forhold til analysens problemstilling: Hvad måler de to indikatorer mere præcist? Og hvilken betydning har det for konklusionerne vedrørende rapportens overordnede problemstilling?

Den første indikator måler *personalets* registrering af kontaktpersoner i patientjournaler og den anden *patienternes* oplevelse af at have haft en kontaktperson. Det er personalet, der direkte kan påvirke afregningen ved at registrere en kontaktperson i patientens journal, og det økonomiske incitament til en ændret adfærd ligger således hos personalet - ikke patienterne. Det kan på den baggrund og jævnfør resultaterne i første delanalyse konkluderes, at økonomiske incitamenter har en større effekt på adfærden (i det her tilfælde personalets adfærd) på mindre organisatoriske enheder sammenlignet med større enheder.

Patienterne på afdelinger med afregning på afdelingsniveau oplever imidlertid ikke i højere grad end andre patienter at have haft en kontaktperson. Det egentlige formål med kontaktpersonordningen er et koordineret og gennemsigtigt behandlingsforløb, der giver tryghed hos patienterne. Det økonomiske incitament er ikke knyttet direkte til dette formål men derimod til, hvad der kan betegnes som en procesindikator - registreringen af en kontaktperson. Der er således ingen klar direkte kobling imellem det økonomiske incitament og det ønskede formål - nemlig tryghed hos patienten.

En yderligere tolkning af nærværende analyses resultater - om end med forbehold - er følgelig, at økonomiske incitamenter skal knyttes klart og direkte til den adfærd, der ønskes fremmet. En klar og direkte kobling giver et mere troværdigt incitament og dermed øget sandsynlighed for den efterspurgte adfærd, hvorimod en manglende direkte kobling imellem afregning og formål kan reducere det økonomiske incitaments effekt set i forhold til formålet.



Indledning

2.1 Baggrund

Der er igennem en efterhånden lang årrække blevet introduceret flere og flere styringstiltag, der har til formål dels at øge produktiviteten generelt i den offentlige sektor og dels at fremme produktionen af bestemte aktiviteter, der er særligt prioriteret eller særligt efterspurgt.

Disse efterspørgselsorienterede styringstiltag bygger ofte på økonomisk incitamentsteori. Den grundlæggende ide i teorien er, at man kan fremme bestemte handlinger hos individer såvel som organisationer ved at konstruere regler, der knytter økonomisk belønning til de pågældende handlinger. Både individer og organisationer vil ifølge teorien søge at fremme deres egen økonomiske situation og derfor prioritere de handlinger, der giver den største økonomiske belønning (Andersen et al. 2010).

KREVI har senest belyst brugen af efterspørgselsorienterede styringstiltag i en analyse af regionernes brug af takststyringsmodeller som et delelement i finansieringen af de offentlige sygehuse. I analysen konkluderes det bl.a., at takststyringen har en selvstændig effekt på aktivitetsudviklingen på sygehusene. Analysen viser, at det netop er på de behandlingsområder, der knyttes direkte til en økonomisk belønning via regionernes forskellige takststyringsmodeller, at der kan konstateres de mest markante aktivitetsstigninger (Dørken et al. 2012).

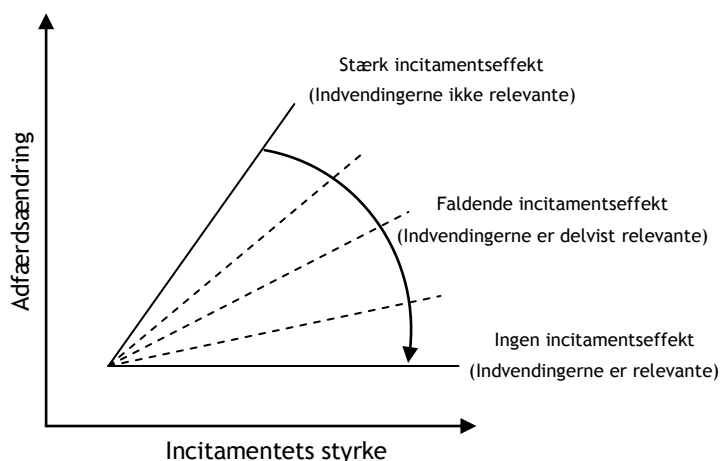
Andre eksempler på anvendelsen af økonomiske incitamenter i styringen af den offentlige sektor er takststyring af universiteterne og ungdomsuddannelserne og refusioner på kontanthjælpsområdet og sygedagpengeområdet.

