Kan man synliggøre offentlig værdi?

- om brugen af performancemål i det danske sygehusvæsen

Masterprojekt

Master of Public Governance

Vejleder Ivar Friis

Karen Lise Østergaard Jensen 03.11.1976

Studienr.: kaje10ab

Anslag:113.370

Indholdsfortegnelse

Summary s. 3

1. Indledning s. 4
1.1. Motivation s. 5

2. Problemformulering s. 6

3. Metode s. 6
3.1 Metodologisk tilgang og vurdering af egen rolle s. 7
3.2 Alternative metodiske tilgange s. 8
3.3 Valg af empiri s. 9

4. Teori s. 10
4.1. Offentlig værdi s. 10
4.1.1 Rammerne for forståelse af offentlig værdi s. 10
4.1.2 Borgere eller brugere s. 10
4.1.3 Hvad er offentlig værdi? s. 11

4.2 Performancemål s. 12
4.2.1 Definition af performancemål s. 12
4.2.2 Kritik af performancemål i den offentlige sektor s. 13

5. Kriterier for gode performancemål s. 15

6. Analyse s. 16
6.1. HSMR s. 16
6.1.1 Vurdering af HSMR som performancemål i forhold til offentlig værdi s. 18
6.1.1.1 Kriterier for gode performancemål s. 18
6.1.1.2 Anvendelighed i ledelsesmæssig sammenhæng s. 19
6.1.1.3 Faglig relevans s. 20
6.1.2 HSMR som performancemål – delkonklusion s. 20

6.2 Karakter for service og kvalitet på sygehuse (stjernesystemet) s. 21
6.2.1 Vurdering af stjernesystemet som performancemål i forhold til offentlig værdi s. 21
6.2.1.1 Kriterier for gode performancemål s. 22
6.2.1.2 Anvendelighed i ledelsesmæssig sammenhæng s. 23
6.2.1.3 Faglig relevans s. 24
6.2.2 Stjernesystemet som performancemål – delkonklusion s. 24

6.3 Værdi for borgeren s. 24
6.3.1 Vurdering af 'Værdi for borgeren' som performancemål i forhold til offentlig værdi s. 26
6.3.1.1 Kriterier for gode performancemål s. 26
6.3.1.2 Anvendelighed i ledelsesmæssig sammenhæng s. 27
6.3.1.3 Faglig relevans s. 27
6.3.2 Værdi for borgeren som performancemål – delkonklusion s. 27

7. Diskussion – analysens resultater s. 28

8. Konklusion s. 30
8.1 Besvarelse af problemformuleringen s. 30
8.2 Opstilling af opmærksomhedspunkter s. 32

8.3 Kan opgaven overhovedet bruges til noget? s. 32

9. Ledelsesmæssig udvikling **s. 33**

10. Perspektivering **s. 34**

11. Referencer **s. 36**

12. Bilagsliste **s. 39**

Summary

How is public value created? What is public value and how can it be quantified? This is a thesis about public value, about what it is and how we can determine if is generated, if it is possible to measure public value creation, and about if such measures can provide relevant information for decision makers, taxpayers and professionals.

In the 90s 'New Public Management' meant a new approach to the assessment of performance in the public sector in Denmark. There is now a much greater focus than previously on assessing the public sector relative to what can be measured and weighed. Today performance measurements are used in every sectors from teaching to hospital treatment, and often attempted to illustrate value created in the in the public sector.

To answer the above mentioned questions, the thesis attempts to define what public value in general is. Next, the thesis turns to the concept of performance measurement and the criticism on how these are used in the public sector today. This critique is primarily aimed at the conclusions obtained from data, which data cannot sustain, and that enormous resources are used to collect data and finally on the fact, that performance measurements causes unintended incentives, which are being ignored at large.

Eight criteria for good performance measurement are set out. These criteria are employed to assess three cases and their usefulness in relation to visualising public value and their managerial and professional relevance.

The conclusion in this thesis is, that it is possible to develop performance measurements for the public hospital sector, which can be used to illustrate public value creation to the taxpayers, while also being managerial and academically relevant, but it is far more complicated than the way it is carried out today.

It is necessary to make a wide range of considerations before obtaining data. It is crucial for the visibility of public value that the measurements actually can deliver the information they promise, and that these are relevant or comprehendible to the taxpayers.

Should the measurements at the same time be relevant to management and employees, it is necessary to involve their professional expertise in the setting of objectives and simultaneously set up measures that can support the collection of data in order to minimise the risk of gaming and unintended incentives.

1. Indledning

Hvordan skaber man offentlig værdi, hvad er offentlig værdi i det hele taget, og hvordan kvantificerer man den? Er det dét forhold, at vi har adgang til behandling på sygehus uden egenbetaling? Eller er offentlig værdi proportional med antallet af knæoperationer, der udføres på en dag? Er en kompliceret og livreddende hjerteoperation mere værd end 100 hofteallоplastikker? Og hvilken værdi skal man tillægge sygeplejerskens omsorg for en døende patient, der lindrer, men ikke redder liv?

Dette er en opgave om offentlig værdi – om hvad det er og hvordan vi kan fastslå, om den faktisk skabes. Det er en opgave om, hvorvidt man kan måle offentlig værdiskabelse, og om sådanne mål kan give relevant information til både beslutningstagere, skatteydere og fagpersoner.

Opgaven tager udgangspunkt i min egen arbejdssituation som embedsmand, hvor jeg hver dag arbejder for at synliggøre den værdi, der skabes i det sjællandske sygehusvæsen. Dette kan til tider synes som en uløselig opgave – en opgave, hvor der hele tiden stilles krav om at retfærdiggøre de politiske, ledelsesmæssige og faglige beslutninger, der på den ene side udmønter sig i gode patientforløb, men som også resulterer i overbelægning, ventetid og lukning af sygehuse.

For hvad er egentlig offentlig værdi, og hvad er succeskriteriet for den offentlige sektor, for offentlige ledere og for de fagpersoner, der hver dag går på arbejde på en offentlig arbejdsplads – hvornår er 'systemet' en succes?[1]

I mit job som chefkonsulent i Råds- og direktionssekretariatet i Region Sjælland er værdi og succes målestokken for aktivitet, og noget som jeg hver dag forholder mig til både strategisk og konkret. Strategisk bruges succeskriterier og værdiskabelse i arbejdet med budgetoplæg, planlægning og udvikling, men måske vigtigere bruges disse konkret i pressehåndtering og kontakten til de mange borgere, der skriver til Regionsrådets politikere om deres oplevelser i sygehusvæsenet. Her må man forholde sig til, om 'systemet' har løst sin opgave tilfredsstillende eller ej. Måske synes borgerhenvendelser og mediehistorier irrelevante for regionens overordnede formål, men det er ikke desto mindre det, der i dagligdagen har politisk fokus. Politisk handling på baggrund af enkeltsager er ikke et fremmed fænomen set fra embedsmandsniveau.

Men én ting er, hvad offentlig værdi og succeskriterierne for den offentlige sektor er, en anden hvordan man så fastslår om disse er nået?

Et stort problem for den offentlige sektor er, at man har et enkelt mål for udgifter (kr.), men ikke har et validt mål for sektorens output. Man kan således ikke evaluere systemet ved at se på, hvor mange ressourcer den offentlige sektor bruger og holde dette op mod antallet af operationer, ambulancekørsler, kandidater fra universitet og skraldespande tømt. Den offentlige sektor har nemlig ikke kun prisen pr. produceret enhed som mål, men også andre langt mere komplicerede mål som den rummelige folkeskole, et bedre miljø, lige adgang til behandling og mange andre parametre for succes, der alle skal tages i betragtning, når man måler offentlig værdi. Der er krav til både resultater og processer, og det gør forventningerne til produktionen af offentlige ydelser multidimensionelle og uvægtede.

Det andet problem for den offentlige sektor er, at de resultater, der kan give mening for borgere og politikere, ikke nødvendigvis giver samme mening fagligt for de medarbejdere, der skal udføre opgaverne. Eksempelvis er produktiviteten i det offentlige sygehusvæsen noget, der politisk lægges stor vægt på, men for medarbejderne på en medicinsk afdeling, giver en høj produktivitet ikke nødvendigvis den samme tilfredsstillelse, hvis den samtidig går ud over patientplejen og kvalitet i

[1] Moore, Mark M.: Creating Public Value; s. 28

behandlingen. Mange forskelligt rettede mål hos mange forskellige aktører kan være så modsætningsfyldte, at de skaber et nulsumsspil, hvor en variabel ikke kan forbedres, uden at det går ud over en anden variabel, og der opstår et prioriteringsspørgsmål mellem dem tildeler ressourcer og dem, der har faglig indsigt.

Et tredje problem i den offentlige sektor er, at målet hele tiden flytter sig. Der er aldrig én politisk dagsorden, og den er aldrig blivende. Et fjerde problem er, at det politiske system forholder sig til aktualitet men sjældent til, at vedtagne og igangsatte indsatser kræver en vis tid at implementere. Derfor kan det politiske fokus allerede være skiftet, inden man ser resultaterne af en politisk beslutning. Dette kan i mange henseender være problematisk at håndtere i et stort system som det offentlige.

Med New Public Management-bølgen (NPM) i 90'erne kom en ny tilgang til at vurdere resultater i den offentlige sektor. Man begyndte at opstille performancemål for opgaverne, og fokus blev i langt højere grad end tidligere rettet mod at vurdere den offentlige sektor ud fra, hvad der kunne måles og vejes. Med udgangspunkt i NPM er målbarhed nu et vigtigt fokus. Det er nødvendigt at vurdere, om de ressourcer, det offentlige bruger på opgaveløsning, bruges rigtigt og effektivt, og om der rent faktisk produceres det, som skatteydere og beslutningstagere ønsker. Det er nødvendigt at se på antallet af ydelser produceret og på omkostningerne hertil, fordi ressourcerne er knappe, og det er nødvendigt at gribe ind over for spild, så ressourceanvendelsen optimeres. Men kan performancemål bruges til at sige noget om alle de andre målsætninger, der findes for den offentlige sektor? Kan performancemål bruges til at sige noget om offentlig værdi?

Den offentlige sektor kritiseres ofte for at være ineffektiv og bureaukratisk, og der ses næsten hver dag nye historier i medierne om, at borgerne opfatter den offentlige sektor som usmidig og uden fokus på borgernes behov og ønsker. Netop derfor er synliggørelse af en værdiskabelse over for borgerne afgørende. Men hvordan – hvad er gode målepunkter for borgerne, og hvilken information er relevant for dem?

