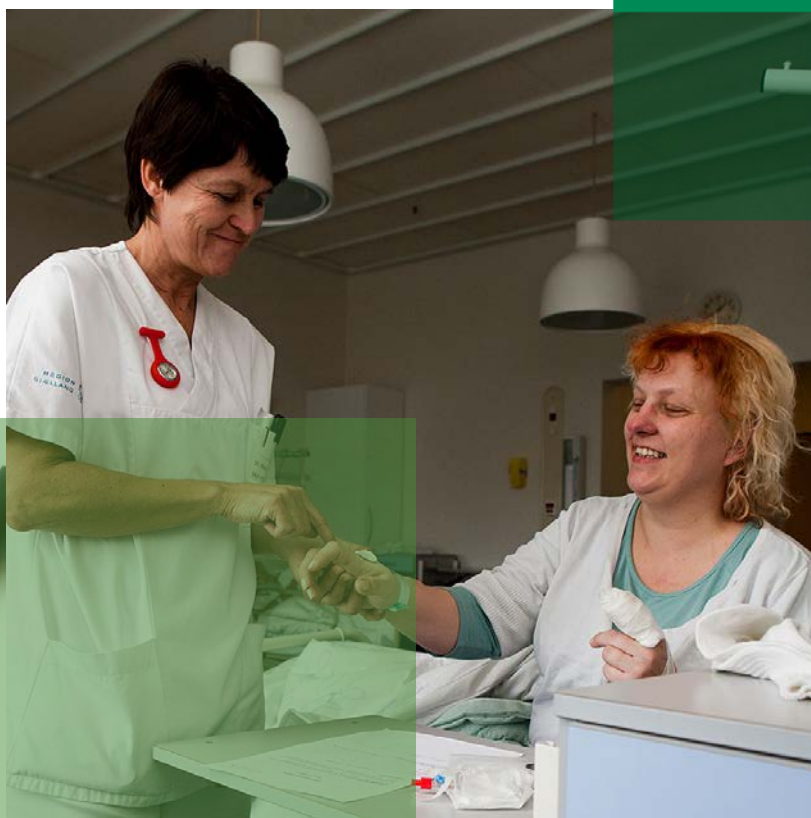


Marie Henriette Madsen, Iben Bolvig, Betina Højgaard og Jakob Kjellberg

Evaluering af Udviklingshospital Bornholm

Betydningen af en ændret økonomisk rammemodel



Evaluering af Udviklingshospital Bornholm. Betydningen af en ændret økonomisk rammemodel

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2017

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

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-999822-9-5
Projekt: 11282

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

I denne rapport præsenteres resultaterne fra den første devaluering af Udviklingshospital Bornholm. Udviklingshospital Bornholm er et af de forsøg med værdibaseret styring, som foregår i Region Hovedstaden. Som en del af dette forsøg er Bornholms Hospital fritaget fra sædvanlig aktivitetsafregning i perioden 2016-2018 ud fra en hypotese om, at det vil skabe større incitament til at tilrettelægge sundhedsvæsenets ydelser efter, hvad der skaber værdi for patienterne.

KORA har på opdrag fra Region Hovedstaden fået til opgave at følge og evaluere Udviklingshospital Bornholm. Denne første devaluering fokuserer på Udviklingshospital Bornholms første år og på, om fritagelsen fra takststyring har haft betydning for hospitalets aktivitet og for den måde, hospitalet ledes og administreres på.

I evalueringen gøres der brug af både registerdata og interview, og udviklingen på Bornholms Hospital sammenlignes med Nordsjællands Hospital, Hillerød. KORA ønsker at takke alle på Nordsjællands Hospital, Hillerød og Bornholms Hospital, som har deltaget i interview, samt medarbejdere i Region Hovedstaden, som har hjulpet med at fremskaffe de anvendte registerdata. KORA retter desuden en tak til de to reviewere, som har bidraget med gode kommentarer til et tidligere udkast af rapporten.

Forfatterne
Juni 2017

Indhold

Resumé	5
1 Indledning	8
1.1 Formål.....	8
1.2 Læsevejledning.....	9
2 Udviklingshospital Bornholm	10
2.1 Indhold og organisering af Udviklingshospital Bornholm.....	10
2.2 Værdibaseret styring	14
3 Undersøgelsens design og metode	17
3.1 Registerbaseret analyse af aktivitet	17
3.2 Interview med hospitalsledelse, afdelingsledelse og administration.....	21
4 Udviklingen i aktivitets- og kvalitetsdata	25
4.1 Hospitalsaktivitet	25
4.2 Aktivitet i almen praksis.....	47
4.3 Mål for kvalitet	49
4.4 Delkonklusion	51
5 Betydningen af en ny økonomisk styringsmodel.....	52
5.1 En ramme for nytænkning	52
5.2 Aktivitetsafregning som en fortsat skygge	57
5.3 Organiseringen af Udviklingshospital Bornholm.....	59
5.4 Andre samtidige udviklingsprocesser.....	62
5.5 Delkonklusion	63
6 Diskussion og konklusion	65
6.1 Diskussion	65
6.2 Konklusion	68
Litteratur	70
Bilag 1 KORAs sparring på delprojekter.....	73
Bilag 2 Otte delprojekter.....	74
Bilag 3 Oversigt over LUP-spørgsmål	81
Bilag 4 Supplerende figurer og tabeller, kvantitativ analyse.....	82

Resumé

Værdibaseret styring bliver i disse år afprøvet på hospitaler rundt i landet med henblik på at udvikle nye styreformers, der skaber større værdi for patienterne med mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Udviklingshospital Bornholm udgør et af disse forsøg i Region Hovedstaden og udmærker sig ved, at Bornholms Hospital er fritaget fra takststyring i perioden 2016-2018. Samtidig er der defineret otte delprojekter, hvor hospitalets ledelse og medarbejdere skal afprøve og udvikle nye måder at arbejde med fx akutte patientforløb, forløb for kronikere med flere samtidige sygdomme, visitation og udskrivning. Herved er det ønsket at forbedre patientens forløb og til gengæld fjerne uhensigtsmæssige ydelser, som ikke er af værdi for patienterne. Hypotesen er blandt andet, at fritagelsen fra aktivitetsafregning vil reducere den opmærksomhed, der er på aktivitet som styringsmål, og til gengæld skabe en mulighed for at fokusere på, hvilke ydelser der er af værdi for patienterne.

Evalueringens formål

Denne rapport præsenterer resultaterne fra første devaluering af Udviklingshospital Bornholm. Denne devaluering undersøger specifikt, om og hvordan den ændrede økonomiske styringsmodel (fra takststyring til rammestyring) har påvirket styring og ledelse på hospitalet, og om det er muligt at spore en ændring i aktiviteten. Formålet med devalueringen er at undersøge:

- Hvordan og hvorvidt de ændrede økonomiske rammevilkår bidrager til ændret aktivitet på Bornholms Hospital?
- Hvordan og hvorvidt den ændrede økonomiske styringsmodel bidrager til ændrede betingelser for styring og ledelse på hospitalet?
- Hvilke forhold henholdsvis bidrager til og udfordrer disse forandringer?

Evalueringens metode og materiale

Evalueringen er tilrettelagt som en komparativ undersøgelse, hvor udviklingen på Bornholms Hospital sammenlignes med Nordsjællands Hospital, Hillerød (herefter Hillerød Hospital). Empirisk tages der udgangspunkt i en kvantitativ og kvalitativ analyse. Den kvantitative analyse er baseret på en registeranalyse af udviklingen i hospitalernes aktivitet i perioden 2013-2016, aktivitetsdata fra almen praksis på Bornholm samt udvalgte kvalitetsmål (Nationale mål for kvalitet og Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser). Den kvalitative analyse af betydningen af en ændret økonomisk styringsmodel for styring og ledelse er baseret på i alt 15 interview med hospitals- og afdelingsledere fra de to hospitaler.

Opbremsnings i aktivitetsudviklingen på Bornholms Hospital

Analysen af aktivitetsdata viser, at der sker en opbremsning i aktiviteten på Bornholms Hospital fra 2015 til 2016. Dette kan forklares med, at der er sket en reduktion i produktionsværdien for akutte stationære behandlinger. Der ses således et fald i antallet af unikke cpr-numre inden for stationære behandlinger, mens antallet af unikke cpr-numre er steget inden for ambulante behandlinger. Den observerede opbremsning i aktiviteten bekræfter umiddelbart hypotesen om, at aktivitetsafregning skaber incitament til at øge aktiviteten, hvorimod rammestyring vil have den modsatte effekt. Fundet kan være en indikation af, at de ændrede økonomiske rammevilkår har haft en betydning.

Ifølge interviewene med afdelingslederne på Bornholms Hospital er der ikke iværksat konkrete tiltag som følge af fritagelsen fra aktivitetsafregning eller de otte delprojekter, som kan understøtte sammenhængen mellem den økonomiske styringsmodel og udviklingen i aktivitetsdata. Heraf fremgår det til gengæld, at en forklaring på den observerede stagnation i produktionen på Bornholms Hospital kan være, at der er sket ændringer i registreringspraksis. Denne forklaringsmodel passer imidlertid ikke med observationen af, at produktiviteten er stagneret for den ambulante kontakt og ikke for de stationære behandlinger, samt at faldet i antallet af unikke stationære patienter primært synes at drive produktionsfaldet.

En anden forklaring på udviklingen i aktivitetsdata på Bornholms Hospital kan være, at hospitalet samtidig med Udviklingshospital Bornholm har forberedt og gennemført implementering af Sundhedsplatform og interne organisationsforandringer, herunder etablering af ny akutmodtagelse. Det er muligt, at disse samtidige udviklingsprocesser har bidraget til det fald i aktivitet, som observeres i denne undersøgelse.

Der ses ingen tegn på ændring i udviklingen af patientoplevelse, nationale mål eller aktiviteten i almen praksis i 2016.

En ny ramme for styring og ledelse på hospitalet

Interviewene viser, at fritagelsen af hospitalet fra aktivitetsafregning giver anledning til at overveje, hvilke mål for hospitalets ydelser der er meningsfulde og mulige at efterstræbe. Der er således initieret en dialog om, hvad der udgør en værdi for patienterne. Forskellige alternativer til aktivitet som primært styringsmål diskuteres på Udviklingshospital Bornholm, men i projektet konfronteres man også med spørgsmålet om, hvorvidt disse mål er mulige at måle på og gøre brugbare og meningsfulde for de kliniske medarbejdere.

Samtidig viser interviewene, at viljen til at diskutere patientforløb og arbejdsdeling på tværs af sektorer – og i nogle tilfælde også på tværs af hospitalets interne organisatoriske skel – er til stede og understøttes af den ændrede økonomiske styringsmodel. Vurderingen er, at aktivitetsafregning har udgjort en barriere for det tværgående samarbejde, og den midlertidige rammestyring har medvirket til en større åbenhed blandt afdelingslederne i forbindelse med drøftelserne af mulige løsninger vedrørende sektorovergange.

Svært at omsætte frihed til forandring

Interviewanalysen peger samtidig på, at det er vanskeligt at omsætte den frihed, som fritagelsen fra aktivitetsafregning giver, til forandring. Afdelingslederne på Bornholms Hospital gav udtryk for, at de ikke havde en oplevelse af, at Udviklingshospital Bornholm havde medvirket til egentlige forandringer på hospitalet. Interviewene peger på flere årsager hertil, herunder:

- At værdibaseret styring er uklart defineret og fortsat kræver oversættelse og konkretisering, hvis den skal omsættes til handling.
- At alle, der ikke er direkte tilknyttet et delprojekt i Udviklingshospital Bornholm – inklusive afdelingsledelserne – afventede en tydeligere ledetråd for, hvad der præcis forventes af dem. Der var en afventende stemning og en forventning om, at delprojekterne bidrager med en retning og sikrer fremdriften i udviklingshospitalet.
- At afdelingslederne fortsat er præget af aktivitetsafregning i deres måde at tænke styring og ledelse på, og at de fortsat blev konfronteret med aktivitetsopgørelser i udviklingshospitalets første år. Desuden fremstår aktivitet som en enkel og tilgængelig måde at opgøre afdelingernes præstation på, hvorimod afdelingsledernes viden og erfaring med andre mulige styringsmål er begrænset.
- At der er en bekymring for sanktioner i tilfælde af aktivitetsnedgang, når Udviklingshospital Bornholm slutter, og hospitalet vender tilbage til aktivitetsafregning. Der er derfor et ønske

om at kunne vise fremgang med hensyn til andre styringsmål, før man laver markante ændringer i aktiviteten.

- At Bornholms Hospital forberedte implementering af Sundhedsplatformen samt gennemførte en organisationsændring i Udviklingshospital Bornholms første år. Denne timing har haft betydning for, hvor mange ressourcer der har kunnet dedikeres til Udviklingshospital Bornholm. Desuden er det første år primært gået med at udvikle og konkretisere de otte delprojekter.

Undersøgelsen viser en stagnation i aktiviteten på Bornholms Hospital, og at den ændrede økonomiske ramme har skabt rammerne for en dialog om målet for hospitalets ydelser alene og i samarbejde med andre aktører på sundhedsområdet. Der ses samtidig en fortsat prægning af aktivitetsbaserede måder at tænke på, hvad angår økonomi og styring af hospitalerne, og aktuelle opgaver (fx implementering af Sundhedsplatformen og ny organisationsstruktur), en bekymring for, om aktivitetsnedgang senere bliver straffet, samt en manglende afklaring på, hvilke mål der skal styres efter i fremtiden som alternativ til aktivitet er barrierer for forandring.

Der er således ikke fuldstændig overensstemmelse mellem fundene fra analysen af aktivitetsdata og afdelingsledernes vurdering af den begrænsede betydning af Udviklingshospital Bornholm og fritagelsen fra aktivitetsafregning. Årsagen til denne diskrepans og dermed også muligheden for at drage faste konklusioner om, hvorvidt det er den ændrede økonomiske styringsramme, som har medvirket til opbremsningen i aktivitetsudviklingen, er ikke mulig at afdække i denne devaluering. Dette spørgsmål samt den videre proces med at udvikle og implementere tiltag inden for rammerne af Udviklingshospital Bornholm vil blive fulgt og evalueret i de kommende år.

1 Indledning

Regionsrådet i Region Hovedstaden har i 2016 igangsat projektet Udviklingshospital Bornholm. Udviklingshospital Bornholm, der gennemføres i 2016-2018, er tilrettelagt med en fritagelse af Bornholms Hospital fra aktivitetsafregning og otte udviklingsprojekter, som skal afsøge mulighederne for at styrke de ydelser, som forbedrer patienters forløb, og nedbringe eventuelle u hensigtsmæssige forløb. Udviklingshospital Bornholm er et blandt flere forsøg med værdibaseret styring i Region Hovedstaden¹ og er et eksempel på, hvordan danske hospitaler i hele landet eksperimenterer med nye styreformere i et forsøg på at opnå større værdi for patienterne og mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse (Højgaard, Wolf & Bech 2016). En væsentlig inspirationskilde til disse forsøg er konceptet "Value Based Health Care" (VBHC) udviklet af den amerikanske professor Michael E. Porter. Det er centralt for Porter, at sundhedsvæsenets primære mål er at levere behandling med værdi for patienterne (Porter, Lee 2013). Værdi defineres, ifølge Porter, som opnåede sundhedsrelaterede effekter af behandling divideret med omkostningerne til at opnå disse effekter, og VBHC kræver således ikke bare en stillingtagen til, hvilke indsatser der giver den største effekt, men også en stillingtagen til det ressourceforbrug, som kræves².

I Danmark har VBHC bl.a. givet anledning til en debat om, hvorvidt den nuværende økonomiske styringsmodel har medvirket til et for stort fokus på produktivitet og for lidt fokus på kvalitet, og hvorvidt det er de rigtige aktiviteter og aktivitetsniveauer, som tilbydes patienter i det danske hospitalsvæsen (Kjellberg, Bech 29. marts 2017, Bech, Kjellberg 8. februar 2017). Der er dog ikke enighed om, hvorvidt og hvordan den nuværende DRG-afregning påvirker aktivitet og kvalitet (Møller Pedersen 2017), og eftersom økonomiske incitamenter blot er et ud af flere styringstiltag på hospitalerne, er det heller ikke helt let at afgøre, hvordan de anvendte styringstiltag påvirker aktivitetsniveauet enkeltvist. Eksempelvis må behandlings- og udredningsgarantier, kliniske retningslinjer, driftsmål m.m. også formodes at bidrage til det aktuelle aktivitetsniveau. Det må desuden konstateres, at selvom VBHC har fyldt meget både nationalt og internationalt i debatten om, hvordan sundhedsvæsenet kan og skal styres, så findes der relativt lidt empirisk viden om effekten af værdibaseret styring og få erfaringer med, hvordan værdibaseret styring udvikles og implementeres, samt hvilke udfordringer der opstår i dette arbejde (Rud Pedersen, KORA 2015, Højgaard, Wolf & Bech 2016, Møller Pedersen 2017).

1.1 Formål

Denne rapport præsenterer resultaterne fra de første delanalyser i en større evaluering af Udviklingshospital Bornholm. Evalueringen forløber over tre år og skal 1) belyse samspillet mellem de enkelte delprojekter i Udviklingshospital Bornholm og udviklingsprojektets overordnede målsætninger, 2) bidrage til en erfaringsopsamling internt på Bornholms Hospital og 3) danne grundlag for beslutninger om eventuel udbredelse af tiltag til andre hospitaler i regionen. Evalueringen gennemføres i fire faser, hvoraf første fase og dermed denne rapport vedrører det første år af Udviklingshospital Bornholm.

Projektgrundlaget for Udviklingshospital Bornholm blev først godkendt i efteråret 2016, hvorimod Bornholms Hospital har været fritaget fra regionens takststyringsmodel siden februar

¹ Der gennemføres også forsøg på Rigshospitalets Hjertecenter samt tværregionale forsøg i regi af Danske Regioner, herunder i Region Hovedstadens Psykiatri.

² Se afsnit 2.1 for en mere udførlig introduktion til VBHC og (Rud Pedersen, KORA 2015, Højgaard, Wolf & Bech 2016) for øvrige danske introduktioner til konceptet.

2016. Dette første år udmærker sig således ved, at hospitalet var underlagt ændrede økonomiske rammevilkår, men at de øvrige delaktiviteter i udviklingsprojektet endnu ikke var igangsat. Derfor har denne første delrapport fokus på, om og hvordan styring og ledelse på hospitalet påvirkes af de ændrede økonomiske rammevilkår, og om det er muligt at spore en ændring i aktiviteten alene på baggrund af dette delement. De øvrige faser vil fokusere på udvikling og implementering af de otte delprojekter.

Formålet med devalueringen er at undersøge:

- Hvordan og hvorvidt de ændrede økonomiske rammevilkår bidrager til ændret aktivitet på Bornholms Hospital?
- Hvordan og hvorvidt den ændrede økonomiske styringsmodel bidrager til ændrede betingelser for styring og ledelse på hospitalet?
- Hvilke forhold henholdsvis bidrager til og udfordrer disse forandringer?

Evalueringen er tilrettelagt som en komparativ undersøgelse, hvor udviklingen på Bornholms Hospital sammenlignes med udviklingen på Nordsjællands Hospital, Hillerød (herefter Hillerød Hospital). Empirisk tages der udgangspunkt i en registeranalyse af udviklingen i hospitalernes aktivitet og en kvalitativ analyse baseret på interview med hospitals- og afdelingsledere fra de to hospitaler om, hvilken betydning de økonomiske styringsmodeller har for styring af aktivitet og kvalitet.

1.2 Læsevejledning

Denne delrapport indledes med en introduktion til Udviklingshospital Bornholm inklusive en kort introduktion til værdibaseret styring med udgangspunkt i Michael E. Porters koncept Value Based Health Care (VBHC), de otte delprojekter og forløbet frem til årsskiftet 2016/17 (kapitel 2). I kapitel 3 gennemgås undersøgelsens design, metode og empiriske materiale. Herefter følger en gennemgang af de to delanalyseres resultater. I kapitel 4 gennemgås resultaterne fra den registerbaserede kvantitative analyse af betydningen af Udviklingshospital Bornholm for hospitalets aktivitet, aktiviteten i almen praksis og udvalgte kvalitetsmål. Herefter følger den kvalitative analyse af, hvordan Udviklingshospital Bornholm og specifikt fritagelsen fra aktivitetsafregning potentielt udgør en ny ramme for styring og ledelse på hospitalet, samt de udfordringer og barrierer, der også har præget det første år som udviklingshospital (kapitel 5). Rapporten afsluttes med en samlet diskussion og konklusion i kapitel 6.

2 Udviklingshospital Bornholm

I dette kapitel introduceres Udviklingshospital Bornholm. Her beskrives de otte delprojekter, projektorganisering samt forløb og status efter det første år. I dette kapitel fremgår desuden en introduktion til værdibaseret styring med afsæt i Michael E. Porters definition af begrebet. Porter har været en væsentlig inspirationskilde og afsæt for ønsket om at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller i Danmark og dermed også et afsæt for at igangsætte Udviklingshospital Bornholm. Porters definition efterlader dog et fortsat behov for konkretisering, samtidig med at Udviklingshospital Bornholm er formet af andre inspirationskilder og mere konkrete værktøjer til brug for udvikling og fremdrift af de forandringer, som er defineret i de otte delprojekter.

2.1 Indhold og organisering af Udviklingshospital Bornholm

Med økonomiaftalen for 2016 blev det besluttet, at de enkelte regioner skal initiere forsøg med henblik på at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller. Disse forsøg skal, som formuleret i økonomiaftalen, tage afsæt i værdibaseret styring:

Det hidtidige fokus på aktivitet har medvirket til at øge produktiviteten i sygehusvæsnet. Fremadrettet tænkes dette sammen med udvikling af styring og incitamenter, der ligeledes sætter fokus på kvalitet og resultater. Konkret igangsættes regionale forsøg på udvalgte områder med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring. (Finansministeriet 2015)

Regionsrådet i Region Hovedstaden besluttede med udgangspunkt heri at igangsætte projektet Udviklingshospital Bornholm.

Af projektbeskrivelsen til Udviklingshospital Bornholm fremgår det, at man ønsker "at identificere og styrke de ydelser på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer, der forbedrer patientens forløb", og "nedjustere eller fjerne de uhensigtsmæssige ydelser, der i højere grad belaster end gavner patienterne" (Region Hovedstaden 2016b). Målet er at opnå:

1. Bedre patientoplevelse kvalitet af behandling og øget tilfredshed med kontakten til hospitalet
2. Højere faglig kvalitet af pleje og behandling
3. Bedre økonomisk effekt, herunder at opnå og udbrede erfaring med de aftalte værdimål og afprøve økonomiske styringsformer koblet til værdimålene.

Udviklingshospital Bornholm udmærker sig ved, at hele hospitalet med virkning fra 1. februar 2016 og til og med 2018 er fritaget fra regionens takststyringsmodel. Ud over skiftet fra takststyring til rammestyring er der ikke i udgangspunktet knyttet alternative økonomiske styringsformer til projektet, da projektet er tilrettelagt sådan, at medarbejdere, patienter og pårørende først definerer, hvad der udgør værdifulde patientrelationer. Dernæst skal det undersøges, hvordan økonomiske incitamentsstrukturer kan understøtte de effekter, der opnås.

Ud over fritagelse fra regionens takststyringsmodel består Udviklingshospital Bornholm også af otte delprojekter, hvor konkrete indsatser skal afprøves i projektperioden og bidrage til konkrete effekter udvalgt inden for de enkelte delprojekter (se Bilag 1). Udviklingshospital Bornholm tager udgangspunkt i *Forbedringsmodellen* (Bartels et al. 2016, kap. 4, Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2013) som en metode til at afprøve og implementere forandringer.

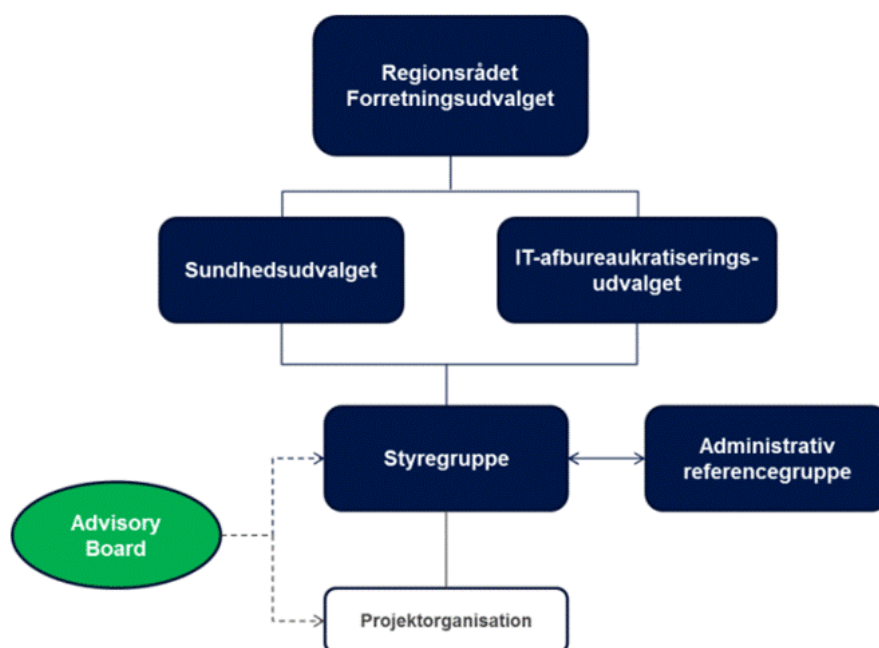
Forbedringsmodellen indebærer, at forandringer først afprøves i lille skala, hvor der foretages løbende justeringer, indtil den ønskede forandring er opnået, og på en måde, som virker i den pågældende setting. Herefter kan forandringen afprøves i større skala (ibid.). Der er således tale om en inkrementel strategi for afprøvning og udvikling, hvor der først sent tages endelig stilling til, hvilke forandringer der skal implementeres permanent. Derudover er der i projektbeskrivelsen åbnet op for, at andre indsatser kan inddrages og afprøves undervejs, i takt med at gode ideer opstår.

2.1.1 Projektorganisering

Som det fremgår af beskrivelserne ovenfor, ledes de enkelte delprojekter af en projektleder og er organiseret omkring en projektgruppe og en styregruppe. Projektlederne er i nogle af delprojekterne en af hospitalernes egne ledelseskonsulenter, og i andre delprojekter er det eksterne konsulenter fra henholdsvis Region Hovedstaden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Projektgrupperne er sammensat af repræsentanter for fx ledelse og medarbejdere på hospitalet, repræsentanter for kommune og almen praksis og patientrepræsentanter. Styregrupperne i delprojekterne består af hospitalets afdelingsledere og i nogle tilfælde repræsentanter for kommune og almen praksis. Der er desuden ansat en programleder for Udviklingshospital Bornholm, som har det overordnede ansvar for projektets fremdrift og koordineringen mellem delprojekterne. Den nuværende programleder blev ansat i oktober 2016.

I forbindelse med Udviklingshospital Bornholm er der desuden etableret en styregruppe, en administrativ referencegruppe og et advisory board (se Figur 2.1). Styregruppen består af hospitalsdirektøren samt repræsentanter for hospitalets ledere og medarbejdere, for almen praksis på Bornholm, for Bornholms Regionskommune, for hospitalets brugerråd, for regionens koncernledelse og for det Regionale Forum for Kvalitet. Udviklingshospital Bornholm følges desuden af en referencegruppe med koncerndirektør Jens Gordon Klausen som formand. Endelig er der nedsat et advisory board, som har til hensigt at bibringe udviklingshospitalet faglig sparring, input og kvalificering. Dette advisory board består af faglige eksperter samt repræsentanter for faglige organisationer og interesseorganisationer.

Figur 2.1 Projektorganisering, Udviklingshospital Bornholm



Kilde: Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm (Region Hovedstaden 2016b).

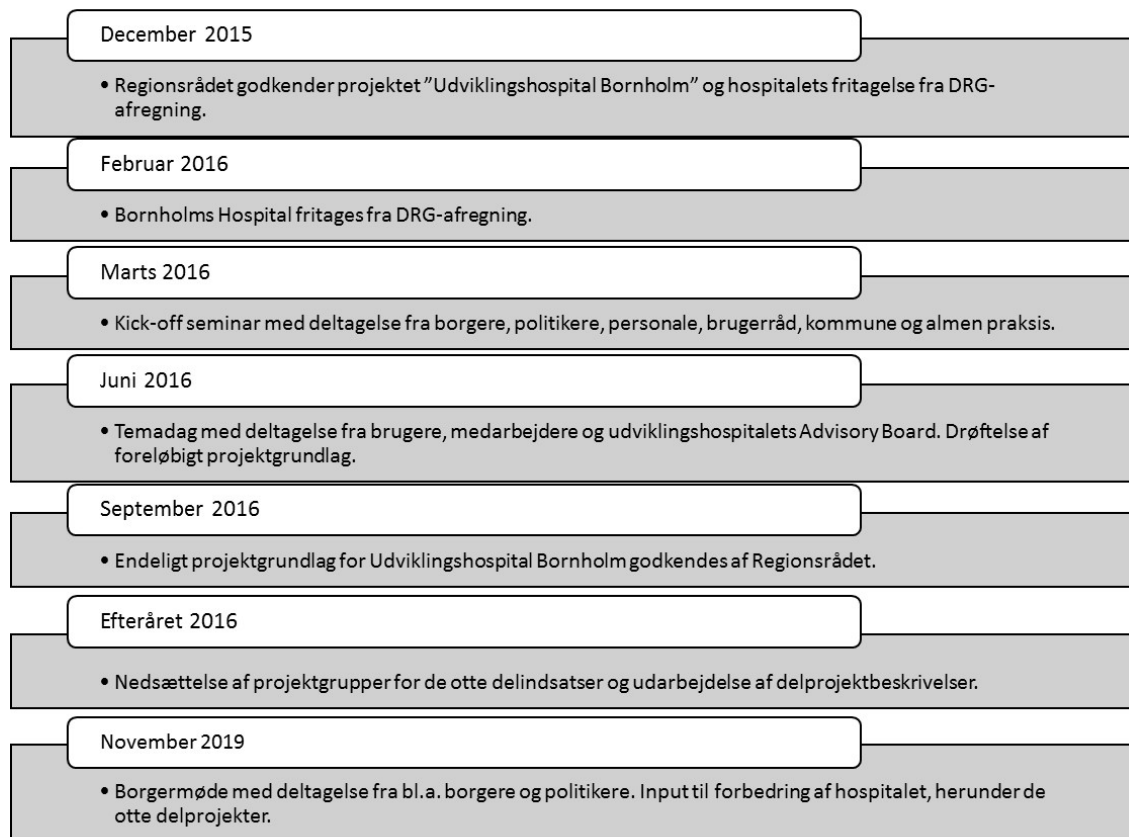
Fra politisk hold følges Udviklingshospital Bornholm af Region Hovedstadens Regionsråd, Forretningsudvalg, Sundhedsudvalg og IT- og afbureaukratiseringsudvalg.

2.1.2 Forløb og status

Forløbet med udviklingen af Udviklingshospital Bornholm kan groft set inddeles i to spor. Det første spor er fritagelsen fra takststyring, som har været gældende fra 1. februar 2016 og blev besluttet af regionsrådet i Region Hovedstaden i december 2015. Det andet spor er definition og udvikling af de otte delprojekter, som er beskrevet ovenfor, og som i højere grad har været drevet internt af Bornholms Hospital og med inddragelse af bl.a. medarbejdere på hospitalet og borgere på Bornholm.

Det er en grundlæggende strategi i Udviklingshospital Bornholm, at brugerne (patienter og pårørende, medarbejdere og andre interessenter, fx kommune og almen praksis) skal inddrages i udviklingen og kvalificeringen af indsatsområderne. Her skelnes der mellem indledende og løbende brugerinddragelser. Konkretiseringen af Udviklingshospital Bornholm blev indledt med et kick-off seminar i marts 2016, hvor en række oplægsholdere gav deres input til arbejdet med værdibaseret styring, og hvor borgere, politikere, medarbejdere, hospitalets brugerråd og repræsentanter fra kommune og almen praksis deltog i workshops, hvor deltagerne kunne bidrage med ideer og konkrete forslag til projektgrundlaget for udviklingshospitalet. Et foreløbigt udkast til dette projektgrundlag er siden blevet fremlagt i forbindelse med en temadag i starten af juni 2016, hvor brugere, medarbejdere og udviklingshospitalets advisory board diskuterede oplægget og bidrog med ideer til den videre udvikling. I september 2016 blev et endeligt projektgrundlag godkendt af regionsrådet (Region Hovedstaden 2016b). Se Figur 2.2 for en oversigt over milepæle for udviklingshospitalet i 2016.

Figur 2.2 Tidslinje – Udviklingshospital Bornholm, 2016



Kilde: Evaluering af Udviklingshospital Bornholm, første delrapport.

Siden godkendelse af det endelige projektgrundlag har hospitalet etableret projektgrupper og lokale styregrupper i forbindelse med de otte delindsatser og arbejdet med at konkretisere delprojekterne i form af specifikke delprojektbeskrivelser³. I de første delprojekter er man ved at afprøve konkrete tiltag, og forventningen er, at der vil blive sat flere konkrete aktiviteter i gang i løbet af 2017. Samtidig beskrives det i flere af delprojekterne, hvordan relevante brugere skal inddrages løbende i fx workshops og fokusgruppeinterview med henblik på at justere og videreudvikle de enkelte indsatser. Status ved årsskiftet 2016/17 var således, at Udviklingshospital Bornholm fortsat var i en definerende fase, og forventningen fra hospitalet ledelse forud for denne devaluering var derfor, at det ikke ville være muligt at spore markante ændringer i hospitalets aktivitet efter det første år. Dette skal også ses i sammenhæng med, at Bornholms Hospital i samme periode gennemførte en organisationsforandring og forberedte implementeringen af Sundhedsplatformen. I den samme periode som den periode, hvor Udviklingshospital Bornholm er blevet vedtaget og konkretiseret, har Bornholms Hospital arbejdet sideløbende med en organisationsforandring, Nyt Boh. Denne organisationsforandring betød, at der blev etableret et antal observationssenge, som skal deles mellem hospitalets kirurgiske og medicinske afdelinger, og hvor patienter, som kræver yderligere udredning, kan ligge, indtil der kan træffes beslutning om deres videre forløb. Derudover har hospitalet forberedt indflytning i den nybyggede akutmodtagelse.

³ KORA har givet sparring på udvikling af delprojekternes delmål. Se Bilag 1Bilag 1.

Den nye akutmodtagelse og organisationsændringen er i udgangspunktet uafhængige af det udviklingsarbejde, som foregår i forbindelse med Udviklingshospital Bornholm. Der er dog adskillige overlap, men afdelingsledelserne, som blev interviewet til denne delanalyse, påpeger, at organisationsændringerne har krævet mange ressourcer og taget meget opmærksomhed og derved udgjort en konkurrent til Udviklingshospital Bornholm (se afsnit 5.3). Det samme gør sig gældende for hospitalets arbejde med at forberede og implementere Sundhedsplatformen. Sundhedsplatformen blev implementeret på Bornholms Hospital i marts 2017, og forberedelsen heraf har trukket på mange ressourcer i de sidste måneder af 2016.