2.2 Formål og teoretisk udgangspunkt

I litteraturen om økonomisk incitamentsteori fremføres der imidlertid en række forskellige indvendinger imod en entydig sammenhæng imellem økonomiske incitamenter og adfærd.

Andersen et al. (2010) peger på fire overordnede grupper af indvendinger, som potentielt svækker effekten af det økonomiske incitament på adfærd hos de individer eller organisationer, der søges påvirket af incitamentet. Den første indvending siger, at det økonomiske incitament er stærkest på individniveau og svækkes jo større gruppe eller organisation, incitamentet knyttes til. Ifølge den anden indvending vil et utroværdigt økonomisk incitament ikke virke. Den tredje indvending er, at stærke professionelle normer kan svække det økonomiske incitament. Og endelig er der en risiko for, at økonomiske incitamenter underminerer en indre motivation eller arbejdsglæde og dermed samlet set ikke fremmer den ønskede adfærd. De fire indvendingers potentielle svækkelse af det økonomiske incitament er illustreret i nedenstående figur.

Figur 1. Fire indvendinger svækker økonomiske incitamenter



Kilde: Andersen et al. 2010

KREVI sætter i nærværende analyse fokus på den første indvending vedrørende økonomiske incitameters forskellige styrke eller gennemslagskraft på forskellige organisatoriske niveauer.

Ifølge teorien har økonomiske incitamenter en reduceret gennemslagskraft, når de er målrettet organisationsniveauet i stedet for individniveauet. Når en belønning knyttes til en organisation, og de enkelte medlemmer af organisationen således får samme del i belønningen, er der ingen tilskyndelse til, at det enkelte medlem leverer den optimale indsats - man får jo det samme ud af det uanset indsats. Der opstår således et kollektivt handlingsproblem.

Det kollektive handlingsproblem kan ifølge teorien reduceres ved kontrol af medlemmernes indsats fra ledelsen, fra de øvrige organisationsmedlemmer eller fra begge parter. Jo større organisationen er, jo vanskeligere

re og mere omkostningstungt er det imidlertid at gennemføre en kontrol. Det kollektive handlingsproblem forventes følgelig at vokse med størrelsen på de organisatoriske enheder. Da økonomiske incitamenters i den offentlige sektor i Danmark ofte knyttes til højere organisatoriske niveauer og dermed større enheder, er risikoen for manglende gennemslagskraft af incitamenterne på den faktiske adfærd derfor særlig relevant i sektoren.

Formålet med nærværende rapport er således at undersøge om effekten af økonomiske incitamenters er større på lavere organisatoriske niveauer kendetegnet ved færre medlemmer sammenlignet med højere niveauer kendetegnet ved flere medlemmer. Eller formuleret anderledes, om der kan opnås en mere effektiv aktivitetsstyring (enten øget produktivitet eller prioritering af bestemte ydelser) ved at målrette økonomiske incitamenters imod mindre organisatoriske enheder på lavere organisatoriske niveauer.

Analysen baserer sig på udvalgte resultater fra to artikler skrevet af Kristensen et al. (2011 og 2012) som en del af et ph.d. projekt med fokus på økonomiske incitamenters (Pay for Performance) i det behandlende sundhedsvæsen. Der kan således henvises til de nævnte artikler for en detaljeret gennemgang af data og statistiske modeller samt yderligere analyser og perspektiver på problemstillingen.

2.3 Analysedesign og metode

KREVI's analyse af økonomiske incitamenters gennemslagskraft på forskellige organisatoriske niveauer gennemføres som en caseanalyse af den danske kontaktpersonordning, som implementeret på de regionale sygehuse.