Den offentlige sektor kritiseres også for at bruge for meget tid på processer og registrering, og særligt for de faggrupper, der arbejder med at producere de offentlige ydelser, er 'kolde hænder' til registrering af data en udfordring. Nogle borgere er utilfredse med mængden af ressourcer der bruges, og måden de bruges på, andre utilfredse med de beslutninger, der træffes og andre igen utilfredse med hvad, de betragter som manglende responsivitet i systemet[2]. Samtidig findes der blandt fagprofessionelle medarbejdere ofte klare holdninger til, hvad der er god og korrekt faglighed[3], og igangsættelse af nye initiativer – behandlingsmåder, registrering eller arbejdstilrettelæggelse – skal være relevante og meningsfyldte for fagpersoner for ikke at virke demotiverende - også selv om sådanne nye initiativer tager afsæt i politiske beslutninger eller ønsker om mere information til borgerne. Men kan det overhovedet lade sig gøre at finde mål, der både er fagligt relevante og relevante for skatteyderne?

Dette er opgavens omdrejningspunkt.

1.1 Motivation

Opgavens overordnede tema og omdrejningspunkt om offentlig værdi er valgt på baggrund af en grundlæggende undren over, hvorfor det er så vanskeligt at opnå og fastholde fokus på den værdi, der skabes i den danske offentlige sektor, når der samtidig offentliggøres store mængder af information, hvis formål angiveligt netop er at synliggøre produktivitet, effektivitet og kvalitet.

---

[2] Radin, Beryl: Challenging the Performance Movement;s.1

[3] Andersen, Lotte Bøgh et. al: Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor; s. 53

Opgavens emnefelt er det danske sundhedsvæsen, og særligt sygehusvæsenet som er i konstant forandring, og hvor der er et konstant politisk fokus på, hvordan sygehuse performer i forhold til effektivitet, faglig kvalitet og brugeroplevelse. Medieomtalen er intens og udgangspunktet ofte negativt. Men skabes der ikke offentlig værdi på de danske sygehuse eller er problemet tilgangen til og brugen af den information, der er til rådighed?

Opgaven har flere lag. Først rettes fokus mod, hvad offentlig værdi egentlig er, og hvem der har retten til at definere og vurdere den. Med udgangspunkt i denne definition skitseres den måde, den offentlige sektor i dag anvender performancemål på, og på baggrund af en analyse af tre konkrete eksempler på brug af performancemål som informationskilde til borgerne, diskuteres det, om performancemål er en brugbar metode til synliggørelse af offentlig værdi.

Opgavens kerne er en kritisk vurdering af og stillingtagen til brugen af performancemål som redskab til at informere borgerne om de aktiviteter, der foregår i den offentlige sektor, og samtidig en kritisk stillingtagen til, hvordan man udvælger disse mål, og hvilken effekt det kan have, hvis målene vurderes som irrelevante i en faglig og ledelsesmæssig kontekst.

Opgavens formål er således – med udgangspunkt i tre cases og videnskabelig litteratur – at forholde sig kritisk til brugen af performancemål som parameter for offentlig værdi, og samtidig skitsere overvejelser, man både politisk og ledelsesmæssigt, bør gøre sig, når man ønsker at synliggøre offentlig værdi.

Dette er ikke en opgave om mediestrategi, mediernes fokus på 'skandalehistorien' eller en opgave om politisk spin. Dette er en opgave, der ønsker at diskutere det problematiske i, at den offentlige sektor i dag bruger ressourcer på at indsamle informationer med det formål at give skatteyderne et indblik i den offentlige sektor, men som samtidig demotiverer de offentligt ansatte, fordi informationerne fagligt opfattes som selektive, unuancerede og irrelevante. Opgavens ønsker at diskutere, om og hvordan man kan opstille mål, der både kan fungere som valid og relevant information til skatteydere, og samtidig giver mening at have fagligt fokus på. Det er således opgavens ambition at opstille en række forslag til overvejelser, man som offentlig organisation bør gøre sig, når man arbejder med at vurdere egen organisation – både når sigtet er internt i egen organisation og eksternt i forhold til borgerne.

2. Problemformulering

Kan man udforme performancemål i det offentlige sygehusvæsen, så de kan bruges til at synliggøre offentlig værdiskabelse over for borgerne og samtidig være relevante i en ledelsesmæssig og faglig kontekst?

3. Metode

Opgaven er opbygget analytisk induktivt, og tager således udgangspunkt i en række cases, som analyseres i forhold til problemformuleringen[4].

I valget af den kvalitative analysemetode åbnes op for en række problemstillinger, der generelt gør sig gældende i brugen af kvalitativ metode. For det første kan man i den kvalitative tilgang altid

[4] Watt Boelsen, Merete: Kvalitative analyser; s. 33-34

stille spørgsmålstegn ved valget af data og konstruktionen af analysen[5] - ud fra hvilke kriterier er data valgt, og hvordan er analysen udarbejdet, og ikke mindst ved forskerens fokus – hvorfor netop dette? For det andet vil man kunne kritisere analysen og ikke mindst vurderingen af, om resultatmålene lever op til deres formål for at være subjektiv og vilkårlig.

Disse udfordringer vil altid gøre sig gældende i undersøgelser med en kvalitativ metodisk tilgang. Sådanne undersøgelser er svære at reproducere på grund af de mange valg, som forskeren alene har truffet, og resultaterne kan derfor være svært generaliserbare[6]. Man må dog holde sig for øje, at der ikke er nogen 'rigtig' kvalitativ metode, og at det centrale i valget er metode er bevidstheden om, at andre metoder måske ville give anderledes resultater[7].

Opgavens første del er en teoretisk beskrivelse af begrebet 'offentlig værdi'. Der er mange mulige tilgange til og definitioner af begrebet, men det er ikke opgavens formål at diskutere disse. Derfor vælges en entydig tilgang til begrebet, hvilket medvirker til at fastholde fokus på diskussionen af mulighederne for synliggørelse.

For at operationalisere begrebet 'offentlig værdi' er performancemål valgt som studieobjekt. Performancemål er et kendt og anvendt ledelses- og opfølgningsværktøj, og er en fast bestanddel af offentlige organisationer. Performancemål er valgt, fordi de – som de bruges i den offentlige sektor i dag – kan rumme næsten et hvilket som helt succeskriterium afhængigt af ydelsens art, og fordi de på mange måder og i mange sammenhænge bruges som information til borgerne. Performancemål og kritikken af disse beskrives på grundlag af litteraturen på området og der formuleres, på baggrund af dette, en række kriterier for, hvad et godt performancemål er, når formålet er at synliggøre offentlig værdi. Kriterierne for et godt performancemål danner samtidig rammen for en vurdering af performancemåls ledelsesmæssige og faglige relevans.

Herefter analyseres tre cases, som hver eksemplificerer, hvordan performancemål bruges som information til borgerne. De tre cases vurderes ud fra de opstillede kriterier for gode performancemål, og vurderes i forhold til, om de kan anvendes til det, deres formål beskriver. Herefter vurderes deres relevans i forhold til en ledelsesmæssig og faglig kontekst. Analysen af kriterierne beskriver også de mulige faldgruber, der kan gemme sig i brugen af de valgte kriterier, og hvilke problemer dette kan afstedkomme i forhold til brugen af resultaterne.

På baggrund af analysen diskuteres resultaterne. Opgavens konklusion forholder sig til problemformuleringen – både i forhold til de fremkomne resultater og opgaven som helhed, og der opstilles en række opmærksomhedspunkter, man ledelsesmæssigt bør forholde sig til, når man arbejder med udformning og brug af mål for den offentlige sektors performance. Opgaven afsluttes med en perspektivering og den ledelsesmæssige udvikling i relation til den konkrete udformning af opgaven.

3.1. Metodologisk tilgang og vurdering af egen rolle

Opgaven hviler på en grundlæggende hermeneutisk præmis om, at det er vigtigt at fortolke for at kunne forstå[8]. I hermeneutikken er tolkning af et fænomen eller en problemstilling aldrig forudsætningsløs, og disse forudsætninger bestemmer det resultat, man kommer frem til[9]. Forudsætninger kan således sidestilles med forforståelse, og hviler på forskerens sprog, begreber,

---

[5] Watt Boelsen, Merete: Kvalitative analyser: s. 101
[6] Watt Boelsen, Merete: Kvalitative analyser: s. 101
[7] Watt Boelsen, Merete: Kvalitative analyser s. 99
[8] Watt Boelsen, Merete: Kvalitative analyser; s. 38
[9] Gilje, Nils og Grimen, Harald: Samfundvitenskapens forutsetninger; s. 148

trosopfattelse og individuelle erfaringer[10]. Forskerens viden må på denne måde opfattes som både en kilde til indsigt og en kilde til mulig fejlfortolkning[11].

Opgavens analyse hviler alene på en subjektiv vurdering af, om performancemålene i de tre cases lever op til de opstillede kriterier for gode performancemål. Opstillingen af kriterierne tager udgangspunkt i litteraturen, men vurderingen af disse er altså subjektiv. Subjektiviteten baserer sig dog på et indgående kendskab til brugen af performancemål som informationskilde til borgerne og dermed som redskab til synliggørelse af værdi i sygehusvæsenet samt otte års erfaring med formidlingen af disse performancemål. På denne måde hviler vurderingen på egen opfattelse og erfaring og er kilde til både indsigt og mulig fejlfortolkning. For at imødegå risikoen for fejlfortolkning og understøtte vurderingerne inddrages der i analysen af de tre cases videnskabelig litteratur i form af reviews, analyser og debatindlæg.

Den subjektive vurdering er opgavens akilleshæl, fordi den kommer til at stå alene. Men den subjektive vurdering er også et ledelsesmæssige omdrejningspunkt, fordi man som topledelse i en stor offentlig organisation typisk befinder sig i et over/underordnelsesforhold og sjældent har mulighed for at vurdere og forholde sig kritisk til de performancemål, systemet pålægges at offentliggøre fra højere besluttende niveauer. Disse fastlægges ofte af centrale politiske eller administrative organer, og er derfor obligatoriske, og det eneste man som ledelse kan gøre sig overvejelser omkring er, hvor meget man ønsker at lægge vægt på disse i forhold til egen organisation. Det bliver altså ledelsens subjektive vurdering af, om de opstillede og obligatoriske mål skal bruges som grundlag for forandring eller ej. Hvis man vælger at arbejde med opstilling af performancemål for egen organisation, sker dette også på baggrund af subjektive vurderinger af målenes anvendelighed til forskellige formål. Den subjektive vurdering kan således opfattes som et ledelsesvilkår.

3.2 Alternative metodiske tilgange

En anden metodisk tilgang ville være at foretage en række kvalitative interviews med fokus på forståelsen af offentlig værdi og brugbarheden af de mål, der i dag anvendes i sygehusvæsenet. Målgruppen for sådanne interviews kunne være patienter og ledelsesmæssige og faglige nøglepersoner i sygehusvæsenet, og formålet kunne være at undersøge deres opfattelse af værdi og holdning til de resultater, de tre cases fremstiller.