2.2 Værdibaseret styring

Værdibaseret styring – på engelsk betegnet *value based health care* – er en overordnet strategi for organiseringen af sundhedsvæsenet, som sigter mod at opnå de bedst mulige resultater og en effektiv ressourceanvendelse. Konceptet værdibaseret styring blev introduceret af Porter i 2006 (Porter, Teisberg 2006), mens det for alvor blev introduceret og kom på dagsordenen i det danske sundhedsvæsen i 2015-2016. I økonomiaftalen for 2016 blev der således afsat udviklingsmidler til forsøg med værdibaseret styring i regionerne (Regeringen, Danske Regioner 2015).

Kernen i værdibaseret styring er, at sundhedsvæsenet skal fokusere på at levere behandling med værdi for patienterne, hvor værdi er defineret som (Porter 2010):

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

Værdi opgøres som forholdet mellem den samlede opnåede sundhedsrelaterede effekt af betydning for patienten og de totale omkostninger ved det samlede behandlingsforløb. Opnåelse af større værdi af behandlingen kan opnås enten ved at reducere ressourceforbruget og opretholde effekten eller ved at forbedre effekten, uden at ressourceforbruget stiger. Et centralt element i værdibrøken er, at den sundhedsrelaterede effekt opgøres ud fra patienternes perspektiv og dermed de sundhedsrelaterede effekter, der har betydning for patienterne (det patientnære outcome). Endvidere er det et centralt element, at både den sundhedsrelaterede effekt og omkostningerne opgøres for det samlede behandlingsforløb og ikke i forhold til enkeltelementer i behandlingsforløbet. Fokus er på det samlede behandlingsforløb, og hvilke aktiviteter heri der giver værdi.

Værdibaseret styring adskiller sig fra den nuværende aktivitetsfokuserede styring af hospitalerne i Danmark ved at have fokus på outcome frem for aktivitet og på, at der som følge heraf foretages værdibaseret afregning. Dette forudsætter blandt andet, at der foretages en løbende måling og opfølgning på outcome og omkostninger. Endvidere er der et stærkt fokus på, at organiseringen og struktureringen af sundhedsydelser sker i forhold til patienten/patientgruppens behov frem for med udgangspunkt i medicinske specialer, sektorer og organisatoriske enheder. Der er således et stærkt fokus på forløbsorganisering. Porter har samlet sin strategi for værdibaseret styring i seks komponenter, der er skitseret i boksen nedenfor.

De seks komponenter i Michael E. Porters værdibaserede strategi

1. **Behandlingen skal organiseres i integrerede enheder.** 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 repræsenteret. De integrerede enheder står i modsætning til den i dag fremherskende organisering af sundhedsvæsenet i lægefaglige specialer.
2. **Resultat (outcome) og omkostninger skal opgøres for hver enkelt patient.** For hver patient opstilles de ønskede resultater (outcome), som dækker effekten på kort og på lang sigt.
3. **Samlet betaling for hele patientforløb (også kaldet bundled payments).** I stedet for betaling for enkeltydelser indføres samlet honorering for hele patientforløb. Hensigten med dette er at fremme samarbejde og ressourceudnyttelsen på tværs af de udbydere, der indgår i behandlingsforløbet.
4. **Integreret sundhedsvæsen, hvor aktiviteterne for en patientgruppe samles og koordineres.** Det vil sige, at ydelsestilbuddene samles på få udbydere, og at de ydelser, der skal leveres, placeres det mest hensigtsmæssige sted. Endvidere skal behandling, der varetages på forskellige lokaliteter eller tværsektorielt, integreres.
5. **Udvidelse af geografisk optageområde.** Der skal sikres et tilstrækkeligt patientgrundlag til at opretholde kvaliteten af den leverede behandling og dermed en mere omkostningseffektiv anvendelse af ressourcerne.
6. **Opbygning af relevant it-plattform.** Det skal gøres let for behandleren at udtrække resultater fra det enkelte patientforløb og udveksle relevante data og dermed være med til at understøtte det kliniske arbejde og dermed sikre omkostningseffektiv behandling.

Kilde: (Højgaard, Wolf & Bech 2016, s. 27-28), som har udarbejdet listen på baggrund af (Porter, Teisberg 2006).

2.2.1 Nuværende erfaringer med værdibaseret styring

Porter har hermed opstillet en organisatorisk rammesætning for værdibaseret styring, der beskriver, hvilke centrale komponenter der indgår i værdibaseret styring. Der er imidlertid ikke tale om et færdigt koncept, der er afprøvet og dokumenteret. De største erfaringer med værdibaseret styring – som dog er sparsomme – er fra USA og Sverige (Møller Pedersen 2017).

I USA er der primært gjort forsøg med den del af værdibaseret styring, der omhandler afregning i form af afprøvning af forskellige ordninger, der afregner med hensyn til kvalitet – også kaldet *pay for performance*- og *non-pay for non-performance*-ordninger. Generelt udgør beløbet, der er gjort kvalitetsafhængigt, dog en meget beskedent andel af den samlede afregning, fx 2-3 % (ibid.).

I Sverige er der arbejdet med værdibaseret styring i form af eksempelvis forsøg med måling af værdi samt omorganisering af sygehusstrukturen på Karolinska Universitetssjukhuset. Det

svenske sundhedsministerium og syv län (regioner) har desuden i samarbejde med konsulentfirmaet Ivbar gennemført 12 diagnosespecifikke delprojekter omhandlende udarbejdelse af et præstationsovervågningssystem, der muliggør overvågning af sundhedsresultater og omkostninger (værdi) i det svenske sundhedsvæsen (Ivbar Institute 2017). Planen er, at én region i løbet af 2017 vil implementere værdibaserede betalingsmodeller (ibid.). Endvidere har man på Karolinska Universitetssjukhuset med afsæt i værdibaseret styring foretaget en total reorganisering af hospitalet, således at hospitalet i stedet for at være opdelt i medicinske specialer er organiseret i temaer, som er dannet med afsæt i patienternes forløb. Målet er således at skabe en organisation, der er baseret på patienternes forløb (Karolinska University Hospital 2017). De svenske forsøg er endnu ikke understøttet af videnskabelige undersøgelser af effekten af disse ændringer. Der er dog publiceret artikler, som vedrører processen med at implementere værdibaseret styring (Nilsson et al. 2017), udviklingen og forståelsen af værdibaseret styring (Andersson et al. 2015) og udfordringerne ved at lede implementeringen af værdibaseret styring (Nilsson, Sandoff 2016).

I Danmark er der kun foretaget sporadiske forsøg med værdibaseret styring. En kortlægning fra KORA fra 2016 (Højgaard, Wolf & Bech 2016) viser, at de seks projekter, som regionerne havde igangsat på daværende tidspunkt, kun i beskedent omfang tog afsæt i teorien om værdibaseret styring, og at de kun i mindre grad indeholdt elementer af Porters seks komponenter. Samtidig er der som nævnt i indledningen til denne rapport ikke fuldstændig enighed om, hvorvidt den nuværende afregningsmodel skaber de påståede problemer, og om værdibaseret styring er det rette middel til at løse dem. Når man taler om værdibaseret styring, er der altså tale om en relativt åben fortolkningsramme, som kombineret med manglende dokumentation og implementering betyder, at der er behov for en operationalisering af begrebet. Udviklingshospital Bornholm kan derfor ikke studeres som et implementeringsprojekt, men som et projekt, hvor der er et stort behov for at udvikle definitioner af, hvad værdibaseret styring indebærer på Bornholms Hospital, og for at konkretisere specifikke indsatsområder og aktiviteter. Fritagelsen af Bornholms Hospital fra aktivitetsafregning vedrører desuden primært den del af Porters model, hvor der efterspørges afregningsmodeller med mindre fokus på aktivitet. Udviklingshospital Bornholm er således ikke lig med VBHC, og spørgsmålet er, om det overhovedet er muligt at implementere VBHC i en dansk kontekst (Møller Pedersen 2017). Ikke desto mindre har VBHC været en vigtig inspirationskilde for de nuværende danske forsøg med alternative styrings- og afregningsmodeller og udgør således en del af baggrunden for Udviklingshospital Bornholm.

3 Undersøgelsens design og metode

Evalueringen af Udviklingshospital Bornholm er tilrettelagt som en komparativ analyse, hvor Bornholms Hospital sammenlignes med Hillerød Hospital. Denne sammenligning vedrører specifikt opgørelsen over aktivitetsdata og den ledelsesmæssige vurdering af, hvad gældende økonomiske styringsmodeller betyder for styring af kvalitet og aktivitet. Der er åbenlyst store forskelle mellem Hillerød Hospital og Bornholms Hospital. Alene de to hospitalers størrelse samt patientgrundlaget er meget forskelligt. Hillerød Hospital er dog alligevel udvalgt som kontrolhospital, da det vurderes at være det hospital i Region Hovedstaden, der er bedst sammenligneligt med Bornholms Hospital. Hillerød Hospital har ikke undergået større organisatoriske forandringer i den undersøgte periode, og i lighed med Bornholms Hospital er implementeringen af Sundhedsplatformen først påbegyndt i marts 2017.

3.1 Registerbaseret analyse af aktivitet

En ofte rejst kritik af aktivitetsbaseret finansiering er, at der skabes et ensidigt fokus hos hospitalerne på at være aktivitetsgenererende, og at der ikke skeles til, hvilken værdiskabende sundhedseffekt der opnås ved den givne aktivitet. Dette skaber risiko for, at noget af den aktivitet, der foretages på hospitalerne, ikke har en værdiskabende sundhedseffekt, men i stedet er motiveret af det anvendte afregningssystem. De ændrede økonomiske rammevilkår i 2016 på Bornholms Hospital kan netop benyttes til at indikere, om det hidtidige aktivitetsfokus har bevirket generering af unødvendig aktivitet. Hvis sidstnævnte er tilfældet, vil det forventes, at de ændrede økonomiske rammevilkår på Bornholms Hospital vil medføre ændringer i aktivitetsmønstret, dels i forhold til væksten i produktivitet, dels i forhold til ambulante og stationære aktiviteter.

Den kvantitative analyse undersøger ved brug af tidstrendanalyser, om de ændrede økonomiske rammevilkår har påvirket aktiviteten på Bornholms Hospital. Analysen er opbygget som et komparativt registerstudie, hvor udviklingen i centrale aktivitets- og kvalitetsmål for Bornholms Hospital sammenholdes med udviklingen på Hillerød Hospital. Så vidt muligt følges begge hospitaler i en firårig periode, 2013-2016, dvs. en treårig periode inden ændringen i den økonomiske styringsmodel for Bornholms Hospital og et enkelt år med den nye styringsmodel. Dermed er det muligt at undersøge, om der kan spores et "knæk" på udviklingskurven fra 2015 til 2016, eller om udviklingen blot følger tidligere års udvikling.

3.1.1 Data

Til det registerbaserede komparative studie benyttes dels data om hospitalernes aktivitetsniveau og produktionsværdi fra Landspatientregisteret, dels data om aktivitets- og produktionsværdi i almen praksis fra Sygesikringsregisteret samt patienttilfredshedsdata fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Fra Landspatientregisteret fås endvidere tal for de beregnede nationale mål. Alle data er leveret af Region Hovedstaden.

Produktionsværdi

Produktionsværdien af hospitalernes aktivitet er for stationær (indlagt) behandling opgjort i form af DRG*-produktionsværdien og for ambulante behandling i form af DAGS**-produktionsværdien.

DRG- og DAGS-produktionsværdien er den DRG- og DAGS-takst (pris), en given udskrivning eller et ambulante besøg er fastsat til at koste. DRG- og DAGS-taksterne afspejler landsgennemsnittet af udgifterne til behandling og pleje af den enkelte DRG- og DAGS-gruppe.

Grupperingen af hospitalernes aktivitet i DRG- og DAGS-grupperne foretages under hensyntagen til, at grupperingen af patienterne skal være klinisk meningsfuld, grupperne skal være ressourcehomogene, og antallet af grupper skal være overskueligt (Sundhedsdatastyrelsen 2016). Der foretages løbende en validering af grupperingslogikken, afspejlende, at der sker udvikling i behandlingsmåder og forandringer i ressourceanvendelse. Det betyder, at der mellem de enkelte år sker ændringer i, hvilke aktiviteter der tilhører den enkelte gruppe, og der sker ændringer i antallet af grupper.

I 2016 var der eksempelvis 740 DRG-grupper, 209 gråzonegrupper, 130 gråzoneproceduregrupper, 194 DAGS-grupper, 49 sammedagspakker og 12 ambulante substitutions-takster (Sundhedsdatastyrelsen 2016). En gråzonetakst er et vægtet gennemsnit af DRG-taksten og DAGS-taksten, som udløses, uanset om patienten bliver behandlet ved indlæggelse eller ambulante. DRG-gråzoneprocedurer anvendes i nogle tilfælde til afregning af ambulante besøg, der finder sted umiddelbart før en indlæggelse eller på en udskrivningsdag. Sammedagspakker er en samlet takst, som dækker omkostningerne ved at udføre alle ydelser, der indgår i den enkelte sammedagspakke, på samme dag (oprettet for at honorere accelererede patientforløb).

* DRG: diagnoserelaterede grupper; ** DAGS: dansk ambulante grupperingsystem.

I Tabel 3.1 ses en oversigt over de forskellige mål, som udviklingen følges med udgangspunkt i. Af tabellen fremgår definition af målene, hvilken periode de måles i, og hvor data kommer fra. Målene opdeles i hospitalets aktivitetsmål, aktivitetsmål i almen praksis samt en række nationale mål. Modsat alle øvrige mål måles aktivitet og produktivitet i almen praksis alene på Bornholm, hvor aktiviteten er opgjort for samtlige almenpraksisser på Bornholm.⁴

⁴ Et udtræk af 11 tilfældige praksisser fra Hillerød Kommune viste sig desværre ikke at være særlig repræsentativt, så data fra disse er ikke medtaget som sammenligningsgrundlag.

Tabel 3.1 Anvendte udviklingsmål, der indgår i den kvantitative analyse

Mål	Definition	Kilde
Hospitalsaktivitetsmål: Bornholms & Hillerød Hospital 2013-2016		
Den samlede produktionsværdi Stationære indlæggelser	DRG-værdi baseret på 2013-gruppering og 2013-takster Alders- og kønsjusteret	Landspatientregisteret og DRG-gruppering og takster fra Sundhedsstyrelsen + egne beregninger
Den samlede produktionsværdi Ambulante besøg	DAGS-værdi baseret på 2013-gruppering og 2013-takster. Summeret over året Alders- og kønsjusteret	Landspatientregisteret og DAGS-gruppering og takster fra Sundhedsstyrelsen + egne beregninger
Antallet af stationære kontakter	Antallet af udskrivinger fra sygehusforløb målt over året	Landspatientregisteret + egne beregninger
Antallet af ambulante kontakter	Antallet af ambulante besøg målt over året	Landspatientregisteret + egne beregninger
Antallet af unikke patienter	Optælling af antallet af forskellige cpr-numre, der har en kontakt i løbet af året	Landspatientregisteret + egne beregninger
Antallet af sengedage	Gennemsnit af variabelen sengedage, der måler det samlede antal sengedage i sygehusforløbet for stationære indlæggelser	Landspatientregisteret + egne beregninger
Almen praksis-aktivitetsmål: Bornholms Regionskommune 2014-2016		
Den samlede produktionsværdi	Summen af afregningsbeløb for alle private praksisser i Bornholms Regionskommune summeret over året	Sygesikringsregisteret
Antallet af kontakter	Antallet af kontakter summeret over året	Sygesikringsregisteret
Antallet af unikke patienter	Optælling af antallet af forskellige cpr-numre, der har en kontakt i løbet af året	Sygesikringsregisteret
Andre mål: Bornholms & Hillerød Hospital 2016-2016		
Indlæggelser under 24 timer	Summen af antallet af indlæggelser, der varer mindre end 24 timer	Landspatientregisteret + Region Hovedstadens beregninger
Nationale mål: Bornholms & Hillerød Hospital 2015-2016		
Genindlæggelser	Summen af antallet af somatiske genindlæggelser (akut indlæggelse senest 30 dage efter seneste udskriving)	Landspatientregisteret + Region Hovedstadens beregninger
Forebyggelige genindlæggelser	Forebyggelige indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår	Landspatientregisteret + Region Hovedstadens beregninger
Færdigbehandlingsdage	Antallet af dage fra udskrivningsdato, til patienten efter lægelig vurdering er færdigbehandlet	Landspatientregisteret + Region Hovedstadens beregninger
Ventetid til genoptræning	Median-ventetid til genoptræning, antal dage. Ventetiden refererer til perioden mellem registreringen af dato for genoptræningsplan (GOP) og dato for første genoptræningsydelse indberettet af kommunerne	Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven + Region Hovedstadens beregninger

Mål	Definition	Kilde
Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser:	Bornholms og Hillerød Hospital 2014-2016	
LUP-besvarelser for akut indlagte patienter	Se Bilagstabel 3.1 for en oversigt over spørgsmål	Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse
LUP-besvarelser for ambulante patienter	Se Bilagstabel 3.1 for en oversigt over spørgsmål	Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse
LUP-besvarelser for planlagt indlagte patienter	Se Bilagstabel 3.1 for en oversigt over spørgsmål	Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse

3.1.2 Analysemetode

Når vi ser på udviklingen i aktivitet og produktionsværdi, er det nødvendigt at korrigerer for udviklingen med hensyn til andre faktorer, såsom patientsammensætning og takstregulering, der kan have indflydelse på den målte aktivitet. Derfor er hospitalsaktiviteten opgjort i samme takstsystem, dvs. takstsystemet for 2015. Herved sikres det, at der analyseres på den konkrete udvikling i aktivitet – og ikke på ændringer i takster og grupperinger. I forhold til foretagelse af tidstrendanalyserne i nærværende analyse er vi udfordret af, at metoden, hvormed produktionsværdien opgøres, dvs. DRG-værdien, løbende ændrer sig. Set i lyset af den forholdsvis korte tidsperiode, analysen dækker, har vi valgt at benytte den samme DRG-grupper for hele perioden. Alternativt kunne vi have beregnet udviklingen inden for samme takstsystem for to på hinanden følgende år. Ved at gøre det for alle fire observationsår vil udviklingstallene kunne sammenlignes. Det kan ikke udelukkes, at sidstnævnte metode vil blive anvendt i den afsluttende evaluering af Udviklingshospital Bornholm.

Derudover korrigeres alle aktivitetstal i både almenpraksis og hospitalssektoren for udviklingen i patientsammensætningen. For hospitalsaktiviteten benyttes sammensætningen af patienter i 2015 som udgangspunkt, mens 2014 er udgangspunkt for aktiviteten i almen praksis. Det betyder, at de enkelte hospitalskontakter i fx 2013 vægtes med en faktor mindre end 1, hvis den pågældende patients alder og køn optræder oftere i 2013 end i 2015. Omvendt vægtes de enkelte hospitalskontakter med en faktor større end 1, hvis den pågældende patients alder og køn optræder sjældnere i 2013 end i 2015.⁵

I forhold til aktivitetsudviklingen på de to hospitaler er det som udgangspunkt den procentvise udvikling, der sammenlignes, da Hillerød Hospital er knap ti gange så stort som Bornholms Hospital.

Til at forklare, hvad der ligger bag udviklingen i produktionsværdi over tid, er produktionsværdien i nogle af analyserne blevet dekomponeret i tre komponenter: kontakter pr. patient, udvikling i produktionsværdi pr. patient og udviklingen i unikke patienter⁶. Herved er det muligt at vurdere, om en eventuel vækst i produktionsværdien skyldes en stigning i antallet af kontakter for den enkelte patient, at patienterne har modtaget mere behandling, eller at hospitalet har behandlet flere nye patienter.

Analysen af aktivitetsudviklingen for de to hospitaler baseres på den ambulante og stationære behandling, og målene undersøges både samlet og hver for sig.

Det samlede mål for antallet af hospitalskontakter defineres som det samlede antal udskrivinger plus et vægtes antal ambulante besøg. De ambulante besøg vægtes med en faktor mindre end 1 for at tage højde for, at ressourceforbruget pr. stationær indlæggelse er betydelig

⁵ Antallet af unikke patienter korrigeres dog ikke for udvikling i alders- og kønsammensætningen.

⁶ Unikke patienter (eller cpr-numre) er det antal personer, der er i kontakt med hospitalet mindst én gang inden for det pågældende år.

større end ressourceforbruget pr. ambulat besøg. Vægten, der følger Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010), beregnes ved følgende formel:

$$\frac{\text{Ambulant produktionsværdi/antal ambulante besøg}}{\text{Stationær produktionsværdi/antal sygehusforløb}}$$

3.2 Interview med hospitalsledelse, afdelingsledelse og administration

Formålet med den kvalitative analyse var at undersøge betydningen af den økonomiske styringsmodel før og efter forsøgsperioden samt at undersøge, hvilke konkrete forandringer der kan have bidraget til eventuelle ændringer i aktivitetsniveauet på både Bornholms Hospital og Hillerød Hospital.

3.2.1 Planlægning og tilrettelæggelse af interview

Formodningen forud for interviewene var, at den eventuelle betydning af en ændret økonomisk styringsmodel primært ville afspejle sig blandt hospitalets øverste ledelse, dvs. hos hospitals- og afdelingsledelsen og i hospitalets administration og siden hos mellemledere og medarbejdere. Meldingen fra hospitalsledelsen og andre omkring udviklingshospitalet var, at projektet var et abstrakt projekt for medarbejderne på Bornholms Hospital i det første år, og at de primært havde været engageret i kick-off seminar og indledende workshops. Dette, ikke mindst fordi projektgrundlaget først blev godkendt i september 2016, og fordi implementering af Sundhedsplatformen og ny organisationsstruktur på Bornholms Hospital indtog en hovedrolle i årets sidste måneder. Der blev derfor valgt et empirisk snit, hvor hospitalsledelse, afdelingsledere og administration har bidraget med deres perspektiver på udvikling og status på Udviklingshospital Bornholm samt en vurdering af, hvad det betyder at være fritaget fra aktivitetsafregning. Den kvalitative analyse baserer sig således på interview med repræsentanter⁷ for samtlige afdelingsledere for de kliniske afdelinger på Bornholms Hospital og afdelingsledere fra sammenlignelige afdelinger på Hillerød Hospital⁸. Selvom afdelingsstrukturen på Bornholms Hospital er meget lig strukturen på andre hospitaler, så adskiller den sig alligevel, ved at Afdeling for Kirurgi og Afdeling for Medicinske Sygdomme ikke er specialeopdelt på samme måde som på Hillerød Hospital. Der blev derfor udvalgt en medicinsk og en kirurgisk afdeling på Hillerød Hospital, som varetog nogle af de samme patientgrupper som tilsvarende afdelinger på Bornholms Hospital. Akutmodtagelse og Anæstesi hører under samme ledelse på Bornholms Hospital, men er adskilt på Hillerød Hospital, og her blev der derfor foretaget interview med ledelsen fra begge afdelinger. Ud over afdelingsledere deltog personer fra de to hospitalers administration med indsigt i aktivitetsafregning samt repræsentanter fra de to hospitalers ledelse. På Bornholms Hospital deltog en DRG-konsulent og hospitalets vicedirektør⁹. Fra Hillerød Hospital deltog hospitalets økonomichef. Af Tabel 3.2 fremgår en oversigt over deltagere i interviewene, samt hvilke afdelinger der er repræsenteret.

⁷ I interviewene på Bornholms Hospital deltog kun den ene ud af to afdelingsledere, og i interviewene på Hillerød Hospital deltog to afdelingsledere i samtlige interview.

⁸ Interview med afdelingsledelsen fra ergo- og fysioterapien på Hillerød Hospital blev dog fravalgt, da afdelingslederen var tiltrådt 1. januar 2017 og vedkommende derfor ville have begrænset indsigt i betydningen af den økonomiske styringsmodel på tidspunktet for interviewet (januar 2017).

⁹ Både direktør og vicedirektør var inviteret og booket til interview, men interviewet blev i sidste øjeblik udskudt, og her deltog kun vicedirektøren i interviewet.

Tabel 3.2 Oversigt over informanter til interview

	Bornholms Hospital	Hillerød Hospital
Hospitalsledelse/administration	2 interview	1 interview
Afdelingsledelse	6 interview	6 interview
Afdelinger repræsenteret i interview	<ul style="list-style-type: none"> • Afdeling for Akutmodtagelse, Bedøvelse og Intensiv Behandling • Afdeling for Kirurgi • Afdeling for Medicinske Sygdomme • Ambulatorie for Graviditet, Jordemoder og Fødsler • Røntgen og Skanning, Blodprøvetagning og Blodbank • Fysio- og Ergoterapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Akutafdelingen • Anæstesiologisk Afdeling • Billeddiagnostisk Afdeling • Gynækologisk Obstetriske Afdeling • Kardiologisk, Nefrologisk og Endokrinologisk Afdeling • Ortopædkirurgisk Afdeling

Interviewene på Bornholms Hospital blev gennemført i december 2016, og interviewene på Hillerød Hospital blev gennemført i januar 2017. Denne tidsplan blev valgt ud fra et ønske om at sikre, at det første år med Udviklingshospital Bornholm var så præsent som muligt for informanterne på Bornholms Hospital, og et ønske om, at informanterne fra Hillerød Hospital blev interviewet ud fra et sammenligneligt grundlag og en sammenlignelig struktur. Interviewene blev dog gennemført forud for analysen af registerdata¹⁰, og derfor var det ikke muligt at konfrontere informanterne på de to hospitaler med den konkrete udvikling i aktiviteten. Dette havde imidlertid været ønskværdigt, set i lyset af at udviklingen i aktivitetsdata på Bornholms Hospital ikke fuldstændigt modsvarer den forventning, som informanterne gav udtryk for på interviewtidspunktet (se kapitel 4 og 5. Det har ikke været muligt at afsøge en nærmere forklaring på denne diskrepans, som derved kommer til at fremstå en smule uafklaret i denne devaluering¹¹. Interaktionen mellem den kvalitative analyse og den kvantitative analyse, herunder at lade den kvantitative analyse bidrage med forklaringer på fundene i den kvalitative analyse, blev derfor udfordret af den valgte tidsplan. Den kvalitative analyse bidrager derimod fortsat med vurdering af og forklaringer på, hvad der understøtter og udfordrer udviklingsprocessen i Udviklingshospital Bornholm, og hvilken indflydelse aktivitetsafregning har og har haft for styring og ledelse på hospitalet i udviklingshospitalets første år.

3.2.2 Indhold og struktur for interviewene

Som det allerede er beskrevet, har Porters ide om værdibaseret styring været en vigtig inspirationskilde og del af debatten om værdibaseret i en dansk kontekst. Værdibaseret styring er et modsvar på nogle formodede udfordringer i sundhedsvæsenet og omfatter nogle hypoteser om, hvordan man kan indføre incitamentsstrukturer, som i højere grad fremmer koordinerede forløb, effektiv ressourceudnyttelse og kvalitet. Det er dog også beskrevet, at værdibaseret styring ikke kan betragtes som en strategi, der anviser konkrete tiltag eller måder at organisere sundhedsorganisationer på. Flere af delelementerne i værdibaseret styring er så løst formuleret, at der er behov for en konkretisering af, hvilke organisatoriske løsninger og handlemønstre man ønsker at forandre i en lokal kontekst. Selve målet skal defineres, før det bliver tydeligt, hvad der stræbes efter, samtidig med at der sandsynligvis skal arbejdes med nye data og datakilder og med et større omfang af patientinddragelse, end man har været vant til på hospitalerne. Udgangspunktet for denne kvalitative del af analysen har således ikke været at un-

¹⁰ Registerdata blev leveret af Region Hovedstaden i foråret 2017, i takt med at data for hele 2016 blev tilgængelige.

¹¹ Det vil være et opmærksomhedspunkt i de følgende dele af evalueringen.

dersøge, hvorvidt Porters seks komponenter af værdibaseret styring er opfyldt. Udgangspunktet var, at Bornholms Hospital er i gang med en oversættelsesproces, hvor både konceptet værdibaseret styring og organisering, arbejdsgange, medarbejdere og ledelse må undergå en udvikling i processen frem mod konkretisering af de forandringer, som Udviklingshospital Bornholm medfører. Det er evalueringens opdrag og formål at undersøge, hvordan den aktuelle økonomiske styringsmodel præger måden at tænke og agere på som ledelse, men samtidig bygger analysen på en forståelse af, at forandring ikke kan tilskrives en faktor alene. Der vil være andre forhold – eksempelvis tilgængelig teknologi og infrastruktur (Allen 2012, Andersson et al. 2015, Nilsson et al. 2017), andre styringstiltag og -mål (Holm-Petersen, Wadmann & Andersen 2015), organiseringen af udviklingsprojektet (Madsen 2015a, Madsen 2015b, Nigam, Sackett & Golden 2015) etc. – som potentielt kan både understøtte og udfordre de forandringer, som ønskes med den nye økonomiske styringsmodel, og som må undersøges for at sikre en forståelse for den forandringsproces, som undersøges på Bornholms Hospital. Med baggrund heri blev interviewene tilrettelagt som semistrukturerede interview, hvor informanterne blev spurgt om temaerne oplistet i Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Oversigt over overordnede temaer anvendt i interviewguide

Bornholms Hospital	Hillerød Hospital
Vurdering af og forventninger til Udviklingshospital Bornholm	Vurdering af betydningen af den aktuelle styringsmodel
Vurdering af betydningen af den aktuelle styringsmodel	Forventede forandringer som følge af ny styringsmodel
Forandringer som følge af ny styringsmodel	Vurdering af, hvilke understøttende indsatser der er nødvendige for at sikre forandring som følge af ny styringsmodel
Vurdering af, hvilke understøttende indsatser der er nødvendige for at sikre forandring som følge af ny styringsmodel	Eventuelle forandringer i 2016, som kan have haft betydning for udviklingen i hospitalets aktivitet
Andre forhold, som også medvirker til forandring/ikke-forandring i perioden	

3.2.3 Efterbearbejdning og analyse af interview

Interviewene fulgte en fast interviewguide, dog tilpasset til, om interviewpersonen var henholdsvis hospitalsleder, afdelingsleder eller administrativt personale. Interviewene blev gennemført af to af denne rapport forfattere, og der blev taget fyldigt referat undervejs samt efter en gennemlytning af hvert enkelt interview. Interviewene på Bornholms Hospital blev gennemført først og over to dage. Efter denne runde af interview var det muligt at udarbejde et sæt af undertemaer, som gik igen på tværs af interviewene (se Tabel 3.4). Herefter blev interviewreferaterne gennemlæst og sorteret under de enkelte undertemaer. Der er altså tale om en relativt datastyret sortering af interviewmaterialet (se fx Schmidt, Dyhr 2004, Kvale 1994, kap. 11, Neyland 2008), hvor et mål har været at indfange alle perspektiver på emnet for interviewet frem for fx udelukkende at lade på forhånd definerede teoretiske begreber styre sorteringen af udsagn.

Tabel 3.4 Oversigt over undertemaer udarbejdet på baggrund af interview

Hovedtemaer i interviewguide, Bornholms Hospital	Undertemaer udledt fra interview, Bornholms Hospital
Vurdering af og forventninger til Udviklingshospital Bornholm	<ul style="list-style-type: none"> • Potentielt en ny ramme for tværgående samarbejde og ledelse med mindre fokus på aktivitet • Sammenfald med allerede eksisterende fokus på værdi for patienten.
Vurdering af betydningen af den aktuelle styringsmodel	<ul style="list-style-type: none"> • Status for proces: forberedelse frem for afprøvning/implementering.
Forandringer som følge af ny styringsmodel	-
Vurdering af, hvilke understøttende indsætter der er nødvendige for at sikre forandring som følge af ny styringsmodel	<ul style="list-style-type: none"> • Forandring via implementering af delprojekterne • Nye styringsmål.
Andre forhold, som også medvirker til forandring/ikke-forandring i perioden	<p><i>Eksterne forhold:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementering af Sundhedsplatformen <p><i>Særlige forhold på Bornholms Hospital:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Åbning af ny akutmodtagelse og organisationsforandring • Brug af eksterne konsulenter (speciallæger) • DRG og aktivitetsafregning som fortsat "skygge"/præger fortsat. <p><i>Forhold relateret til Udviklingshospital Bornholm:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiseringen af delprojekter (afdelingsledernes rolle) • Fortsat opfølgning på aktivitet • Uklar/flertydig definition af "værdi for patienten".

I præsentationen af interviewanalysen bruges citater med det formål at illustrere en bestemt pointe i analysen. Citater repræsenterer derfor ikke den enkelte informant alene. Bornholms Hospital er en relativt lille organisation, hvor vi har valgt at interviewe en relativt lille og letgenkendelig gruppe af mennesker. Dette skal give anledning til overvejelser om håndteringen og gengivelsen af de udsagn, som informanterne har bidraget med, da de sandsynligvis vil kunne genkendes internt i organisationen. Alle informanter er på et niveau i organisationen, hvor de i forvejen er synlige og kendt for deres holdninger og måske endda ofte anvendte fraser. Denne interne genkendelighed kan være svær at sløre i fremstillingen af interviewdata, men ved anvendelse af direkte citater henvises der alligevel udelukkende til informantens titel. Alle citater er desuden sendt til godkendelse hos de respektive informanter.

Interviewene med informanter fra Hillerød Hospital havde for det første til formål at undersøge, om der var sket forandringer på hospitalet, som kan have påvirket udviklingen i aktivitet, som blev undersøgt i den kvantitative analyse. For det andet var det formålet at underbygge og eventuelt supplere vurderingen af, hvad den økonomiske styringsmodel betyder for styring og ledelse på hospitalerne, og hvad der eventuelt skal til for at understøtte en forandring, hvor aktivitet fylder mindre, til fordel for et større fokus på kvalitet. Denne del af evalueringen er således primært et sammenligningsgrundlag for Bornholms Hospital. I analyse og fremstillingen af interviewdata har det derfor været hensigten at lade indsigter fra interviewene fra Hillerød Hospital supplere eller underbygge indsigterne fra Bornholms Hospital, men fastholde Bornholms Hospital som det primære forskningsobjekt og den primære genstand for evalueringen. Hillerød Hospital er med andre ord ikke genstand for en vurdering af konkrete ledelses- eller administrationspraksisser. Pointer og citater herfra er udelukkende inddraget, i det omfang de supplerer de pointer, som allerede er indfanget via interviewene på Bornholms Hospital. Direkte citater fremstilles også her i anonymiseret form, og citaterne er ligeledes godkendt af de respektive informanter.