Den danske kontaktpersonordning som case

Kontaktpersonordningen blev første gang introduceret på danske sygehuse i 2001 som et led i aftalen imellem regeringen og amtsrådsforeningen om de daværende amters økonomi (Finansministeriet 2001). Med en lovændring i 2009 blev det gjort obligatorisk for regionsrådene at tilbyde en kontaktperson til alle patienter, der modtager ambulante eller stationære behandling, som strækker sig over mere end ét døgn. Formålet med ordningen er, at kontaktpersonerne skal medvirke til at sikre et sammenhængende og gennemsigtigt patientforløb. Det indebærer bl.a., at patienten oplever et koordineret behandlingsforløb, føler sig tryk og oplever en smidig overgang fra behandling på sygehus til eventuel videre behandling hos den praktiserende læge eller i kommunen (Bemærkninger til Lov

nr. 546). Regionerne fik 20 mio. kr. i forbindelse med, at ordningen blev gjort obligatorisk (Finansministeriet 2008).

Som den eneste region introducerede Region Syddanmark i 2009 en finansieringsmodel, der udmønter i alt otte mio. kr. om året på baggrund af sygehusenes registrerede brug af kontaktpersoner. Det maksimale beløb, regionens sygehuse kan få, afhænger af sygehusenes størrelse. På to af regionens fire sygehuse har sygehusledelsen valgt, at afregningen skal føres videre ud på de enkelte afdelinger. I Region Syddanmark er den økonomiske belønning ved brug af kontaktpersoner således knyttet til to forskellige organisatoriske niveauer - hhv. sygehusniveau og afdelingsniveau - og dermed en mindre og en større organisatorisk enhed.

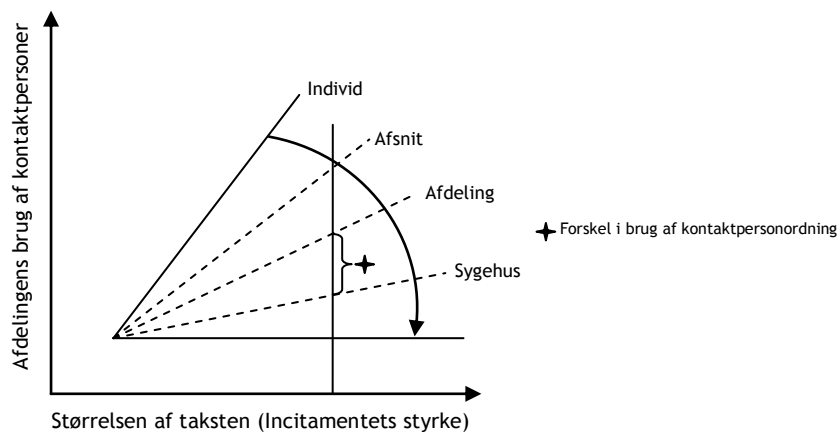
Arbejdshypoteser

Der kan således med baggrund af den valgte case laves en arbejdshypotese for nærværende analyse:

HYPOTESE 1: "De afdelinger, hvor der afregnes på afdelingsniveau, anvender i højere grad kontaktpersonordningen end afdelinger, hvor der afregnes på sygehusniveau."

Operationaliseringen er illustreret i figuren nedenfor.

Figur 2. Aftagende effekt af økonomiske incitamenters jo højere organisatorisk niveau



I forhold til rapportens overordnede fokus på økonomiske incitamenters forskellige effekt på forskellige organisatoriske niveauer kunne ovenstående hypotese godt stå alene. Det er imidlertid naturligt at spørge, om afregningen i Region Syddanmark fører til en øget brug af kontaktpersonordningen sammenlignet med de øvrige regioner, hvor der ikke sker en afregning. Altså om det økonomiske incitament i det hele taget slår igennem i den valgte case. Der opstilles derfor en yderligere hypotese.

HYPOTESE 2: "De afdelinger, hvor der afregnes for brug af kontaktpersonordningen på enten sygehus- eller afdelingsniveau, anvender i højere grad kontaktpersoner sammenlignet med afdelinger uden afregning på hverken sygehus- eller afdelingsniveau".

Indikatorer, data og metodiske overvejelser

De to hypoteser testes ved at gennemføre to delanalyser. De to delanalyser baserer sig på forskellige data og analyserer to forskellige indikatorer for afdelingernes brug af kontaktpersonordningen.