Metoden blev fravalgt, fordi det analysemæssigt ville være problematisk, at interviewpersonerne næppe ville have samme holdning til, hvad offentlig værdi er. Skulle metoden have været anvendt, ville det have været nødvendigt at interviewe et meget stort antal personer for at få identificerbare mønstre i forhold til begrebet offentlig værdi.

Det havde også været muligt at foretage en række interviews med det formål at belyse borgernes forståelse og vurdering af informationen i de tre cases. Sådanne interviews ville have kunnet give en indikation af, om borgerne faktisk forstår den information, som er til rådighed for dem, om de tillægger denne information nogen værdi og om dette påvirker deres adfærd og valg? Men opgavens mål er ikke at analysere, om borgerne forstår informationen i disse cases, men at diskutere hvorvidt det er muligt at opstille performancemål, der både kan synliggøre offentlig værdi og være fagligt og ledelsesmæssigt relevante.

Den enkeltes subjektive opfattelse af offentlig værdi ligger også til grund for fravalget af en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse til samme målgruppe som ovenfor beskrevet. Udarbejdelsen af spørgeskemaundersøgelser er meget følsom over for værdiladning af spørgsmål og

[10] Watt Boelsen, Merete: Kvalitative analyser; s. 39
[11] Watt Boelsen, Merete: Kvalitative analyser; s. 38

respondenternes tolkning, og et emne som offentlig værdi gør det særdeles kompliceret at arbejde med spørgeskemaer, hvis ikke én særlig tilgang til offentlig værdi skulle være grundlaget.

Det er spørgsmålet, om eksempelvis interviews med patienter og nøglepersoner i sygehusvæsenet om brugbarheden af forskellige resultatmål ville have givet en mindre subjektiv vurdering, der reelt ville være anvendelig i en analysefase. Interviewpersonernes vurdering ville også være subjektiv – bare ud fra andre forudsætninger.

3.3 Valg af empiri

For at belyse opgavens problemstilling er der som empiri valgt tre cases, hvor performancemål på forskellig måde bruges til at synliggøre resultatet af produktion i sygehusvæsenet. De tre cases er valgt ud fra deres forskelligheder og dermed opnå maksimal variation i empirien, og samtidig deres fælles formål om at belyse kvaliteten af den aktivitet, der foregår i sygehusvæsenet.

Hospitalsstandardiseret mortalitetsratio (HSMR):
HSMR er et internationalt anerkendt og benyttet mål for dødelighed. Helt præcist udtrykker HSMR udtryk for antallet af dødsfald på et sygehus som procent af det forventede antal dødsfald, og skal således belyse, om der inden for en given periode dør færre eller flere patienter, end man kunne forvente. Metoden er oprindeligt udviklet af den engelske professor Brian Jarman, Imperial College, London, og benyttes i dag i lande som USA, England, Holland og Sverige. Der offentliggøres HSMR-tal for de danske sygehuse kvartalsvis, og det er således muligt for både borgere og medier at følge udviklingen over tid.

HSMR er her valgt som eksempel, fordi metoden er international og samtidig fagligt anerkendt.

Karakterer for service og kvalitet på sygehuse – stjernesystemet:
Sundhedsstyrelsen lancerede i 2006 sundhedskvalitet.dk og i denne forbindelse et system, hvor de danske sygehuse blev tildelt et antal stjerner for service og kvalitet på grundlag af en række variable. Alle landets offentlige sygehuse blev sammenlignet på grundlag af 16 nøgletal. Sygehusene blev sammenlignet med hinanden og et landsgennemsnit udregnet – dette, således ikke ud fra specifikt definerede kriterier. Ud fra denne sammenligning blev der uddelt et antal "stjerner til sygehusene – 1 til 5, hvor 5 var i top. Fokus var på afvigelser. Dvs., hvis alle sygehuse var i top, ville alle få 3 stjerner og ikke 5.

Uddelingen af stjerner tiltrak sig gerne en vis medieomtale – ikke af hvilke sygehuse, der havde fået mange stjerner, men som oftest af sygehuse, der havde fået få.

Systemet og sundhedskvalitet.dk eksisterer ikke længere, men er alligevel valgt som eksempel, fordi systemet var nationalt og udarbejdet på baggrund af et ønske fra den daværende indenrigs- og sundhedsminister, og således den øverste nationale myndighed på sundhedsområdet.

Værdi for borgeren
Regionsrådet i Region Sjælland besluttede som en del af budgetaftalen for 2012 at sætte fokus på arbejdet med kvalitet på regionens sygehuse med en økonomisk incitamentsmodel – 'Værdi for borgeren' – som koblede en belønningspulje med kvalitets- og effektiviseringsmål. Modellen indeholdt en række konkrete indsatsområder, bl.a. hjemtagning af behandling og udbygning af fysiske rammer, men også mere patientrettede mål som forløbsprogrammer for kronikere, pakkeforløb og patientsikkerhed. Indsatserne i 2012 var, ud fra de opstillede kriterier, succesfulde, og de fokuserede indsatser under overskriften 'Værdi for borgeren' er fortsat i budgetaftalen for 2013 med nye indsatsområder.

'Værdi for borgeren' er valgt som eksempel, fordi indsatsen er regional og politisk bestemt.

De tre cases repræsenterer således en international, en national og en regional tilgang, der samtidig er udarbejdet med henholdsvis et fagligt, et styringsmæssigt og et politisk sigte.

4. Teori

I dette afsnit defineres de to hovedbegreber offentlig værdi og performancemål til brug for analysen af de tre cases og deres anvendelighed i forhold til synliggørelse af offentlig værdi.

4.1 Offentlig værdi

Offentlig værdi er noget, vi alle som skatteydere forventer af den offentlige sektor. Men hvad er det egentlig og hvem har retten til at definere den? Mark M. Moore opstiller i sin bog 'Creating Public Value – Strategic Management in Government' en ramme for forståelsen af offentlig værdi som begreb.

4.1.1 Rammerne for forståelsen af offentlig værdi

Offentlig værdi som begreb har ikke én definition eller én betydning for individerne i et samfund. For at komme begrebet nærmere må man først og fremmest se på, i hvilken kontekst den offentlige værdi eksisterer. På to afgørende punkter adskiller offentlig produktion, og dermed værdien af den, sig fra privat produktion.

For det første er de opgaver, der løses i det offentlige systemet, politisk bestemte. Det er ikke markedskræfternes udbud og efterspørgsel, der afgør, hvilke offentlige ydelser der skal produceres og hvordan – det er de politikere, som borgerne i et repræsentativt demokrati har valgt til at træffe beslutninger for sig[12]. Det er således via det repræsentative demokrati muligt for borgerne indirekte men ikke personligt at beslutte, hvilke opgaver den offentlige sektor skal løse.

For det andet er finansieringen af offentlige ydelser skattebaseret, og sker ikke på baggrund af frivillighed[13]. Det er ikke frivilligt at betale skat, men til gengæld har alle – ud fra fastsatte kriterier – ret til at benytte offentlige ydelser. Det er samtidig kendetegnende for den offentlige sektor, at summen af ressourcer til at producere offentlige ydelser med er begrænset, og ikke kan ændres uden yderligere skattefinansiering. Dette skaber reelt et nulsumsspil, hvor ressourcer forbrugt til et formål, ikke kan bruges til andet – pengene er på denne måde tabt for andre formål[14], hvilket skaber et konstant prioriteringsspørgsmål.

For det tredje er de fleste offentlige ydelser subsidierede eller gratis at benytte, og der eksisterer således ikke en prismekanisme, der tilskynder til tilbageholdenhed i forhold til mængden af ydelsen, ej heller et fokus på omkostningerne ved brugen af disse.

Det er netop på baggrund af denne kontekst – det repræsentative demokrati, den obligatoriske deltagelse i skattefinansiering og de manglende reguleringsmekanismer– at synliggørelse af den offentlige værdi, der skabes, og måden det gøres på, bliver vigtig. Hvis den offentlige sektor skal opretholde sin legitimitet, er det nødvendigt at synliggøre over for bidragyderne, at systemet skaber værdi. Den offentlige sektor kan ikke opretholdes i længden, hvis de, der bidrager, ikke er tilfredse med det, systemet producerer[15].

4.1.2. Borgere eller brugere?

Den offentlige sektor producerer både serviceydelser som børnepasning, operationer og undervisning, og myndighedsopgaver, der i højere grad må betragtes som kontrol- og

[12] Moore, Mark. M: Managing for Value; s. 186
[13] Moore, Mark M: Creating Public Value; s. 30
[14] Moore, Mark M.: Creating Public Value; s.29
[15] Moore, Mark M: Managing for Value ; s.184

sikkerhedsopgaver som eksempelvis politi, domstole, militær og fængsler, og varetagelsen af disse opgaver er afgørende for, hvordan offentlig værdi skal vurderes og af hvem.

Løsningen af offentlige ydelser kan nemlig vurderes på to måder – enten ud fra et samfundsmæssigt udgangspunkt eller med udgangspunkt i dem, der bruger ydelserne. Der er stor forskel på, om værdien af en anholdelse eller en operation foretages ud fra en samfundsmæssig tilgang – altså af borgeren, der betaler skat, eller af den kriminelle eller opererede – altså brugeren af ydelsen.

Det er afgørende for vurderingen af offentlig værdi, at denne foretages ud fra et samfundsmæssigt synspunkt af de, der finansierer ydelsen og ikke af brugerne, der modtager ydelsen. På denne måde vurderes den offentlige værdi ud fra det kollektive samfundsmæssige hele og ikke ud fra snævre særinteresser[16]. Med skat som finansieringsressource brydes nemlig båndet mellem den individuelle borgers præferencer og villigheden til at betale for en ydelse og det leverede produkt, og det bliver derfor afgørende at synliggøre, hvad skatten bruges og forklare værdien af ydelserne i forhold til samfundet som helhed[17].

4.1.3 Hvad er offentlig værdi?
Værdi skabes, når nogen tillægger noget værdi. Dette gælder også for offentlig værdi, der skabes, når nogen tillægger offentlig opgaveløsning værdi. Det afgørende for offentlig værdi er dog, at denne skabes gennem offentlige ydelser, der er skattefinansierede, og derfor er det borgerne, der ud fra et samfundsmæssigt synspunkt, tillægger offentlige ydelser værdi. Offentlig værdi skabes således, når de, der betaler skat, tillægger ydelserne værdi[18].

Hovedopgaven for sygehusvæsenet er at gøre folk raskere, end de ellers ville være. Derfor skaber sygehusvæsenet offentlig værdi, fordi det skaber 'raskhed' – forstået som livsforlængelse og livskvalitet. Værdien af sygehusvæsenet tillægges således en kollektiv værdi, fordi raske bedre kan bidrage til samfundet end syge, fordi raske borgere ikke længere har brug for en offentlig ydelse, der så kan gives til andre, og fordi det giver tryghed, at man selv og andre kan være sikker på at modtage hjælp, når der er brug for det. Samtidig skaber sygehusvæsenet værdi for borgere på individuelt niveau, fordi man via sygehusvæsenet kan undgå smerte, død og sorg.