4 Udviklingen i aktivitets- og kvalitetsdata

Jævnfør Michael E. Porter (se afsnit 2.1) foretages der i sundhedsvæsenet aktiviteter, som ikke er værdiskabende. Grunden hertil er, ifølge Porter, at der i de anvendte styringsredskaber og incitamentter i sundhedsvæsenet mangler fokus på den opnåede kvalitet og resultater af det samlede behandlingsforløb. Ifølge Porters teori vil den aktivitetsbestemte styring, som har været en del af det danske hospitalsvæsen de sidste 15 år, betyde, at der foretages aktiviteter i det danske hospitalsvæsen, som ikke er værdiskabende. Disse aktiviteter er i stedet et resultat af, at al aktivitet honoreres. Som følge heraf er der en forventning om, at fjernelsen af den aktivitetsbestemte afregning på Bornholms Hospital i 2016 vil medføre ændringer i aktivitetsmønstret. Hypotesen er, at der ikke i samme omfang vil være incitament til at foretage "ikke-værdiskabende" aktiviteter, men derimod incitament til at fjerne overflødige aktiviteter samt foretage ændringer i behandlingsforløb, eksempelvis i form af sammenlægning af kontakter eller reducere antallet af kontakter og modtaget behandling. Fokus for den kvantitative analyse er således at undersøge, om det er muligt at spore en ændring i aktiviteten på Bornholms Hospital i 2016.

4.1 Hospitalsaktivitet

Første del af analysen er baseret på aktivitetstal for stationær og ambulante behandling på henholdsvis Bornholms og Hillerød Hospital i perioden 2013-2016. Ved at følge udviklingen for hospitalerne i en længere periode er det muligt at observere, om der sker et "knæk" i udviklingen fra 2015 til 2016 på Bornholms Hospital, som ikke ses tilsvarende på Hillerød Hospital. Et sådant knæk kan være en indikation af, at fritagelsen fra aktivitetsafregning har påvirket aktiviteten på Bornholms Hospital.

4.1.1 Ambulante og stationære behandlinger samlet

Den samlede produktionsværdi beregnet med de årlige takstsystemer er omkring 360 mio. kr. på Bornholms Hospital og 2.700 mio. kr. på Hillerød Hospital, bortset fra 2014, hvor produktionsværdien var knap 10 % højere for begge hospitaler (Tabel 4.1). For begge hospitaler ses en stigning i den stationære produktionsværdi, mens der ses et fald i den ambulante produktionsværdi.

Tabel 4.1 Udviklingen i den samlede produktionsværdi beregnet med takstsystemet for det enkelte år (mio. kr.)

		2013	2014	2015	2016
Bornholms Hospital	Ambulant	138,73	152,73	141,01	136,15
	Stationær	219,05	223,70	218,98	222,78
	I alt	357,79	376,42	359,99	358,93
Hillerød Hospital	Ambulant	838,76	868,61	815,39	808,45
	Stationær	1.876,25	1.996,55	1.887,20	1.962,93
	I alt	2.715,01	2.865,16	2.702,59	2.771,37

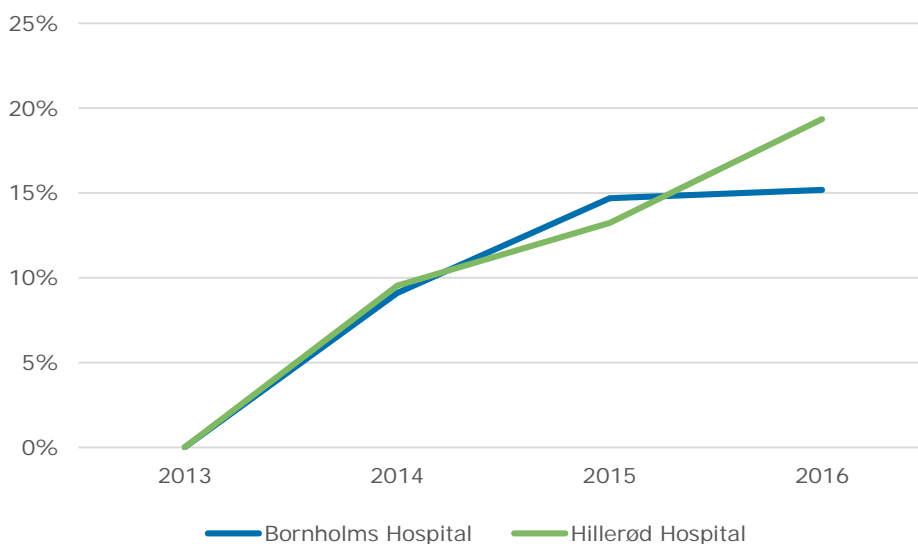
Note: Der er anvendt priser uden genopræning og ikke-medicinkorrigerede takster.

Kilde: LPR og egne beregninger.

For at kunne analysere udviklingen over tid i den samlede produktionsværdi nærmere er det, jf. afsnit 3.1.2, imidlertid nødvendigt, at aktivitetstallene er beregnet i samme takstsystem, og at de er korrigeret for udviklingen i alders- og kønssammensætningen. I det følgende er alle aktivitetstal således opgjort i takstsystemet for 2015 og korrigeret for udviklingen i alders- og kønssammensætningen, hvis ikke andet er nævnt.

Udviklingen i den samlede produktionsværdi (dvs. både ambulante og stationær behandling) for de to hospitaler viser et knæk i produktionsværdien for Bornholms Hospital, mens udviklingen i produktionsværdien for Hillerød Hospital følger tidligere års produktionsstigning (Figur 4.1). De ændrede rammevilkår synes således at have påvirket aktiviteten i den forventede retning. Spørgsmålet er imidlertid, hvilke faktorer der er skyld i det observerede knæk i produktionsværdien. Skyldes den faldende produktivitet et fald i antallet af unikke patienter¹², et fald i antallet af kontakter, et fald i produktionsværdi pr. kontakt eller en kombination heraf?

Figur 4.1 Udviklingen i den samlede produktionsværdi (ambulante og stationær behandling)



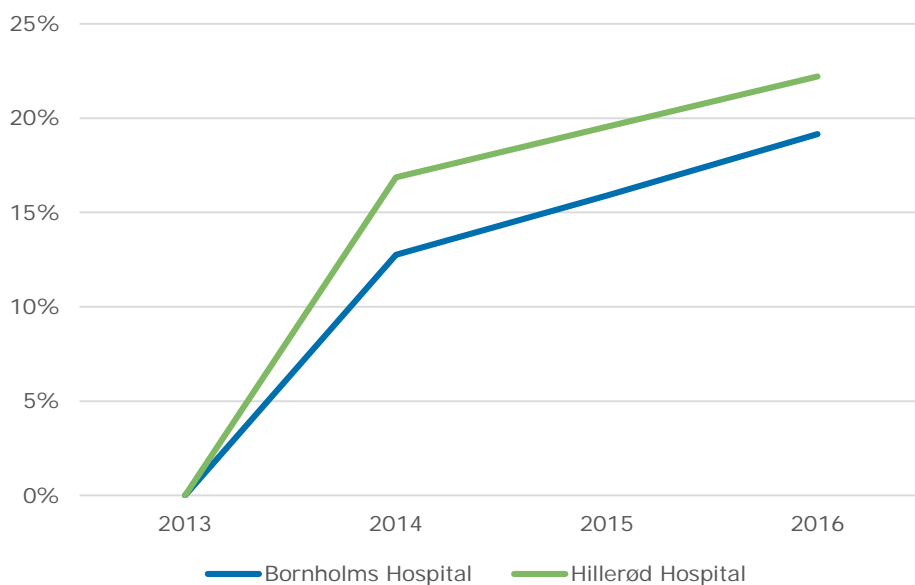
Note: Kurven viser udviklingen i summen af den stationære og den ambulante produktionsværdi justeret for udvikling i alders- og kønssammensætning i 2015. Opgjort i takstsystemet for 2015.

Kilde: LPR og egne beregninger.

Der er ikke noget, der tyder på, at det er udviklingen i antallet af unikke patienter, der har været i kontakt (stationær og ambulante behandling) med de to hospitaler, der er skyld i knækket i produktionskurven (Figur 4.2). Udviklingen i dette antal har således været ensartet for de to hospitaler.

¹² Unikke patienter (eller cpr-numre) er det antal personer, der er i kontakt med hospitalet mindst én gang inden for det pågældende år.

Figur 4.2 Udviklingen i det samlede antal unikke patienter (stationære og ambulante behandlinger)

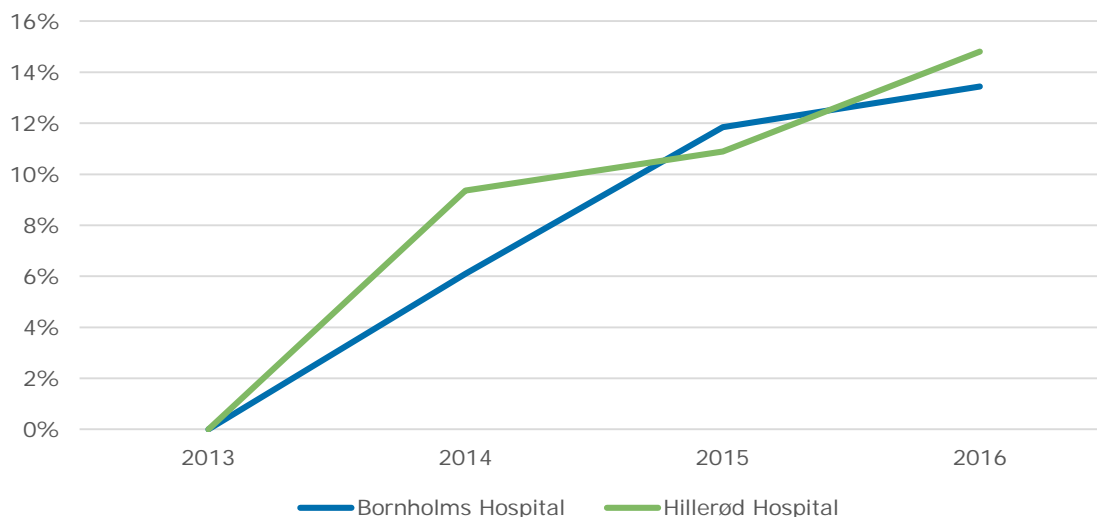


Note: Kurven viser udviklingen i det samlede antal unikke hospitalspatienter (stationære eller ambulante).

Kilde: LPR og egne beregninger.

Det samlede antal kontakter stiger for begge hospitaler i hele perioden, men stigningen er aftagende fra 2015 til 2016 for Bornholms Hospital, mens den er tiltagende for Hillerød Hospital (Figur 4.3). En del af knækket i den samlede produktionsværdi kan således tilskrives et knæk i antallet af kontakter.

Figur 4.3 Udvikling i antallet af kontakter – summen af antallet af stationære indlæggelser plus et vægtet antal ambulante besøg

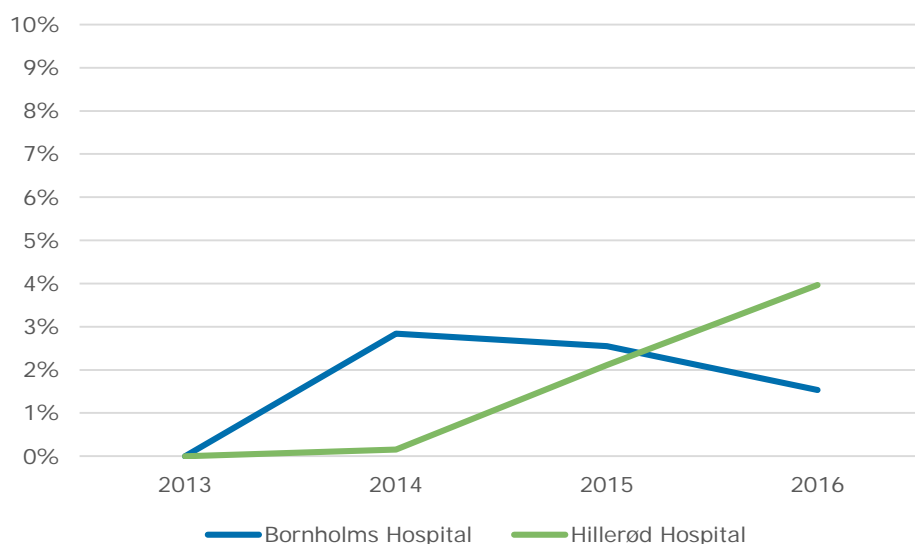


Note: Antallet af ambulante besøg vægtes med en faktor beregnet som: (ambulant produktionsværdi/antal ambulante besøg)/(stationær produktionsværdi/antal sygehusforløb), jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010). Kurven er justeret for udvikling i alders- og kønssammensætning siden 2015.

Kilde: LPR og egne beregninger.

Endvidere falder den samlede produktionsværdi pr. kontakt for Bornholms Hospital fra 2014 til 2016 (faldet er størst fra 2015 til 2016), mens Hillerød Hospital i samme periode har oplevet en stigning (Figur 4.4). Den procentvise udvikling for begge hospitaler er dog forholdsvis beskeden med en årlig ændring på maksimum 2 %.

Figur 4.4 Udvikling i produktionsværdi pr. kontakt



Note: Kurven er justeret for udvikling i alders- og kønssammensætning i 2015.

Kilde: LPR og egne beregninger.

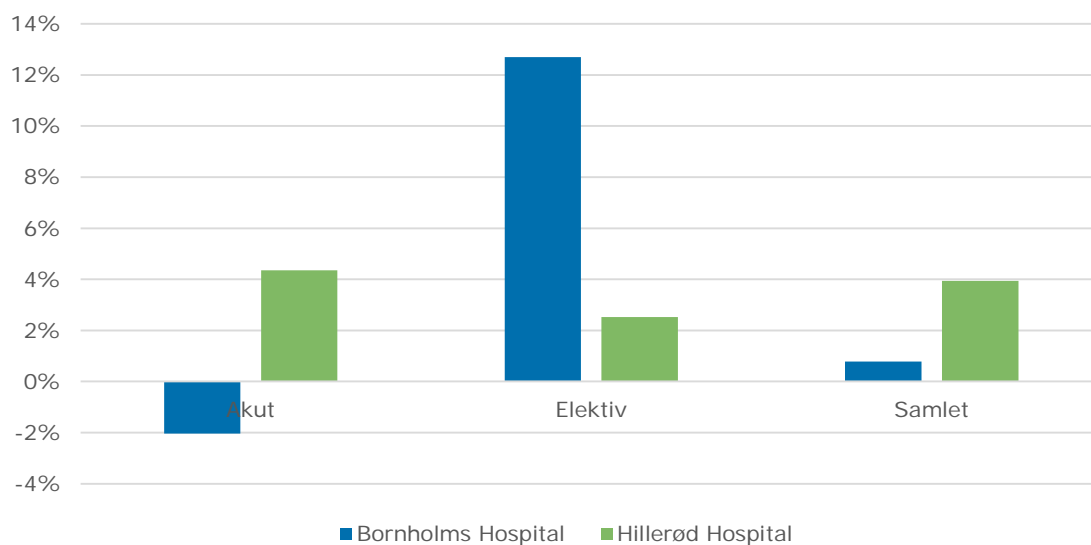
Det observerede knæk i produktionen synes således at kunne tilskrives dels en faldende produktionsværdi pr. kontakt og dels en opbremsning i stigningen i det samlede antal kontakter.

Spørgsmålet er imidlertid, hvor meget af den observerede reduktion i produktionsværdien på Bornholms Hospital der skyldes reel produktionsnedgang, fx som følge af omlægning af stationær aktivitet til ambulante aktiviteter, og hvor meget der skyldes ændring i registreringspraksis. I og med at Bornholms Hospital i 2016 ikke modtager aktivitetsafregning, har hospitalet ikke haft det samme incitament til at sikre, at al aktivitet bliver registreret (det belyses nærmere i kapitel 4). Det observerede knæk i den samlede produktion kan dog også være udtryk for, at der er sket en reel ændring i den ambulante og stationære aktivitet. Derfor belyses udviklingen i henholdsvis ambulante og stationære behandlinger i de følgende afsnit. Inden dette skitseres udviklingen i aktiviteten for akut og elektiv behandling kort i det følgende afsnit.

4.1.2 Opdeling i akut og elektiv behandling

I dette afsnit undersøges det, om den observerede aktivitetsudvikling primært kan tilskrives ændringer i akut eller elektiv (planlagt) behandling. Produktionsværdien er derfor opdelt med hensyn til indlæggelsesmåde i de følgende figurer. På Bornholms Hospital ses et fald i produktionsværdien for akutte behandlinger fra 2015 til 2016, mens der er sket en stor stigning i produktionsværdien for de elektive behandlinger (Figur 4.5). Det observerede knæk i produktionsværdien for Bornholms Hospital fra 2015 til 2016 (Figur 4.1) kan altså tilskrives reduktion i produktionsværdien for de akutte behandlinger. På Hillerød Hospital ses ikke denne forskel i udviklingen i produktionsværdi mellem henholdsvis elektiv og akut behandling.

Figur 4.5 Procentvis udvikling i den samlede produktionsværdi (stationær og ambulante) fra 2015 til 2016 opdelt på akutte og elektive behandlinger



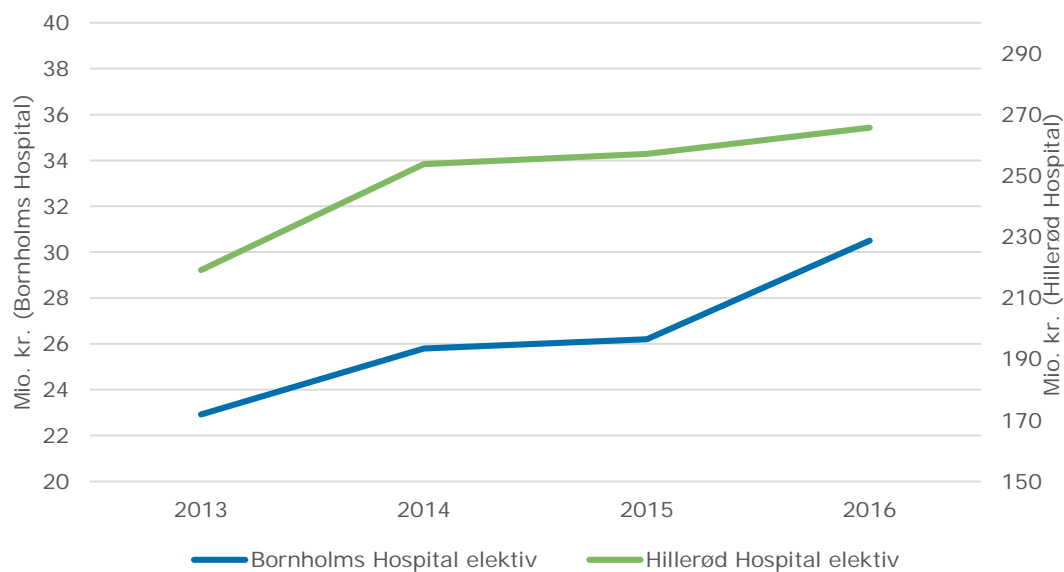
Note: Produktionsværdien er justeret for udvikling i alders- og kønssammensætning i 2015. Opgjort i takstsystemet for 2015.

Kilde: LPR og egne beregninger.

Kategoriseringen af behandlingen som akut eller elektiv er desværre ikke registreret for en stor del af de ambulante behandlinger i 2013 og 2014. Dette skyldes blandt andet, at man, jf. vores data, først er begyndt at registrere akutte ambulante besøg fra 2014. De ambulante besøg i vores opgørelser er som udgangspunkt antaget at være elektive, hvis registreringen af akut og elektiv mangler.

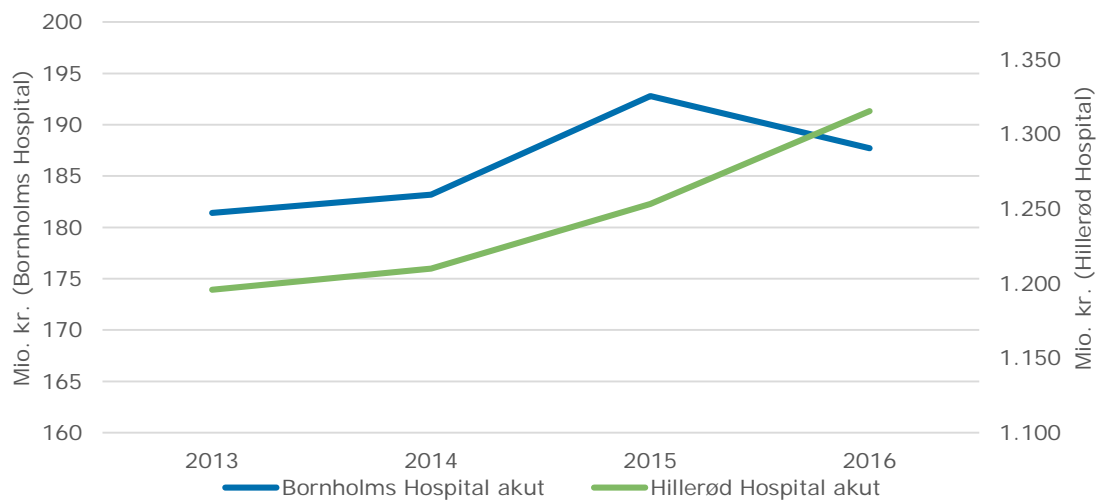
For elektive stationære behandlinger ses en stigning i produktionsværdien på Bornholms Hospital fra 2015 til 2016 (Figur 4.6), mens produktionsværdier for de akutte stationære behandlinger er faldet (Figur 4.7). For både elektive og akutte ambulante behandlinger ses en stigning i produktionsværdien på Bornholms Hospital fra 2015 til 2016 (Figur 4.8 og Figur 4.9). Den observerede stagnation i den samlede produktionsværdi på Bornholms Hospital fra 2015 til 2016 kan således tilskrives, at der er sket en reduktion i produktionsværdien for de akutte indlæggelser.

Figur 4.6 Udvikling i produktionsværdi for elektive stationære behandlinger



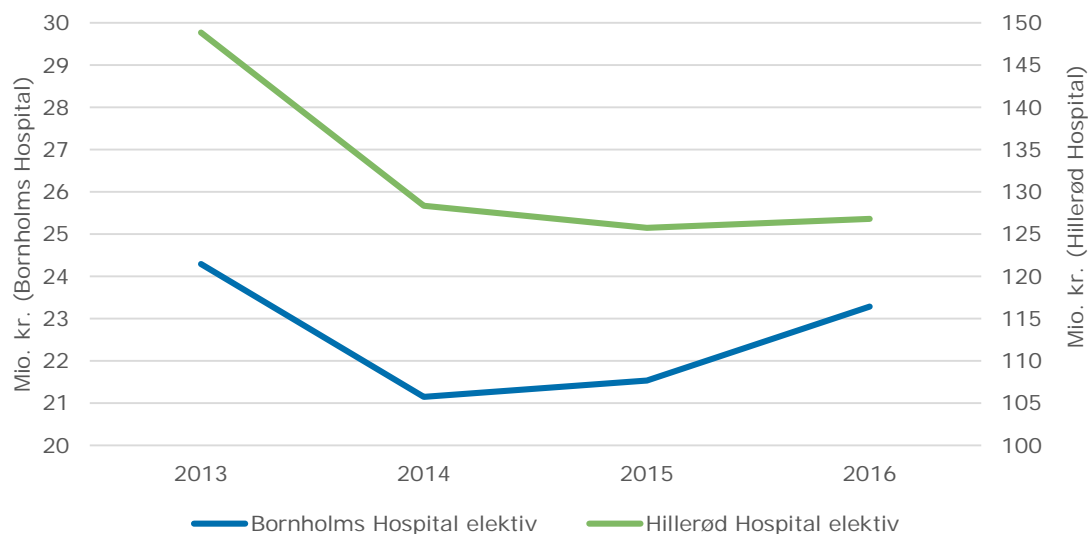
Note: Kurverne er justeret for udvikling i alders- og kønssammensætning i 2015. Opgjort i takstsystemet for 2015.
 Kilde: LPR og egne beregninger.

Figur 4.7 Udvikling i produktionsværdi for akutte stationære behandlinger



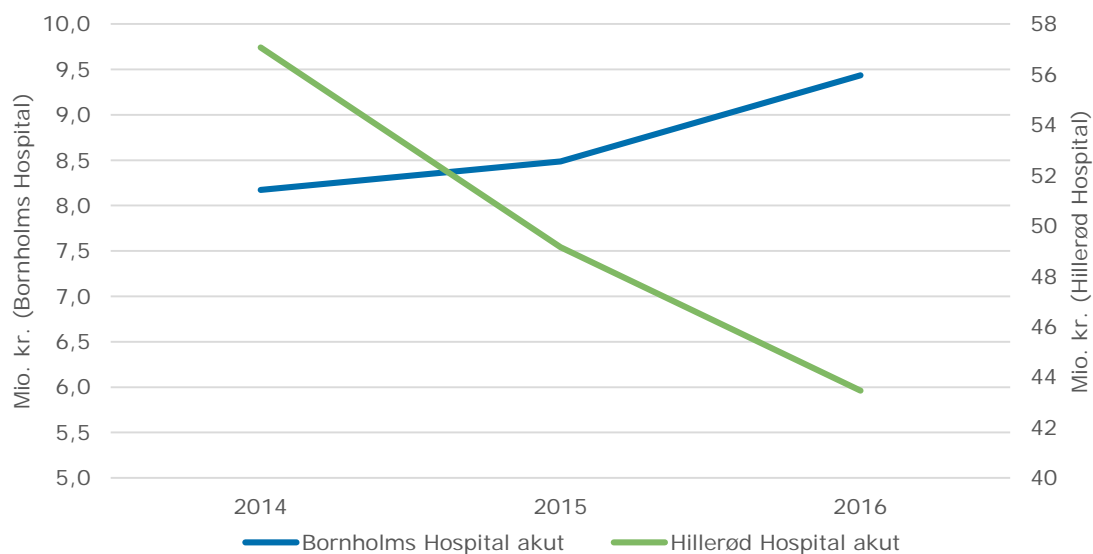
Note: Kurverne er justeret for udvikling i alders- og kønssammensætning i 2015. Opgjort i takstsystemet for 2015.
 Kilde: LPR og egne beregninger.

Figur 4.8 Udvikling i produktionsværdi for elektiv ambulant behandling



Note: Kurverne er justeret for udvikling i alders- og kønssammensætning i 2015. Opgjort i takstsystemet for 2015.
 Kilde: LPR og egne beregninger.

Figur 4.9 Udvikling i produktionsværdi for akut ambulant behandling



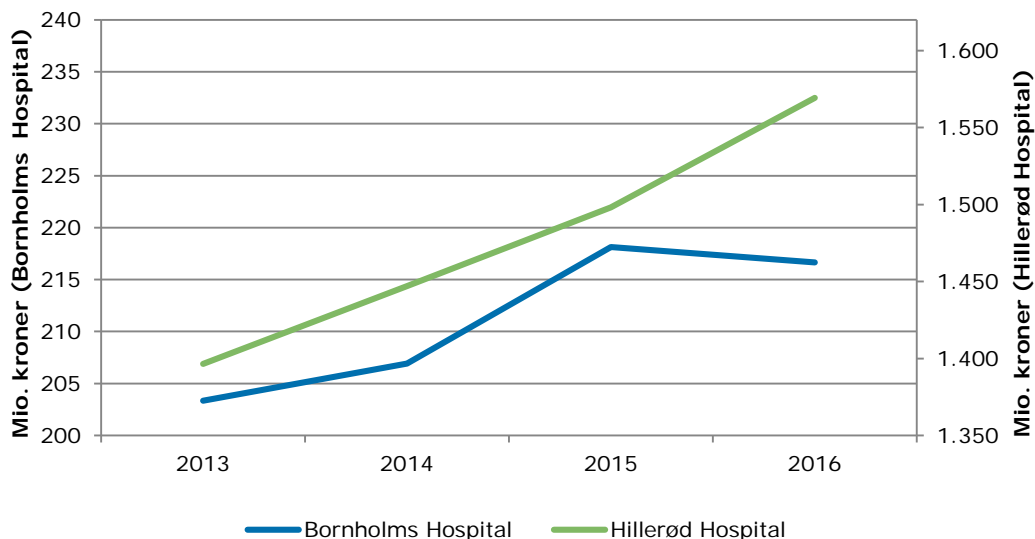
Note: Kurverne er justeret for udvikling i alders- og kønssammensætning i 2015. Opgjort i takstsystemet for 2015.
 Kilde: LPR og egne beregninger.

4.1.3 Stationær behandling

I Figur 4.10 ses udviklingen i den samlede DRG-værdi for alle stationære udskrivelser på Bornholms og Hillerød Hospital. For begge hospitaler ses en årlig stigning i perioden 2013-2015 på omkring 3,5 % (fra 203 til 218 mio. kr. på Bornholms Hospital og fra 1.396 til 1.498 mio. kr. på Hillerød Hospital). Denne udvikling fortsætter for Hillerød Hospital – endog med en lille stigning i væksten i produktionsværdien – mens der ses et fald i den samlede produktionsværdi

på Bornholms Hospital fra 218 til 217 mio. kr. fra 2015 til 2016. Dette fald skyldes dog udviklingen i alderssammensætningen, hvilket vi beskriver nærmere i afsnit 4.1.6. Knækket i udviklingen i den samlede DRG-værdi for stationær behandling kan imidlertid ikke alene forklares med, at der er sket en ændring i alderssammensætningen.

Figur 4.10 Udvikling i den samlede DRG-værdi for stationær behandling på Bornholms og Hillerød Hospital

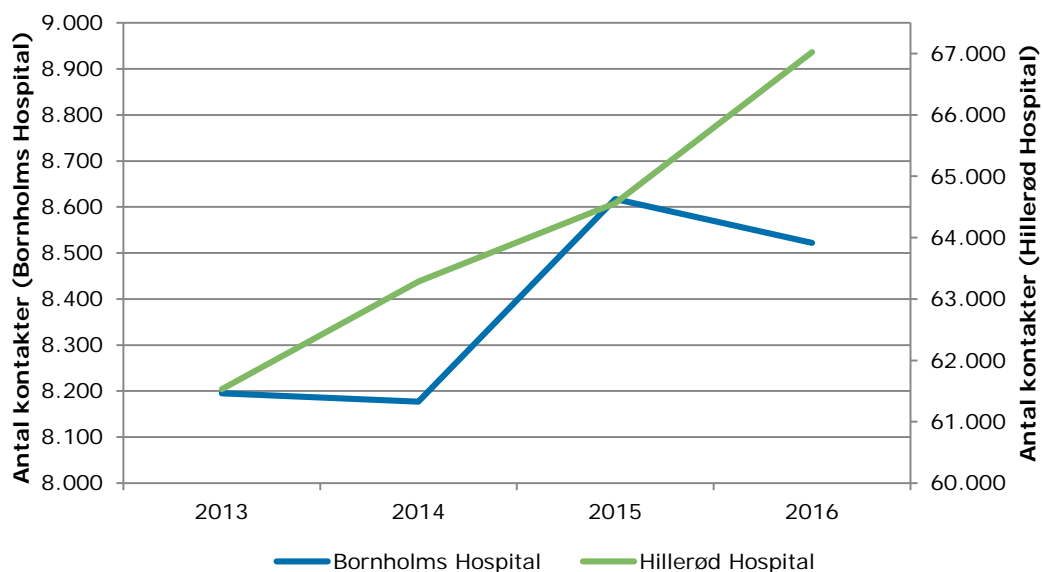


Note: Der anvendes DRG-grupperinger og takster fra takstsystemet for 2015, og der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen i 2015.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Både antallet af stationære udskrivinger (Figur 4.11) og antallet af unikke patienter med stationære udskrivinger (Figur 4.12) falder fra 2015 til 2016 på Bornholms Hospital, mens de stiger på Hillerød Hospital. Antallet af udskrivinger pr. patient stiger imidlertid fra 2015 til 2016 for Bornholms Hospital, hvilket betyder, at knækket i det samlede antal udskrivinger udelukkende skyldes et fald i antallet af unikke patienter. Faldet i antallet af unikke stationære patienter kan eventuelt være et resultat af en omlægning fra stationær til ambulans behandling. Om dette er tilfældet, belyses i afsnit 4.1.5.

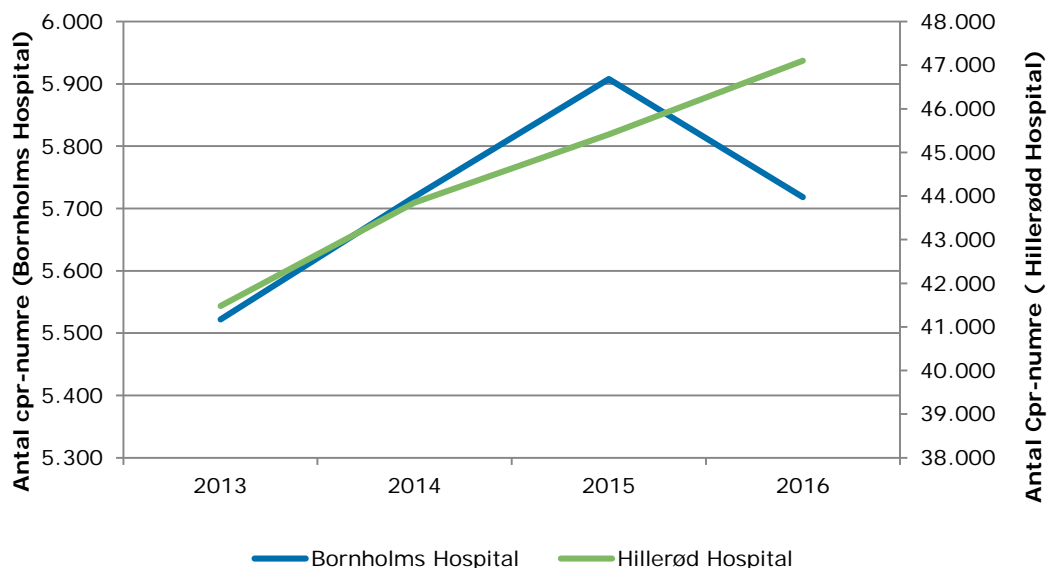
Figur 4.11 Udvikling i antallet af stationære udskrivinger på Bornholms og Hillerød Hospital



Note: Der anvendes DRG-grupperinger og takster fra takstsystem 2015, og der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen i 2015.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Figur 4.12 Udvikling i antallet af unikke patienter med stationære udskrivinger på Bornholms og Hillerød Hospital



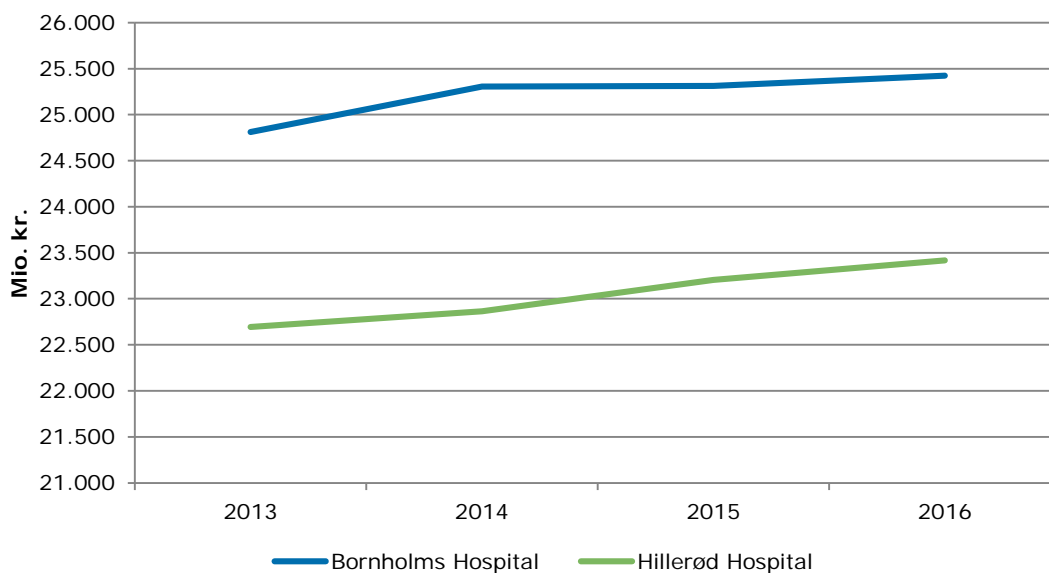
Note: Der anvendes DRG-grupperinger og takster fra takstsystemet for 2015.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Hvis de færre observerede unikke patienter med flere indlæggelser pr. patient er udtryk for en omlægning fra stationær til ambulant aktivitet, vil det forventes, at produktionsværdien pr. stationær patient vil stige, som følge af at de tilbageværende stationære patienter må forventes at være lidt "tungere". Der kan dog ikke spores et sådant mønster, jf. Figur 4.13. Den gennemsnitlige produktionsværdi pr. stationær udskriving stiger godt nok fra 2015 til 2016 på

Bornholms Hospital, men det gør den også på Hillerød Hospital. For begge hospitaler gælder det, at stigningen er meget beskeden. Ifølge den kvalitative del af analysen har fritagelsen fra den aktivitetsbaserede afregning på Bornholms Hospital blandt andet medført, at afdelingerne ikke har været så påpasselige med at få efterregistreret al aktivitet i forbindelse med hver behandling. Det er dog ikke det indtryk, man får, når man ser på udviklingen i den gennemsnitlige produktionsværdi pr. stationær indlæggelse (Figur 4.13).