Indikatoren i den første delanalyse er afdelingernes registrering af en kontaktperson i patienternes journaler som afdækket i kvartalvise journalaudits i perioden 2007 til 2010. Data består således af løbende målinger af afdelingernes egen registrerede brug af kontaktpersoner. Den konkrete afregning for brug af kontaktpersonordningen i Region Syddanmark sker på baggrund af denne indikator.

En umiddelbar metodisk indvending imod indikatoren er, at man ikke helt præcist måler, om der bruges kontaktpersoner på afdelingen, men derimod om personalet på afdelingen registrerer dette. Indvendingen er reel, men denne indvending kan gøres generelt i forhold til registreringer i patienternes journaler.

Delanalyse 1 med fokus på den første indikator vil basere sig på to forskellige sæt data. I det første datasæt inkluderes afdelinger på sygehuse i alle fem regioner. Datasættet benyttes primært til at teste Hypotese 2 i forhold til den registrerede brug af kontaktpersoner, men også som et første skridt i forhold til at teste Hypotese 1. Det andet datasæt er en delmængde af det første datasæt bestående af et panel af 94 afdelinger fra sygehuse i Region Syddanmark, som jf. ovenstående er den eneste region, der afregner for brug af kontaktpersonordningen. Datasættet benyttes til en stærkere testning af Hypotese 1.

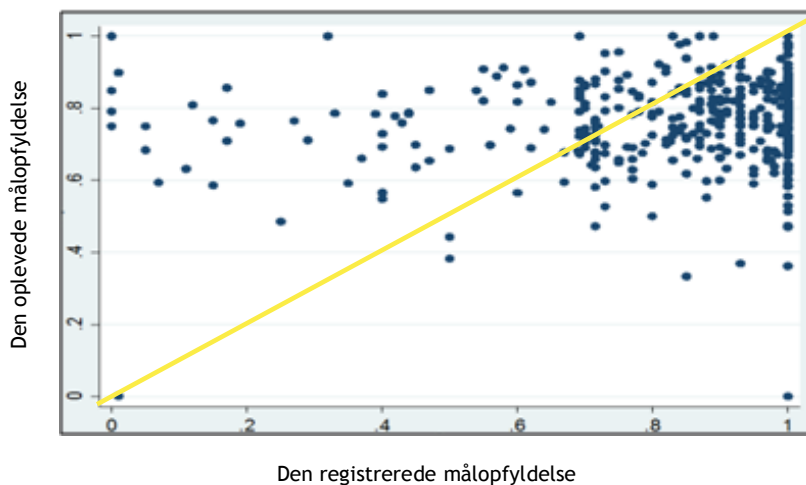
Der gennemføres en yderligere delanalyse for at belyse de to hypoteser ved hjælp af en anden indikator for afdelingernes brug af kontaktpersoner. Den anden indikator er patienternes oplevelse af, om de har haft eller ikke har haft en kontaktperson under indlæggelse. Data for denne delanalyse er de landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP). LUP-undersøgelserne er nationale stikprøveundersøgelser, hvor patienterne stilles en række spørgsmål angående deres indlæggelse og behandling (Enheden for brugerundersøgelser 2009). Anden delanalyse inkluderer således afdelinger fra hele landet fra én stikprøveundersøgelse gennemført i første kvartal 2009. Afregning for brug af kontaktpersonordningen i Region Syddanmark er ikke knyttet til denne indikator.

Der kan også gøres metodiske indvendinger imod den anden indikator. Det kan være svært for patienterne at gennemskue, hvad en kontaktperson er, og hvilke opgaver personen skal varetage som kontaktperson. Der er følgelig risiko for, at patienten har haft en kontaktperson, men ikke været bevidst om dette. Omvendt er der også risiko for, at en patient ikke formelt har haft en kontaktperson, men har haft god kontakt til en bestemt medarbejder og derfor oplever, at der har været en kontaktperson.