Moore opstiller således en række faktorer for vurdering af offentlig værdi, der alle tager udgangspunkt i borgeren som skattebetaler.

1) Opfattelsen af værdi tager udgangspunkt i, hvad der for individet opfattes som ønskværdigt, og tilfredsstillelse af det individuelle ønske vil derfor vægte, når offentlig værdi vurderes.
2) Borgernes ønsker udtrykkes gennem det repræsentative demokrati, og de politiske beslutninger bliver således afgørende, fordi de afgør, hvad det offentlige system skal producere. Borgerne kan gennem det offentlige system modtage ydelser, der ikke kan målrettes individet alene eksempelvis veje eller rent drikkevand, men også ting som rettigheder, retfærdig eller omfordeling af ressourcer.
3) Offentlig værdi skabes både via serviceydelser til individet og via kollektive ydelser, som retssikkerhed, der rettes mod borgeren som en del af samfundet
4) Det er nødvendigt for at offentlig produktion skal skabe værdi, at denne foregår effektivt og fair.
5) Det er nødvendigt for at offentlig produktion skal skabe værdi, at den holder sig inden for rammerne af det mandat, der er givet via det politiske system. Det offentlige system skal altså løse de opgaver, der bestemmes politisk.

---

[16] Moore, Mark M: Creating Public Value; s.38
[17] Moore, Mark M: Creating Public Value; s. 39
[18] Moore, Mark M.: Creating Public Value; s. 40

6) Det er nødvendigt, at det offentlige system er omstillingsparat, og hele tiden er lydhørt over for de opgaver det politiske system udstikker[19].

Offentlig værdi er altså multidimensionel. Den afgørende præmis er dog, at den fastsættes i det politiske system, og at denne fastsættelse afgør om der skabes offentlig værdi eller ej.

4.2 Performancemål

Performancemål blev indført i den offentlige sektor i Danmark op gennem 90'erne som en del af New Public Management, der især blev indført i Norden, England og USA[20].

Den økonomiske situation i begyndelsen af 1980'erne med hurtigt stigende udgifter og stagnerende skatteindtægter gjorde det nødvendigt at gøre op med måden at styre den offentlige sektor på – der skulle styr på økonomien og effektiviteten skulle øges[21]. Politikere skulle koncentrere sig om politiske spørgsmål, og der skulle i højere grad introduceres markedslignende styringsmekanismer i den offentlige sektor for at øge konkurrencen og dermed effektiviteten. Det blev derfor væsentligt at kunne dokumentere, hvad der reelt blev produceret i den offentlige sektor og hvordan.

I dag er performancemål en naturlig del af at lede offentlige organisationer og virksomheder, der måles på både strukturelle og processuelle mål og mere outcomeorienterede mål som kvalitet i behandlingen. Men brugen af performancemål er ikke uproblematisk, specielt ikke i den offentlige sektor, der som ovenfor beskrevet har mange forskelligartede mål og formål.

4.2.1 Definition af performancemål

I bogen 'Performance Management in the Public Sector' beskriver Van Dooren, Bouckhart og Halligan (van Dooren) performance fra flere forskellige vinkler. Performance defineres som

'The conventional definition of performance uses the metaphor of the production process. Performance are the outputs and outcomes of activities'[22].

For en privat virksomhed retter performance sig således mod produktion, der kan give afkast. Her er hensynet til bundlinjen afgørende. I den offentlige sektor er performance langt mere kompliceret, fordi' bundlinjerne' er mange. Van Dooren tilføjer derfor:

'Performance is defined as the realization of public values such as efficiency, effectiveness, equity, robustness, openness and transparency....Measurability of activities is a key concern.'[23]

Performance siger i sig selv ikke noget om den aktivitet, der skabes. Det afgørende er at opgøre aktiviteten via performancemåling.

'Performance measurement is the bundle of activities aimed at obtaining information on performance. The result of these activities is performance information.[24]

For at kunne tale om og måle performance skal der altså opstilles mål, der opgøres med henblik på at indsamle information om aktiviteten. Dette kan umiddelbart synes simpelt, men performancemåling er en proces, hvor flere aspekter bør indgå. Van Dooren opdeler processen i fem dele: Rammesætning, valg af indikatorer, indsamling af data, analyse og afrapportering[25].

---

[19] Moore, Mark M.: Creating Public Value; s. 52-56
[20] Radin, Beryl: Challenging the Performance Movement;s.4
[21] Thiel, Sandra van: The Performance Paradox in the Public Sector: s. 268
[22] Van Dooren, Bouckaert og Halligan: Performance Management in the Public Sector; s. 17
[23] Van Dooren, Bouckaert og Halligan: Performance Management in the Public Sector; s. 32
[24] Van Dooren, Bouckaert og Halligan: Performance Management in the Public Sector; s. 25
[25] Van Dooren, Bouckaert og Halligan: Performance Management in the Public Sector; s. 55

Van Dooren fremhæver vigtigheden af denne proces, fordi det kan synes oplagt at vælge data, der allerede er tilgængelige for at undgå et yderligere ressourceforbrug til dette formål, og fordi det er ikke realistisk at opstille mål, der giver et fuldstændigt og tilbundsgående billede af virkelighedens kompleksitet. Dette kan resultere i, at det, der vurderes, rent faktisk ikke er det, man ønsker vurderet og samtidig giver en skævvridning i retning af, at kun let tilgængelige data danner grundlag for konklusioner de ikke kan bære[26].

Det er altså afgørende i arbejdet med performancemål, at man ikke bare indsamler og bruger informationer i blinde men nøje overvejer formålet med dem. Udover proces kan kvaliteten i data have betydning for deres brugbarhed, og van Dooren fremhæver behovet for, at data er funktionelle, valide og pålidelige, og at måden at måle på er legitim og anerkendt[27].

4.2.2 Kritik af performancemål i den offentlige sektor
Brugen af performancemål i den offentlige sektor er altså mere kompleks, end det umiddelbart lyder, og kritikken af måden disse bruges på, er da også væsentlig.

Den generelle kritik af brugen af performancemål adresserer den offentlige sektors mange forskelligt rettede mål. Disse gør det umuligt at udvælge mål, der reelt siger noget om outcome[28] for samfundet som hele, samtidig med at de divergerende mål og de knappe ressourcer gør det nødvendigt også at se på andre faktorer som input, proces og impact. På trods af denne komplekse kontekst er der et intenst fokus på performancemål og information, der tager udgangspunkt i alt for simple indikatorer, og dette ses af mange som udtryk for mangel på tillid til, at systemet løser opgaverne godt og effektivt. Måling og evaluering har således overtaget tillidens plads.[29]

Beryl Radin udtrykker i sin bog' Challenging the Performance Movement' en kritisk holdning til den aktuelle brug af performancemål, som hun betegner som naiv[30]. Hendes hovedanker i forhold til opfattelsen af performancemål i den offentlige sektor tager udgangspunkt i seks implicitte eller eksplicitte forudsætninger:

- Information er allerede tilgængelig
- Information er neutral
- Vi ved, hvad vi måler
- Vi kan definere kausale sammenhænge
- Baseline information er tilgængelig
- Næsten alting kan måles og kvantificeres[31]

Beryl Radin er ikke modstander af at bruge performancemål, men stiller spørgsmålstegn ved måden de aktuelt bruges på, og giver den naive tilgang en væsentlig del af skylden for problemer.

Ifølge Radin risikerer man, ved at bruge informationer, der er udarbejdet til andre formål, at måle noget helt andet end man tror, hvilket leder til det næste problem, nemlig at man tror, at informationer er neutrale. Som ovenfor beskrevet er indsamlingen og fremstillingen af data afgørende for, hvilke resultater de illustrerer, og informationer er derfor aldrig neutrale. Der er altid nogen, der har bearbejdet data og truffet valg. Det betyder også, at der må stilles spørgsmålstegn ved troen på, at vi ved, hvad vi måler. Et komplekst system genererer komplekse data, og disse kan være særdeles svært gennemskuelige. Dette gør samtidig påvisningen af kausale

[26] Van Dooren, Bouckaert og Halligan: Performance Management in the Public Sector; s. 55+57
[27] Van Dooren, Bouckaert og Halligan: Performance Management in the Public Sector; s. 71-72
[28] Radin, Beryl: Challenging the Performance Movement;s.37
[29] Radin, Beryl: Challenging the Performance Movement;s.28
[30] Radin, Beryl: Challenging the Performance Movement;s.184
[31] Radin, Beryl: Challenging the Performance Movement;s.184-185

sammenhænge kompliceret. Eksempelvis kan antallet af henviste patienter til en afdeling sige noget om, hvorvidt personalet følger retningslinjerne for henvisning, men det kan ikke sige noget om, hvorfor patienterne ender på netop denne afdeling, og om hvorvidt faktorer som frit sygehusvalg, afstand og personlige erfaringer påvirker patienternes valg. Performancemål har ofte til formål at sammenligne eller beskrive en udvikling, men Radin stiller spørgsmålstegn ved det, der måles i forhold til, og sidst men ikke mindst stiller hun spørgsmålstegn ved antagelsen om, at eksempelvis alle sider af et sygehusvæsen kan måles og vejes. Hvordan måler man livskvalitet eller sikkerhed?

Brugen af performancemål har således ifølge Radin en række negative konsekvenser: Resultater og information kan give et skævt billede af virkeligheden, fordi de ikke kan tage højde for systemets kompleksitet; omkostningerne ved måling og evaluering er store og giver mange 'kolde hænder'; det kan svække innovation og ambition hos ledere og medarbejdere, fordi målopfyldelse bliver det eneste succeskriterium; det svækker fagligheden, fordi tilliden forsvinder og det resulterer i symbolske handlinger og manipulation som gaming, cherry picking og teaching to the test[32].

Brugen af performancemål i den offentlige sektor resulterer således i en række problemstillinger, som Sarah van Thiel beskriver i 'The Performance Paradox in the Public Sector'. Hun beskriver ligesom Radin mængden af ressourcer, der bruges til at måle og evaluere, og samtidig de dysfunktionelle effekter, som målinger kan have på produktionen af ydelser[33]. Van Thiel beskriver samtidig den såkaldte Mandelbrot disease[34] – at maksimering af registreringskvalitet kan give indtrykket af eksempelvis flere fejl eller flere forbrydelser end tidligere, fordi datakompletheden bliver højere, ikke fordi antallet af fejl stiger. Der er stor risiko for, at sådanne informationer mistolkes af befolkningen. Også risikoen for symbolske handlinger og usikkerheden om, hvad der reelt måles, fremhæves hos van Thiel som paradokser[35].