Figur 4.13 Udvikling i produktionsværdi pr. stationær udskrivning

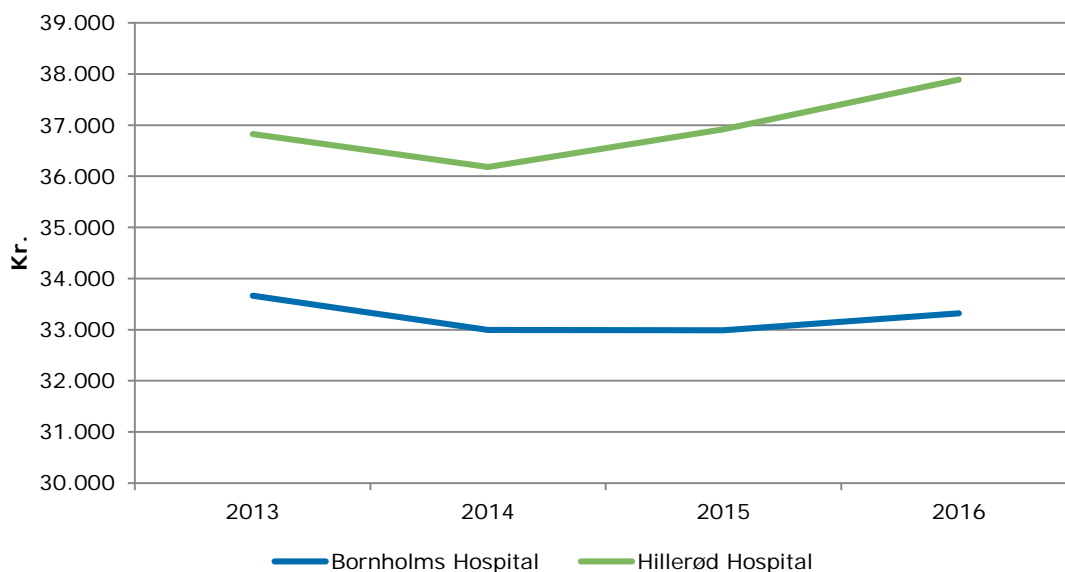


Note: Der anvendes DRG-grupperinger og takster fra takstsystemet for 2015, og der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen i 2015.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Heller ikke den samlede produktionsværdi pr. unik patient ser ud til at have udviklet sig anderledes end forventet på Bornholms Hospital (Figur 4.14).

Figur 4.14 Udvikling i stationære behandlingsudgifter pr. patient

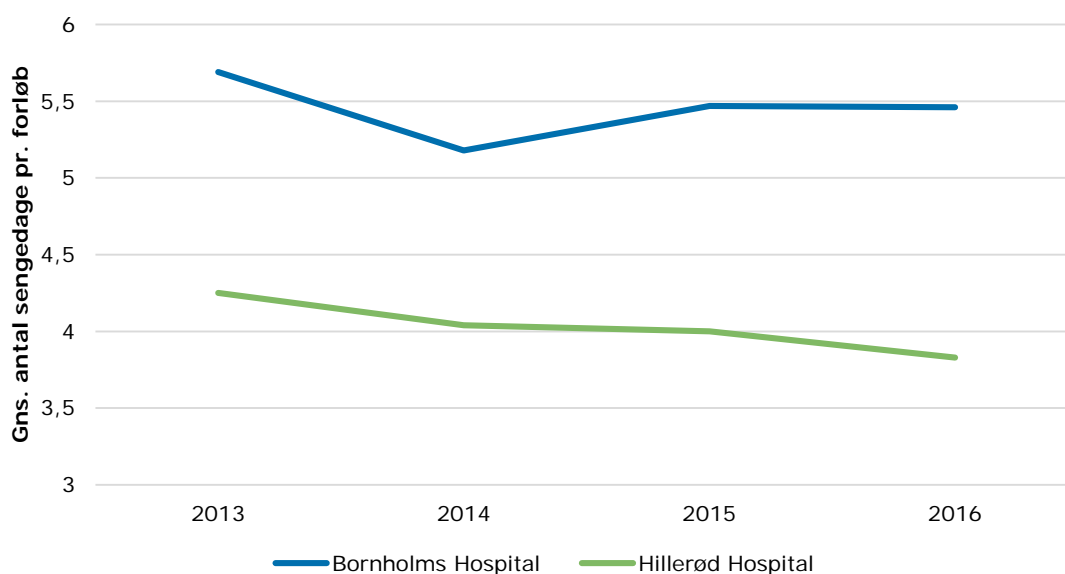


Note: Der anvendes DRG-grupperinger og takster fra takstsystemet for 2015, og der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen i 2015.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Antallet af sengedage er stort set uændret i perioden 2013-2016 (Figur 4.15), og der kan ikke spores en synlig ændring fra 2015 til 2016 på Bornholms Hospital. Det fremgår desuden, at indlagte personer på Bornholms Hospital i gennemsnit har en halvanden dag længere indlæggelsestid end indlagte på Hillerød Hospital. Dette skal nok først og fremmest tilskrives sammensætningen af patienter, der på Bornholm består af en større andel af ældre (se afsnit 4.1.4).

Figur 4.15 Udvikling i det gennemsnitlige antal sengedage pr. forløb



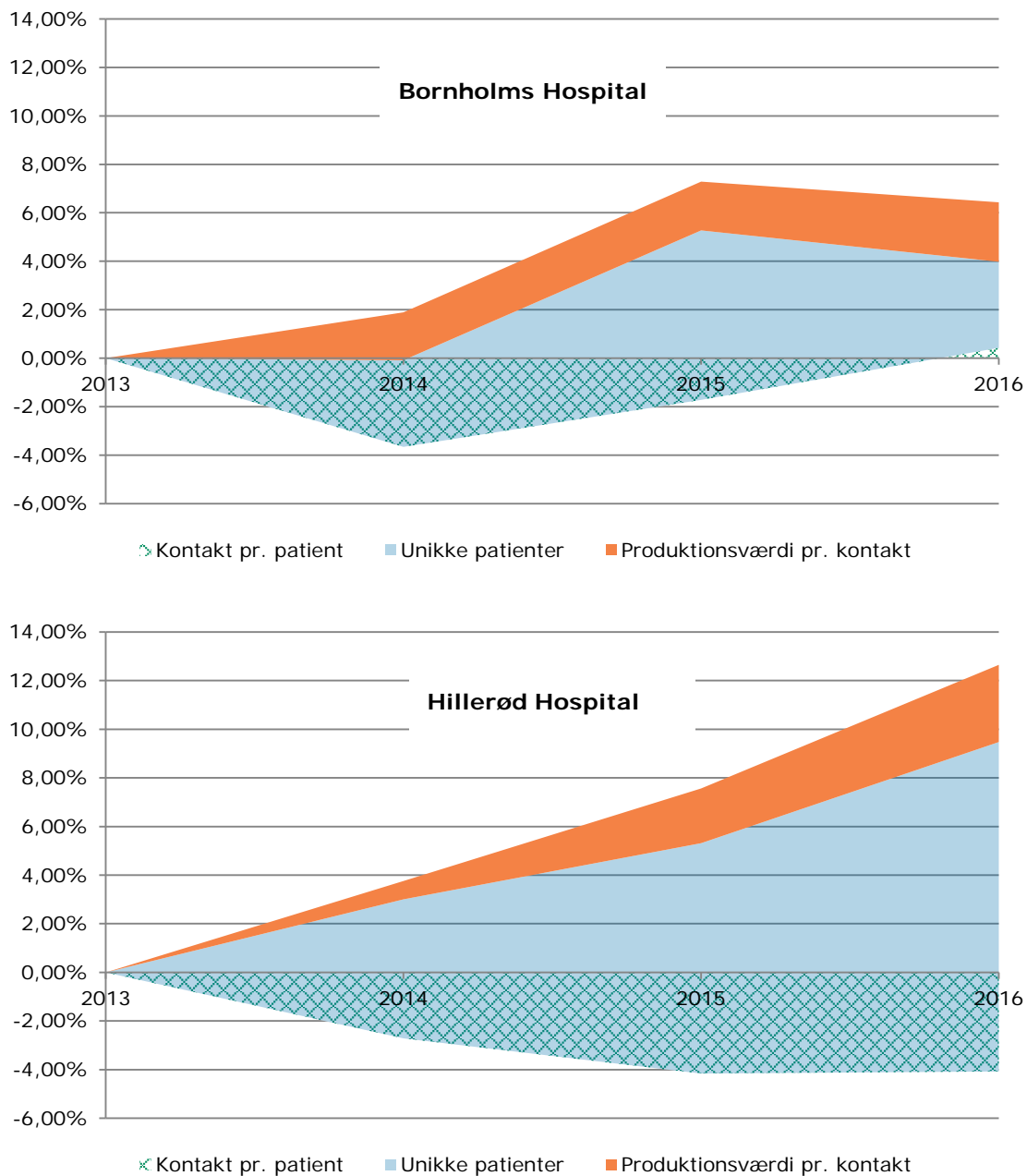
Note: Der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen i 2015-sammensætningen.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Figur 4.16 viser den samlede procentvise aktivitetsudvikling for stationær behandling på de to hospitaler, samt hvor stor en del af udviklingen i aktivitet der kan tilskrives udviklingen i antallet af patienter, udviklingen i antallet af kontakter pr. patient og udviklingen i produktionsværdien pr. kontakt. Figuren viser de procentvise ændringer stablet oven på hinanden, hvilket betyder, at den øverste kant svarer til udviklingen i den samlede produktionsværdi. For Bornholms Hospital ses det således, at den negative udvikling i antallet af kontakter pr. patient (det skraverede område¹³) afdæmper den samlede produktionsværdi fra 2013 til 2015, mens det er en reduktion i udviklingen i antallet af unikke patienter, der trækker den samlede produktion fra 2015 til 2016 ned. Det betyder, at det observerede fald i den samlede stationære produktionsværdi i Figur 4.10 alene drives af et fald i antallet af unikke patienter. Det er i sidste halvdel af 2016, at der er sket et betydeligt fald i antallet af unikke patienter, jf. Bilag 4.

¹³ Det skraverede område dækker over en negativ udvikling i antallet af kontakter pr. patient, som opvejes af en stigning i antallet af unikke patienter

Figur 4.16 Aktivitetsudviklingen for stationær behandling på Bornholms og Hillerød Hospital



Note: Det blå skraverede område dækker over en negativ udvikling i antallet af kontakter pr. patient, som opvejes af en stigning i antallet af unikke patienter. Der anvendes DRG-grupperinger og takster fra 2015, og der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen. Stabilede værdier af de procentvise udviklingstal.

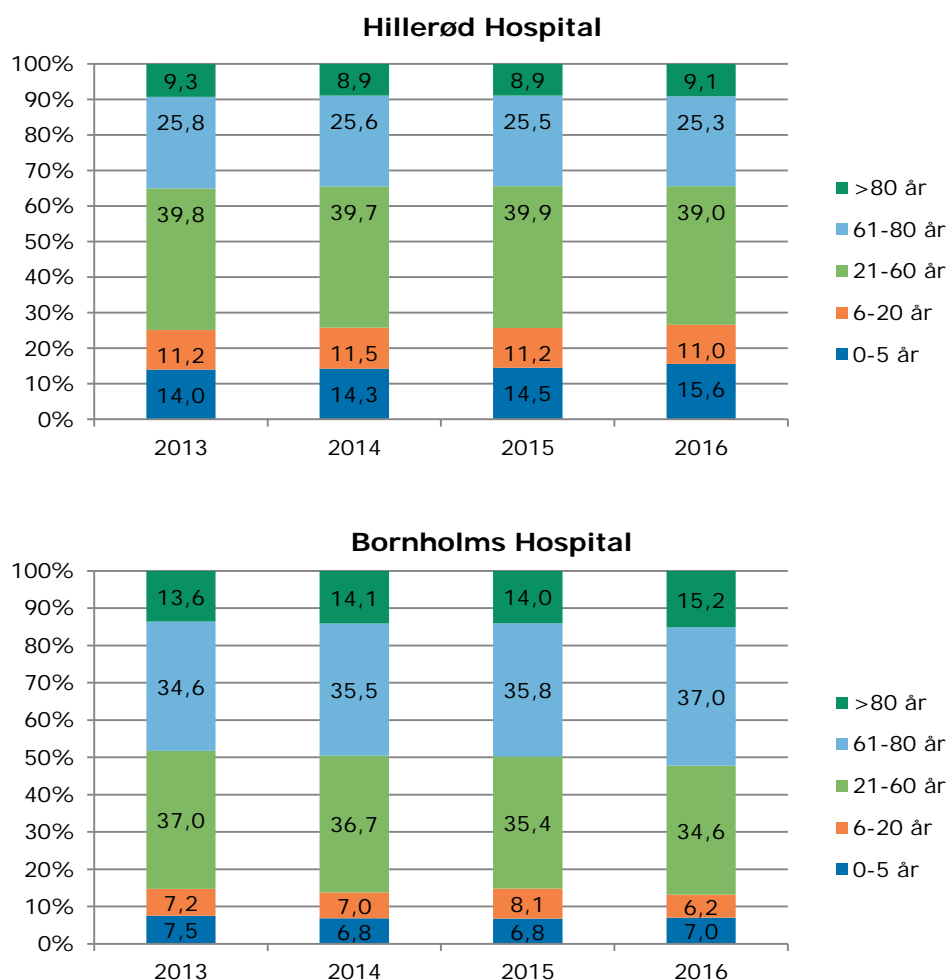
Kilde: Udtræk fra LPR.

4.1.4 Betydning af alders- og kønskorrektion i forbindelse med stationær aktivitet

Alle aktivitetstal i afsnit 4.1.3 er korrigeret for det enkelte hospitals sammensætning af patienter med hensyn til alder og køn svarende til hospitalets sammensætning i 2015.¹⁴ En del af udviklingen i de ovenstående aktivitetstal skyldes en reel ændring af aktiviteten, og en del af udviklingen skyldes en ændring i køns- og alderssammensætningen.

I Figur 4.17 ses det, at der på Bornholms Hospital er sket en stigning i andelen af ældre patienter over 60 år (fra 48 % til 52 %), mens andelen af ældre indlagt på Hillerød Hospital er faldet en smule (fra 35 % til 34 %). Udviklingen i de stationære patienters alderssammensætning på Bornholms Hospital betyder, at udgiften pr. patient forventes at stige, alene fordi de ældre patienter i gennemsnit har flere sengedage og større aktivitet pr. indlæggelse. Derfor er den samlede vægtede produktionsværdi mindre end den reelle produktionsværdi, idet der ved alderskorrektionen tages højde for, at der er blevet flere patienter over 60 år. Dette gøres konkret, ved at produktionsværdien for patienter over 60 år vægtes lavere.

Figur 4.17 Udvikling i alderssammensætningen for stationære behandlinger

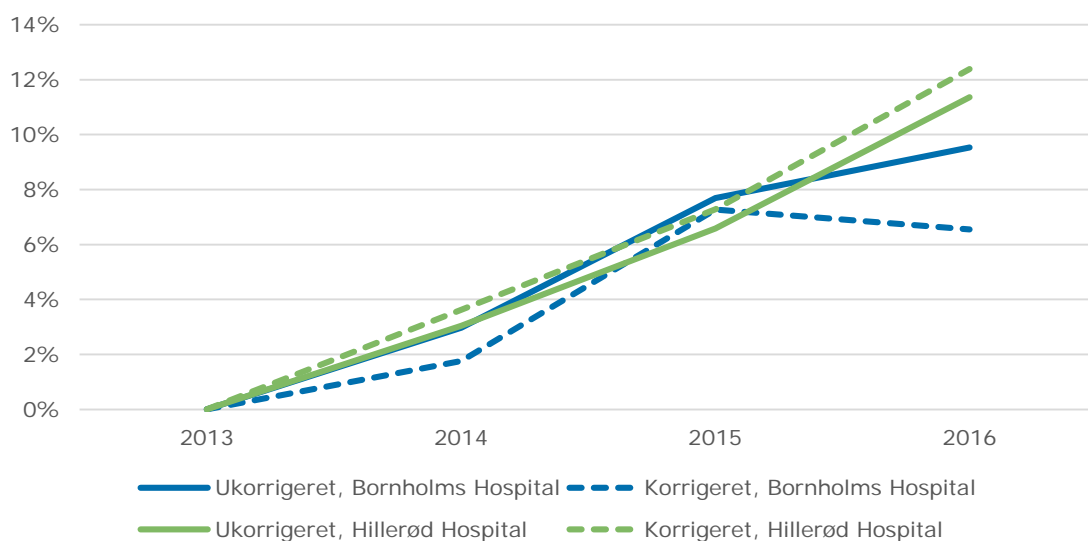


Kilde: Udtræk fra LPR.

¹⁴ Det betyder, at de enkelte indlæggelser i fx 2013 vægtes med en faktor mindre end 1, hvis den pågældende patients alder og køn optræder oftere i 2013 end i 2015, og omvendt vægtes der med en faktor større end 1, hvis den pågældende patients alder og køn optræder sjældnere i 2013 end i 2015.

Af Figur 4.18 fremgår det, at den samlede DRG-værdi for stationære behandlinger på Bornholms Hospital stiger lidt fra 2015 til 2016, når der ikke tages hensyn til ændringen i alderssammensætningen (ukorrigeret graf), mens der ses et fald i den korrigerede kurve, som alene skyldes, at aktiviteten blandt de ældre patienter vægtes lavere, når der alderskorrigeres. Når udviklingen betragtes i forhold til den ukorrigerede kurve, så fremstår knækket på kurven betydelig svagere, hvilket tyder på, at man på Bornholms Hospital ikke har oplevet et fald i produktionen. Grunden til, at den *korrigerede* kurve til gengæld knækker, er, at man kunne forvente, at produktionen ville være steget mere på grund af den ældre patientgruppe i 2016 i forhold til 2015.

Figur 4.18 Den procentvise udvikling i den samlede DRG-værdi for stationære behandlinger. Ukorrigeret og korrigeret for alders- og kønssammensætningen

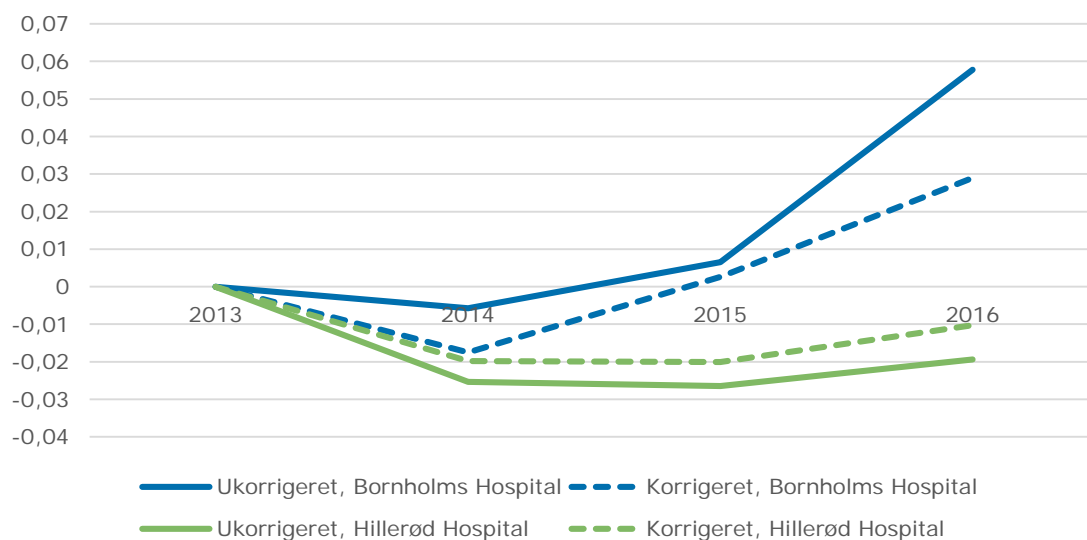


Note: Der anvendes DRG-grupperinger og takster fra takstsystemet for 2015.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Figur 4.19 viser, at stigningen i den gennemsnitlige udgift pr. unik patient fra 2015 til 2016 er væsentlig større for Bornholms Hospital, hvis ikke der korrigeres for alders- og kønssammensætningen. Omvendt er udviklingen på Hillerød Hospital ikke forskellig, alt efter om der korrigeres eller ej, og her ses en væsentlig mindre stigning i den gennemsnitlige udgift pr. unik patient. En del af den udvikling, der er sket i udgiften pr. patient på Bornholms Hospital, kan således tilskrives udviklingen i sammensætningen af patienter, idet patientgrundlaget er blevet ældre.

Figur 4.19 Den procentvise udvikling i den gennemsnitlige udgift pr. unik patient.
Ukorrigeret og korrigeret for alders- og kønssammensætningen



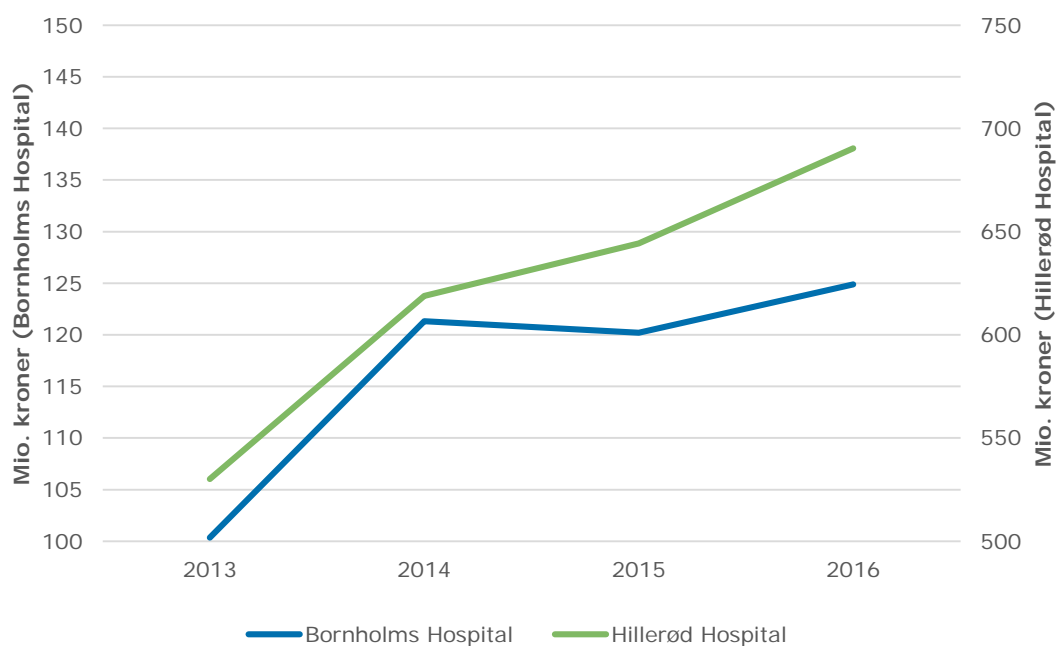
Note: Der anvendes DRG-grupperinger og takster fra 2013.

Kilde: Udtræk fra LPR.

4.1.5 Ambulant behandling

I Figur 4.20 ses udviklingen i den samlede DAGS-værdi for alle ambulante behandlinger på Bornholms og Hillerød Hospital. For begge hospitaler ses den største stigning i perioden fra 2013 til 2014 (omkring 20 %), mens der fra 2014 til 2015 ses et fald på Bornholms Hospital og en mindre vækst på Hillerød Hospital. Fra 2015 til 2016 ses der på begge hospitaler en stigning i den samlede DAGS-værdi på under 10 % (fra 120 til 125 mio. kr. på Bornholms Hospital og fra 645 til 690 mio. kr. på Hillerød Hospital). Produktionsværdien af den ambulante behandling følger således i store træk den samme udvikling på de to hospitaler, og der ses ingen forskel i udviklingen fra 2015 til 2016.

Figur 4.20 Udvikling i den samlede DAGS-værdi for ambulante behandling på Bornholms og Hillerød Hospital

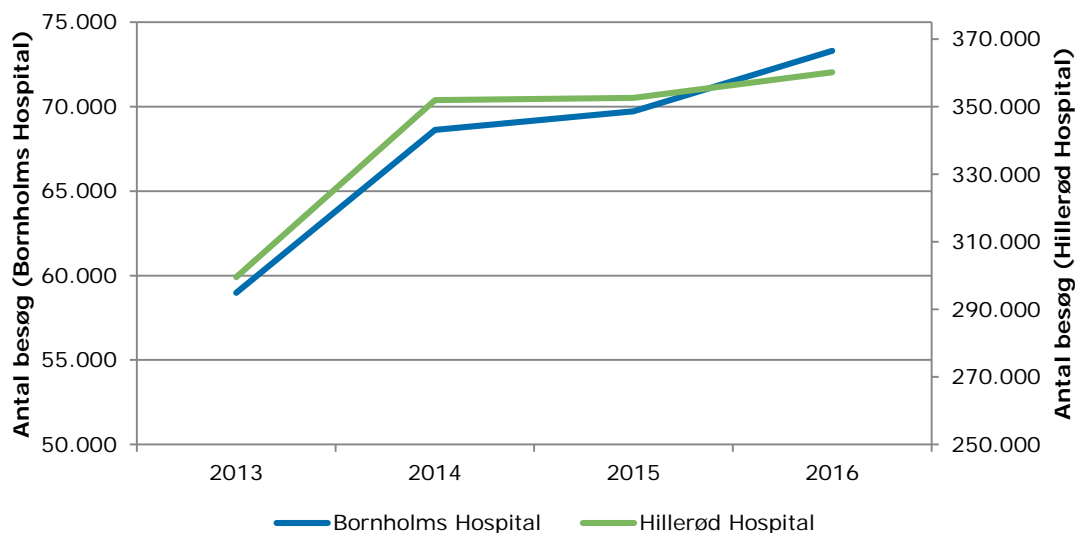


Note: Der anvendes DAGS-grupperinger og takster fra takstsystemet for 2015, og der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen i 2015.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Det samme gør sig gældende, når vi ser på udviklingen i antallet af ambulante besøg (Figur 4.21), som i store træk følger den samlede produktionsværdi.

Figur 4.21 Udvikling i antallet af ambulante besøg

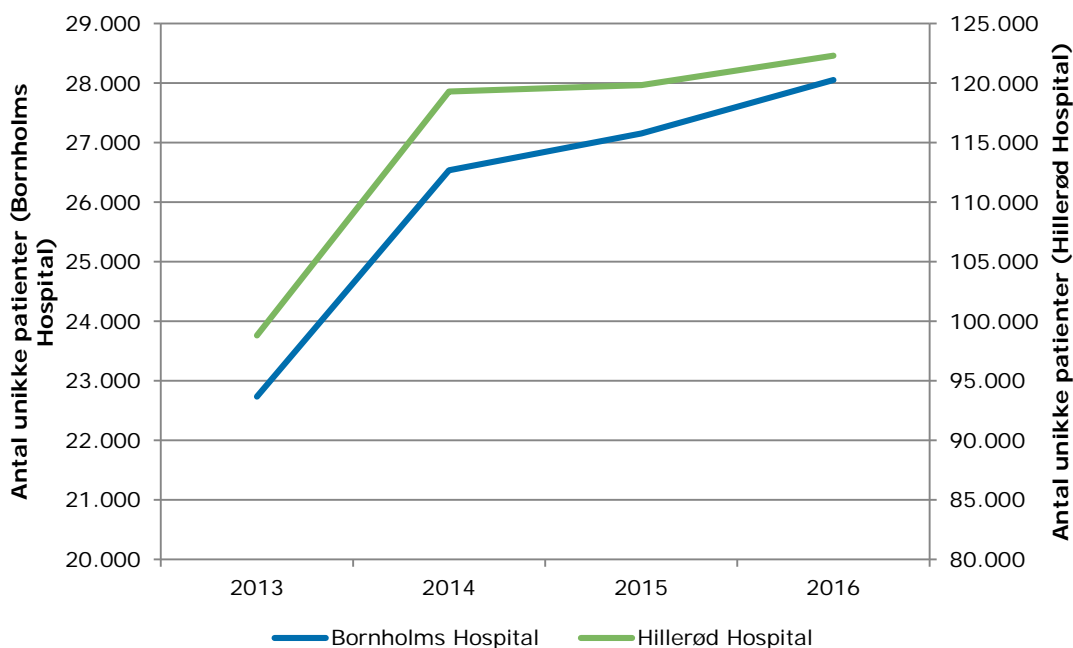


Note: Der anvendes DAGS-grupperinger og takster fra takstsystemet for 2015, og der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen i 2015.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Fra 2015 til 2016 ses der en stigning i antallet af unikke patienter på Bornholm (ca. 3 % mod 2 % på Hillerød Hospital). Stigningen kunne være et tegn på, at nogle patienttyper er flyttet fra en stationær til en ambulante behandling. En anden årsag til fremgangen på det ambulante aktivitetsområde, som Bornholms Hospital selv fremhæver, er, at det er et resultat af opfyldelsen af udredningsretten.

Figur 4.22 Udvikling i antallet af unikke ambulante patienter på Bornholms og Hillerød Hospital, 2013-2016

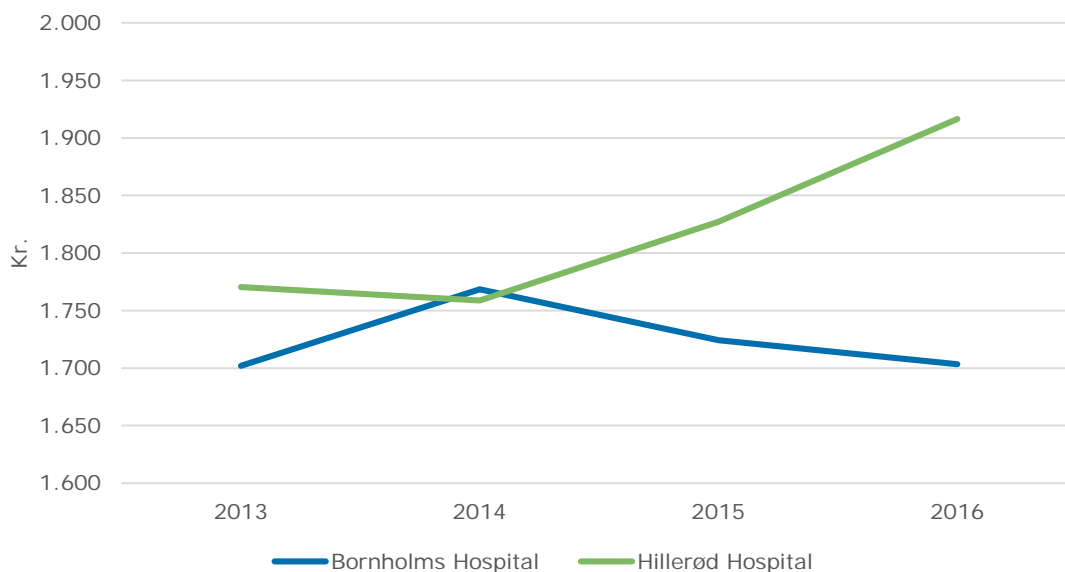


Note: Der anvendes DAGS-grupperinger og takster fra takstsystemet for 2015, og der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen i 2015.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Som det fremgår af Figur 4.23 og Figur 4.24, er udviklingen i produktionsværdien pr. ambulante besøg og pr. unik ambulante patient modsatrettet for de to hospitaler. Således ses et fald fra 2014 til 2016 på Bornholms Hospital, mens der på Hillerød Hospital er sket en stigning. Knækket ses dog allerede i 2014, og det er derfor svært at henføre udviklingen til Bornholms Hospitals fritagelse for aktivitetsafregning i 2016. Desuden er der tale om meget små procentvise ændringer (2 % årligt fald på Bornholms Hospital og 4 % årlig stigning på Hillerød Hospital).