Der er således ikke nødvendigvis en sammenhæng imellem en registreret kontaktperson og oplevelsen af at have haft en kontaktperson eller det omvendte. Nærværende analyse ser derfor "Indikator 1: Registreringen af en kontaktperson" hhv. "Indikator 2: Den patientoplevede kontaktperson" som to indikatorer og ikke sådan, at registreringen går forud for eller er nødvendig for en eventuel patientoplevelse. Forholdet imellem de to indikatorer er dog illustreret i nedenstående figur og drøftes afslutningsvist i nærværende analyses konklusion.

Figuren viser målopfyldelsen på de to indikatorer for de afdelinger, der både har data for den første og anden indikator. Målopfyldelsen er opgjort som andelen af journaler med en kontaktperson (x-aksen) hhv. patienter, der har oplevet at have haft en kontaktperson (y-aksen). Det fremgår af figuren, at der er en betydelig spredning på begge indikatorer, men særligt på den registrerede målopfyldelse. Det ses endvidere, at den registrerede målopfyldelse er større end den patientoplevede på et flertal af afdelingerne (afdelingerne under diagonalen i figuren). En statistisk analyse viser, at der er en beskedent men signifikant korrelation på 14 pct. imellem målopfyldelsen for de to indikatorer.

Figur 3. Forholdet imellem analysens to indikatorer





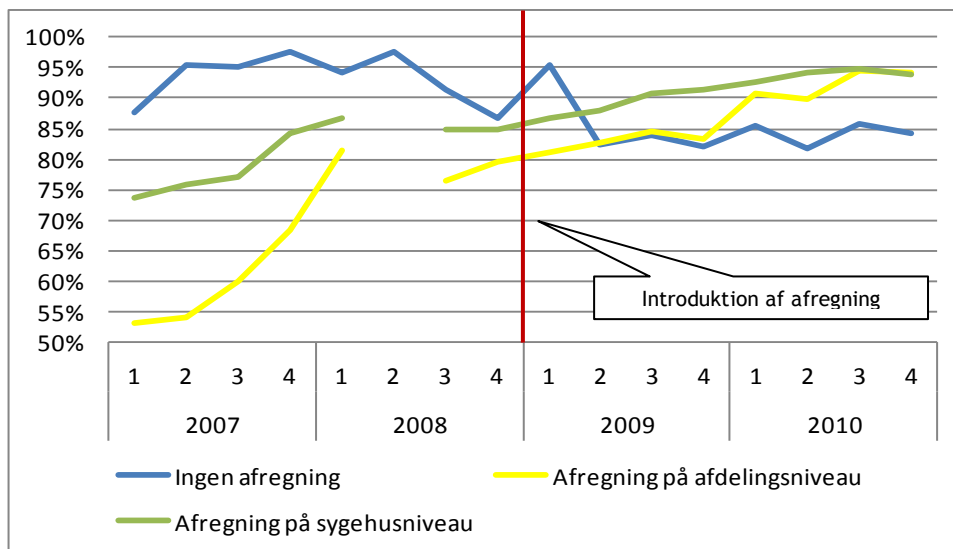
Analyse

3.1 Delanalyse 1: Registrerede kontaktpersoner

Nedenstående figur viser udviklingen i den gennemsnitlige målopfyldelse målt som andelen af journaler med en registreret kontaktperson af samtlige journaler udtrukket kvartalvis i journalaudits for perioden 2007 til 2010. Figuren baserer sig på data fra afdelinger på sygehuse i alle fem regioner.

Den gennemsnitlige målopfyldelse er i figur 4 opdelt på sygehuse, der afregner for brug af kontaktpersonordningen på hhv. afdelings- og sygehusniveau samt afdelinger uden afregning. Den grønne kurve viser udviklingen i perioden 2007 til 2010 for afdelinger med afregning på sygehusniveau, den gule udviklingen for afdelinger med afregning på afdelingsniveau og den blå udviklingen for afdelinger uden afregning. Endelig indikerer den lodrette røde linje tidspunktet for introduktionen af afregningen i regionen.

Figur 4. Kvartalvis opgørelse af den gennemsnitlige målopfyldelse opdelt på afdelinger uden afregning, med afregning på afdelings- hhv. sygehusniveau (pct.)