Van Thiel fremhæver flere af den offentlige sektors særlige karakteristika som mulige forklaringer på, hvorfor disse problemstillinger opstår. Først og fremmest beskriver hun den diskrepans der – bevidst eller ubevidst – kan opstå mellem det politiske niveau og det administrative niveau, når politiske mål skal omformes til virkelighed og implementeres. I nogle tilfælde bliver de politiske ikke opfattet som fagligt relevante og bliver derfor nedprioriteret. Andre gange kan politiske mål være når ved umulige at implementere, som de var tænkt f.eks. som led i et politisk forlig.

Dernæst beskriver van Thiel den offentlige sektors manglende risiko for 'at gå konkurs' som en forklaring. Lige meget hvilke resultater den offentlige sektor præsterer, vil den ikke blive nedlagt. Samtidig gør kompleksiteten af input, output og faste omkostninger det nærmest umuligt at gennemskue produktionsomkostninger og ressourceforbrug til de enkelte typer ydelser, og det giver de offentlige organisationer mulighed for at manipulere informationer, hvis de ønsker det, og der er ingen reelle muligheder for sanktioner, fordi den offentlige sektor som hele må opfattes som et monopol[36].

Både Radin og van Thiel formulerer en række anbefalinger i forhold til arbejdet med performancemål, så resultaterne af dette i højere grad end i dag kan anvendes relevant. De anbefalinger begge, at man gør sig overvejelser om den offentlige sektors komplekse kontekst, og at man på baggrund af denne vælger mange forskellige mål, når en problemstilling skal belyses. Samtidig anbefaler de, at man inddrager mange interessenter i udarbejdelsen af målene, at man prøver at forudse uintenderede handlingsmønstre, og at man forholder sig kritisk til data. Sidst

---

[32] Radin, Beryl: Challenging the Performance Movement;s.17-18
[33] Van Thiel, Sarah: The Performance Paradox in the Public Sector: s. 270
[34] Bouckaert, Geert, Balk, Walter; Public Productivity Measurement; Diseases and Cures: s. 231
[35] Van Thiel, Sarah: The Performance Paradox in the Public Sector: s. 270
[36] Van Thiel, Sarah: The Performance Paradox in the Public Sector: s. 275

men ikke mindst anbefaler de, at man kritisk overvejer, hvad man ønsker at måle, så man ikke bare øger 'the measure pressure'[37].

5. Kriterier for gode performancemål

Det er altså nødvendigt for samfundet at synliggøre den offentlige værdi, der skabes, og dette foregår i vid udstrækning via performancemål. Men kritikken af brugen af performancemål nødvendiggør, at der opstilles parametre for, hvilke mål der er brugbare i forhold til synliggørelse, og hvordan disse opnår at dække relevante aspekter af ydelsernes karakteristika.

Med udgangspunkt i behovet for at synliggøre offentlig værdi over for borgerne, skal gode performancemål adressere dette formål. Derfor er det nødvendigt, at målene er forståelige for borgerne. Med 'forståelig' menes, at målene skal være så simple, at de umiddelbart kan forstås uden faglig indsigt. Ifølge Moore er det sidste ende borgerne, der skal vurdere, om den produktion eller indsats der sker i den offentlige sektor, er god nok i forhold til mængden af ressourcer, der bruges på den.

Det betyder samtidig, at målene skal kunne bruges som vurderingsgrundlag i en politisk kontekst. Derfor er det vigtigt for diskussionen af 'det gode performancemål', at dette skaber indsigt, så det kan bibringe det politiske system informationer, der kan danne udgangspunkt for beslutninger. Det afgørende formål med at se på den offentlige sektors performance er netop at skabe grundlag for eventuelle nødvendige ændringer eller tilpasninger, så de knappe ressourcer kan bruges optimalt.

En vedvarende kritik af brugen af performancemålinger bygger på ressourceforbruget til dem – ressourcer der tages fra den reelle produktion, og dermed skaber 'kolde hænder'. Eksempelvis bruger læger en del af deres tid på at registrere forskellige behandlingsrelevante data til nationale databaser – denne tid kunne have været brugt til behandling af patienter. Derfor bør man, hver gang man har behov for ny information vurdere, om denne er relevant og hvordan den er mulig at opnå. Det gælder for mange problemstillinger, at det er vanskeligt at belyse værdiskabelse via et performancemål, men i mange tilfælde indsamles der alligevel data, som kan belyse dele af kompleksiteten. Dette giver, alt andet lige, ikke et fyldestgørende billede af virkeligheden, og man skal derfor være varsom med at bruge sådanne informationer som beslutningsgrundlag.

Ressourcediskussionen er også relevant for ledelsesniveauet i en organisation. Det er ledelsesniveauet, der er ansvarlig for organisationens resultater, og særligt i sammenligningen med andre, har ledelsen en vigtig opgave i at forstå og tolke de resultater, organisationen præsterer. Det er ledelsens opgave at vurdere behovet for mængden af ressourcer, der afsættes til de enkelte arbejdsopgaver, og dermed ledelsens ansvar at vurdere, om organisationen leverer de ønskede resultater.

For medarbejdere betyder det gode performancemål flere ting. Først og fremmest kan det være en fordel at inddrage faglige eksperter i definitionen af målet. Inddragelsen har både til formål, at målet er fagligt anerkendt – altså at der er enighed om, at det der måles er meningsfuldt, og at måden informationen opsamles på er meningsfuld. Samtidig er det vigtigt, at opsamlingen af data støttes af og forankres i det faglige miljø. Sker dette ikke, risikerer man, at medarbejderne opfatter opgaven som unyttig eller ligegyldig, og at dette virker som en demotiverende faktor i deres arbejdsliv. Man risikerer også uhensigtsmæssig adfærd som cherry picking eller teaching to the test for at opnå en formelt god performance, selvom adfærden har en negativ indvirkning på opfyldelsen af andre målsætninger.

---

[37] Van Thiel, Sarah: The Performance Paradox in the Public Sector: s. 278 og Radin, Beryl: Challenging the Performance Movement;s.244-245

Både Radin og van Thiel fremhæver som ovenfor beskrevet vigtigheden af, at performancemålinger tager højde for den offentlige sektors kompleksitet, at målene er nuancerede, så man ikke prøver at beskrive komplekse sammenhænge med forenklede data, at det er vigtigt at mål er præcist defineret, så der ikke opstår tvivl om, hvad der måles, og at man med fordel kan inddrage faglige eksperter i udarbejdelsen, så det er fagligt anerkendt, og så fokus på det reelle formål ikke skifter og resulterer i uintenderede handlingsmønstre.

Med udgangspunkt i van Dooren opstilles derfor otte kriterier for den gode performancemåling[38]:

1) *Sensitivitet:* Målene skal være sensitive overfor nuancer. Eksempelvis er svarkategorier som ja/nej ikke sensitive i forhold til en brugers vurdering af service.

2) *Præcis definition:* Målene skal være præcist definerede, så der ikke hersker tvivl om, hvad der reelt måles. Man kan med fordel inddrage faglige eksperter i denne proces.

3) *Forståelig for borgerne:* Målene skal være let forståelige for modtagerne af information.

4) *Dokumenterbarhed:* Det skal være klart, hvor data kommer fra og hvordan de er indsamlet og det skal være muligt at gentage målingerne, eksempelvis for eksterne auditorer.

5) *Relevans:* Målene skal afspejle vigtige dimensioner af det, der måles.

6) *Rettidigt:* Målene skal afspejle aktuelle resultater for at kunne bidrage som beslutningsgrundlag

7) *Gennemførligt:* Det skal være muligt at indføre målene og indsamle data, der afspejler dette.

8) *Overholde anerkendte definitioner:* Målene skal være anerkendte, så det er muligt at sammenligne en organisations resultat med andres.

Kriterierne indebærer en række metodologiske problemer, ikke mindst i forhold til vurderingen af, om et performancemål lever op til dem eller ej. Og netop problemet med vurderingen rammes af kritikken af brugen af performancemål – nemlig, at det i mange tilfælde er uklart, hvad indsamlede data reelt siger noget om, og at de vurderinger, der ligger til grund, er subjektive og fortolkede. Samtidig er indholdet af kriterierne flere steder upræcist. Eksempelvis defineres 'let forståeligt' ikke, ligesom 'vigtige dimensioner' er svært målbar. På trods af kriteriernes metodiske problemer danner disse nedenfor rammen om en vurdering af tre eksempler på performancemålinger i det danske sygehusvæsen.

6. Analyse af performancemålinger i sygehusvæsenet

I dette afsnit analyseres de tre cases ud fra de kriterier for gode performancemål, der er opstillet i litteraturen, som beskrevet i det foregående. Samtidig vurderes brugbarheden af målene i forhold til synliggørelse af offentlig værdi, i en ledelsesmæssig kontekst og i forhold til faglig relevans.

6.1. HSMR

I Danmark har man siden 2007 opgjort den hospitalsstandardiserede mortalitetsratio (HSMR). HSMR er en beregning af

[38] Van Dooren, Bouckaert og Halligan: Performance Management in the Public Sector; s. 60-61

'antallet af døde på et sygehus som procent af det forventede antal dødsfald beregnet ud fra landsgennemsnittet'[39].

Opgørelsen foretages i regi af Danske Regioner, og resultaterne opgøres hvert kvartal på sundhedsportalen sundhed.dk[40]. Opgørelsen er indført på baggrund af et ønske om at fokusere på kvaliteten af den behandling, der foregår på de danske sygehuse, og med de kvartalsvise opgørelser fungerer HSMR som et performancemål for kvalitet. Det fremgår således af baggrundsmaterialet på sundhed.dk, at:

'En af visionerne for det danske sundhedsvæsen er at opnå og fastholde et højt fagligt internationalt niveau. For at nå dette mål er redskaber til løbende monitorering af kvalitets-forbedrende interventioner og sundhedsvæsenets indsats generelt nødvendige'[41].

I opgørelsen af HSMR søges der taget højde for en række faktorer bl.a. patienternes alder, køn indlæggelsesmåde, komorbiditet og indlæggelsesdiagnose, og inkluderer derfor ikke kun effekten af den medicinske behandling. På denne måde skal HSMR give et billede af sygehusets interne organisering, samarbejde og patientpleje, og således et samlet mål for kvaliteten i behandlingen af patienter – ikke kun et opgørelse af, hvilke behandlinger der har positiv/negativ effekt[42]. Særligt for den danske version af HSMR er, at det ikke kun er antallet af patienter, der dør på sygehuset, der opgøres, men patienter afgået ved døden indtil 30 dage efter indlæggelsen. Herved undgår man, at sygehusene får et uhensigtsmæssigt incitament til at udskrive terminale patienter, kort før de afgår ved døden.