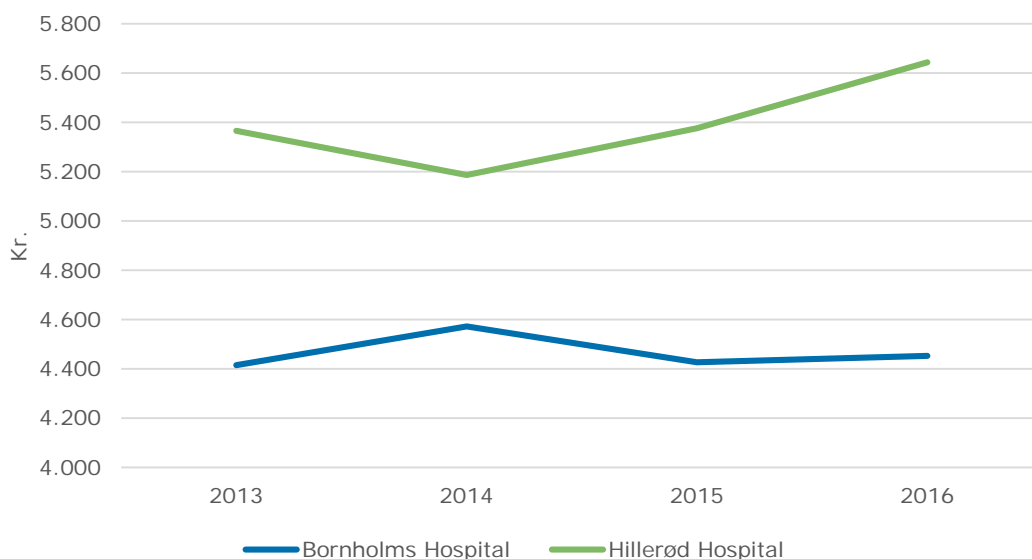
Figur 4.23 Udvikling i produktionsværdi pr. ambulansbesøg på Bornholms og Hillerød Hospital



Note: Der anvendes DAGS-grupperinger og takster fra takstsystemet for 2015, og der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen i 2015.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Figur 4.24 Udvikling i produktionsværdi pr. unik patient med ambulansbesøg på Bornholms og Hillerød Hospital



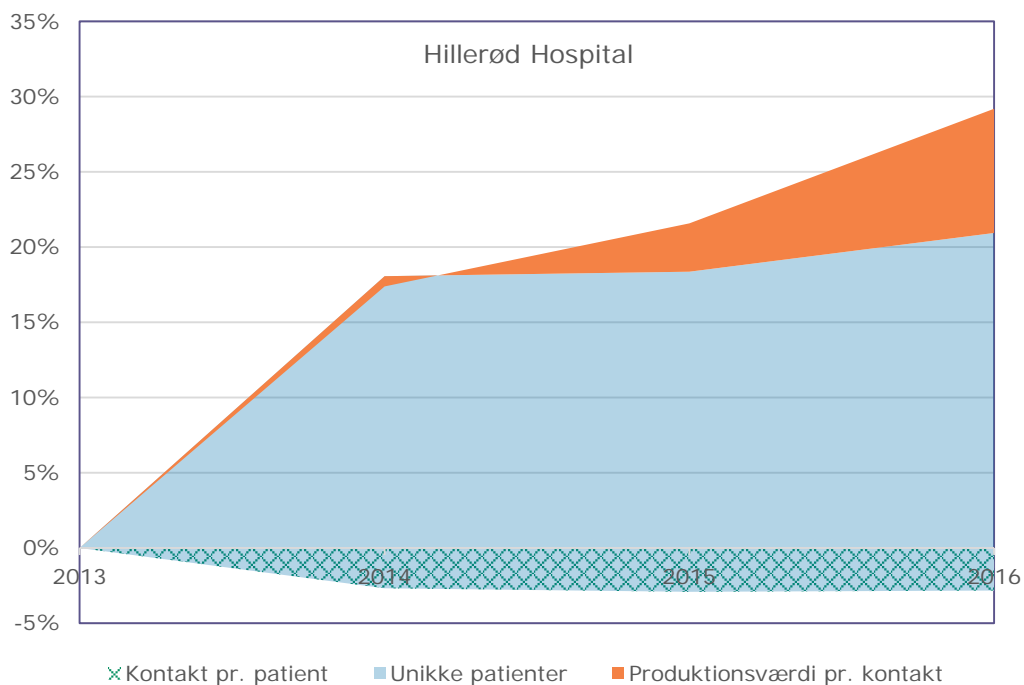
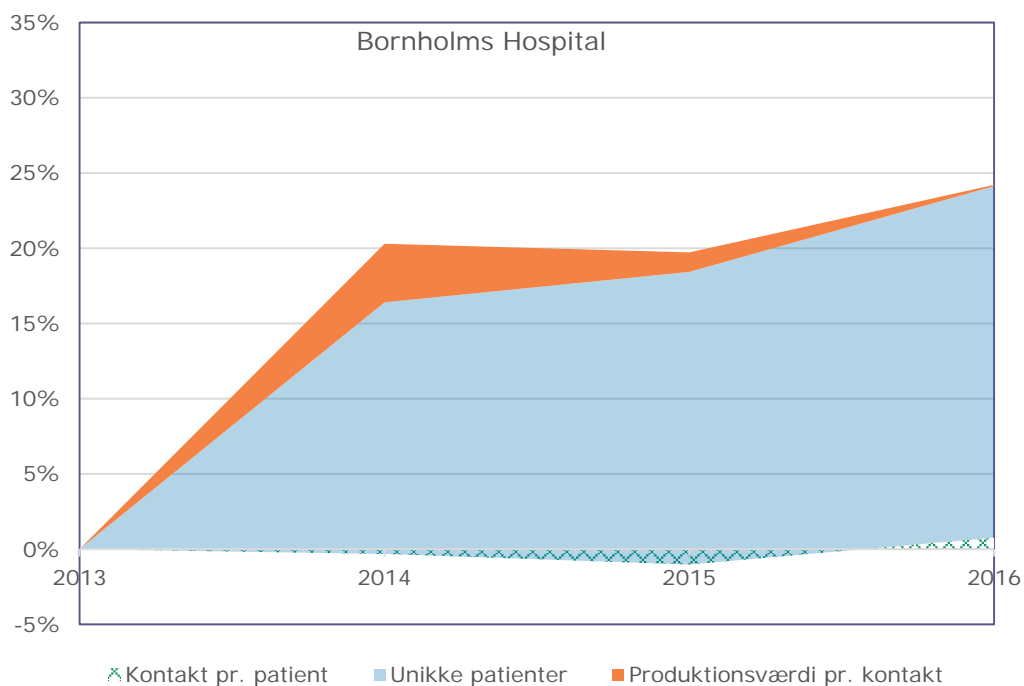
Note: Der anvendes DAGS-grupperinger og takster fra takstsystemet for 2015, og der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen i 2015.

Kilde: Udtræk fra LPR.

Den procentvise aktivitetsudvikling for ambulansbehandling på de to hospitaler er samlet i Figur 4.25. Heraf fremgår det, hvor stor en del af udviklingen der kan tilskrives udviklingen i antallet af patienter, udviklingen i antallet af kontakter pr. patient og udviklingen i produktionsværdien pr. kontakt. Som for de stationære indlæggelser gælder det for begge hospitaler,

at aktivitetsudviklingen først og fremmest drives af udviklingen i antallet af unikke patienter. Af de to kurver fremgår det, at selvom den samlede produktionsværdi er steget fra 2015 til 2016 med nogenlunde samme procentsats på begge hospitaler, så drives stigningen på Bornholms Hospital først og fremmest af en stigning i antallet af unikke patienter, mens stigningen på Hillerød Hospital også drives af en stigning i produktionsværdien pr. indlæggelse. Med andre ord har Hillerød Hospital haft mere aktivitet pr. patient, mens Bornholm har behandlet flere patienter.

Figur 4.25 Aktivitetsudviklingen for ambulante behandlinger på Bornholms og Hillerød Hospital



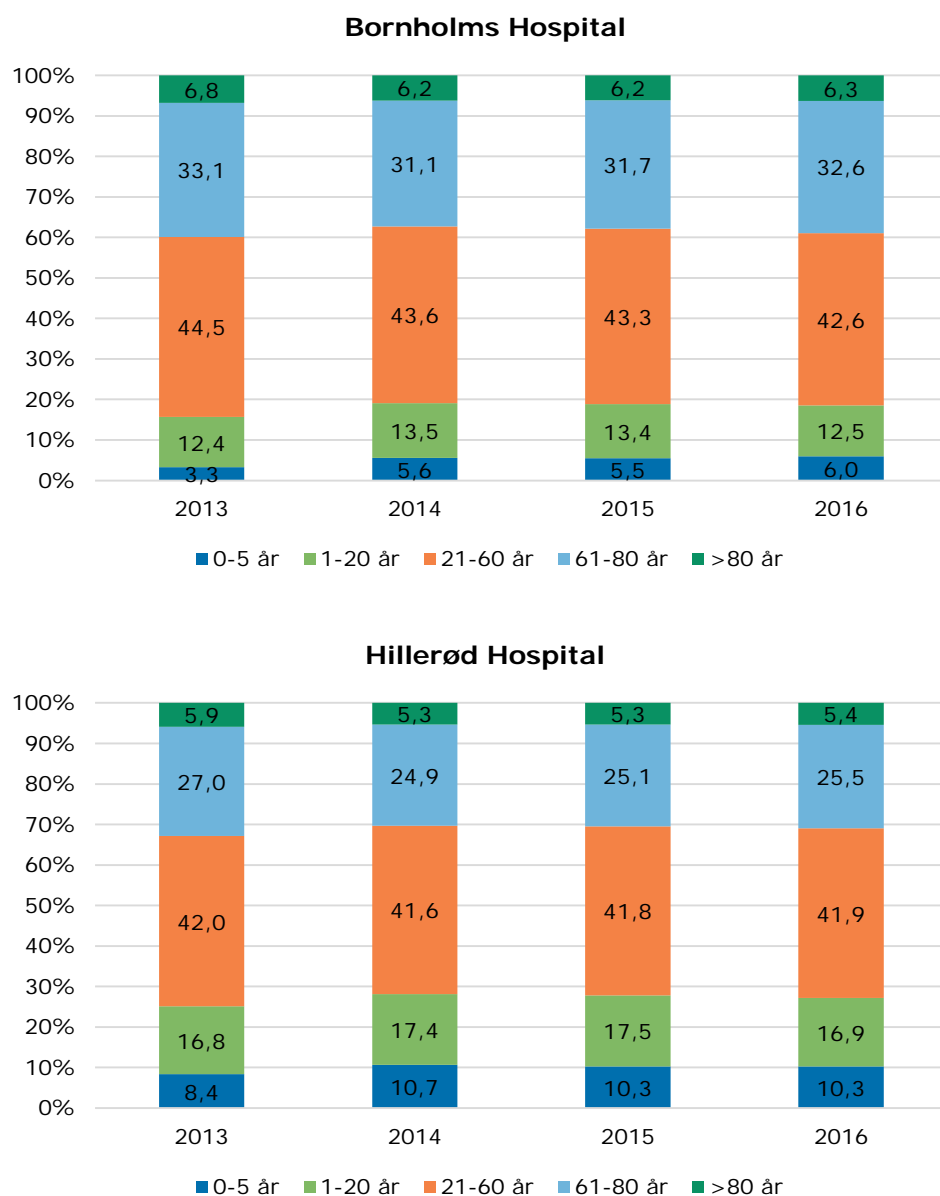
Note: Det blå skraverede område dækker over en negativ udvikling i antallet af kontakter pr. patient, som opvejes af en stigning i antallet af unikke patienter. Der anvendes DAGS-grupperinger og takster fra 2015, og der justeres for ændringer i køns- og alderssammensætningen i forhold til 2015. Stabilede værdier af de procentvise udviklingstal.

Kilde: Udtræk fra LPR.

4.1.6 Betydning af alders- og kønskorrektion i forbindelse med ambulante behandling

Som for de stationære aktivitetstal er alle ambulante aktivitetstal korrigeret for hospitalets sammensætning af patienter med hensyn til alder og køn. Køns- og alderssammensætningen blandt ambulante patienter på de to hospitaler er dog jf. Figur 4.26 stort set uændret i perioden 2013-2016. Det betyder, at de korrigerede aktivitetstal er stort set sammenfaldende med de ukorrigerede tal, og de vises derfor ikke.

Figur 4.26 Udviklingen i alderssammensætningen blandt de ambulante patienter

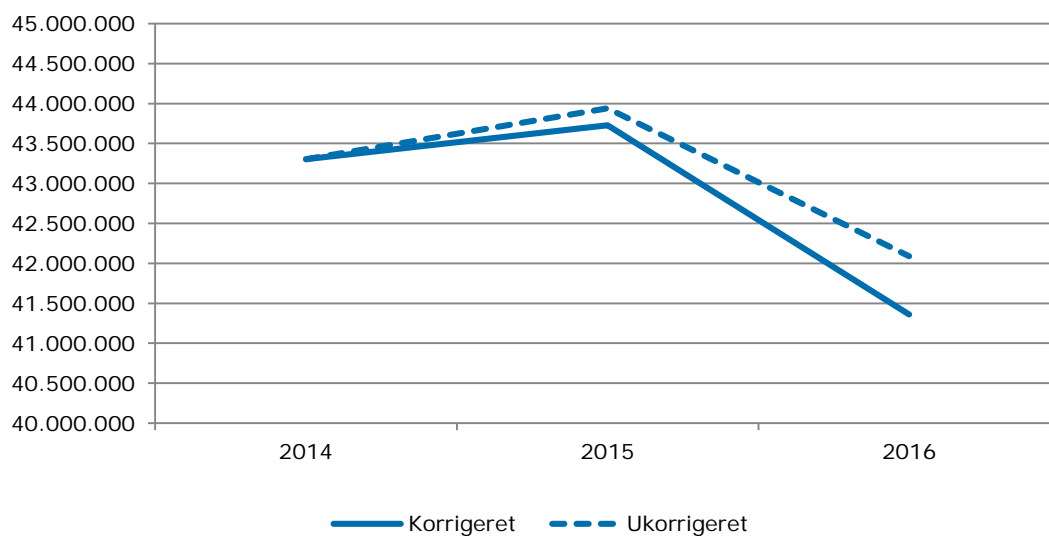


Kilde: Udtræk fra LPR.

4.2 Aktivitet i almen praksis

Formålet med dette afsnit er at sammenholde udviklingen i almen praksis med udviklingen på Bornholms Hospital. På grund af Bornholms placering vil hospitalets patientgrundlag være sammenfaldende med patientgruppen for almen praksis, og det er dermed muligt at undersøge, om der sker en substitution mellem de to sektorer på øen.

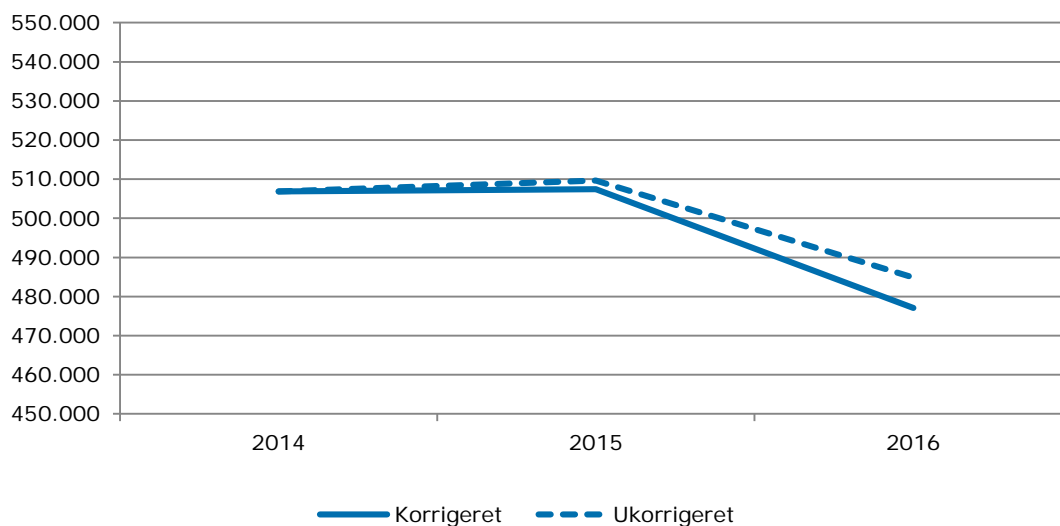
Figur 4.27 Det samlede afregningsbeløb for samtlige almene praksisser på Bornholm. Korrigeret og ukorrigeret for udviklingen i alders- og kønssammensætningen blandt patienterne



Kilde: Sygesikringsregisteret og egne beregninger.

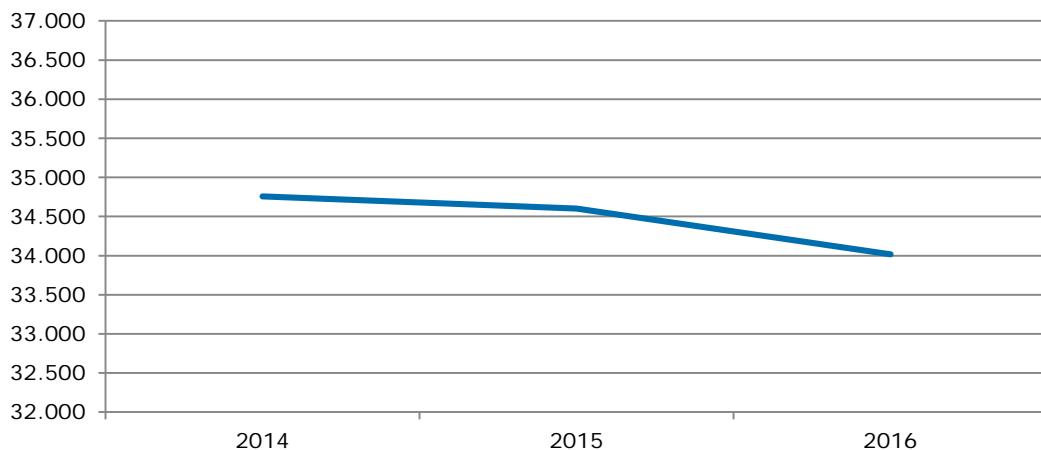
Som det fremgår af Figur 4.27, kan der observeres et fald fra 2015 til 2016 i den samlede produktionsværdi for de private almene praksisser på øen. En del af dette fald skyldes udviklingen i alderssammensætningen blandt patienterne, hvilket ses af, at den ukorrigerede kurve falder knap så kraftigt som den korrigerede kurve fra 2015 til 2016. Dette mønster går igen i forbindelse med antallet af kontakter (Figur 4.28), og knækket ses også ganske svagt i udviklingen af antallet af unikke patienter, som ikke alders- og kønskorrigeres (Figur 4.29).

Figur 4.28 Det samlede antal kontakter til samtlige almene praksisser på Bornholm. Korrigeret og ukorrigeret for udviklingen i alders- og kønssammensætningen blandt patienterne



Kilde: Sygesikringsregisteret og egne beregninger.

Figur 4.29 Det samlede antal unikke patienter i samtlige almene praksisser på Bornholm for årene 2014-2016



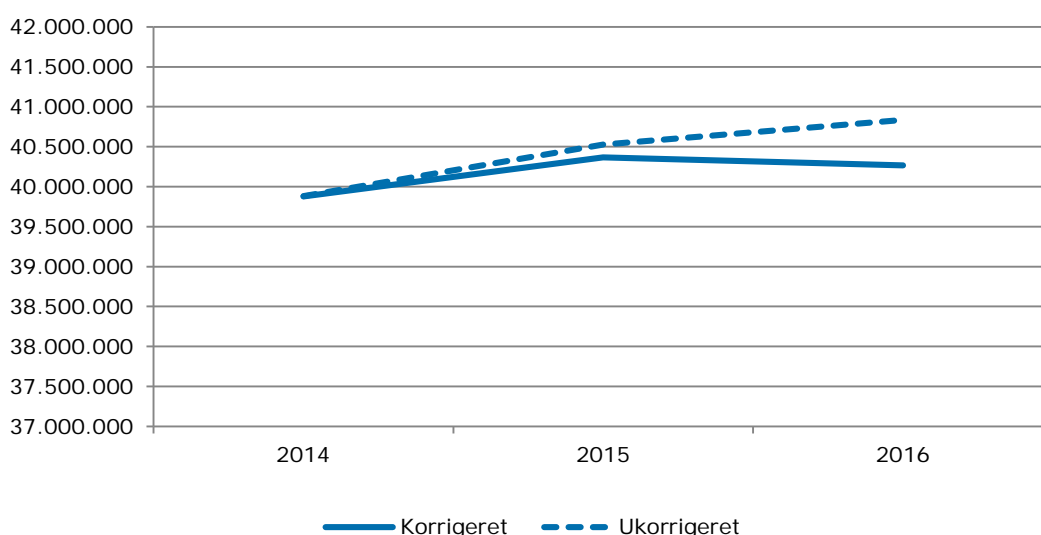
Kilde: Sygesikringsregisteret og egne beregninger.

En del af det observerede fald kan skyldes, at en af de private praksisser på Bornholm lukkede i løbet af 2016. Det betyder, at alle patienter og al aktivitet i denne praksis er overgået til en

af de øvrige praksisser *eller* til regionens Praksisklinik¹⁵. Da vi ikke har afregningstal fra Praksisklinikken, vil al den aktivitet, der er overgået til Praksisklinikken, fremstå som et fald i den samlede aktivitet. For at undersøge betydningen af den lukkede praksis er aktivitetstallene endvidere opgjort uden denne praksis (se Figur 4.30). Det fremgår af denne figur, at den samlede produktionsværdi er steget en smule fra 2015 til 2016, men ikke mere end den stigning, der sås fra 2014 til 2015, og ikke mere, end at det kan forklares med udviklingen i alderssammensætningen. Desuden kan aktiviteten for 2016 være en smule overvurderet, idet nogle af patienterne fra den lukkede praksis vil være overgået til andre private praksisser, og deres aktivitet vil derfor tælle med i 2016.

Alt i alt kan der ikke spores nogen aktivitetsfremgang fra 2015 til 2016 i almen praksis på Bornholm, ud over hvad der kunne forventes. Der er således ikke noget, der tyder på, at nedgangen i produktionsværdien på Bornholms Hospital skyldes, at der er sket en omlægning af aktivitet til almen praksis.

Figur 4.30 Det samlede afregningsbeløb for alle almene praksisser på Bornholm med undtagelse af den lukkede praksis. Korrigeret og ukorrigeret for udviklingen i alders- og kønssammensætningen blandt patienterne



Kilde: Sygesikringsregisteret og egne beregninger.

4.3 Mål for kvalitet

I det følgende suppleres analysen med de nationale mål samt Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

¹⁵ Siden maj 2016 har ca. 2.600 bornholmere været tilknyttet Praksisklinikken på Bornholms Hospital. Praksisklinikken blev etableret, som følge af at Region Hovedstaden ikke kunne få besat to ydernumre, som blev ledige, da to praktiserende læger gik på pension.

4.3.1 Nationale mål

I dette afsnit præsenteres udviklingen fra 2014 til 2016 i nogle af de centrale nationale mål for Bornholms Hospital sammenlignet med Hillerød Hospital. Alle tal er samlet i Tabel 4.2.

Generelt tyder det på, at tallene for 2016 ikke er helt opdaterede, da man for alle fem mål ser et fald fra 2015 til 2016, mens udviklingen er stigende fra 2014 til 2015. Antallet af indlæggelser under 24 timer følger stort set samme udvikling på de to hospitaler, med en svag stigning fra 2014 til 2015 og et lidt større fald fra 2015 til 2016, så niveauet for begge hospitaler for 2016 ligger 8 % under det i 2014. Også antallet af genindlæggelser stiger fra 2014 til 2015, men falder igen fra 2015 til 2016. Den procentvise stigning fra 2014 til 2015 og det procentvise fald fra 2015 til 2016 er dog lidt større for Bornholms Hospital end for Hillerød Hospital (16 % og 17 % i forhold til 3 % og 12 %), men ikke noget, der peger på en markant ændring fra 2015 til 2016. For antallet af forebyggelige indlæggelser ses også først en stigning og så et fald. Her er det procentvise udsving dog betydeligt større for Bornholms Hospital.

Alt i alt er der ikke noget, der tyder på, at der er sket en udvikling i nogen af de nationale mål på baggrund af Bornholms Hospitals fritagelse fra aktivitetsafregning.

Tabel 4.2 Udviklingen i de nationale mål

		Bornholms Hospital		Hillerød Hospital	
		Antal	%-udvikling	Antal	%-udvikling
Indlæggelser under 24 timer	2014	7.342	0 %	56.804	0 %
	2015	7.695	5 %	57.781	2 %
	2016	6.776	-8 %	52.336	-8 %
Genindlæggelser	2014	970	0 %	7.187	0 %
	2015	1.122	16 %	7.395	3 %
	2016	933	-4 %	6.527	-9 %
Forebyggelige genindlæggelser	2014	106	0 %	914	0 %
	2015	156	47 %	986	8 %
	2016	111	5 %	831	-9 %
Færdigbehandlingsdage	2014	4	0 %	2.069	0 %
	2015	48	1.100 %	1.930	-7 %
	2016	27	575 %	1.667	-19 %
Genoptræningsplaner	2014	1.384	0 %	7.245	0 %
	2015	1.297	-6 %	7.635	5 %
	2016	409	-70 %	3.350	-54 %

4.3.2 Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

Som et sidste opmærksomhedspunkt præsenteres udviklingen i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser for at se, om patienter på Bornholms Hospital har en ændret oplevelse af kontakten med hospitalet i forbindelse med hospitalets fritagelse fra aktivitetsafregning. Udviklingen i disse mål sammenlignes med udviklingen for Nordsjællands Hospital.¹⁶

¹⁶ LUP-opgørelsen findes kun for Nordsjællands Hospital samlet, hvilket består af Hillerød Hospital og Frederikssund Hospital.

Generelt ses det, at patienter på Bornholms Hospital har en anelse mere positiv oplevelse af akutte indlæggelser (Bilagsfigur 4.2) og en anelse mindre positiv oplevelse ved planlagte indlæggelser (Bilagsfigur 4.4) end patienter på Nordsjællands Hospital, mens de to hospitaler opnår stor set samme patienttilfredshed for de ambulante besøg (Bilagsfigur 4.3).

I forhold til udviklingen i patientoplevelsen ligger de gennemsnitlige opgørelser stabilt på tværs af alle spørgsmål, og der ses således ingen tegn på en ændring i udviklingen fra 2015 til 2016.

4.4 Delkonklusion

Den kvantitative analyse viser, at der i 2016 er sket en opbremsning i aktiviteten på Bornholms Hospital, hvorimod der på Hillerød Hospital ses en fortsat vækst i aktiviteten.

Når vi kigger på, hvad der konkret er sket af ændringer i aktiviteten på Bornholms Hospital, ses det, at der er sket en reduktion i produktionsværdien for akutte stationære behandlinger, mens der er sket en stigning i den elektive stationære og ambulante behandling. Resultaterne viser endvidere, at antallet af unikke cpr-numre er faldet med hensyn til stationære behandlinger på Bornholms Hospital, mens det er steget med hensyn til ambulante behandlinger. Dette kunne umiddelbart være en indikation af, at nogle behandlinger er ændret fra at være stationære til at være ambulante. Denne hypotese bekræftes imidlertid ikke af Bornholms Hospital selv, jf. kapitel 5. Samtidig ses en stigning i antallet af unikke ambulante patienter, mens produktionsværdien pr. ambulante besøg faldt fra 2015 til 2016 på Bornholms Hospital (en tendens, der også ses for 2015). Det skal i den sammenhæng nævnes, at produktionsværdien pr. ambulante besøg fra 2014 til 2016 har været jævnt stigende på Hillerød Hospital.

Eftersom udviklingen sker i den forventede retning, jf. hypotesen om betydningen af aktivitetsafregning, og sker i perioden 2015-2016, så er det nærliggende at tilskrive de ændrede økonomiske rammevilkår en betydning. En anden nærliggende forklaring på en del af den observerede stagnation i produktionen på Bornholms Hospital kan imidlertid være, at der er sket ændringer i registreringspraksis – hvilket til dels antydes i den kvalitative analyse. Der ses imidlertid kun faldende produktivitet pr. ambulante besøg og ikke for de stationære behandlinger. Endvidere gør fordelingen mellem de faktorer, der har betydning for faldet i den samlede produktionsværdi, det dog mindre sandsynligt, at det observerede knæk i produktiviteten skyldes ændringer i registreringsproceduren, idet faldet i antallet af unikke stationære patienter primært synes at drive produktionsfaldet.

Når den køns- og aldersstandardiserede aktivitet på Bornholms Hospital sammenholdes med den køns- og aldersstandardiserede aktivitet på Hillerød Hospital, sker der en klar ændring fra 2015 til 2016 på Bornholms Hospital, mens udviklingen er knap så markant, når der ikke foretages standardisering. Dette skyldes den demografiske situation på Bornholm, hvor der i disse år sker en større aldring af befolkningen end i området omkring Hillerød. I det omfang hospitalerne ikke bliver kompenseret for en ændret aldersprofil i deres budgetter, vil budgetoverholdelse presse afdelingerne til lavere aktivitetsvækst end deres demografiske udvikling tilskriver, fx via rationering og prioritering. Derfor er det muligt, at den observerede lavere aktivitetsvækst på Bornholms Hospital efter den ændrede styreform delvist skyldes, at budgettet ikke fuldt ud tager højde for den ændrede alderssammensætning på Bornholm. I årene op til den ændrede styreform har den køns- og aldersstandardiserede aktivitet på Bornholms Hospital fulgt den tilsvarende udvikling på Hillerød Hospital, hvorfor vi vurderer, at de standardiserede data er de mest retvisende for sammenligningen mellem Bornholms og Hillerød Hospital.

Der ses ingen tegn på ændring i udviklingen af patientoplevelse, nationale mål eller aktiviteten i almen praksis i 2016 på Bornholms Hospital som følge af de ændrede økonomiske rammevilkår.

5 Betydningen af en ny økonomisk styringsmodel

Dette kapitel præsenterer analysen af de kvalitative interview. Kapitlet indledes med de muligheder, som ifølge afdelingslederne på Bornholms Hospital kan opstå som følge af fritagelsen fra aktivitetsafregning. Herefter følger de udfordringer, som i det første år har påvirket det aftryk, som Udviklingshospital Bornholm har kunnet sætte i organisationen, herunder den fortsatte prægning fra den sædvanlige aktivitetsafregning, andre samtidige udviklingsprojekter i perioden og den valgte organisering af udviklingshospitalet. Denne udvikling og de udfordringer, som afdelingslederne på Bornholms Hospital fremstillede, perspektiveres med udsagn fra afdelingsledelsen fra Hillerød Hospital om betydningen af takststyring. Interviewene blev foretaget forud for analysen af aktivitets- og kvalitetsdata præsenteret i kapitel 4, og afdelingslederne har ikke haft mulighed for at forholde sig til disse resultater i interviewene. Interviewene er et udtryk for afdelingsledernes vurdering af, hvordan Udviklingshospital Bornholm havde bidraget til forandring på interviewtidspunkt.

5.1 En ramme for nytænkning

I interviewene blev afdelingslederne bl.a. spurgt om deres vurdering af effekten af udviklingshospitalet efter det første år. Her var den gennemgående vurdering, at det var for tidligt at spore egentlige forandringer i arbejdsgange, patientbehandling m.m. som følge af udviklingshospitalet efter det første år. Vurderingen var, at der muligvis ville være mindre stigninger at spore i ambulante konsultationer og telefonkonsultationer, men de forventede ikke de større udsving i aktiviteten sammenlignet med året før.

Afdelingslederne fremhævede dog, at de grundlæggende synes, at det er fornuftige tanker, som ligger bag både værdibaseret styring og de delprojekter, som er defineret i regi af Udviklingshospital Bornholm. Samtidig er det tanker, som er sammenfaldende med nogle mindre tiltag, som nogle afdelinger allerede er i gang med, fx telefonkonsultationer i Medicinsk Ambulatorium, enestuer og åbent ambulatorie på fødeafdelingen og træning rettet mod patientens egne mål i ergo- og fysioterapiafdelingen.

For mange år siden begyndte vi at samle tingene, journalskrivning, tilsyn, blodprøver, på en dag, så vi har allerede pakket de her ting. Hvor man andre steder måske har spekuleret i at have fire enkeltbesøg, for så var taksten højere. Vi har haft de drøftelser i nogle år for at tilbyde patienten et bedre forløb. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Udviklingshospitalet bryder altså ikke umiddelbart med afdelingsledernes egne ideer om, hvad det vil sige at drive sygehuset på en fornuftig måde. De vurderede dog, at Udviklingshospital Bornholm og specifikt fritagelsen fra takststyring udgør en ramme for nytænkning og på sigt forandring, idet den midlertidige eliminering af aktivitet som styringsmål har medført en refleksion over, hvad man så kan sætte i stedet. Ligeledes beskriver afdelingslederne, at den reducerede økonomiske betydning af aktivitet har medført en større åbenhed over for tværfaglige og tværsektorielle løsninger og samarbejder.

5.1.1 En anledning til at drøfte alternative styringsmål

Blandt de interviewede afdelingsledere på Bornholms Hospital var der, som nævnt, grundlæggende opbakning til Udviklingshospital Bornholm og til opgøret med aktivitet som det vigtigste og eneste mål, som var koblet til driftsbudgettet. Som en afdelingsleder formulerede det, så er det et spændende spørgsmål, om man med udviklingshospitalet kan tage skridt i retning af andre styringsmodeller, som er motiverende på samme måde, som aktivitetsafregningen er blevet det. I tilknytning hertil reflekterede afdelingslederne over, hvorvidt takststyring har ført til et fokus på, hvilken aktivitet der bedst kan betale sig. Der er i interviewene en tendens til, at afdelingsledere fra afdelinger med mange akutte opgaver (fra både Hillerød og Bornholms Hospital) gav udtryk for, at aktivitetsafregning prægede aktiviteten mindre end i afdelinger med mange elektive opgaver, hvor efterspørgslen efter ydelser i højere grad kan styres. Der var dog i begge typer af afdelinger en erkendelse af, at der er blevet brugt tid og kræfter på at registrere rigtigt med henblik på at nå de respektive afdelingers aktivitetsmål:

Har man nu husket alle diagnoser, og har man husket den dyreste diagnose? Alle de der ting med, hvordan vi fik vores DRG-penge ind, hvordan vi registrerede patienterne (...). Og det der med, hvad der bedst kan betale sig, har været inde over, og det er vi fritaget for nu. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Fokus på aktivitet bliver altså let en administrativ øvelse, og det kan være svært at argumentere for, at det kommer den enkelte patient til gode.

I Udviklingshospital Bornholm fremgår aktivitet fortsat som et mål, fx i delprojekt 1, som omhandler fælles og fleksible ambulatorier, og delprojekt 2, som omhandler muligheden for at indføre akutte ambulatorietider som erstatning for indlæggelser. Her handler det dog ikke om, hvorvidt hospitalet og afdelingerne lever op til gældende aktivitetsniveauer, men om, hvilke patienter der skal modtage en ydelse fra hospitalet, og hvilke og hvor mange ydelser de skal modtage. Aktivitet handler altså i denne sammenhæng om smartere eller mere velovervejet aktivitet frem for volumen som et mål i sig selv. Flere af afdelingslederne vurderede dog også, at det er en reel nødvendighed at definere nye mål, som kan motivere og fastholde organisationen på den kurs, som man ønsker, hvis man holder fast i, at aktivitet ikke længere skal være det primære mål:

Ud af det her projekt kan der opstå en læring i forhold til, hvordan man kan tænke sygehusdrift (...) – at man kan have andre styringsredskaber, som skaber fremdrift i store organisationer. Jeg ved ikke, hvad det skal være. Menneskets natur kræver en gulerod. Der er et eller andet konkurrenceelement, der skal vækkes, så risikoen for status quo ikke bliver for stor. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Nogle afdelingsledere gav udtryk for en bekymring for, at fritagelse fra aktivitetsstyring nemt kan blive en sovepude, hvor aktiviteten daler, fordi det ikke længere er et mål at styre efter. Det er naturligvis ikke nødvendigvis et problem i sig selv, at aktiviteten daler – det kan tværtimod være et mål i sig selv – men der er blandt afdelingslederne et ønske om, at aktivitetsændringer skal være udtryk for en bevidst strategi. Samtidig er der en bekymring for, om man senere hen vil blive stillet til regnskab for et eventuelt fald i aktivitet. Heraf følger således et behov for at sandsynliggøre, at der er skabt værdi for patienten på anden vis (se mere om denne problemstilling i afsnit 5.2).