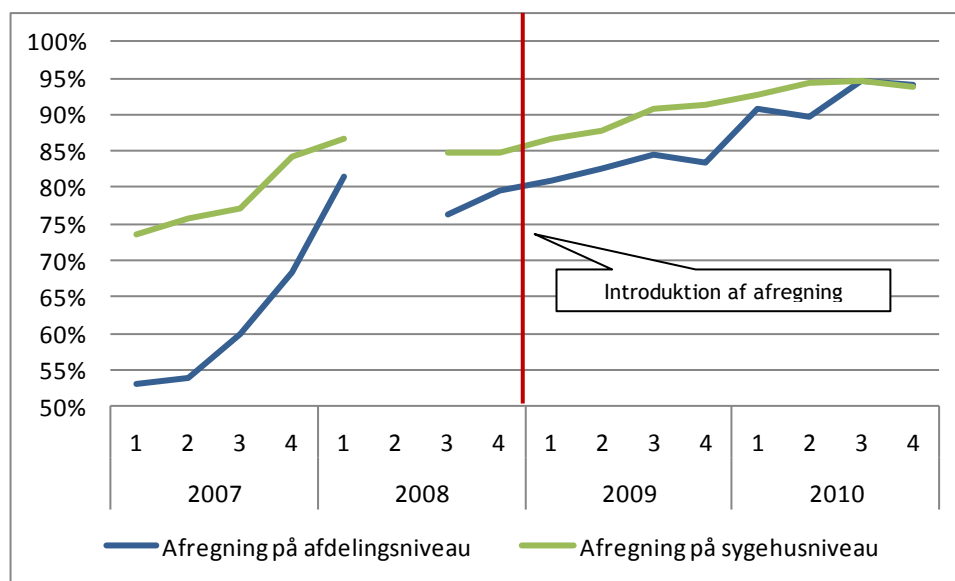
Anm.: Databrud i 2. kvartal 2008.

Kilde: Kristensen et al., 2011

Det fremgår af figur 4, at målopfyldelsen har udviklet sig markant mere positivt for afdelinger med afregning for brug af kontaktpersoner. Det ses, at målopfyldelsen på afdelinger med afregning ændres fra at ligge under den på afdelinger uden afregning til at ligge over. Målopfyldelsen for afdelinger med og uden afregning for brug af kontaktpersonordningen ligger tæt i perioden efter, at kontaktpersonordningen gøres obligatorisk. Statistiske analyser viser, at den konstaterede forskel i målopfyldelsen er signifikant. Også når der kontrolleres for baggrundsvariablene alder, køn og regionseffekter. I forhold til "Indikator 1: Registreret brug af kontaktpersoner" kan Hypotese 2 om en effekt af afregning for brug af kontaktpersoner dermed ikke afkræftes (Kristensen 2012).

Nedenstående figur viser ligesom figur 4 den kvartalsvise gennemsnitlige målopfyldelse. Nedenstående figur baserer sig på det andet datasæt anvendt til analyse af indikatoren, som kun indeholder afdelinger i Region Syddanmark, jf. ovenfor. Den gennemsnitlige målopfyldelse er i figur 5 opdelt på sygehuse, der hhv. afregner på afdelings- og sygehusniveau.

Figur 5. Kvartalvis opgørelse af den gennemsnitlige målopfyldelse opdelt på sygehuse med afregning på afdelings- hhv. sygehusniveau (pct.)



Anm.: Databrud i 2. kvartal 2008.

Kilde: Kristensen et al., 2011

Tre centrale pointer fremgår af figuren. For det første fremgår det af figuren, at målopfyldelsen i stort set hele perioden har været højere på sygehusene med afregning på sygehusniveau. For det andet fremgår det, at målopfyldelsen har været stigende for alle sygehuse. Og endeligt fremgår det, at forskellen i målopfyldelsen er blevet stadig mindre imellem de to grupper af sygehuse i perioden efter introduktionen af afregning, og

målopfyldelsen for de to grupper ligger på samme niveau helt til sidst i perioden.