Der er en vedvarende debat om, hvorvidt HSMR reelt siger noget om kvalitet, eller om de data, som det samlede HSMR-tal bygger på, slet ikke kan bruges til at belyse kvalitet i behandlingen[43]. Kritikken går bl.a. på, hvordan forskellige variabler som bidiagnoser kan registreres forskelligt på forskellige sygehuse, og i Danmark kritiseres at manglende registrering på sygehusene og dermed manglende data fra Landspatientregisteret (LPR) giver misvisende HSMR resultater, ligesom erklæring af død uden for sygehuset påvirker HSMR. I Region Hovedstaden kan læger præhospitalt erklære afdøde patienter døde uden for sygehuset, i modsætning til i Region Sjælland, hvor alle patienter skal indbringes på sygehuset og erklæres døde, således at den registrerede dødelighed på sygehuset vil blive større i Region Sjælland end i Region Hovedstaden på baggrund af den samme patientpopulation.

Der er således en række opgørelses- og metodeproblemer som kan påvirke resultatet af HSMR. Disse fremhæves bl.a. i Richard Lilford og Peter Pronovosts review i BMJ i 2010, hvor de også ser på anvendeligheden af HSMR som performancemål, og konstaterer, at:

'We believe that it is not collection of mortality rates per se that is wrong, but rather the use of mortality rates as a criterion for "performance management" (that is, as the basis for sanction or reward).'[44]

På trods heraf er metoden internationalt anerkendt og anvendes i bl.a. USA, England og Holland.

I Danmark har opgørelsen af HSMR flere gange vakt opmærksomhed (se bilag 1). HSMR-tallene er, på trods af advarslerne mod netop dette[45], blevet brugt af medier til at sammenligne kvaliteten på

---

[39] Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR): s. 1
[40] https://www.sundhed.dk/borger/valg-af-laege-og-sygehus/kvalitet-i-behandlingen/hsmr/
[41] Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR): s. 1
[42] Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR): s. 1
[43] Lilford, Richard, Pronovost, Peter: Using Hospital Mortality Rates to Judge Hospital Performance: s. 955
[44] Lilford, Richard, Pronovost, Peter: Using Hospital Mortality Rates to Judge Hospital Performance: s. 956

landets sygehuse, og sygehuse med høje HSMR-tal er blevet fremstillet i et meget negativt lys. Brugen af HSMR har også i Danmark skabt debat om anvendeligheden af HSMR som kvalitetsmål[46], men samtidig også en debat om, hvorfor et performancemål som HSMR er godt nok til vurdering af kvalitet i behandling i ledelsesmæssige sammenhænge, men ikke i forhold til oplysning til borgerne. Direktør for patientforeningen Danske Patienter, Morten Freil, stillede i Dagens Medicin i januar 2012 netop dette spørgsmål, og angriber inkonsekvensen i, at regionerne offentliggør HSMR-tal, men ikke vil have at andre vurderer kvalitet på sygehusene ud fra dem[47].

Så der er både argumenter for og imod brugen af HSMR-tal som indikator for kvalitet på sygehusene, men hvordan fungerer HSMR-tal som performancemål og kan de sige noget om offentlig værdi?

6.1.1 Vurdering af HSMR som performancemål i forhold til offentlig værdi
Med udgangspunkt i de i afsnit 5 opstillede kriterier for vurdering af performancemål, vurderes i det følgende HSMR-tals anvendelighed i forhold til synliggørelse af offentlig værdi og samtidig deres relevans for det ledelsesmæssige og faglige niveau.

6.1.1.1 Kriterier for gode performancemål

Sensitivt:
Sensitivitetskriteriet for HSMR synes umiddelbart at være opfyldt. Opgørelsen af målet omfatter en lang række faktorer, der alle påvirker resultatet, og selv mindre udsving kan opfanges i målingen. De mange indregnede faktorer gør udregningen af HSMR kompliceret, og der er i beregningen indregnet sikkerhedsgrænser, da variationen af HSMR kan være stor, uden at den reelle ændring er stor[48].

Præcis definition:
Dette kriterium synes i første omgang at være opfyldt. Definitionen af HSMR er antallet af observerede dødsfald versus antal forventede dødsfald gange 100[49], og synes derfor klar og afgrænset. Også formålet som et mål for kvaliteten af sygehusenes behandling, der også tager højde for organisering, samarbejde og pleje[50] synes klar og ligetil. Men debatten om anvendeligheden af HSMR til netop dette formål tyder på, at definitionen alligevel ikke er klar.

Det der stilles spørgsmålstegn ved er, om HSMR reelt siger noget om kvalitet i behandlingen – altså om man ud fra forholdet mellem et forventet versus det reelle antal dødsfald kan sige noget om kvalitet. Lilford og Pronovost konkluderer, at der, på baggrund af flere empiriske studier, kun kan vises en meget ringe sammenhæng mellem HSRM og kvalitet i behandlingen[51], herunder bl.a. at kun et ud af 20 dødsfald må betegnes som mulige at undgå[52]. På denne måde stilles der altså ikke spørgsmålstegn ved det, der måles, men de konklusioner, der drages ud fra resultaterne.

I Danmark er måling af HSMR forankret på Klinisk Epidemiologisk Afdeling på Århus Universitetshospital, og må således siges at være fagligt forankret. Der har således været inddraget faglige eksperter i indførelsen og vurderingen af HSMR, uden at dette dog har fået den faglige debat om anvendeligheden til at forstumme.

---

[45] Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR): s.7
[46] Andersen, Jørgen Steen: Hospitalsmortalitet er ikke en genvej til vurdering af kvalitet: s. 1589
[47] Freil, Morten: Jo, HSMR-tal fortæller faktisk noget om sygehuskvalitet
[48] Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR): s.4
[49] Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR): s.1
[50] Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR): s.1-2
[51] Lilford, Richard, Pronovost, Peter: Using Hospital Mortality Rates to Judge Hospital Performance: s. 955
[52] Lilford, Richard, Pronovost, Peter: Using Hospital Mortality Rates to Judge Hospital Performance: s. 955

Forståeligt for borgerne:
Der angives som en af baggrundene for valget af HSMR-tal, at dødelighed forstås af lægfolk[53], hvilket må antages at være korrekt. De allerfleste kan forholde sig til død versus ikke død, og samtidig forstå meningen af, at flere er døde end det var forventet. På denne måde er HSMR altså forståeligt for borgerne.

Men det afgørende for HSMR er netop, at om antallet af døde siger noget om sygehusets kvalitet. Er det muligt for borgerne at få viden om kvaliteten af behandling på et sygehus ud fra HSMR-tallet? Her må svaret være både ja og nej. Accepterer man præmissen for opgørelsen af HSMR kan tallet måske sige noget om, hvorvidt et sygehus har styr på kvaliteten eller ej. Problemet ligger i antagelsen om, at borgerne forstår, at tal fra de enkelte sygehuse ikke kan sammenlignes, og at tallenes op- og nedgang således skal opfattes isoleret for hvert enkelt sygehus. Med udgangspunkt i mediernes omtale af HSMR må der stilles spørgsmålstegn ved denne antagelse, og i hvert fald ved, at borgerne forstår begrundelsen for dette[54].

Dokumenterbart:
På baggrund af de omfattende data, der indsamles om patienternes tilstand og den forventede komplethed af de datakilder, der anvendes, må kriteriet om dokumenterbarhed siges at være opfyldt.

Relevans:
Kvalitet i behandlingen på sygehusene med udgangspunkt i antallet af døde er samfundsmæssigt set et meget relevant mål, ligesom det at opnå og fastholde et højt fagligt internationalt niveau[55] er relevant. Der må dog, med udgangspunkt i diskussionen af definitionen, stilles spørgsmålstegn ved, om HSMR rent faktisk afspejler vigtige dimensioner af det der ønskes målt.

Rettidigt:
Indsamling af data til opgørelsen HSMR-tal foregår løbende, og resultaterne offentliggøres for et kvartal bagudrettet. Derfor må målene siges at afspejle aktuelle data og kunne antages at bidrage som beslutningsgrundlag.

Gennemførligt:
Accepteres præmissen for HSMR som et mål for kvalitet, er dette kriterium opfyldt, da data allerede indsamles. Accepteres præmissen om mål for kvalitet ikke, er målet ikke opfyldt. Der må stilles spørgsmålstegn ved, om de data, der indsamles, siger noget om kvalitet, også selvom de kombineres.

Overholde anerkendte definitioner:
HSMR er som opgørelsesmetode internationalt anerkendt.

6.1.1.2 Anvendelighed i ledelsesmæssig sammenhæng
Beregningen af HSMR foregår, som tidligere beskrevet, ikke på det enkelte sygehus, men eksternt via Århus Universitetshospital på grundlag af data indrapporteret til Sundhedsstyrelsen af det enkelte sygehus. Det gør, at resultaterne betragtes som uafhængige – forstået på den måde, at den enkelte sygehusledelse ikke har mulighed for at påvirke resultatet ved eller efter opgørelsen, og dette gør HSMR-tallene til et neutralt parameter i ledelsesmæssig sammenhæng. Samtidig er opgørelsen af HSMR obligatorisk, og man behøver som ledelse derfor ikke at tage stilling til, om man ønsker opgørelsen eller ej, og om hvorvidt man ønsker at bruge ressourcer på opgørelsen.

---

53 Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR): s.1
54Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR): s.4
55 Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR): s. 1s.1

Uafhængigheden gør HSMR til et brugbart ledelsesværktøj på sygehusledelsesniveau, fordi man får en indikation af sygehusets præstationer, der er upåvirket af sygehusets øvrige kontekst. HSMR giver således sygehusledelser mulighed for at se, om der overordnet set er et behov for at se på dødeligheden på sygehuset, hvilket også fremgår som en del af formålet med opgørelsen af HSMR i Danmark[56]. Tallene giver dog kun i mindre grad en indikation af, hvor man skal begynde at lede efter kvalitetsbrist.

I Region Sjælland har opgørelsen af HSMR betydet igangsættelse af flere initiativer på de enkelte sygehuse, bl.a. mortalitetsaudit på afdelingerne. Herudover blev Næstved Sygehus i 2012 en del af Patientsikkert Sygehus på baggrund af behovet for en fokuseret indsats omkring forbedring af sygehusets HSMR-tal. Indsatsen har betydet et væsentligt fald i HSMR-tallet fra 111 til 99 på et kvartal[57]. Sygehusledelsen på Nykøbing F. Sygehus har på baggrund af hidtil høje HSMR-tal igangsat en analyse af patientflowet mellem sygehusets afdelinger med henblik på at identificere kvalitetsmæssige brist. Analysen blev foretaget af DSI (nu KORA).

6.1.1.3 Faglig relevans
De data, der udgør grundlaget for opgørelsen af HSMR, registreres i systemer, der enten har faglig relevans eller relevans for en sygehusafdelings økonomi. Der er således ikke et særligt HSMR-system, hvor data skal registreres, og derfor betyder opgørelsen ikke ekstra arbejde for medarbejderne. Registrering og datakomplethed har stor betydning for opgørelsen.