Fritagelsen fra takststyringsmodellen har således givet anledning til overvejelser om, hvorvidt der er andre mål, der er værdifulde at efterstræbe i stedet for eller som supplement til aktivitet. Her viser interviewene, at det fortsat er et åbent spørgsmål, hvad sådanne alternative mål skal være – på trods af at "værdi for patienterne" flere gange blev gentaget i interviewene som det

tilsyneladende fælles mål, som alle stræber efter inden for rammerne af Udviklingshospital Bornholm¹⁷. Ud fra interviewene samt det skriftlige materiale i tilknytning til Udviklingshospital Bornholm¹⁸ kan der identificeres mindst tre versioner af "værdi for patienterne":

- *Brugerinddragelse*: fokus på det, patienten ønsker, og på, at patienten kan bidrage til at træffe valg
- *Service*: fokus på modtagelse, forplejning, indbydende fysiske rammer og veltilrettelagte patientforløb
- *Behandlingskvalitet*: fokus på at gøre det, som fagligt set er det rigtige og giver det største udbytte.

Samtidig giver friheden til at tænke i nye mål også anledning til overvejelser om, hvordan man fremskaffer data, der kan belyse disse mål og sikre den ønskede forandring i afdelingerne. De tre versioner af "værdi for patienterne" – som i øvrigt ikke skal forveksles med det værdibegreb, som er defineret af Michael E. Porter (afsnit 2.1) – samt tilknyttede udfordringer med at måle eller på anden måde praktisere dem udfoldes nedenfor.

Brugerinddragelse som mål

Brugerinddragelse er en værdi, som fylder meget i det skriftlige materiale om de otte delprojekter samt i de indledende aktiviteter som optakt til den endelige udpegning af delprojekter. Som beskrevet i afsnit 2.1 er brugerinddragelse et vigtigt element i Udviklingshospital Bornholm, og i delprojekt 4 (PRO-data – selvrapporterede helbredsoplysninger) er det et mål i sig selv, at patienter og pårørende både får relevant information og får mulighed for at give udtryk for, hvad der er vigtigt for dem, og deltage i beslutninger vedrørende egen behandling og målet for egen behandling. Under interviewene med afdelingsledelserne blev brugerinddragelse også beskrevet som en rigtig vej at gå. Det var dog karakteristisk for afdelingslederne, at de også var optagede af, hvordan man omsætter en intention om mere brugerinddragelse til noget, man kan måle på, fx i form af PRO-data, og hvordan man imødekommer, at patienternes ønsker til behandlingen potentielt kan stå i modsætning til de kliniske medarbejders faglige vurdering:

Tilfredsstillelsen, (...) det er det, vi skal spille på hos lægerne. Prøv at høre: Det er bedre, at patienterne synes, de har et bedre resultat ved behandling end ved ikke at blive behandlet, og så ser vi om de bliver tilfredse. Men hvordan måler vi det? Det er ikke let. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Desuden forudså nogle afdelingsledere, at det kunne blive en udfordring for medarbejderne at kommunikere patientens valgmuligheder på en måde, så patienterne bliver givet et reelt valg.

Service som mål

Service fremgik også som en værdi, der handler om den måde, patienter modtages på, hvorvidt der tages individuelle hensyn i patientforløbet, hvordan man fremmer oplevelsen af et godt ophold på hospitalet, herunder fysiske rammer og forplejningen. Vigtigheden heraf fremhæves bl.a. i den organisationsanalyse, der er lavet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse efter Planetree-modellen (Region Hovedstaden 2016a). Dette blev også fulgt op under interviewene blandt direktion og afdelingsledelser.

¹⁷ Dette nævnes også i projektgrundlaget for Udviklingshospital Bornholm, hvor der i indledningen står: "Den måde, vi vil organisere os på, og den måde, vi møder og inddrager patienter og deres pårørende på, er fokuseret på at skabe værdi for patienten" (Region Hovedstaden 2016b, s. 2) (forfatters understregning).

¹⁸ Projektgrundlaget (Region Hovedstaden 2016b), organisationsanalysen (Region Hovedstaden 2016a) og delprojektbeskrivelserne.

[V]i er en serviceinstitution. Vi skal se os selv som et stort hotel. Den imødekommenhed (...), når du kommer ind et sted og siger 'wauw, det var godt'. At man ved, nogen kan svare på spørgsmål og sørger for at være omkring en. De værdier, som ligger i 'Ventet & Velkommen'¹⁹. (Afdelingsledelse, Bornholms Hospital)

Som det fremgår nedenfor, så er det dog også en værdi, som bliver udfordret, fordi den blandt de kliniske medarbejdere kan anses for at være en laverestående værdi sammenlignet med et mål om korrekt og effektiv behandling. Samtidig volder dette mål problemer i delprojekterne, fordi betydningen af bedre fysiske rammer, letforståelig skiltning og medarbejderes evne til at være imødekommende, lyttende og kommunikerende er svær at måle på.

Behandlingskvalitet

Afdelingslederne fremlagde ikke direkte en holdning om behandlingskvalitet som et mål, men gav derimod andenhåndsbeskrivelser af medarbejderes reaktioner på udviklingshospitalet og de delprojekter, som er defineret. Ifølge informanterne har nogle medarbejdere reageret på, at værdi forstået som service fylder uforholdsmæssigt meget i udviklingshospitalet. Det er ikke som sådan en reaktion mod det, som bliver kaldt "artefakterne", dvs. de fysiske og synlige rammer – fx i og omkring receptionen og venteområderne – men mere en reaktion på fraværet af fokus på kvaliteten af de faglige ydelser, som skal leveres:

Er det værdi for patienterne, at de bliver mødt herude og budt velkommen, men kommer ud med et ben, der er sat forkert sammen? Eller er det værdi, at man bliver budt velkommen, og det hele klapper, og kvaliteten også er i orden? Mange, måske især på specialafdelingerne, har det jo nok sådan, at det er fint nok med alle de her artefakter, som patienterne kan se og reagere på, men det, de giver udtryk for til stormøder, er: 'Er det kvalitet? Hvordan kan vi måle det med, om kvaliteten faktisk er i orden? Hvor kan man se det i udviklingshospitalet?'. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Specifikt nævnes fraværet af fokus på, hvorvidt afdelingerne er i stand til at færdiggøre patienterne, og om de bliver genindlagt, og de kvalitetsmål, som afdelingerne indberetter til kliniske databaser er ligeledes fraværende i udviklingshospitalet. Argumentet for at inddrage behandlingskvalitet som værdi er imidlertid ikke bare at sikre patienten den bedste mulige behandling, men også at engagere medarbejdere ved at tage udgangspunkt i det, som de brænder for²⁰. Som en afdelingsleder formulerede det, så skal udviklingshospitalet gerne være mere end "bare noget nyt, vi skal gøre", og henviser til den "projektræthed", der kan opstå, når udviklingsprojekterne for de kliniske medarbejdere fremstår meningsløse og som noget, der primært skal bare skal overstås.

Der er i det ovenstående tale om forskellige typer af målsætninger, som beskrives og gives forskellig vægt både i interviewene og i det skriftlige materiale. Aktivitet som værdi i sig selv er ikke elimineret, men der er en generel erkendelse af, at det ikke nødvendigvis er det bedste mål, hvis man skal afgøre om patienter har fået den rette behandling. Aktivitet som værdi har dog fået et andet fokus, idet der er en bevidsthed om, at der skal differentieres mellem aktiviteter, der er værdifulde og meningsfulde, og aktiviteter, der ikke er. De forskellige versioner

¹⁹ "Ventet & Velkommen" er et af de fem strategiske indsatsområder i Region Hovedstadens strategi "Fokus & Forenkling". Målet med "Ventet & Velkommen" er "at understøtte et sammenhængende, helhedsorienteret og effektivt behandlingsforløb samt skabe gode rammer og vilkår for patienter og medarbejdere og derigennem bidrage til patient- og medarbejdertilfredsheden" (Region Hovedstaden 2017). Herunder hører bl.a. mål om klar kommunikation, behagelige og trygge fysiske rammer og patienters og pårørendes oplevelse af at være godt oplyst under behandlingsforløbet.

²⁰ Det skal understreges, at der ikke er foretaget interview med medarbejdere på Bornholms Hospital, og at det derfor er afdelingsledelsens gengivelse og fortolkning af nogle medarbejderes tilbagemeldinger. I evalueringens næste faser inddrages medarbejderne direkte, hvorved det også bliver muligt at undersøge, om forskellige personalegrupper lader sig motivere af forskellige typer af værdi.

af "værdi for patienten", som i øvrigt ikke er unikke for Bornholms Hospital eller Udviklingshospital Bornholm, lader til at have eksisteret side om side i det første år af projektperioden, og interviewene indikerede også, at disse værdier i nogle tilfælde brydes og udfordrer hinanden med hensyn til deres indbyrdes hierarki. Nogle grupper på hospitalet giver udtryk for at savne en prioritering af den faglige kvalitet, hvor andre problematiserer, at medarbejdere skal lære at agere i situationer, hvor patienters præferencer skal vægtes lige så højt som deres faglige skøn. Udviklingshospital Bornholm har således givet anledning til en debat om de overordnede målsætninger for hospitalet, men der er tale om en debat, som foregår i et spænd mellem velkendte mål og procedurer på den ene side og forskellige bud på alternative mål, hvis anvendelse i styrings- og ledelsessammenhæng endnu er meget abstrakt, på den anden side. Aktivitet ligger fortsat lige for at måle, hvorimod det fortsat skal afklares, hvordan man praktisk måler fx, om patienter inddrages, og hvordan de oplever udbyttet af den behandling, de har fået. Der er således et forestående arbejde med at afklare, hvilke mål man skal efterstræbe, og hvordan man måler og anvender disse mål, samtidig med at der skeles til, hvordan forskellige medarbejdergrupper forventes at modtage de forskellige mål.

5.1.2 Nye muligheder for samarbejde på tværs

Ud over at Udviklingshospital Bornholm blev beskrevet som en anledning til at drøfte nye styringsmål på hospitalet, så beskrev afdelingslederne fra Bornholms Hospital også en oplevelse af, at nye ideer modtages mere åbent og ikke fejles af bordet med det samme. Udviklingshospitalet bliver præsenteret som en ramme, hvor det er muligt at lege med ideer om nye måder at organisere patientforløb på, fordi de økonomiske incitament, der knytter sig til aktivitetsafregning, er taget ud af ligningen i en periode. Som en del af delprojektet om nye visitationsformer for akutte patienter (delprojekt 2) er man fx blevet opmærksom på kateterpatienter, som bliver indlagt, fordi deres kateter er stoppet. Det er indlæggelser, som er unødige, og hvor hospitalet i samarbejde med Bornholms Regionskommune er ved at afsøge mulighederne for at reducere denne type af indlæggelser:

Kunne man gøre noget for at indføre undervisning og kompetenceudvikling, så de ikke behøver flytte Jensen rundt på landevejene? Eller kunne man have en udgående funktion i akutmodtagelsen eller i et ambulatorie, der kunne tage sig af det, inden det blev et problem, så man ikke behøvede at få symptomer på, at kateteret er stoppet? Så der ligger nogle muligheder i måden, vi taler om det på (...) Så udviklingshospitalet muliggør måske noget arbejde over sektorer, som ikke er så begrænset på sektorernes økonomi. Det er den måde, vi tænker om det på, og den måde, hvorpå vi som ledere kan have det med i vores udviklingsarbejde. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Vurderingen fra flere af afdelingslederne var således, at hospitalet potentielt er mindre begrænset af økonomiske spørgsmål ved sektorovergange. Derfor er tiltag som udgående team og konvertering af indlæggelser via akutmodtagelsen til flere akutte ambulatorietider en mulighed på en anden måde end ved sædvanlig aktivitetsafregning. På samme måde beskrev flere afdelingsledere, at de havde en forventning om, at det reducerede behov for at fokusere på aktivitet var grundlag for et bedre samarbejde på tværs af specialerne og afdelingerne. Behovet for at diskutere, hvilke organisatoriske enheder der bidrager til aktivitetsbudgettet, var også reduceret. Dette kan imidlertid også hænge sammen med etableringen af den nye akutmodtagelse og de fælles observationssenge, som har tvunget afdelingerne til at arbejde sammen på en ny måde.

Det er desuden væsentligt, som det allerede er beskrevet, at afdelingslederne ikke vurderede, at fritagelsen fra aktivitetsafregning havde givet anledning til egentlige forandringer i aktiviteten i det første år. Selvom disse kvalitative vurderinger ikke er velegnede til at afgøre det reelle omfang af ændringer (eller mangel på samme), så indikerer de dog, at udviklingshospitalets potentiale som ramme for forandring er én ting, mens udnyttelsen af denne ramme er en anden. Samtidig dækker denne devaluering kun det første år, hvoraf meget tid er gået med at definere det overordnede projektprogram og de enkelte delprojekter, hvorfor meget store ændringer formentlig er urealistiske. De følgende afsnit handler om de udfordringer og dilemmaer, som også har præget udviklingshospitalets første år, og som kan bidrage til at forklare og nuancere det tilsyneladende paradoks, hvor afdelingslederne på den ene side tilslutter sig de overordnede målsætninger for Udviklingshospital Bornholm og på den anden side beskriver en tilbageholdenhed i forhold til at udnytte de muligheder, som de selv beskriver inden for denne ramme.

5.2 Aktivitetsafregning som en fortsat skygge

På baggrund af ovenstående lader det til, at Udviklingshospital Bornholm med fritagelsen fra aktivitetsafregning har bidraget til en oplevelse af et andet handlerum og nødvendiggjort en stillingtagen til, hvad man ønsker at styre efter som erstatning for aktivitet og dermed potentielt en stillingtagen til ændrede modeller for styring og ledelse på hospitalet. Dog kan afdelingslederne ikke fuldstændigt bekræfte hypotesen om, at fritagelsen fra aktivitetsafregning fører til aktivitetsændringer. Af interviewene fremgik flere forklaringer på den manglende forankring af Udviklingshospital Bornholm, hvoraf "arven" fra den sædvanlige model for aktivitetsafregning udgjorde en væsentlig forklaring.

Afdelingslederne på både Bornholms Hospital og Hillerød Hospital beskrev, hvordan aktivitetsafregning fortsat fyldte meget som styringsredskab både i deres ledelse af afdelingen og i deres relation til hospitalsledelse og region. Under interviewene blev afdelingslederne bedt om at beskrive, hvordan aktivitetsstyring var prioriteret i relation til andre styringsmål (fx driftsmål, ventetidsgarantier, kvalitetsstandarder m.m.). Her var den gennemgående vurdering, at aktivitet var det første punkt på dagsordenen, hvorefter de øvrige mål fulgte som de næste punkter på dagsordenen i afdelingsledernes dialog med deres øverste ledelse, fx:

Det lovgivningsmæssige går vi også op i. Det er rykket noget op på listen; ventetider osv. har fået mere plads. Det er alligevel også noget, man har fokus på i regionen, hos sygehusledelser og så også hos os. Men det første er det her [peger på et print af afdelingens opgørelse af aktivitet]. (Afdelingsleder, Hillerød Hospital)

Der er som nævnt en klar tendens til, at afdelinger med akutte funktioner oplever at være mindre styret af aktivitetsafregning end afdelinger med ambulante funktioner, som i højere grad kan styre udbuddet. Omvendt er der blandt afdelingsledelser fra begge typer af afdelinger en oplevelse af ikke at blive belønnet for meraktivitet, men straffet økonomisk for mindre aktivitet. Her har kravet om en 2 % årlig stigning i produktivitet også en stor betydning, og afdelingslederne vurderer, at de er tvunget til at løbe efter mere aktivitet, og at tiden til faglige vurderinger og prioriteringer blandt dem og deres medarbejdere kommer under pres.

5.2.1 Fortsat opfølgning på aktivitet

På Bornholms Hospital var aktivitet fortsat i spil som et styringsmål, selv efter at hospitalet var fritaget fra aktivitetsafregning. Som tidligere nævnt gav afdelingslederne udtryk for, at udviklingshospitalet havde givet mulighed for i højere grad at overveje, hvad der udgør den rigtige

aktivitet, frem for bare at efterstræbe fastsætte aktivitetsbudgetter. I praksis havde afdelingslederne imidlertid ikke formået helt at slippe opmærksomheden på aktivitet som styringsmål. En del af forklaringen på dette skal findes i hospitalets egne procedurer for opfølgning og dialog mellem hospitalsledelsen og afdelingsledelserne. Heraf fremgår det, at afdelingerne i det første år fortsat fik tilsendt opgørelser over aktivitet ud fra devisen, "at vi ikke bliver målt på vores aktivitet, men vi bliver fulgt". Der var flere argumenter for denne fortsatte skelen til aktivitet, herunder at der fortsat skal være fokus på korrekt registrering af aktivitet, så det er muligt at se, om aktiviteten ændrer sig i perioden, hvor hospitalet er fritaget fra aktivitetsafregning. Desuden er der fortsat et krav om indrapportering til kliniske databaser.

Selvom aktivitetsopgørelserne ikke længere er koblet til økonomien, så beskrev afdelingsledelserne, hvordan aktivitetsafregning fortsat lurede i baggrunden af deres bevidsthed og prægede deres måde at tænke på, fordi det fortsat figurerer som opfølgingsværktøj. Afdelingslederne vidste godt, at de ikke behøvede lade sig styre af aktivitet, men de beskrev også, hvordan de fortsat havde en tendens til at blive optaget af, om de fulgte deres aktivitetsbudget, og om aktivitet blev registreret korrekt i afdelingen:

Vi har en tendens til at tænke det, men så kommer vi i tanke om udviklingshospitalet og får italesat, at det faktisk ikke er et issue for os lige nu. Det kører som en skygge bagved (...). (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Samtidig beskrev de, hvordan de er skolet til at bruge aktivitetsopgørelser som et ledelsesværktøj i egen afdeling med et meget klart mål: nemlig at afdelingens aktivitetsbudget skal stemme. Nedgang i aktivitet er inden for den tænkning irrationelt, og det sædvanlige reaktionsmønster er at sørge for, at aktivitetsbudgettet er i balance i slutningen af året, fx ved at åbne et ekstra ambulatorie i en periode eller sørge for, at alle tider er booket. Det kræver overvindelse ikke at gøre noget, ikke mindst fordi det endnu ikke er muligt at dokumentere, at afdelingen performer på en anden måde – medmindre nedgang i én type aktivitet kan forklares med forøgelse af en anden type aktivitet.

Ifølge hospitalsledelsen på Bornholms Hospital havde man gjort meget ud af at være tydelig i kommunikationen af, at aktivitet ikke er et styringsmål, og ikke at sanktionere afdelingerne på baggrund af aktivitetsændringer. Der var dog også en erkendelse af, at aktivitetstænkningen fortsat var til stede på hospitalet:

Jeg synes, vi har brugt meget tid på at sige, at udviklingshospitalet betød fritagelse fra afregningssystemet. Så hvis man forsøgte sig med ikke at have nogen indlagt der eller andre lignende tiltag, så kunne man gøre det nu. Og vi har ikke på noget tidspunkt i hele året kontrolleret eller fulgt op på aktiviteterne over for afdelingerne. Men alligevel er der så meget indgroethed, at man stadig er angst for det. Det er jo tankevækkende. (Hospitalsleder)

Noget af den forsigtighed, som spores på Bornholms Hospital, kan altså, som citaterne ovenfor antyder, hænge sammen med vane og en måde at tænke på, men det er også tydeligt, at afdelingslederne er præget af, at udviklingshospitalet og fritagelsen fra aktivitetsafregning er tidsbegrænset. Der var en bekymring for tiden efter Udviklingshospital Bornholm og for, om reaktionen på en eventuel aktivitetsnedgang ville komme efterfølgende:

Det kan godt være, at vi er fritaget i to år, men lur mig, om de [i regionen] ikke skæver lidt til det alligevel. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Derfor gav flere afdelingsledere udtryk for en forventning om, at de ville være mere modige og i højere grad være drivkræfter bag mere markante forandringsprocesser, hvis de kunne fremvise fremgang og udvikling på en anden måde og som supplement til den forventede reduktion i aktivitet.

5.2.2 Ønsket om et alternativt mål for performance

Mange øjne er vendt mod Bornholms Hospital i disse år, og der er en forventning til hospitalet om, at der skal ske forandringer. Ovenfor fremgår en bekymring for, at aktivitetsnedgang vil føre til sanktioner, og heraf opstår et ønske om at kunne måle og dermed påvise hospitalets præstationer på anden vis. Desuden oplever afdelingslederne det som en udfordring at styre efter noget andet, når man ikke har defineret klart, hvad det så er, man styrer efter.

Aktivitetsafregning var altså fortsat et trygt system, fordi målet er simpelt, og det er let at redegøre for, om man lever op til det fastsatte mål.

DRG er enkelt, man kan tydeligt vise: 'Se! Her var det ikke så godt' (...) Det er så synligt og så enkelt, så på den måde kan man godt sige, at det var trygt. Men vi er også blevet bundet af noget! (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Som citatet også antyder, så har aktivitetsafregning præget nogle reaktionsmønstre, og de fastholdes i denne overgangsperiode, hvor aktivitet som mål ikke er erstattet af noget andet, og hvor der derfor er ringe mulighed for at redegøre for fordele og udbytte heraf via andre mål. På Bornholms Hospital er dette netop, som afdelingslederne beskriver, en af barriererne for helt at slippe opmærksomheden på aktivitet som et pejlemærke:

Man har jo ikke andre mål, selvom andre mål jo ville være logiske. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Jeg er ansvarlig for, at vi kan forklare en produktionsnedgang. Der skal være et andet tilbud. Så skal jeg kunne sige, at denne her patient har før haft brug for ti besøg, i stedet for har vi kunne samle det i et besøg, og den drøftelse har vi ikke været inde i endnu. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Selvom afdelingslederne og hospitalsdirektionen på Bornholms Hospital også giver udtryk for at være klar til at se bort fra aktivitetsdata i den periode, Udviklingshospital Bornholm løber, så er der altså også efterspørgsel efter andre måleparametre, som sikrer dem legitimitet, også efter at udviklingshospitalets tidsramme udløber.

Omvendt vurderede andre informanter fra både Bornholms og Hillerød Hospital, at der allerede er mange andre måder at følge hospitalerne på, fx udrednings- og behandlingsgarantier, driftsmål og tilbagemeldinger fra kvalitetsdatabaserne, og at aktivitetsdata ikke behøver fylde helt så meget, som de gør. Dog var der en klar tendens til, at afdelingslederne fra Hillerød Hospital i højere grad var tilbøjelige til at mene, at de kunne frigøre sig fra aktivitetstænkningen, end afdelingslederne på Bornholms Hospital. På Bornholms Hospital var det derimod tydeligt, at visheden om, at fritagelse fra aktivitetsafregning kun er en midlertidig ordning, forhindrede afdelingslederne i helt at ignorere aktivitet som måleparameter.

5.3 Organiseringen af Udviklingshospital Bornholm

Af forrige afsnit fremgik det, hvordan de interviewede afdelingsledere oplevede et større rum for nytænkning, blandt andet fordi de ikke i samme grad følte sig bundet af at levere en vis

mængde aktivitet. Spørgsmålet er dog, hvorfor afdelingslederne ikke i højere grad har udnyttede denne mulighed, og et svar skal muligvis findes i den måde, som Udviklingshospital Bornholm er organiseret på.

Det første år med Udviklingshospital Bornholm er primært gået med at definere projektgrundlaget og delprojekterne. Det har også betydet, at udviklingshospitalet har berørt en afgrænset gruppe af ledere og medarbejdere:

Medarbejderne spørger: 'Hvornår går vi i gang?' Der har vi som ledere måske ikke har været så gode til at signalere, at vi faktisk er i gang. Vi er i en igangsætningsfase, hvor vi skal konkretisere, hvad det er, vi skal. Medarbejderne føler ikke, de er i gang. Det er kun inden for de sidste måneder, hvor vi er på medarbejderinvolveringsniveau, hvor vi har fået skåret projekterne ud i pap, og hvor medarbejderne føler, at vi nu er i gang. De menige, som ikke er i en projektgruppe og skal læse det på intranettet – de har svært ved at fornemme, om vi er i gang. Selvfølgelig er de med på den måde, at de tænker, at vi skal inddrage patienterne på en anden måde og være forsøgskaniner på nogle ting. Men de føler ikke, at vi er i gang. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Som dette citat beskriver, så kan man inddele organiseringen omkring udviklingshospitalet i ledelsesgruppen, projektgrupperne og øvrige medarbejdere. Udviklingshospitalet har primært befundet sig blandt hospitalets øverste ledelse og i projektgrupperne og langt mindre blandt det øvrige medarbejdere, og det var endnu ikke forankret i afdelingerne i form af et tydeligt billede af, hvad udviklingshospitalet indebærer for dem.

5.3.1 Ledelsestilknytning og -kompetencer

Hvor forrige afsnit viste, at fritagelsen fra aktivitetsafregning har haft en betydning i form af friere rammer for nytænkning, så giver afdelingsledelserne også udtryk for, at der skal mere end fritagelse fra aktivitetsafregning til for at skabe konkret forandring. Forandring kræver, at nogen er dedikeret til at drive den, og interviewene tyder på, at der er en forventning fra afdelingsledelserne om, at fremdrift skal ske via delprojekterne –fx som det blev formuleret nedenfor som følge af et spørgsmål om, hvorvidt fritagelsen fra aktivitetsafregning er en stærk motor for forandring:

Afdelingsleder: Ja, hvis den bliver drevet. Ellers bliver den en hvilepude. For så kan man sige, at vi bliver ikke fulgt på DRG – fint nok. Men hvis der er et eller andet, der driver det (...).

Interviewer: Hvad er det, som skal drive det? Delprojekterne?

Afdelingsleder: Ja, for ellers kan vi jo alle sammen lave det samme eller mindre, uden det betyder noget. Der skal være noget fremdrift i det.

Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at afdelingslederne ikke var bevidste om deres eget ansvar for at drive forandringen, og der var flere, som bemærkede, at delprojekterne er små nedslag i organisationen, og at der er mange andre forandringer, som de som ledere sagtens kan tage initiativ til. Nogle afdelingsledere gav dog udtryk for, at der er skabt en uklar ledelsesstruktur i forbindelse med udviklingshospitalet, hvor de ledelsespersoner, som er knyttet til delprojekterne, ikke nødvendigvis er dem, som skal implementere dem. I nogle, men ikke alle, delprojekter er der derfor en løs kobling til den kliniske ledelse, som fx fortalte, at deres involvering i delprojekter, som skal implementeres på deres afdeling, rakte til, at "det ser jeg bare referater fra".

Derudover skal svaret på, hvorfor afdelingsledelserne ikke bare har grebet muligheden for at gøre noget nyt, måske også findes i det, som nogle afdelingsledere henviser til som "en sund bornholmsk skepsis" og "en rigid organisering" eller som i citatet nedenfor en form for konservativ tilgang til de forslåede forandringer i delprojekterne:

Jeg afslører måske mig selv her. Den der indbyggede konservatisme, når jeg på forhånd siger, at det ikke kan lade sig gøre. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Afdelingsledere på Bornholms Hospital og Hillerød Hospital reflekterede over, hvordan de som ledere er opdraget til at fokusere på aktivitet, og hvordan det præger den måde, de tænker og agerer på. På Bornholms Hospital blev der flere gange fortalt en historie om, hvordan en af de tilknyttede lægekonsulenter i flyet mod København med tilfredshed havde konstateret, at vedkommende havde sikret hospitalet en masse DRG-point den pågældende dag. Det er et illustrativt eksempel på, hvordan aktivitet er et meget eksplicit styringsparameter, som både hospitalet som helhed, afdelingerne og enkeltpersoner måler sig op imod. En hypotese kan derfor være, at aktivitetsafregning også kan virke begrænsende for deres kreativitet og præge, hvilke ideer til forandring de kan komme på – eller sagt på en anden måde: Det kræver en stor indsats at fylde langt mere frie rammer ud. Tanken om at have fuldstændigt frie rammer er appellerende, men som en afdelingsleder fra Hillerød Hospital bemærkede, så er det ikke sikkert, at man som afdelingsleder er opmærksom på at sikre ressourcer til innovative projekter og arbejde inden for friere rammer:

Måske skal man klædes på. (...) det er en ny måde at være leder på. Man skal tænke mere innovation. Man skal have en værktøjskasse for at vide, hvad man skal gøre for at lede innovation (...) Det, jeg prøver at sige, er, at man i så mange år har arbejdet med en silotænkende model. Vi bliver nødt til at investere i, at ledelsen bliver bedre til at arbejde på tværs og med ledelse af innovation, end den er i dag. (Afdelingsleder, Hillerød Hospital)

Hvor én pointe er, at det kræver tid og ressourcer at være innovativ, og at Udviklingshospital Bornholm er igangsat i en tid, hvor netop tid og ressourcer har været under pres (se afsnit 5.4), så er pointen her også, at nytænkning måske også kræver tilvænning og træning. Desuden er der også en erkendelse af, at der ligger en forventning om helt nye måder at organisere patientforløb på og om at inddrage patienterne mere, men at man ikke ved, hvordan man griber det an, fx:

Når de [patienterne] når til speciallægen, så har de stadig fire valg. Patienternes forventning er, at når de endelig når til speciallæge, så er det kirurgen, så selvfølgelig skal de opereres. (...) Det er dér, der er et paradigmeskift – man skal give patienter et reelt valg, men hvordan gør man det? (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

5.3.2 Specialeorganiseringen på hospitalet

Det er imidlertid ikke kun viden om og værktøjer til at understøtte nytænkning blandt afdelingslederne, som udfordrer ønsket om at udvikle og organisere patientforløb på en anden måde. I delprojektet om fælles og fleksible ambulatorier (delprojekt 1) er udfordringen eksempelvis også, at hospitalets nuværende organisering fortsat er specialeopdelt, og at ambulatorierne bookes uafhængigt af hinanden og af særskilt personale. Ideen om mere samarbejde på tværs af de organisatoriske enheder og om den fælles planlægning af ambulatorietider støder altså også imod helt praktiske forhold, som fx arbejdsgangene i sekretærgruppen:

Sekretærene kan sidde i samme rum, og de kigger slet ikke på hinandens [booking]lister. Så selvom der er mulighed for at løfte blikket og tale sammen, så gør de det ikke (...) Vi skal som ledelse sætte dem sammen og åbne øjnene for, at der er nogle fordele. Det bliver ikke let. For en sekretær vil sige, at der er et standardbrev koblet på [indkaldelse til ambulatorietid], og det er normalt bare at trykke på en knap og give en standardblodprøve osv. Så er der transporten og dit og dat. Det er en række ting, som ikke er lige til at flytte. (Afdelingsledelse, Bornholms Hospital)

Medarbejderne skal altså også hjælpes til at finde løsninger, når de tiltag, som er defineret som en del af delprojekterne, skal videreudvikles og implementeres.

Nogle af de interviewede afdelingsledere fremhævede også, hvordan udviklingshospitalet med det store fokus på brugerinddragelse samt samarbejde på tværs af sektorer og afdelinger internt på hospitaler også forsøger at rykke ved nogle meget stærke organisatoriske strukturer, ikke bare på Bornholms Hospital, men i sundhedsvæsenet generelt. Internt på hospitalet er det karakteristisk, at afdelinger og afsnit har deres egen arbejdsrytme, følger egne procedurer for fx booking af patientaftaler, råder over deres eget medarbejdere osv.

Det er tankevækkende, når vi viser folk rundt, hvor opdelt medicinsk og kirurgisk funktion er. De kunne have ligget i hver sin ende af byen. Vi har næsten ikke noget samarbejde. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Samarbejde på tværs af disse organisatoriske skel kræver derfor mere end bare at kunne se det intuitivt rigtige i at tænke i tværgående forløb, mere samarbejde osv. Eksempelvis opfattes ideen om samling og koordinering af ambulatorietider for patienter med flere samtidige sygdomme som en åbenlyst rigtig vej at gå. Udfordringen er dog, at kadencen for patientaftaler ikke nødvendigvis er ens på tværs af ambulatorier, at de bruger hver deres indkaldelsesbreve, og at sekretærene ikke sidder sammen. Samkøring af ambulatorietider – som umiddelbart kan virke som en simpel tilpasning – vurderes derfor at kræve nogle mere gennemgribende organisatoriske ændringer, som tvinger de relevante organisatoriske enheder til at sikre den ønskede koordinering.

Endelig er det karakteristisk, at Bornholms Hospital gør brug af eksterne lægekonsulenter, som tager vagter i løbet af ugen, men som ikke er ansat i faste stillinger. De er altså ikke en permanent del af organisationen og er kun til stede på bestemte dage. Dette forhold er også medvirkende til at skabe en søjleopdeling internt på hospitalet, og de eksterne konsulenter kan ikke forventes at blive præget af udviklingsprojekterne på samme måde som de øvrige medarbejdere.

5.4 Andre samtidige udviklingsprocesser

Som det allerede er fremhævet, har Udviklingshospital Bornholm ikke været det eneste udviklingsprojekt i det første år. For det første er Sundhedsplatformen blevet implementeret i januar 2017 og har i de sidste måneder af 2016 trukket på mange ressourcer i forbindelse med forberedelsen til det nye system. Samtidig har Bornholms Hospital bygget ny akutmodtagelse og arbejdet med en række organisatoriske ændringer, herunder fusioner mellem afdelinger, en ny akutmodtagelse og fælles observationssenge. Disse udviklingsprocesser betyder ifølge afdelingslederne, at man på interviewtidspunktet og i det forgangne år har koncentreret sig om egne afdelinger og haft mindre fokus på udviklingsprocesser, der går på tværs af afdelinger og sektorer. Alt i alt har organisationsforandringerne og Sundhedsplatformen taget meget tid og mange kræfter, og selvom afdelingslederne ikke vurderer, at der er modstrid mellem disse to

udviklingsprojekter og Udviklingshospital Bornholm, så har de kørt som parallelle forløb. Under interviewene var der en klar tendens til, at Sundhedsplatformen og organisationsændringerne blev opfattet som langt mere presserende end udviklingshospitalet, der ikke i samme grad blev oplevet som en brændende platform.