Det ser således umiddelbart ud til en bekræftelse af hypotesen om, at der vil være en øget brug af kontaktpersonordningen på afdelinger med afregning på afdelingsniveau sammenlignet med afdelinger med afregning på sygehusniveau. Altså en større adfærdsændring på afdelinger, hvor det økonomiske incitament er knyttet til en mindre gruppe af individer. Denne umiddelbare tolkning understøttes af en statistisk analyse af udviklingen i afdelingernes brug af kontaktpersonordningen i perioden efter introduktionen af afregningen og dermed det økonomiske incitament.

Der er gennemført analyser af effekten af afregning på hhv. sygehus- og afdelingsniveau med baggrund i fem forskellige statistiske modeller (Kristensen et al. 2011). Modellerne har forskellige styrker og begrænsninger og giver følgelig tilsammen en grundig belysning af sammenhængen. Alle modellerne kontrollerer for eventuelle sygehuseffekter. Endvidere kontrolleres der for en eventuel effekt af en generel tendens til bedre målopfyldelse henover perioden, som ikke skyldes introduktionen af afregningen.

Alle modellerne viser, at introduktionen af afregning på afdelingsniveau har en signifikant større effekt på den registrerede brug af kontaktpersonordningen. Afhængigt af den valgte model viser analyserne en fire til syv procentpoint øget sandsynlighed for målopfyldelse, hvis afregningen knyttes til afdelingsniveau. De statistiske analyser peger endvidere på, at der er en generel tendens til bedre målopfyldelse henover perioden¹.

Resultaterne i delanalysen kan således hverken afkræfte Hypotese 1 eller Hypotese 2.

3.2 Delanalyse 2: Patientoplevede kontaktpersoner

Tabellen nedenfor viser andelen af patienter, der i LUP-undersøgelsen fra første kvartal 2009 har angivet hhv. ikke angivet at have haft en kontaktperson under indlæggelse.

Svarene er opdelt i forhold til fire afdelingstyper; 1) Afdelinger med afregning på afdelingsniveau, 2) afdelinger med afregning på sygehusniveau, 3) afdelinger med en politisk erklæret og målbar målsætning om øget brug af kontaktpersoner og 4) øvrige afdelinger.

¹ Se Kristensen et al. (2009) for en beskrivelse af de statistiske modeller og en detaljeret præsentation af resultaterne.

Afdelingstyperne 1 og 2 er de samme afdelinger som analyseret i delanalyse 1 - altså afdelinger i Region Syddanmark, hvor der afregnes. Afdelingstype 3 er afdelinger på sygehusene i Region Midt, hvor man som den eneste region har en konkret og målbar politisk målsætning om en øget brug af kontaktpersonordningen² og dermed en mere klar målstyring i forhold til ordningen. Afdelingstype 4 er afdelinger på sygehusene i de øvrige regioner.

Tabel 1. Andel af patienter, der har hhv. ikke har oplevet at have en kontaktperson opdelt på afdelingstyper (i pct.)

	Har oplevet	Har ikke oplevet
Afdelinger med afregning på afdelingsniveau	76	24
Afdelinger med afregning på sygehusniveau	73	27
Målsætning	80	20
Øvrige afdelinger	75	25

Kilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, 2009.

Det fremgår af tabellen ovenfor, at den største andel af patienter, der har oplevet at have haft en kontaktperson, findes på de afdelinger, hvor der er en politisk målsætning om øget brug af ordningen. Andelene af patienter, der oplever at have haft en kontaktperson, ligger på ca. samme niveau på afdelinger med afregning på afdelingsniveau og øvrige afdelinger. Den laveste andel ses på afdelinger, hvor der afregnes på sygehusniveau. Både Hypotese 1 og Hypotese 2 kan således umiddelbart afkræftes.

I tabel 2 og 3 nedenfor er kun de patienter, der svarer, at de har haft en kontaktperson inkluderet - altså i alt 76 pct. af deltagerne jf. tabellen ovenfor. Disse patienter opdeles på afdelingstyper og endvidere på aldersgrupper og køn. Patientens alder og køn er patientkarakteristika, som ikke kan påvirkes af personale eller kontaktperson, men med en potentiel betydning for, om patienten oplever at have haft en kontaktperson. Det er følgelig interessant at undersøge, om alder og køn har en betydning for, om patienterne oplever at have haft en kontaktperson. Data inkluderer ikke yderligere baggrundsvariable.