Opgørelsen af HSMR er, som ovenfor nævnt, obligatorisk, og det har ikke været muligt for det ledelsesmæssige niveau at drøfte brugbarheden af opgørelsen med det faglige niveau på sygehusene. Samtidig er opgørelsen 'langt væk' fra den enkelte afdeling, da målingerne opgøres pr. sygehus, og medarbejdernes daglige indsats kan ikke umiddelbart aflæses i opgørelsen. På den måde bliver den enkelte ikke udstillet, og det kan derfor synes mindre relevant for den enkelte medarbejder. Opgørelsen af HSMR-tal må dog alligevel antages at kunne påvirke medarbejdernes motivation i både positiv og negativ retning. Høje HSMR-tal kan virke som en demotiverende faktor på et sygehus som sådan, ligesom lave tal kan virke motiverende, og på denne måde påvirke medarbejderne – også i deres daglige arbejdsindsats.

6.1.2 HSMR som performancemål – delkonklusion
Samlet set er der altså fordele og ulemper ved HSMR som performancemål.

Der må stilles spørgsmålstegn ved, i hvor høj grad HSMR kan bruges som et performancemål, der kan sige noget om offentlig værdi. På den ene side lever opgørelsen af HSMR overordnet set op til de opstillede kriterier for belysning af, hvornår noget medfører offentlig værdi. Den baserer sig på et politisk ønske om et sundhedsvæsen i verdensklasse, og samfundet tillægger høj kvalitet på sygehusene stor værdi. På den anden side rammer brugen af HSMR lige ned i Radins kritik af performancemål, netop fordi der opstår tvivl om, hvorvidt den forventede dødelighed rent faktisk siger noget om kvaliteten på sygehusene. Tvivlen, og dermed anvendeligheden i forhold til synlighed, opstår, fordi ét tal forventes at sige noget om noget som kompliceret som kvalitet på sygehusene, og samtidig forventes at kunne bruges til at identificere kausale sammenhænge, der næppe kan findes med udgangspunkt i forventet dødelighed. Radins argument om, at resultater kan give et forvredet billede af virkeligheden og ikke tager højde for systemets kompleksitet, synes her særdeles relevante.

Derfor er HSMR-tal ikke særligt anvendelige til at synliggøre offentlig værdi for borgerne. Selvom målet umiddelbart synes at være præcist defineret og let forståeligt, er dette langt fra tilfældet.

---

[56] Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR): s.1
[57] https://www.sundhed.dk/content/cms/40/38040_hsmr_sjælland_2007_2012_3.pdf

Herudover er den intuitivt oplagte antagelse om, at sygehusene, på baggrund af HSMR, uden videre kan sammenlignes forkert og kompliceret at formidle.

HSMR synes at fungere som ledelsesværktøj, fordi det kan indikere et eventuelt behov for at se nærmere på et sygehus' kvalitet i behandlingen af patienter, og samtidig vise om sygehusets kvalitet forbedres over tid. Også i forhold til medarbejderniveauet synes opgørelsen af HSMR at have visse fordele, fordi opgørelsen er fagligt anerkendt, og fordi et positivt resultat kan virke motiverende.

Opgørelserne af HSMR har dog, stik imod formålet, skabt et 'naming and shaming' system, hvor sygehuse med høje tal udstilles som dårlige – i hvert fald dårligere. Denne måde at fremstille resultaterne af HSMR er uheldig og misvisende. Derfor må HSMR som et godt performancemål delvist afvises, fordi der sker en kortslutning mellem metoden og resultatet.

6.2 Karakterer for service og kvalitet på sygehuse (stjernesystemet)

Med udgangspunkt i den daværende regerings debatoplæg om 'Et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen' fra 2003 lancerede Sundhedsstyrelsen i 2006 sundhedskvalitet.dk. Systemets formål var at:

'understøtte det frie sygehusvalg og fremme patienternes inddragelse i eget forløb. Sundhedskvalitet skal give patienter og pårørende en nem og overskuelig adgang til relevante statistiske oplysninger'[58]

Ud over sundhedskvalitet.dk blev der lanceret et karaktersystem, som skulle give borgerne mulighed for at sammenligne de danske sygehuse på behandling og på et overordnet niveau[59]. Karaktersystemet blev i sundhedsvæsenet kendt som 'Stjernekrigen', fordi sygehusene blev tildelt stjerner, baseret på sammenligning af sygehusenes niveau i forhold til 16 nøgletal, herunder bl.a. ventetid i ambulatoriet, tryghed ved udskrivelse, toiletforhold og senge pr. stue (se bilag 2). Nøgletallene var baseret på data fra allerede eksisterende databaser som Landspatientregisteret (LPR) og den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), og på konkrete opgørelser af data fra det enkelte sygehus.

Sundhedskvalitet.dk eksisterer ikke længere. Der blev i november 2007 nedsat en ekspertgruppe, som skulle vurdere og rådgive i forhold til videreudviklingen af sundhedskvalitet.dk. Gruppen offentliggjorde deres anbefalinger i december 2008, uden at der tilsyneladende er fulgt yderligere op på dette. Hjemmesiden er siden ændret til esundhed.dk, hvor det kun er muligt at indhente information om antallet af operationer på de enkelte sygehuse. Tildelingen af stjerner foregår heller ikke længere, uden det dog officielt fra Sundhedsstyrelsens side er meddelt, at ordningen er nedlagt.

6.2.1 Vurdering af stjernesystemet som performancemål i forhold til offentlig værdi

Med udgangspunkt i de, i afsnit 5, opstillede kriterier for vurdering af performancemål, vurderes stjernesystemet på dets anvendelighed i forhold til synliggørelse af offentlig værdi og samtidig dets relevans for det ledelsesmæssige og faglige niveau.

Stjernesystemet vurderes som helhed. De 16 nøgletal vurderes således ikke individuelt. Beskrivelsen af disse kan ses i bilag 3.

---

[58] Siden er ikke opdateret siden december 2011, men kan ses på artikektur.sdsd.dk http://artikektur.sdsd.dk/Om.aspx

[59] Sundhedsstyrelsen: Metode til beregning af karakterer for service og kvalitet på sygehuse. Notat af 26. september 2006: s.1

6.2.1.1 Kriterier for gode performancemål

Sensitivt:
De mål, som stjernesystemet bygger på, vurderes at være sensitive. Målene er flerdimensionelle og synliggør forskellige aspekter af sygehusvæsenets performance. Samtidig medfører måden at opgøre stjerner på, at forbedringer på det enkelte sygehus belønnes. Et sygehus vil dog ikke blive tildelt flere stjerner, hvis sygehusene på landsplan har forbedret indsatsen. Dette skyldes, at vurderingen baserer sig på et sygehus' indsats, sammenlignet med landsgennemsnittet[60].

Præcis definition:
De 16 nøgletal kan inddeles i tre hovedkategorier afhængigt af, hvorfra data kommer, og hvordan de er indsamlet.

Den første kategori af nøgletal stammer alle fra LUP. Undersøgelsen er en national spørgeskemaundersøgelse, der hvert år foretages for forskellige patientkategorier. LUP'en tager udgangspunkt i patienternes oplevelse af kontakt med sygehusvæsenet, og siger således noget om den patientoplevede kvalitet. Dette afspejler sig også i de mål, der inkluderes i stjernesystemet. Eksempelvis giver 'ventetid i ambulatoriet' en indikation af, hvordan patienterne oplever deres besøg, men indikerer ikke, hvordan ventetiden har været i forhold til fastsatte mål for ventetid. Ligeledes hviler 'skade ved operation' på, hvordan patienterne oplever deres forløb, og således ikke på en faglig vurdering af, om patienten har været oplevet en skade ved operation, hvilket, i værste fald, kunne give personalet incitament til at tilbageholde oplysninger for patienterne. På denne måde giver alle data fra LUP en subjektiv vurdering af patienternes oplevelser, og altså ikke en neutral vurdering baseret på veldefinerede, fastsatte mål.

Den anden kategori af nøgletal er sygehusenes egne indrapporteringer af konkrete parametre som antallet af håndvaske og håndsprit-dispensere. Målet er veldefineret, men man må stille spørgsmålstegn ved, om det reelt siger noget om håndhygiejne, fordi personalets håndhygiejne ikke registreres, hvilket også er fremhævet i forklaringen (se bilag 3, side 2). Samtidig er muligheden for kontrol af indberetningerne noget nær umulig, hvilket øger risikoen for manipulation. Samme argumentation gør sig gældende i forhold til antallet af toiletter og senge pr. stue. Disse mål åbner op for muligheden for gaming.

Den sidste kategori af mål knytter sig til et enkelt mål – infektion efter operation – og er hentet fra LPR. Målet er det eneste, der knytter sig direkte til kvalitet i behandlingen, og således det eneste mål, der er fagligt funderet. Målet er dog usikkert, fordi det baserer sig på sygehusenes egenregistrering på en særlig kode (se bilag 3, side 3), og derfor kan et lavt antal infektioner både skyldes god kvalitet eller manglende registrering. Også her åbnes der op for muligheden for gaming. Manglende registrering vil give et lille antal infektioner efter operation.

Samlet set må der siges at være stor usikkerhed for, hvad de 16 nøgletal reelt er udtryk for. Denne usikkerhed skyldes i høj grad manglen på klare definitioner.

Forståeligt for borgerne:
De 16 nøgletals fordel er, at de opleves som intuitivt forståelige for borgerne, fordi brugeres oplevelser kan være relevante i vurderingen af, om et sygehus fra borgernes synspunkt, overordnet set, er godt eller dårligt. Også antallet af toiletter og senge pr. stue er nemt forståelige mål.

---

[60] Sundhedsstyrelsen: Metode til beregning af karakterer for service og kvalitet på sygehuse. Notat af 26. september 2006: s.2

Dokumenterbart:
En del af data er som nævnt baseret på henholdsvis LUP og LPR, hvorfor der ikke hersker tvivl om deres oprindelse. Der må dog i forhold til sygehusenes egne indrapporteringer af senge pr. stue og håndsprit-dispensere i højere grad kunne stilles spørgsmålstegn ved reproducerbarheden.

Relevans:
Formålet med stjernesystemet var at give brugerne relevante informationer om sygehusenes kvalitet[61], og flere af de valgte mål omkring den patientoplevede kvalitet understøtter dette formål. Brugeroplevelsen omkring tryghed og medinddragelse siger noget om, hvordan sygehuset prioriterer kontakten med patienterne, og disse mål hviler udelukkende på patienternes subjektive vurdering. Oplevelsen af service er langt fra uvæsentlig for sygehuse.