Forskellen lå blandt andet i de deadlines, som var knyttet til de tre udviklingsprojekter, hvor udviklingshospitalet opererede med en længere tidsramme. Visionære ideer om forandring kræver tid at udvikle, og afdelingslederne oplevede at være nødt til at prioritere deres egen og deres medarbejders tid:

Udgangspunktet var, at Nyt Boh og de nye afdelinger skulle være færdige her i november måned. Og nu er det blevet udsat og falder sammen med, at vi skal uddanne folk til Sundhedsplatformen, og Sundhedsplatformen er et kæmpestort projekt. Om man kan lide det eller ej, så har udviklingshospitalet slet ikke den plads i hverdagen, som det er tiltænkt. (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Der er derfor en gennemgående oplevelse af, at afdelingslederne har haft for lidt tid til at fordybe sig i udviklingshospitalet og de enkelte delprojekter, som de er involveret i. Dernæst fortalte flere af afdelingslederne, at de vurderede, at de arbejder værdi- og patientorienteret allerede. På tidspunktet for interviewene var arbejdspresset og medarbejdernormeringen genstand for stor offentlig debat i pressen, og det blev også et naturligt tema under interviewet med den ledende jordemoder på hospitalets fødeafdeling. Interviewet fremkaldte en tydelig forskel mellem Region Hovedstadens øvrige hospitaler og Bornholms Hospital, hvad angår antal fødsler kontra det beredskab, som er nødvendigt i en akutafdeling, og som betyder, at der altid er to jordemødre i vagt, selvom der i snit kun er to fødsler om ugen på Bornholm. Det er et eksempel på, hvordan Bornholms Hospital er i en unik situation, hvor den geografiske placering nødvendiggør et relativt stort sundhedsfagligt beredskab. Efterspørgslen på ydelser og produktivitetssporet er derfor – afhængigt af afdeling – anderledes end på andre hospitaler, hvorfor man på Bornholms Hospital ikke ubetinget oplever det som nødvendigt at reducere aktiviteten eller erstatte nogle typer af ydelser med andre (fx mindre tidskrævende ydelser). Tværtimod er der tilsyneladende en oplevelse af, at der er mulighed for at have en mere behovsorienteret tilgang til de ydelser, som tilbydes fra hospitalet. Den ledende jordemoder beskrev fx, hvordan man på fødeafdelingen har mulighed for at tilbyde gravide kvinder, at de til hver en tid kan møde op på fødeafdelingen, hvis de har brug for en snak med eller en vurdering fra en jordemoder. Her er således tale om en tilgang til afdelingens aktivitet, som i hvert fald i nogle henseender er styret af patienternes aktuelle behov og ikke begrænset af fx antallet af tilgængelige tider på en bookingliste.

Endelig har organisationsændringer på Bornholms Hospital helt konkrete implikationer for udviklingshospitalet, som er afhængigt af en afklaring på nogle af de organisatoriske strukturer, der er under udvikling. Eksempelvis blev den organisatoriske samling af sekretærgruppen og den forestående ansættelse af en ny leder nævnt som nogle af de forhold, som gør det vanskeligt at træffe konkrete beslutninger om nye aktiviteter i nogle af delprojekterne.

5.5 Delkonklusion

Fritagelsen fra aktivitetsafregning er tænkt som et middel til en forandring, en ny økonomisk styringsmodel, der giver mulighed for at gøre noget helt andet. Interviewene viser da også, at fritagelsen af hospitalet fra aktivitetsafregning har skabt et rum for at tænke nyt og er en anledning til at løfte blikket og overveje, hvilke mål der er meningsfulde og mulige at efterstræbe. Forskellige oplevelser af, hvad der udgør en værdi og et mål for hospitalets ydelser,

er i spil og konfronteres i Udviklingshospital Bornholm. Det er imidlertid vanskeligere at omsætte den frihed, som fritagelsen fra aktivitetsafregning giver, til handling, og afdelingsledernes vurdering af betydningen af Udviklingshospital Bornholm efter det første år er ikke i fuldstændig overensstemmelse med analysen af aktivitetsdata i kapitel 4, som viser en reduceret aktivitet på Bornholms Hospital. Værdi for patienterne er et mål, som ingen kan være uenig i, men i interviewene er der en tydelig indikation af, at alle, der ikke er direkte tilknyttet et delprojekt – inklusive afdelingsledelserne – afventede en tydeligere ledetråd for, hvad der præcis forventes. Der var med andre ord en afventende stemning og en forventning om, at delprojekterne bidrager med en retning og sikrer fremdriften i udviklingshospitalet.

Der er således en tendens til, at der bliver sat lighedstegn mellem udviklingshospitalet og delprojekterne. Det valgte setup omkring Udviklingshospital Bornholm har således skabt en forventning om, at delprojekterne er de primære drivkræfter i udviklingshospitalet – på godt og ondt. Projektorganiseringen betyder jo netop, at der er dedikeret tid og ressourcer til projektet, men den risikerer også at skabe en meget løs forbindelse mellem den daglige drift og den daglige ledelse på afdelingerne. Derfor er det afgørende, at der kommer ledelseskræfter bag udviklingshospitalet, som dels kan hjælpe med at drive de ønskede tiltag (defineret i delprojekterne eller bredere) og dels kan bidrage til en løsning af de helt praktiske og organisatoriske barrierer, som allerede har vist sig i det første år.

Dette kapitel viser også, at aktivitetsafregning har haft og fortsat har betydning for den måde, afdelingslederne leder afdelingerne på. Der er fortsat en opmærksomhed på aktivitet som en måde at tydeliggøre afdelingens præstation på, og der er et ønske om at udvikle og gøre erfaringer med andre styringsmodeller, herunder at udvikle alternative styringsmål. Samtidig viser interviewene, at udviklingshospitalet med ønske om brugerinvolvering, øget samarbejde på tværs af sektorer og åbning for at definere værdi på en anden måde, end man har været vant til, bringer afdelingslederne i situationer, hvor der er begrænset erfaring generelt, og hvor afdelingsledernes såvel som de kliniske medarbejders kompetencer og viden udfordres.

Endelig viser interviewundersøgelsen, at timingen for igangsættelsen af Udviklingshospital Bornholm har været en udfordring på grund af sammenfaldet med andre vigtige udviklingsprojekter. Der er sket en prioritering af tid og ressourcer til fordel for implementering af Sundhedsplatformen og Nyt Boh, og Udviklingshospital Bornholm er blevet opfattet som et mindre presserende projekt.

6 Diskussion og konklusion

Efter gennemgang af analyserne af henholdsvis kvantitative og kvalitative data vil vi i dette afsluttende kapitel samle op på og diskutere undersøgelsens primære fund. Til slut i kapitlet findes undersøgelsens endelige konklusion.

6.1 Diskussion

Ændret aktivitetsmønster – en effekt af den ændrede økonomiske styringsmodel?

Det første formål i denne devaluering var at undersøge, hvorvidt de ændrede økonomiske rammevilkår fører til ændret aktivitet på Bornholms Hospital. Her viser registeranalysen en stagnation i aktivitet på Bornholms Hospital fra 2015 til 2016, mens der ses en fortsat vækst i aktiviteten på Hillerød Hospital. Dette stemmer på den ene side overens med hypotesen om, at den økonomiske styringsmodel har betydning for aktivitetsniveauet, men på den anden side er det et fund, som ikke er helt i overensstemmelse med afdelingsledelsens beskrivelse af det første år som udviklingshospital. Baseret på interviewene har fritagelsen fra aktivitetsafregning primært skabt nogle nye rammer for at drøfte, hvad der udgør værdi for patienterne, og for samarbejde på tværs af organisatoriske skel og på tværs af sektorer, men sammenhængen mellem fritagelsen fra aktivitetsafregning og nedgangen i aktivitet er til gengæld ikke helt entydig.

Oplevelsen blandt afdelingslederne på Bornholms Hospital er, at Udviklingshospital Bornholm har fyldt relativt lidt sammenlignet med andre udviklingsprocesser, som hospitalet har gennemført i samme periode – eksempelvis implementering af Sundhedsplatformen. Disse udviklingsprocesser har til gengæld været tids- og ressourcekrævende, og vurderingen under interviewene var, at de meget vel kunne have ført til en reduceret aktivitetsnedgang på Bornholms Hospital. Samtidig blev delprojekterne af afdelingslederne udpeget som de drivende kræfter i Udviklingshospital Bornholm, og eftersom de fortsat ikke var implementeret, så var vurderingen fra informanterne på Bornholms Hospital, at aktivitetsniveauet ikke kunne have ændret sig meget i det første år som følge heraf.

Det er naturligvis muligt at forestille sig, at fritagelse fra aktivitetsstyringen alligevel ubevidst har haft betydning for adfærden på hospitalet, på trods af at afdelingslederne giver udtryk for, at det er for tidligt at se egentlige forandringer. Omvendt må muligheden for en ændret registreringspraksis også holdes åben, om end registeranalysen indikerer, at den bremsede aktivitetsstigning primært drives af et fald i antallet af unikke patienter. I styringslitteraturen taler man om "målfiksering", når korrekt registrering bliver et mål i sig selv, og "gaming" i tilfælde, hvor registreringspraksisser ændrer sig eller data manipuleres, når nye mål indføres (Smith 1995). Det er ikke pointen her at afgøre, om aktivitetsstyringen har ført til målfiksering eller gaming, men afdelingslederne giver i interviewene udtryk for, at det tidligere har været et vigtigt mål at sørge for, at aktivitetsbudgetterne stemte ved årets afslutning, og at det har krævet en målrettet indsats med efterregistreringer. Fritagelsen fra aktivitetsstyringen har til gengæld reduceret vigtigheden af dette mål. Det er ikke nødvendigt at være helt så fokuseret på efterregistreringer, og den reducerede aktivitet kan således også være et tegn på ændret registreringspraksis – en form for gaming – frem for ændret klinisk praksis.

Det er ikke muligt i denne devaluering at komme nærmere en afklaring af, hvad der har drevet den aktivitetsudvikling, som findes efter udviklingshospitalets første år, og man står således tilbage med nye spørgsmål og et lidt uklart svar på devalueringens første formål. De næste faser af evalueringen vil derfor både følge, om udviklingen i aktivitetsniveauet fortsætter

i de kommende år, og forfølge spørgsmålet om, hvad der kan bidrage til dette fald i aktivitet. Dette vil blandt andet ske ved at foretage aktivitetsnære opgørelser af delprojekterne.

Organisatoriske dilemmaer i forbindelse med Udviklingshospital Bornholm

Delevalueringens andet og tredje formål var at undersøge, hvorvidt og hvordan den ændrede økonomiske styringsmodel bidrager til ændrede betingelser for styring og ledelse på hospitalet, og hvilke forhold der bidrager til og udfordrer de ønskede forandringer. Eftersom afdelingslederne vurderede, at betydningen af den nye økonomiske styringsmodel er minimal, så bærer interviewene præg af, at der i relation til disse formål primært udpeges en række udfordringer og dilemmaer, som har haft indflydelse på den mulige effekt af at være fritaget fra aktivitetsafregning.

En væsentlig udfordring er, at Udviklingshospital Bornholm er organiseret med en række delprojekter med tilhørende projektgrupper og styregrupper, som skal sikre fremdriften af de ønskede forandringer knyttet hertil. Dette er ikke usædvanligt for udviklingsprojekter på sygehusene (se fx Madsen 2015a), og udfordringen er, at udviklingsarbejdet i forbindelse med Udviklingshospital Bornholm er blevet en parallel aktivitet til den sædvanlige ledelse og drift af hospitalet, og det risikerer derved at leve sit eget liv, uden at det fører til de ønskede mål. Medarbejderne oplever ikke, at udviklingshospitalet er startet, og afdelingslederne har primært været engageret på sidelinjen som deltagere i delprojekternes styregrupper. Dette skal naturligvis ses i sammenhæng med, at Bornholms Hospital i samme periode har forberedt implementeringen af Sundhedsplatformen, åbnet en ny akutmodtagelse og foretaget interne organisationsændringer. Oplevelsen er, at der har manglet tid og ressourcer til også at engagere sig i udviklingshospitalet – ikke mindst fra afdelingsledelsernes side. Konsekvensen er, at udviklingshospitalet er blevet lig de otte delprojekter, og den frihed, som potentielt ligger i fritagelsen fra aktivitetsafregning, bliver ikke udnyttet til fulde. Afdelingsledelserne var på interviewtidspunktet afventende i forhold til at påtage sig et ansvar ud over delprojekterne, hvor de primært indgik som styregruppemedlemmer. Der tegner sig således et billede af, at der er opstået et knæk i organiseringen af Udviklingshospital Bornholm, hvor udviklingsprojektet primært er i fokus hos hospitalsledelsen og blandt dem på hospitalet, som er direkte involveret i delprojekterne, men hvor der fortsat er et arbejde at gøre i forhold til at engagere afdelingsledelse (og formentlig også afsnitsledelse) samt medarbejdere på hospitalet. Denne konklusion skal dog afvejes mod det forhold, at man på Bornholms Hospital har valgt at gøre brug af den inkrementelle forandringsstrategi, som ligger i Forbedringsmodellen, hvor forandringer først afprøves i mindre skala, før de udbredes. Dette forhold kombineret med det forhold, at en kulturændring, som der på mange måder lægges op til på Bornholms Hospital, generelt kræver tid, gør, at tiden vil vise, om det er muligt i forsøgsperioden at sikre større ejerskab til og forankring af tankerne bag Udviklingshospital Bornholm.

Aktivitetsafregning som en skygge fra fortiden

En del af afdelingsledernes afventende holdning, som adresseres ovenfor, skal også ses i sammenhæng med, at aktivitetsafregning fortsat præger ledelse og styring på Bornholms Hospital. Det kan der være flere årsager til. På baggrund af interviewene udledes en hypotese om, at en del af forklaringen skal findes i, at afdelingslederes kompetencer er tilpasset den gamle styringsmodel, hvor ledere i højere grad bliver dygtige til at efterleve aktivitetsbudgetter, men mindre erfarne med hensyn til at lede innovative processer. Samtidig lader det til, at den modvilje mod helt at slippe aktivitet som fokuspunkt også handler om, at aktivitetsafregning som styringsmodel fortsat levede på hospitalet i det første år i form af fortsatte opgørelser over aktivitet.

Endelig kan en hypotese fra organisationslitteraturen formentlig også bruges som mulig forklaring på, hvorfor ønsket om nytænkning er større end de egentlige forandringer i projektet.

Her viser forskning, at jo større usikkerhed, der er i en organisation, om mål og midler til at opnå disse mål, jo mere tilbøjelig vil denne organisation være til at efterligne de organisationer oplever som succesfulde, eller agere på en måde, som allerede er defineret som legitim (DiMaggio, Powell 1991). Samme mekanisme vil gøre sig gældende, hvis målene, som organisationen skal forfølge, er flertydige eller omdiskuterede. Det vil være til organisationens fordel at følge allerede legitimerede regler og procedurer, fordi det både internt og eksternt er med til at sikre stabilitet og harmoni, frem for at afsøge andre mål og midler, som kan føre til brud og splittelse internt i organisationen og i organisationens relation til andre organisationer, hvis støtte den er afhængig af (ibid.). Med Udviklingshospital Bornholm og andre regionale eksperimenter med nye mål og styreformers kan man argumentere for, at hospitalet befinder sig på usikker grund, fordi organisationens styringsmål er oppe i luften i forsøget på at bryde med aktivitet som primært styringsmål. Ingen er uenig i, at kvalitet, effektivitet og brugerinddragelse er vigtigt, men denne undersøgelse viser, at det er en svær øvelse både at definere nye mål (som kan måles) og helt at slippe det gamle og velkendte mål. I den situation er det lettere og tryggere at gøre det, man plejer.

Den økonomiske styringsmodel i forsøgsperioden og i fremtiden

I KORAs kortlægning fra 2016 af forsøg med værdibaseret styring i de danske regioner (Højgaard, Wolf & Bech 2016) fremhæves det, at det ikke er nok at fokusere på rammerne for den økonomiske styringsmodel, som indgår i selve forsøget. Det er også nødvendigt at definere nogle tydelige rammer for, hvad der sker efter forsøgsperioden. Argumentet er, at ledelse og medarbejdere på hospitalerne ikke bare er påvirket af incitamenterne i den nuværende styringsmodel (og som denne undersøgelse viser: styringsmodellen forud for forsøget), men også af incitamenterne i den fremtidige styringsmodel. En lignende konklusion kan genfindes i en evaluering af et forsøg med en ny honorarstruktur i almen praksis fra 2012. Her var forsøgsprojektets midlertidige karakter en primær årsag til, at de deltagende praksisser ikke gennemførte markante forandringer i forsøgsperioden (Kürstein Kjellberg, Kjellberg 2012). Af denne undersøgelse fremgår det, hvordan afdelingslederne på Bornholms Hospital bekymrer sig om, hvad en eventuel aktivitetsnedgang vil betyde for deres afdeling eller for hospitalet, den dag Udviklingshospital Bornholm slutter. Der er en klar formodning om, at man vil vende tilbage til aktivitetsafregning, men betyder det så også et reduceret budget? Denne bekymring er ifølge afdelingslederne medvirkende til en tilbageholdenhed i forhold til at lave alt for meget om, og de er således fanget et sted imellem en nutid og en formodet fremtid, hvor de skal gøre op med sig selv, om de har tillid til, at hospitalsdirektionen og regionen ikke straffer dem økonomisk på et senere tidspunkt. Hospitalsdirektionen har markeret tydeligt, at den ikke pålægger økonomiske sanktioner som følge af reduceret aktivitet, men som det er understreget i den førnævnte kortlægning af forsøg med værdibaseret styring på danske hospitaler (Højgaard, Wolf & Bech 2016), så er det også vigtigt, at der er klarhed over, hvordan hospitalets budget påvirkes efter projektperioden.

Tillid som en erstatning for styring og kontrol er på mange måder det nye mantra i ledelsen af den offentlige sektor (Bøgh Andersen, Holm Pedersen 7. april 2017, Holm Pedersen, Bøgh Andersen 21. november 2016, Hjelmar, Bjørnholt & Christiansen 2016), men denne undersøgelse peger på, at tillidsspørgsmålet ikke bare vedrører den tillid, som gives fra politisk og administrativt hold til de enkelte driftsorganisationer, fx med et projekt som Udviklingshospital Bornholm. Organisationens medarbejdere og ledelse skal også have tillid til, at de ikke på et senere tidspunkt mødes af sanktioner som følge af en given forandring. Det kan derfor overvejes, om noget af den bekymring for økonomiske sanktioner, som tilsyneladende modvirker incitamentet til at ændre aktivitetsniveauet, kan reduceres ved at formulere mere tydelige retningslinjer for, hvordan den efterfølgende overgang fra udviklingshospital til igen at blive et hospital på samme vilkår som regionens øvrige hospitaler bliver håndteret.

Behovet for tydeligere mål

I interviewene tyder det på, at det ikke bare er *usikkerheden* forbundet med risikoen for sanktioner, som virker som en barriere for forandring, men også en *uklarhed* med hensyn til, hvilke mål hospitalet som helhed eller afdelingerne enkeltvist skal styre efter, samt hvilke alternative styringsmål som kan erstatte eller supplere aktivitetsmålene. Et tema i den relativt sparsomme litteratur om empiriske forsøg med værdibaseret styring er den måde, deltagere i konkrete afprøvninger forstår og oversætter værdibaseret styring på (Frederiksson, Ebbevi & Savage 2015). Værdibaseret styring er som tidligere nævnt (i afsnit 2.1) så bredt defineret, at flere dagsordner kan tænkes ind, og i praksis kræver forsøg med værdibaseret styring en oversættelse af konceptet til de lokale hospitalsorganisationer, hvor det skal implementeres. Af et svensk studie fremgår det således, hvordan forståelsen af værdi og outcome bliver stærkt knyttet til de sundhedsprofessionelle, biomedicinske og forskningsbaserede forforståelser og det, som de tror er værdi for patienterne. Samtidig bliver værdi for patienterne defineret i tilknytning til det, der er praktisk muligt at måle, og det, der allerede bliver målt på (Andersson et al. 2015). Det understøtter den udfordring, som afdelingsledelsen på Bornholms Hospital beskriver, og viser, at Bornholms Hospital ikke er alene om at blive udfordret af mødet mellem ønsket om nye styringsmål, der i højere grad inddrager og styrer efter patientens ønsker, og sine egne samt organisationens begrænsninger – hvordan griber man det an, og hvad er muligt?

Nye styringsmål fremstår som en metode til at tage hensyn til den usikkerhed, som følger af, at det er uafklaret, hvad en fremtidig styringsmodel bringer og betyder for hospitalet. I Udviklingshospital Bornholm er der ikke indlagt økonomiske incitament ud over det midlertidige skift fra aktivitetsafregning til rammestyring, men muligheden for at kunne fremvise fremgang og forbedring på andre parametre opleves som et væsentligt behov blandt afdelingslederne. Det kan på sin vis anses for overraskende, at der fra hospitalet selv formuleres et ønske om stærkere styringsmål. Både nationalt og internationalt debatteres det, hvorvidt styringen med offentlige organisationer er gået for vidt. Herunder også i sundhedsvæsenet, hvor styringstiltag klandres for at reducere de sundhedsprofessionelles autonomi og evne til foretage faglige skøn, indsnævre ledelsesrummet og i det hele taget øge tidsforbruget til unødigt dokumentation (Holm-Petersen, Wadmann & Andersen 2015). Omvendt viser forskning også, at noget af den efterspørgsel på mere og mere detaljerede data samt flere styringsmål ikke bare opstår som følge af pres fra centraladministration og politikere, men også opstår som et pres indefra fra sundhedsorganisationerne, fx fordi der er uenighed om, hvad der er relevante mål, på grund af sundhedsprofessionernes ønske om at positionere sig eller et behov for at vise, at en procedure gennemføres korrekt (Holm-Petersen, Wadmann & Andersen 2015). Denne undersøgelse viser i tråd hermed, hvordan den reducerede styring, som skabes via Udviklingshospital Bornholm, mødes af en usikkerhed om, hvad fremtiden bringer. Denne usikkerhed fører til et behov for at synliggøre udvikling på en anden måde og skaber et dokumentationsbehov formuleret af organisationen selv. I delprojekterne er der defineret klarere mål og udvalgt måleparametre, som de enkelte delprojekter skal følges på. Det er altså muligt at fremvise fremgang, i takt med at delprojekterne bliver implementeret. Her bliver det interessant at følge, om Bornholms Hospital kommer så langt med indsamling og anvendelse af andre data, at de kan bruges som klinisk beslutningsstøtte og/eller en markør, der kan bruges i styringssammenhænge – og ikke mindst at følge, hvilken indsats der kræves i organisationen.

6.2 Konklusion

Denne devaluering har undersøgt, hvordan og hvorvidt fritagelsen fra aktivitetsafregning på Bornholms Hospital har ført til ændrede betingelser for styring af kvalitet og aktivitet samt haft en effekt på aktiviteten på hospitalet.

Registeranalysen af aktiviteten viser, at der er sket en stagnation i aktiviteten på Bornholms Hospital fra 2015 til 2016, mens der ses en fortsat vækst i aktiviteten på Hillerød Hospital. Dette kan være en indikation af, at den nuværende rammestyring af Bornholms Hospital har medvirket til en omlægning af aktiviteten på hospitalet. Interviewanalysen peger dog på, at denne sammenhæng formentlig ikke er så enkel, da afdelingsledere på hospitalet giver tydeligt udtryk for, at de ikke primært oplever at have været præget af den nye økonomiske styringsmodel. De er til gengæld præget af:

- 1) FORTID: den aktivitetsbaserede måde at tænke på økonomi og styring af hospitalerne på
- 2) NUTID: aktuelle opgaver med at implementere Sundhedsplatform, ny organisationsstruktur samt åbningen af en ny akutmodtagelse
- 3) FREMTID: både en bekymring for, om aktivitetsnedgang senere bliver straffet, og en manglende afklaring på, hvilke mål der skal styres efter i fremtiden, når nu aktivitet – i hvert fald i en periode – er taget ud som selvstændigt mål.

Den reducerede aktivitetsstigning kan også skyldes en mindre konsistent registrering og efterregistrering på hospitalet samt de øvrige udviklingstiltag, som er foregået på Bornholms Hospital og som har krævet tid og ressourcer af ledere og medarbejdere på hospitalet.

Udviklingshospitalets mål og aktiviteter er efter første år fortsat uklare og ukonkrete, samtidig med at der kun er en meget løs kobling mellem den daglige drift og Udviklingshospital Bornholm. Udviklingshospital Bornholm vil blive fulgt i hele projektperioden, og her vil der blive fulgt op på, om det forventede potentiale ved at fritage Bornholms Hospital fra aktivitetsstyring i højere grad vil blive indfriet, i takt med at nye styringsmål og konkrete aktiviteter manifesterer sig. Dette vil dog formentlig kræve, at udviklingshospitalet i langt højere grad bliver forankret i den daglige ledelse og spredt til medarbejdere på hele hospitalet frem for kun at blive varetaget af dem, der deltager i delprojekternes projekt- og styregrupper.

Litteratur

- Allen, D. 2012, "Understanding context for quality improvement: Artefacts, affordances and socio-material infrastructures", *Health*, vol. 17, no. 5, pp. 460-77.
- Andersson, A.E., Bååthe, F., Wikström, E. & Nilsson, K. 2015, "Understanding value-based healthcare - an interview study with project team members at a Swedish university hospital", *Journal of Hospital Administration*, vol. 4, no. 4, pp. 64-72.
- Bartels, P., Lipczak, H., Anhøj, J., Antonsen, K., Utzon, J., Paaske Johanson, S. & Abildtrup Nielsen, K. 2016, *Håndbog i klinisk kvalitetsforbedring. Et redskab til klinikere og ledelser, der arbejder med databaseret forbedring af kliniske ydelser*, Regionernes Kliniske Kvalitetsforbedringsprogram (RKKP), Aarhus.
- Bech, M. & Kjellberg, J. 8. februar 2017, "Sygehuse skal være til gavn for patienter", *Politiken*, vol. 2, no. 6.
- Bøgh Andersen, L. & Holm Pedersen, L. 7. april 2017, "Offentlig modernisering mellem Skylla og Charybdis: Et mål i bevægelse", *DenOffentlige.dk*, [Online], no. <http://www.denoffentlige.dk/offentlig-modernisering-mellem-skylla-og-charybdis-et-maal-i-bevaegelse>.
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2013, *Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet*, Version 1 edn, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Hvidovre.
- DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. 1991, "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality" in *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, eds. W.W. Powell & P.J. DiMaggio, The University of Chicago Press, Chicago, pp. 41-62.
- Finansministeriet 2015, *Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2016*, Finansministeriet, København.
- Frederiksson, J.J., Ebbevi, D. & Savage, C. 2015, "Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare", *BMJ Quality and Safety*, vol. 24, pp. 451-457.
- Hjelmar, U., Bjørnholt, B. & Christiansen, A.M. 2016, *Nye styre- og arbejdsformer som led i moderniseringen af den offentlige sektor. En analyse af tre cases i kommune, region og stat*, KORA, København.
- Højgaard, B., Wolf, R.T. & Bech, M. 2016, *Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring. En Kortlægning af regionale forsøg og ordninger*, KORA, København.
- Holm Pedersen, L. & Bøgh Andersen, L. 21. november 2016, "Ved NPM's dødsleje - tre ting vi har lært", *Altinget*, [Online], no. <http://www.altinget.dk/artikel/ved-npms-doedsleje-hvad-har-vi-laert>.
- Holm-Petersen, C., Wadmann, S. & Andersen, N.B.V. 2015, *Styringsreview på hospitalsområdet. Forslag til procedure og regelforenklning*, KORA, København.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010, *Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet - Juni 2010*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.
- Ivbar Institute 2017, , *Value-based steering for Sweden (Case)*. Available: <http://ivbar.com/for-payers/#> [2017, 6. maj].

- Karolinska University Hospital 2017, , *New Value-Based Operation Model*. Available: <http://www.karolinska.se/en/karolinska-university-hospital/Future-Karolinska/new-value-based-operation-model/> [2017, 6. maj].
- Kjellberg, J. & Bech, M. 29. marts 2017, "Har vi råd til at bevare produktivitetskravet i sundhedsvæsnet?", *Altinget*, .
- Kürstein Kjellberg, P. & Kjellberg, J. 2012, *Ny honorarstruktur i almen praksis. Sammenfatning af konklusioner*, KORA, København.
- Kvale, S. 1994, *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Madsen, M.H. 2015a, *Emerging and Temporary Connections in Quality Work. An Ethnographic Study of Quality Coordinator Work in Two Danish Hospital Departments (PhD Series 39.2015)*, Copenhagen Business School, København.
- Madsen, M.H. 2015b, "The Role of the Quality Coordinator: Articulation Work in Quality Development" in *Managing Change. From Health Policy to Practice*, eds. S.B. Waldorff, A.R. Pedersen, L. Fitzgerald & E. Ferlie, 1st edn, Palgrave Macmillan, Houndmills, pp. 104-120.
- Møller Pedersen, K. 2017, *Værdibaseret styring. Er det smitsomt? (COHERE Discussion Paper No. 3/2017)*, COHERE - Centre of Health Economics Research, Odense.
- Neyland, D. 2008, "Sensibility eight: Writing" in *Organizational Ethnography*, ed. D. Neyland, 1st edn, SAGE Publications, London, pp. 127-139.
- Nigam, A., Sackett, E. & Golden, B. 2015, "The Role of Outside Consultants in Shaping Hospital Organizational Change" in *Managing Change. From Health Policy to Practice*, eds. S.B. Waldorff, A.R. Pedersen, L. Fitzgerald & E. Ferlie, 1. edition edn, Palgrav Macmillan, Houndmills, pp. 121-135.
- Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A.E. & Sandoff, M. 2017, "Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital - an longitudinal interview study", *BMC Health Services Research*, vol. 17, no. 169, pp. DOI 10.1186/s12913-017-2104-8.
- Nilsson, K. & Sandoff, M. 2016, "Leading implementation of the management innovation value-based healthcare at a Swedish University Hospital", *Journal of Hospital Administration*, vol. 6, no. 1, pp. 51-59.
- Porter, M.E. 2010, "What is value in Health Care", *The New England Journal of Medicine*, vol. 363, no. 26, pp. 2477-2481.
- Porter, M.E. & Lee, T.H. 2013, "The strategy that will fix health care", *Harvard Business Review*, vol. 91, no. 10, pp. 50-70.
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. 2006, *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston.
- Regeringen & Danske Regioner 2015, *Aftale om regionernes økonomi for 2016*, Regeringen & Danske Regioner, København.
- Region Hovedstaden 2017, , *Strategiske indsatsområder. Strategisk indsats: Ventet & Velkommen*. Available: <https://www.regionh.dk/om-region-hovedstaden/fakta/Mission-vision-og-maalsætninger/Sider/strategiske-indsatsomraader.aspx> [2017, 15. maj].

- Region Hovedstaden 2016a, *Organisationsanalyse på Bornholms Hospital 2016. Efter Planetree-modellen*, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, København.
- Region Hovedstaden 2016b, *Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm. Styring efter værdi for patienten i et menneskeligt sundhedsvæsen*, Bornholms Hospital og Region Hovedstaden, [U.st.].
- Rud Pedersen & KORA 2015, *Værdibaserede strategier i sundhedssektorerne med fokus på medicinområdet: Fra skåltaler til virkelighed?* Rud Pedersen A/S, København.
- Schmidt, L. & Dyhr, L. 2004, "Det kvalitative forskningsinterview" in *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, eds. L. Koch & S. Vallgård, 2nd edn, Munksgaard Danmark, København, pp. 27-52.
- Smith, P. 1995, "On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector", *International Journal of Public Administration*, vol. 18, no. 2, pp. 277-310.
- Sundhedsdatastyrelsen 2016, *Takstsystem 2017. Vejledning (Version: 2016-1 / Versionsdato 18.12. 2016)*, DRG og Finansiering, Sundhedsdatastyrelsen, København.

Bilag 1 KORAs sparring på delprojekter

KORA har ikke kun været involveret i evalueringen af Udviklingshospital Bornholm. I opstartsfasen har medarbejdere i KORA bidraget med inspirationsoplæg på bl.a. kick-off seminaret, hvor ideer til delprojekter blev diskuteret. Derudover har KORA bidraget med sparring på hver af de otte delprojekter i forbindelse med processen med at definere delmål. KORAs udgangspunkt for denne sparring var, at ledere og medarbejdere omkring de enkelte delprojekter selv skulle definere aktiviteter og mål, som var meningsfulde for dem, der skal udføre dem, og at KORA kun bidrog med sparring med hensyn til, hvordan definition af mål og målgrupper kunne kvalificeres i delprojekterne med henblik på senere evaluering. Ved denne sparring blev der lagt vægt på, at der skal være en tydelig sammenhæng mellem den konkrete aktivitet og det mål, som ønskes opnået, og at målgrupperne for de enkelte aktiviteter skulle have et vist volumen. I forbindelse med sparringen på nogle delprojekter var der desuden helt konkrete diskussioner om, hvorvidt den forventede effekt af den pågældende aktivitet og de tilknyttede mål er et gode for patienterne eller hospitalet/hospitalets medarbejdere. Det har ikke været KORAs intention at sælge Michael E. Porters ideer om værdibaseret styring som et koncept, der kan og skal implementeres som en fuld pakke uden modifikationer, men værdibaseret styring er dog blevet betragtet som det bagtæppe, som ledere og medarbejdere omkring Udviklingshospital Bornholm som minimum skal forholde sig til i forbindelse med udviklingen af konkrete tiltag og aktiviteter. I forbindelse med sparringen på delprojekterne med fokus på evalueringen heraf gjorde KORA derfor især opmærksom på den del, der handler om outcome i form af patientrelaterede helbredseffekter, og på, hvorvidt det var hensigtsmæssigt, at nogle delprojekters formål og mål i højere grad afspejlede aktiviteter, man ønskede at gennemføre, frem for outcomes.

I sidste ende har ledere og medarbejdere omkring delprojekterne selv defineret formål, mål og målgrupper. Dog har KORAs tilstedeværelse som både sparringspartner og evaluator også ført til en oplevelse af, at KORA har haft særlige forventninger til delprojekternes mål og målopfyldelse, og at det var vigtigt at sikre KORAs accept af det valgte setup i delprojekterne. Det har i nogle tilfælde også medført en misforstået oplevelse af, at det ikke var "tilladt" at fravige fx den valgte målgruppe, fordi det ville påvirke evalueringen af projektet – også selvom det blev opfattet som meningsløst blandt de involverede klinikere ikke at inddrage en bredere patientgruppe i forbindelse med afprøvningen af aktiviteter.

Bilag 2 Otte delprojekter

De otte delprojekter i Udviklingshospital Bornholm er udvalgt på baggrund af en række workshops og seminarer med medarbejdere, patienter, pårørende og politikere i første halvdel af 2016. De otte delprojekter beskrives i projektgrundlaget for Udviklingshospital Bornholm og er sidenhen blevet videreudviklet i de projektgrupper, der er tilknyttet de enkelte delprojekter. De otte delprojekter er kort beskrevet i det følgende på baggrund af delprojektbeskrivelserne fremsendt af Bornholms Hospital i marts 2017²¹.