Det ses af nedenstående tabel, at der på tværs af alle aldersgrupperne er en større andel af patienter, der oplever at have haft en kontaktperson på afdelinger med en konkret målbar politisk målsætning. Aldersgrupperingen ændrer således ikke på tolkningen af, at en konkret målsætning påvirker brugen af kontaktpersoner i positiv retning. Endvidere ses det, at patienter i aldersgruppen 1-19 år oftest oplever at have en kontaktperson

² Aftale om budget 2009 for Region Midtjylland, sept. 2008.

son, og at patienter i aldersgrupperne 20-39 år og 80+ år, er de patienter, der i mindst grad oplever at have en kontaktperson.

Tabel 2. Andel patienter der har oplevet at have en kontaktperson opdelt på incitamentstyper og aldersintervaller (i pct.)

	1-19 år	20-39 år	40-59 år	60-79 år	80+ år
Afregning på afdelingsniveau	80	73	76	77	71
Afregning på sygehusniveau	82	68	74	74	64
Målsætning	85	77	80	81	78
Øvrige sygehuse	80	70	76	76	70

Kilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, 2009.

Af tabel 3 fremgår det, at kvinder for alle afdelingstyper i mindre grad oplever at have haft en kontaktperson, end mænd gør. Den mindste forskel ses på afdelinger med afregning på afdelingsniveau.

Tabel 3. Andel patienter, der har oplevet at have en kontaktperson opdelt på incitamentstyper og køn (i pct.)

	Kvinder	Mænd	Forskel
Afregning på afdelingsniveau	75	77	-2
Afregning på sygehusniveau	71	75	-4
Målsætning	79	82	-3
Øvrige sygehuse	73	77	-4

Kilde: Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, 2009.

Statistiske analyser viser, at patienter på afdelinger med afregning på sygehusniveau i signifikant mindre grad oplever at have haft en kontaktperson sammenlignet med patienter på afdelinger med afregning på afdelingsniveau (Kristensen 2011). I analyserne kontrolleres der for en række yderligere variable; målsætning for brug af ordningen, aldersgrupper og køn. Det skal bemærkes, at målingen er foretaget i begyndelsen af 2009, hvor afregning for kontaktpersoner lige er indført.

Analyserne viser endvidere, som også indikeret i tabellerne ovenfor, at der er signifikant flere, der oplever at have haft en kontaktperson på afdelinger med en konkret og målbar målsætning. Det ses således, at sandsynligheden for, at en patient oplever at have haft en kontaktperson er ca. syv procentpoint højere på afdelinger med en konkret politisk målsætning.

Der ses også signifikante effekter på den gennemsnitlige oplevede brug af kontaktpersonordningen for visse aldersgrupper. Der er en øget sandsynlighed på ca. fire procentpoint for, at de 1-19 årige oplever at have haft en kontaktperson sammenlignet med patienter mellem 40-59 år (referencegruppen). Der er ca. to procentpoint mindre sandsynlighed for, at de 20-39 årige og ca. fire procentpoint mindre sandsynlighed for de 80+ årige set i forhold til referencegruppen. Endeligt peger analysen på, at kvinder i signifikant mindre grad angiver at have haft en kontaktperson. Den gennemsnitlige sandsynlighed for, at kvinder oplever at have haft en kontaktperson, er knap fire procentpoint lavere end for mænd.

De statistiske og deskriptive analyser understøtter følgelig hverken Hypotese 1 eller 2, når der fokuseres på den patientoplevede brug af kontaktpersonordningen.



Referencer

- Aftale om Amternes økonomi for 2001. Finansministeriet, juni 2000.
- Aftale om budget 2009 for Region Midtjylland, september 2008.
- Andersen, Lotte Bøgh et al., 2010. Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor.
- Enheden for brugerundersøgelser, 2009. Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP).
- Finansministeriet, 2008. Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2009.
- Kristensen, Søren Rud et al., 2011. Who to pay for performance - The choice of organisational level for hospital payment incentives.
- Kristensen, Søren Rud, 2012. The Power of Incentives: To pay or not to pay for performance.
- Lov nr. 546 af 24. juni 2005 (Sundhedsloven).