1: Fælles og fleksible ambulatorier

Første delprojekt har til formål at afprøve nye metoder til at tilrettelægge kronikers kontakt med hospitalet, så antallet af ambulante aftaler reduceres, og besøg i akutmodtagelsen søges erstattet af akutte tider i ambulatoriet. I dette delprojekt skal det derfor undersøges, om gruppen af kronisk syge oplever, at deres besøg i ambulatorierne bliver mere passende og bedre tilrettelagt, hvis:

- a) Hospitalet koordinerer aftaler, så flere ambulatoriebesøg klares på en dag
- b) Patienten – i det omfang det er muligt – får en akut tid i ambulatoriet i stedet for et besøg i akutmodtagelsen.

Konkret skal der arbejdes med 1) at samle flere ambulatoriebesøg på en dag, i stedet for at de er spredt over flere dage, 2) at nogle fremmøder skal konverteres til telefoni, og 3) at kommune, praktiserende læge, akutmodtagelse og patient skal kunne booke en akut tid i ambulatorierne²². Derudover skal der etableres et ambulatorieteam, som skal arbejde med samarbejde og koordinering på tværs af specialer.

Delprojektet bliver fulgt på følgende mål:

- 10% reduktion af antal ambulante besøg for de inkluderede patienter (ambulante besøg forstås som fremmøder på Bornholms Hospital).
- 15% øgning i antal telefonkonsultationer for de inkluderede patienter.
- Patienter oplever, at antallet af ambulante besøg er passende.
- Patienter oplever, at deres fremmøde i ambulatoriet var godt tilrettelagt.

Målgruppen er i første omgang patienter med KOL, hjertesygdom eller diabetes og mindst én kronisk sygdom derudover. Patienter inden for neurologi og nefrologi indgår i gruppen af kronikere, hvorimod dialysepatienter udelades.

Delprojekt 1 ledes af en af hospitalets ledelseskonsulenter, og projektgruppen består i øvrigt af medarbejdere fra hospitalets ambulatorier (herunder en lægesekretær, en ambulatoriesygeplejerske og en overlæge), en konsulent og en repræsentant fra hospitalets brugerråd.

²¹ Beskrivelser af delprojekterne kan også læses i projektgrundlaget for Udviklingshospital Bornholm (Region Hovedstaden 2016b).

²² Sidstnævnte skal ske i samarbejde med delprojekt 2: Ny visitationsform for akutte patienter.

2: Ny visitationsform for akutte patienter

Det andet delprojekt har til formål at etablere en ny visitation af kendte patienter ud fra devisen, "at indlæggelse på hospital ikke altid er det valg, som giver størst værdi for patienten"²³. Antagelsen er, at akutmodtagelsen i nogle tilfælde benyttes, fordi det er et tilgængeligt tilbud, men et tilbud, der med fordel kan erstattes af andre tilbud. Derfor skal der designes nye visitationsformer, der kan reducere antallet af akutte indlæggelser. Dette delprojekt skal etableres i samarbejde med kommunen og almen praksis, som tilsammen skal udarbejde nye visitationsforløb via tre forskellige forløb:

1. Patienten får en konkret kontakt til kommunen, som iværksætter et akut eller planlagt kommunalt pleje- eller rehabiliteringstilbud.
2. Patienten får en akut tid i ambulatoriet fx samme eller næste dag (i sammenhæng med delprojekt 1).
3. Patienten indlægges til observation, pleje eller behandling i hospitalets akutmodtagelse.

I januar 2017 blev en ny akutmodtagelse åbnet på Bornholms Hospital, og den indeholder som noget nyt et observationsafsnit. Her er der mulighed for kortere indlæggelsesforløb, og dette delprojekt skal altså ses i sammenhæng med en mere generel organisationsomlægning på hospitalet. Samtidig er der sammenhæng mellem dette delprojekt og delprojekt 1 i udviklingen af akuttider i ambulatorierne, og der er sammenhæng med delprojekt 3 i samarbejdet med kommune og almen praksis om fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse af ældre patienter.

Delprojektet følges ud fra følgende mål:

- 50% reduktion i antallet af 1-,2- og 3-dages indlæggelser for KOL-patienter.
- 50% reduktion i ambulante besøg i Akutmodtagelsen af patienter med kateterproblemer.
- 50% reduktion i antallet af 1-,2- og 3-dages-indlæggelser for kateterproblemer.
- 50% reduktion i antallet af indlæggelser (blandt dem, som praktiserende læger ringer ind om) ved indførelse af daglig "konsultationstid" mellem praktiserende læge og overlæge på Bornholms Hospital vedrørende tvivl om indlæggelse.
- Patienter oplever at få det rette tilbud.

Delprojektet ledes af en af hospitalets ledelseskonsulenter og en projektgruppe bestående af repræsentanter for hospitalets medicinske og kirurgiske afdeling og repræsentanter for kommunen (herunder en konsulent, et medlem af samordningsudvalget og en tværsektoriel sygeplejerske).

²³ Projektbeskrivelse for delprojekt 2.

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

Formålet med tredje delprojekt er at etablere korte og fokuserede konferencer mellem almen praksis, kommunen og den behandlingsansvarlige læge og sygeplejerske på hospitalet ved indlæggelse og forud for udskrivelse. Hensigten er at skabe større tryghed for patienterne, at forberede den modtagende part bedre, at lave præcise aftaler og bedre overgange og derved forebygge unødvendige indlæggelser og genindlæggelser.

Målgruppen for delprojektet er kendte patienter over 65 år, som har forløb i hjemmeplejen eller bor på plejehjem. I starten vil der også blive fokuseret på patienter knyttet til de praktiserende læger, som indgår i projektet.

Målet er:

- 10% reduktion af forebyggelige indlæggelser.
- At patienter oplever sammenhæng i deres forløb.
- At patienter er trygge ved udskrivelse fra hospital.

Projektet er ledet af en af hospitalets egne kvalitetskonsulenter, og med i projektgruppen er desuden en praktiserende læge, en repræsentant fra kommunen og repræsentanter fra hospitalets afdelinger.

4: PRO-data – selvrapporterede helbredsoplysninger

Dette delprojekt har til formål at indsamle PRO-data for udvalgte patientgrupper og gøre erfaringer med anvendelse af PRO-data til brug i forbindelse med fælles beslutningstagning, som dialogstøtte i forbindelse med individuelle patientforløb og til kvalitetsudvikling på tværs af sektorer. Af projektbeskrivelsen fremgår det, at man sigter mod kulturforandring og implementering af PRO-data frem for at påvise helbredsresultater ved nogle af de øvrige delprojekter. Der er udvalgt fire patientgrupper/behandlinger, hvor PRO-data og tilhørende arbejdsgange skal afprøves:

- Operation for lyskebrok (inguinalhernie)
- KOL-patienter
- Hoftealloplastik
- Knæalloplastik.

Målet er, at der efter to år er etableret en organisering på Bornholms Hospital og mellem primær og sekundær sektor, som samarbejder om forbedring af forløb på baggrund af patientdata på minimum et sygdomsområde. Herunder er defineret flere delmål:

- At lære at arbejde med individuelle PRO-data
- At sikre, at patienter og medarbejdere finder individuelle PRO-data anvendelige og meningsfulde
- At kompetenceudvikle og træne medarbejdere, så de kan anvende PRO-data i den sundhedsfaglige praksis for at opnå reel patientinddragelse og understøtte den fælles beslutningstagning
- At anvende PRO-data i kvalitetsarbejdet og på tværs af specialer og sektorer.

I tilknytning til disse mål er der formuleret et sæt af målindikatorer, som omhandler processen med indsamling og brug af PRO-data, fx hvor stor en andel af patienterne, der udfylder PRO-data, hvorvidt patienter og medarbejdere oplever, at PRO-data anvendes i dialogen om patientens forløb, om relevante medarbejdere har deltaget i kompetenceudvikling, m.m.

Projektledelsen varetages af en af hospitalets egne konsulenter og med ViBIS, som sparingspartner. Projektgruppen består af repræsentanter fra flere af hospitalets afdelinger og konsulenter fra Region Hovedstaden. Der skal desuden nedsættes tre undergrupper, som skal arbejde med henholdsvis hofte/knæ, KOL og lyskebrok. Disse grupper bliver sammensat med relevante personer fra projektgruppen, patientrepræsentanter og projektlederen.

5: Bedre bestilling og brug af diagnostik

Formålet med delprojekt 5 er, at ydelser i Diagnostisk enhed vil give mest mulig værdi for patienter og pårørende. Konkret er der fokus på at optimere arbejdsgangene i relation til diagnostiske ydelser på en måde, så kapaciteten i Diagnostisk enhed udnyttes endnu bedre og til gavn for patienter. Delprojektet vedrører bedre brug og bestilling af diagnostik, og målet er at opnå følgende:

- a) Øge antallet af efterbestillinger af blodprøver med 20 % med henblik på at nedsætte antallet af stik i patienter inden udgangen af 2017²⁴
- b) Halvere andelen af henvisninger til CT-/MR-/ultralydskanning, hvor radiologen er i tvivl om den bedste undersøgelsesmetode, inden marts 2018
- c) Halvere andelen af ambulante patienter, der venter mere end 20 minutter i laboratoriets ambulatorie, inden 1. september 2017.

Delprojektet tager bl.a. udgangspunkt i den organisationsanalyse, som blev gennemført på Bornholms Hospital i 2016²⁵, og som viste, at der er mulighed for at reducere antallet af blodprøver internt på hospitalet, at patienter oplever, at de samme blodprøver tages i almen praksis og på hospitalet, at medarbejdere i Diagnostisk enhed oplever, at de modtager mange unødvendige henvisninger, særligt fra yngre læger, som bestiller undersøgelser for at være på den sikre side, og at medarbejdere og mellemledere efterspørger bedre mulighed for videndeling og samarbejde på tværs af afdelinger, fx når nye arbejdsgange sættes i værk. Delprojektet fokuserer derfor på ændrede arbejdsgange via erfaringsudveksling og samarbejdsaftaler mellem Diagnostisk enhed og de henvisende læger.

Målgruppen i dette delprojekt er ikke afgrænset til særlige patientgrupper, dog kan det være, at nogle aktiviteter startes op for udvalgte patientgrupper og siden spredes til andre patientgrupper (jf. forbedringsmodellen).

Delprojekt 5 ledes af en af hospitalets ledelseskonsulenter, og i projektgruppen indgår desuden medarbejdere fra henholdsvis medicinsk og kirurgisk afdeling samt ledere og medarbejdere fra Diagnostisk enhed.

²⁴ I den første projektbeskrivelse for dette delprojekt var målet formuleret således: Antallet af stik i patienter til blodprøvetagning, som kunne være undgået, er reduceret med 75 %. I efteråret 2016 gennemførte Centrallaboratoriet en optælling af antallet af blodprøvetagninger, som ifølge bioanalytikerne kunne være undgået. Resultatet var 0,7 stik pr. dag, og dette datagrundlag blev vurderet til at være for spinkelt. Derfor blev det oprindelige mål forkastet og erstattet af målet om efterbestillinger som udtryk for en ændret tilgang til bestilling af blodprøver.

²⁵ Region Hovedstaden 2016a, *Organisationsanalyse på Bornholms Hospital 2016. Efter Planetree-modellen*, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, København

6: Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår

Formålet med delprojekt 6 er at give indlagte patienter et bedre overblik over, hvad der skal ske og hvornår undervejs i deres indlæggelse. Herunder er formålet:

- At patienter får overblik over deres dag under indlæggelse og medarbejderne overblik over den planlagte aktivitet for patienten
- At rammerne for stuegang gøres mere fleksible til gavn for patienter og pårørende
- At patienter får mulighed for at forberede sig på deres udskrivelsessamtale og eksempelvis kan invitere pårørende med
- At medarbejderne oplever at kunne imødekomme patientens ønsker og behov for fleksibilitet og pårørendeinddragelse i forbindelse med stuegang og udskrivelse.

Dette skal opnås ved at indføre og afprøve dag-til-dag-oversigter over planlagte aktiviteter for patienten, ved at muliggøre booking af stuegang og give mulighed for fleksibilitet i forhold til, hvor stuegangen finder sted, og ved at planlægge stuegangen inden for et interval, der muliggør deltagelse af pårørende, m.m.

De primære mål for dette delprojekt er følgende:

- At der for 90 % af patienterne inden 31. december 2017 er et dokumenteret forventet tidspunkt for udskrivelse senest 48 timer efter indlæggelsen
- At 90 % af patienterne inden 31. december 2017 kender til tidspunktet for deres egen stuegang/lægesamtale.

De sekundære mål er følgende:

- At gennemsnitlig indlæggelsestid for patienter i gruppe 2 på Medicinsk Afdeling på F1 (neurologisk sengeafsnit) fastholdes eller reduceres i perioden frem til 31. december 2017.

I dette delprojekt er der fokus på patienter indlagt på Medicinsk Afdeling, F1.

Projektlederen for dette delprojekt er en konsulent fra Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, og projektgruppen består af medarbejdere fra Medicinsk Afdeling på hospitalet samt en patientrepræsentant.

7: Patientens vej igennem hospitalet

Dette delprojekt har til formål at forbedre de fysiske rammer på hospitalet og gøre dem mere imødekomende og fremmende for inddragelse af og dialog med patienterne.

Fokus i dette delprojekt er:

- Servicekultur
- Parkeringspladser til patienter, pårørende og øvrige gæster
- Synlig fælles reception
- Skiltning i lofter og på vægge og gulve
- Udvikling af design for udvalgte patientrelaterede rum (fx venteværelser, undersøgelsesrum og sengestuer)
- Forplejning i kontakten med hospitalet.

Målet er, at over 90 % af patienterne oplever de fysiske rammer som venlige og imødekomende. Derudover er der defineret en række delmål, som modsvarer ovenstående fokusområder.

Delprojektet ledes af hospitalets servicechef, og projektgruppen består af en repræsentant fra brugerrådet samt repræsentanter for ledere og medarbejdere på hospitalet.

8: Følg patienternes præference i den sidste levetid

Formålet med dette delprojekt er at sikre, at alle patienter tidligt i det palliative og terminale forløb sikres information om diagnose og prognose og om den samlede palet af tilbud, der gives af kommune, almen praksis og hospital. Ønsker i forbindelse med døden skal på den baggrund drøftes med patient og pårørende, herunder, hvor patienten ønsker at dø, og hvad der er vigtigt for patient og pårørende i den sidste tid.

Til delprojekt 8 er defineret et kvalitativt mål: at patienter og de pårørende oplever den sidste tid på den måde, de havde ønsket i dialogen med klinikkerne. Det fremgår endnu ikke, hvad indsatsen præcis skal indebære, og hvordan den skal organiseres, men der arrangeres som det første workshops/fokusgruppeinterview med de pårørende knyttet til et af Bornholms plejecentre som input til den videre udvikling af indsatsen.

Konkret er en hospicefunktion under udvidelse på Bornholms Hospital, hvorved hospitalet kan opfylde kravene til en specialiseret, palliativ og terminal indsats. Derudover skal delprojektet være en del af et tværregionalt forbedringsprojekt med hensyn til optimering af forløbet for den palliative patient.

Målgruppen for delprojekt 8 er terminale patienter med anden diagnose end cancer, og den første del af projektet vil have fokus på lungemedicinske patienter.

Delprojektet ledes af en projektleder fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed og en projektgruppe sammensat af medarbejdere fra hospitalet (medicinsk og palliativt sengeafsnit, lungeambulatoriet), repræsentanter fra et af kommunens plejecentre, en praktiserende læge og en pårørenderepræsentant.

Bilag 3 Oversigt over LUP-spørgsmål

Bilagstabel 3.1 Spørgsmål i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

Dimension	Spørgsmåls nr.			Spørgsmålsformulering (kort)*
	Plan	Akut	Amb.	
Modtagelse	-	1	-	Ved ankomst tilses patienterne hurtigt af en sygeplejerske eller læge
	-	2	-	Ved ankomst informeres patienterne om, hvad der skal foregå i starten af indlæg.
	-	3	-	Ved ankomst tilbyder personalet at informere pårørende, hvis patienterne er alene
	-	4	-	Ved ankomst spørger personalet ind til patienternes medicinforbrug
Personale	1	-	1	Personalet er forberedt på patienternes ankomst
	5	7	5	Personalet er venligt og imødekommende
	6	-	6	Personalet har sat sig ind i patienternes sygdomsforløb ved samtaler
	7	8	-	Personalet har mulighed for at tale med personalet om pleje ved behov
	-	-	7	Personalet har tid til patienterne
	8	9	-	Patienterne har mulighed for at tale med en læge om behandling ved behov
-	-	8	Patienterne har mulighed for at tale med en relevant sundhedsfaglig person	
-	10	-	Patienterne oplever, at én/flere har ansvar for forløb fra ankomst til udskrivelse	
Ventetid ved ank.	2	-	2	Ventetid fra patienterne skal møde til de bliver kaldt ind
Patientinvolvering	9	11	9	Personalet spørger ind til patienternes egne erfaringer med sygdom/tilstand
	10	12	10	Personalet giver patienterne mulighed for at deltage i beslutning om behandling
	11	13	11	Personalet giver pårørende mulighed for at deltage i beslutninger om behandling
	12	14	12	Patienterne har samtaler med personalet om egen håndtering af sygdom/tilstand
	13	15	-	Personalet tager hensyn til patienternes behov ved planlægning af udskrivelse
Patientoplevet fejl	14	16	19	Patienterne oplever fejl
Servicestandard	18	20	-	Patienternes behov for mad og drikke er dækket
	19	21	-	Patienterne får tilstrækkelig med ro til hvile og søvn
	20	22	-	Patienternes behov for personlig hygiejne er dækket
	22	24	-	Afdelingens lokaler er rene
	-	-	23	Der er tydelig skiltning til ambulatoriet på sygehuset (klinikken)
	-	-	24	Ambulatoriets åbningstider passer til patienternes behov
	-	-	25	Patienterne kan kontakte ambulatoriet ved behov
-	-	26	Den telefoniske rådgivning efter besøg er brugbar (kun patienter der har kontakt)	
Smertelindring	21	23	-	Patienternes behov for smertelindring er dækket
Info før og under indlæggelse	23	-	-	Patienterne informeres før indlæggelse om, hvad der skal ske under indlæggelse
	24	-	-	Den mundtlige information under indlæggelse er forståelig
	25	-	-	Patienterne får svar på spørgsmål, de stiller under indlæggelse
	26	-	-	Patienterne er informeret om (bi-)virkning ved medicin de får under indlæggelse
	27	-	-	Patienterne informeres løbende om resultater af undersøgelse/behandling
Info under indlæggelse	-	25	-	Den mundtlige information under indlæggelse er forståelig
	-	26	-	Patienterne får svar på spørgsmål, de stiller under indlæggelse
	-	27	-	Information fra forskelligt personale på afdelingen stemmer overens
	-	28	-	Patienterne er informeret om (bi-)virkning ved medicin de får under indlæggelse
	-	29	-	Patienterne informeres løbende om resultater af undersøgelse/behandling
-	30	-	Patienterne informeres løbende om, hvad der skal foregå	
Information	-	-	13	Patienterne informeres før besøg om, hvad der skal ske under besøg
	-	-	14	Den mundtlige information under besøget er forståelig
	-	-	15	Patienterne får svar på spørgsmål, de stiller under besøg
	-	-	16	Patienterne er informeret om muligheder for at stille spørgsmål efter besøg
	-	-	17	Informeret om (bi-)virkninger ved ny medicin, der tages efter besøg
Udskrivelsesinfo	28	31	-	Informeret om symptomer, der kræver opmærksomhed efter udskrivelse
	29	32	-	Patienterne er informeret om videre plan for forløb fx. opfølgning/genoptræning
	30	33	-	Patienterne er informeret om muligheder for at stille spørgsmål efter udskrivelse
	31	34	-	Informeret om (bi-)virkning ved ny medicin, der tages efter udskrivelse
Overordnet tilfredshed	34	37	27	Patienterne er tilfredse med plejen
	35	38	28	Patienterne er tilfredse med behandlingen
	36	39	-	Patienterne er alt i alt tilfredse med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse
	-	-	29	Patienterne er alt i alt tilfredse med besøgets forløb.

Note: Spørgsmålene findes kun for patientgrupper, hvor spørgsmålsnummer er angivet.

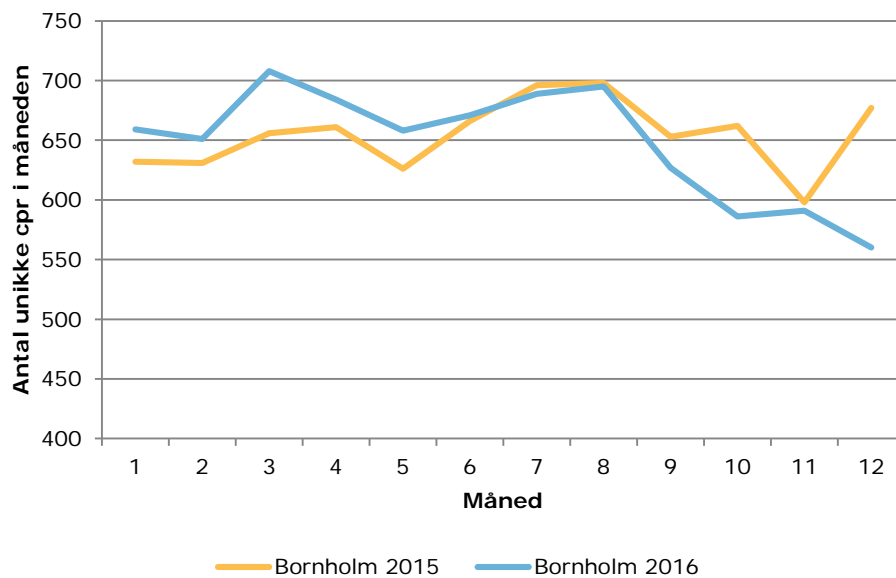
Kilde: http://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUP/LUP2016/lup_2016_rapport.pdf.

Bilag 4 Supplerende figurer og tabeller, kvantitativ analyse

Månedlig sammenligning af antallet af unikke patienter med udskrivning fra Bornholms Hospital i 2015-2016

Det fremgår af Bilagsfigur 4.1, at antallet af udskrivinger i første halvår af 2016 ligger over niveauet i 2015, mens der ses et betydeligt fald i den sidste halvdel af året. Der er således ikke tale om et jævnt fald over hele året.

Bilagsfigur 4.1 Antallet af unikke patienter med udskrivinger fra Bornholms Hospital. Opgjort pr. måned i perioden januar 2015 – december 2016

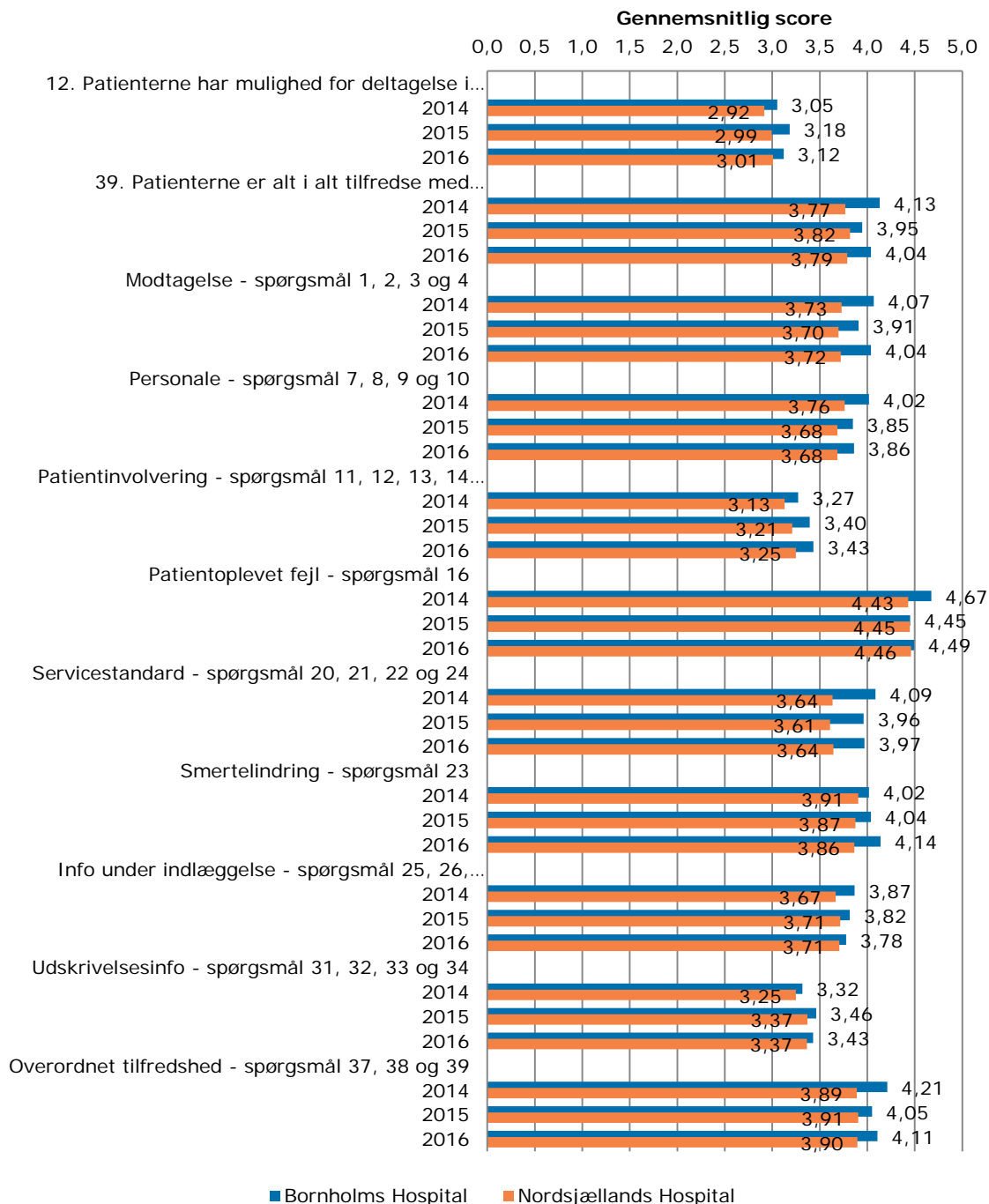


Note: Der anvendes DRG-grupperinger og takster fra 2013.

Kilde: Udtræk fra LPR.

LUP-besvarelser

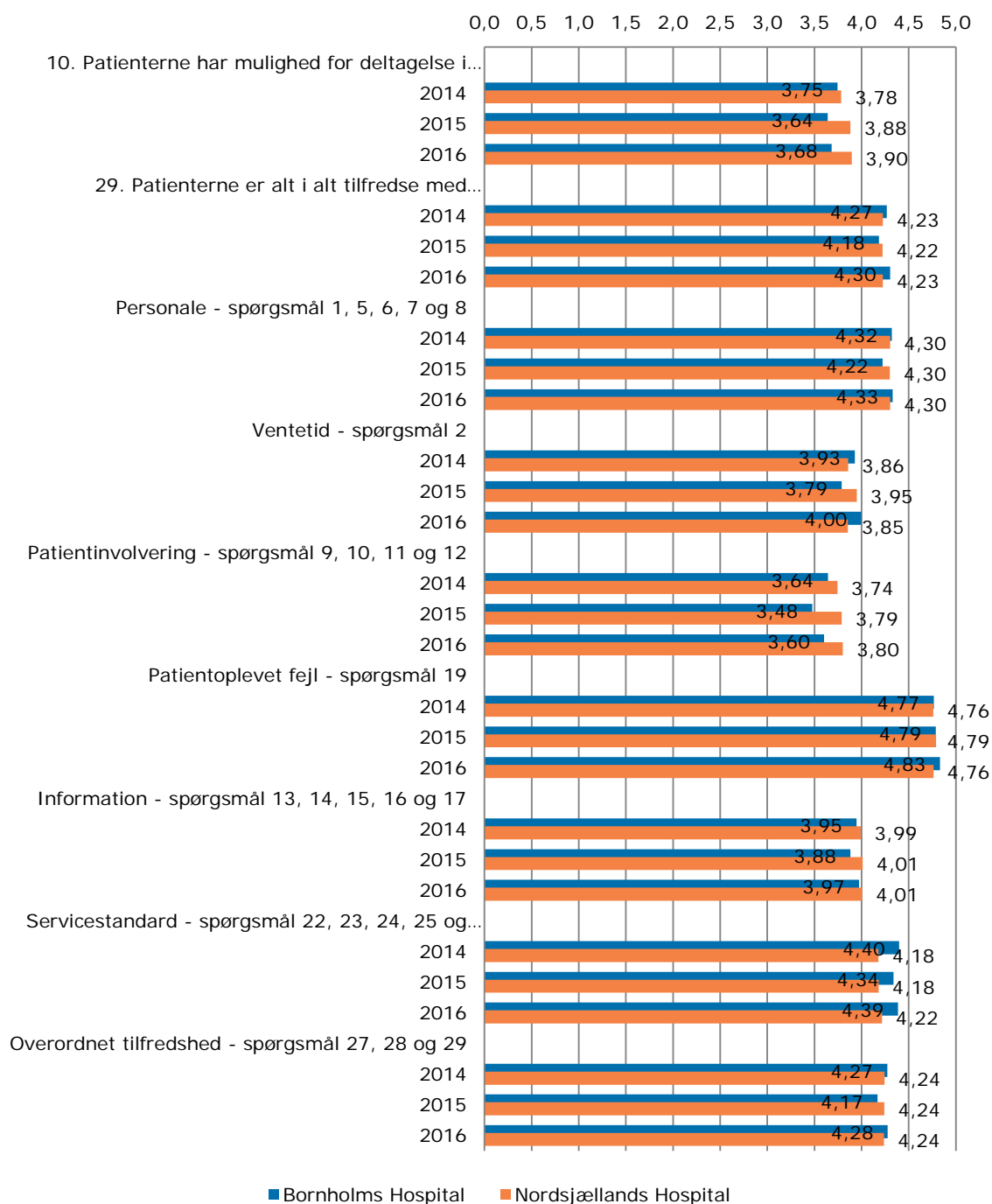
Bilagfigur 4.2 LUP-besvarelser for akut indlagte patienter – 2014-2016. Bornholms og Nordsjællands Hospitaler



Note: Se Bilagstabel 3.1 for en oversigt over alle spørgsmål i undersøgelsen.

Kilde: <http://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersoegelse-patientoplevelser-lup>.

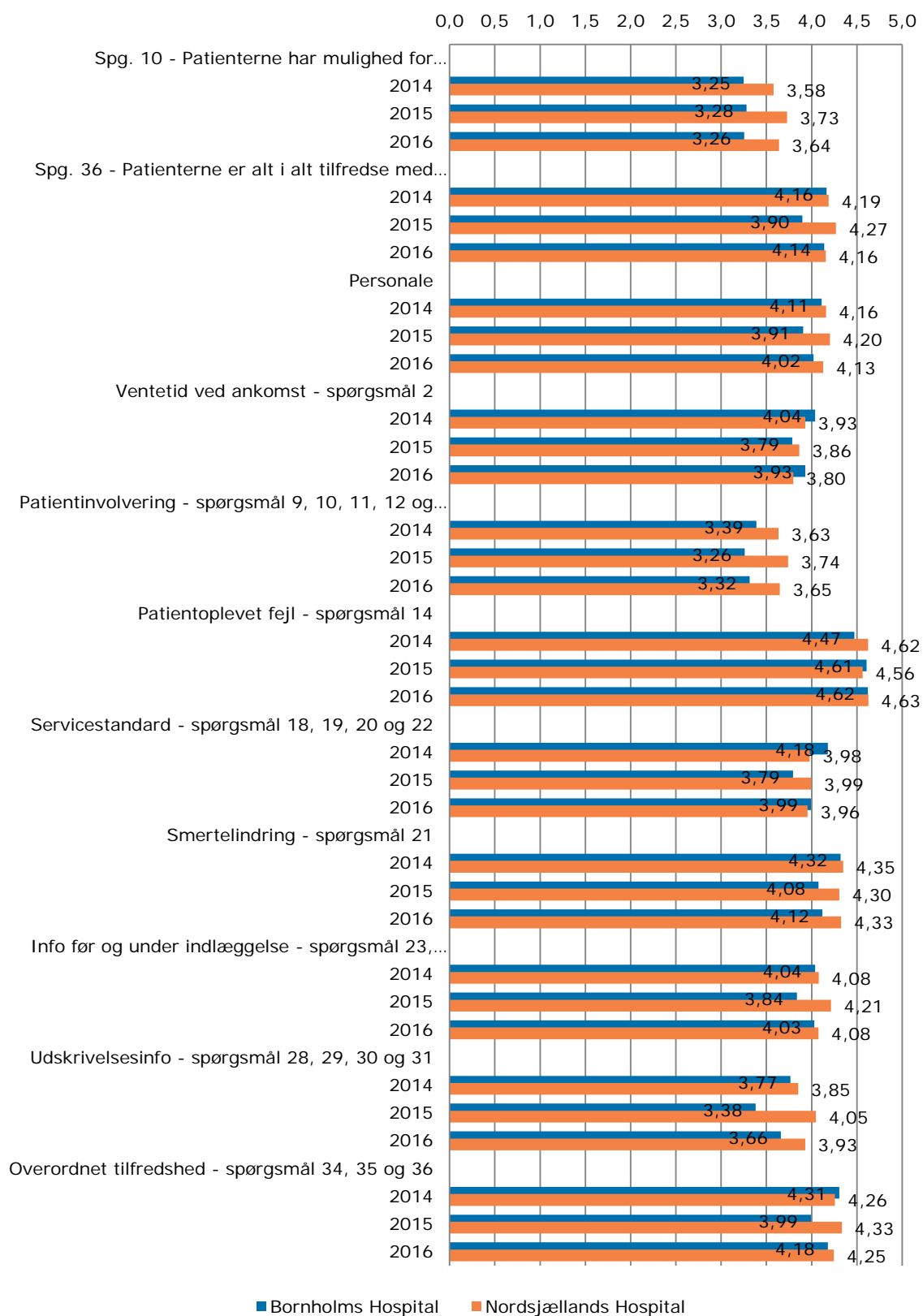
Bilagfigur 4.3 LUP-besvarelser for ambulante patienter – 2014-2016. Bornholms og Nordsjællands Hospitaler



Note: Se Bilagstabel 3.1 for en oversigt over alle spørgsmål i undersøgelsen.

Kilde: <http://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersogelse-patientoplevelser-lup>.

Bilagfigur 4.4 LUP-besvarelser for planlagt indlagte patienter – 2014-2016. Bornholms og Nordsjællands Hospitaler



Note: Se Bilagstabel 3.1 for en oversigt over alle spørgsmål i undersøgelsen.

Kilde: <http://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersogelse-patientoplevelser-lup>.



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

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