Der må alligevel stilles spørgsmålstegn ved, om de valgte nøgletal giver et billede af sygehusenes kvalitet. Eksempelvis kan den brugeroplevede ventetid ikke tage højde for, om ventetiden er nødvendig ud fra et fagligt eller processuelt synspunkt – vurdering af røntgenbilleder, patologiske undersøgelser eller andet, eller om ventetiden er unødvendig og kunne være undgået. Det samme gør sig gældende for målene omkring håndhygiejne og antallet af toiletter. Disse nøgletal siger meget lidt om kvaliteten på sygehusene, men i højere grad noget om sygehusets bygningsmæssige stand. Ældre sygehuse vil sandsynligvis have færre antal toiletter end nybyggede.

Rettidigt: Målene skal afspejle aktuelle data for at kunne bidrage som beslutningsgrundlag.
De 16 nøgletal afspejlede aktuelle data.

Gennemførligt:
Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens beskrivelse af metoden bag stjernesystemet, blev opgørelsen etableret på baggrund af et ønske fra den daværende sundhedsminister, der ønskede at give borgerne mere information om sygehusenes kvalitet. Stjernesystemet gav da også borgerne nem og overskuelig adgang til relevante statistiske oplysninger, men hvorvidt disse så sagde noget om sygehusenes kvalitet er mere tvivlsomt.

Overholde anerkendte definitioner:
De 16 nøgletal i stjernesystemet kan ikke siges at være anerkendte, ej heller mulige at sammenligne med eksempelvis nøgletal fra andre lande. Karaktergivningssystemer som stjernesystemet er dog kendt i både USA og England.

6.2.1.2 Anvendelighed i ledelsesmæssig sammenhæng
Stjernesystemet tilførte som ledelsesmæssigt værktøj ikke nogen nye aspekter. Nøgletallene fra LUP tilgik i forvejen sygehusledelserne via netop LUP'en og tallet i LPR var ligeledes tilgængeligt. De opgørelser, som sygehusene selv foretog, var optællinger af fysiske faktorer, som nok kunne være interessante at kende, men som ikke vurderes at have effekt på ledelsen af et sygehus.

Derfor må der også stilles spørgsmålstegn ved stjernesystemets anvendelighed i en ledelsesmæssig sammenhæng. Systemet fremhævede nogle steder problemområder på sygehusene, men disse kunne have været identificeret også uden systemet. Man kan antage, at der i højere grad end uden stjernesystemet blev ageret på disse, fordi systemet var skabt som et 'naming and shaming' system, og at sygehusene på den måde, i højere grad, handlede på problemområderne, for ikke at blive udstillet eller for at få flere stjerner ved næste uddeling.

---

[61] Sundhedsstyrelsen: Metode til beregning af karakterer for service og kvalitet på sygehuse. Notat af 26. september 2006: s.1

6.2.1.3 Faglig relevans
Stjernesystemets nøgletal var som ovenfor nævnt kun baseret på en enkelt faglig indikator, og havde derfor mindre faglig relevans. Internationale undersøgelser af konsekvenserne ved karaktergivningssystemer fastslår, at systemerne kan have uintenderede og uhensigtsmæssige konsekvenser i forhold til faglige prioriteringer, og at systemerne kan have en demotiverende effekt på medarbejderne[62].

6.2.2 Stjernesystemet som performancemål – delkonklusion
Også i forhold til stjernesystemet må man stille spørgsmålstegn ved, om dette kunne bruges til at synliggøre offentlig værdi. Systemet var baseret på et politisk ønske om mere information til borgerne, men målene for tildeling af stjerner var så fragmenterede, at de udgjorde et meget ringe grundlag for, at stjernesystemet som helhed gav reel information om kvalitet i sygehusvæsenet. Samtidig stiller flere undersøgelser spørgsmålstegn ved den reelle effekt af sådanne systemer i forhold til borgernes interesse i sådanne informationer og resultaternes effekt på sygehusvalg[63].

Flere af målene i stjernesystemet afspejlede den patientoplevede kvalitet. Det kan i sammenhæng med offentlig værdiskabelse være interessant, hvordan brugeroplevelsen er, men dette er ikke en indikator for skabelsen af offentlig værdi, fordi den ikke tager den samfundsmæssige værdi i betragtning. Heller ikke målene om antallet af toiletter eller håndvaske kan siges af have relevans for synliggørelsen af offentlig værdi.

Stjernesystemet skabte et 'naming and shaming' system baseret på forskellige data, som intet havde til fælles, og hvor man ved mange af dem må stille spørgsmålstegn ved, om de var relevante i forhold til synliggørelsen af kvalitet i behandlingen. Flere af målene i stjernesystemet gav i høj grad mulighed for gaming, og synes ikke at være valgt på basis af en faglig vurdering af deres relevans.

Stjernesystemets problem synes at være, at det politiske mål var umuligt at implementere, som det var tænkt, ganske som van Thiel fremhæver. Der findes ingen samlet argumentation for valget af de 16 indikatorer, og slet ikke for hvordan de tilsammen danner et billede, der kan fungere som grundlag for tildeling af stjerner. Man kan derfor få den tanke, at valget var mere eller mindre tilfældigt, hvilket kan give en indikation af, at der – bevidst eller ubevidst – er opstået en diskrepans mellem det politiske ønske fra ministeren og Sundhedsstyrelsen som den udførende part i forhold til realiseringen og implementeringen af stjernesystemet.

Så på trods af formålet viste stjernesystemet sig at være en meget ringe informationskilde i forhold til værdiskabelse i sygehusvæsenet.

Heller ikke ledelsesmæssigt eller fagligt var stjernesystemet særligt relevant.

6.3 Værdi for borgeren
Regionsrådet i Region Sjælland besluttede som en del af budgetaftalen for 2012 at igangsætte indsatsen 'Værdi for borgeren – investeringer i fremtiden' (Værdi for borgeren). Indsatsens formål er at

'... regionen kan realisere sine høje ambitioner til gavn for regionens borgere.'[64]

---

[62] Mannion, Russel et.al: Impact of start performance ratings in English acute hospital trusts: s. 20-22 og Marshall, Martin N et al: The Public Release of Performance Data: s. 1871
[63] Marshall, Martin N et al: The Public Release of Performance Data: s. 1873
[64] Region Sjælland: Budget 2012: Værdi for borgeren – investeringer i fremtiden. Notat af 3. august 2011: s. 1

'Værdi for borgeren' dækker alle regionens opgaveområder, således også psykiatriområdet, socialområdet og det regionale udviklingsområde. Der fokuseres her kun på det somatiske sygehusområde.

På sundhedsområdet betyder 'Værdi for borgeren', at

'*... der skal sættes yderligere fokus på de områder, der har betydning for borgeren i egenskab af patienten, kunden, klienten, brugeren, samarbejdspartneren osv.*

Fundamentet er et helhedssyn baseret på et sæt af fælles overordnede værdier kombineret med de rammer og målsætninger, som følger af Regionsrådets tidligere beslutninger om planer på de enkelte områder og om regionens økonomi.

Målsætningen er på én gang:
- *At forbedre sundheden for regionens borgere*
- *At forbedre borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet*
- *At sikre den bedst mulige brug af ressourcer.* '[65]

Det fremgår yderligere, at:
'Værdierne skal i strategier for de enkelte områder omsættes i konkrete mål og initiativer, så de er meningsfulde for både borgere og medarbejdere'[66]

Der opstilles i 'Værdi for borgeren' en række performancemål for sygehusene, som knyttes op på en incitamentspulje der i 2012 var på 36 mio. kr., svarende til 0,5 % af sygehusenes budgetter. Pengene returneres først til sygehusene på baggrund af en opfølgning på målene pr. 31. december 2012.

I 2012 var målene performancemålene for sygehusene:

- Nedbringelse af brugen af bredspektrede antibiotika
- Nedbringelse/eliminering af sygehuserhvervede infektioner
- Reducering/eliminering af forekomsten af tryksår
- 90 % datakomplethed og målopfyldelse på alle indikatorer i Regionernes Kliniske KvalitetsudviklingsProgram (RKKP)
- Efterlevelse og implementering af fælles nationale behandlingsvejledninger og rekommandationer der udarbejdes af Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS)
- Den rette patient i rette seng: Med afsæt i en gennemført patientinvertering fastlægges indsatsområder til sikring af hensigtsmæssig udnyttelse af sengekapaciteten inden udgangen af 2012
- Etablering af diagnostiske centre på Roskilde og Næstved sygehuse med fastlagt servicemål for udredning og behandling af patienter henvist til centrene.

Målene blev beskrevet i et aftaledokument mellem sygehusledelserne og direktionen. Af dokumentet fremgår det, hvordan målene defineres, og hvordan målopfyldelse kan ske (se bilag 5).

---

[65] Region Sjælland: Budget 2012: Værdi for borgeren – investeringer i fremtiden. Notat af 3. august 2011: s. 10

[66] Region Sjælland: Budget 2012: Værdi for borgeren – investeringer i fremtiden. Notat af 3. august 2011: s. 1s. 11

Indsatsen omkring 'Værdi for borgeren' er fortsat i budgetaftalen for 2013. Målet omkring Diagnostisk Center er taget ud og erstattet af 'medicinafstemning' og 'LEAN i stor skala' (se bilag 6).

Afrapportering af performancemålene foregår som en del af sygehusenes regelmæssige, systematiske driftsaftaleopfølgning til Regionsrådet.

6.3.1 Vurdering af 'Værdi for borgeren' som performancemål i forhold til offentlig værdi
Med udgangspunkt i de i afsnit 5 opstillede kriterier for vurdering af performancemål, vurderes 'Værdi for borgeren' ud fra dets anvendelighed i forhold til synliggørelse af offentlig værdi og samtidig dets relevans for det ledelsesmæssige og faglige niveau.

6.3.1.1 Kriterier for gode performancemål

Sensitivt:
Målene i 'Værdi for borgeren' vurderes at være sensitive, fordi der løbende følges op på disse. Det er således muligt, hele tiden at følge forbedringer/forringelser i sygehusenes performance i forhold til det opsatte mål.

Præcis definition:
Målene er hver for sig meget detaljeret definerede i forhold til, hvad der måles på, hvordan der følges op, og hvilke indsatser der forventes igangsat. Målene er udarbejdet i et samarbejde mellem regionens sygehuse og faglige eksperter i regionens centrale kvalitetsafdeling.

Forståeligt for brugeren:
Målene i 'Værdi for borgeren' vurderes til dels at være forståelige for brugerne. Nedbringelse af forekomsten af tryksår er ganske forståelig, mens det kan være mere uklart, hvad datakomplethed og målopfyldelse af indikatorer betyder. Dette kan dog mere være et spørgsmål om kommunikation end et spørgsmål om, at målet i sig selv er vanskeligt at forstå.

Der må stilles spørgsmålstegn ved, om borgerne i Region Sjælland har kendskab til målene, da disse ikke har tiltrukket sig videre opmærksomhed fra medierne. Manglende kendskab kan i lige så høj grad som manglende forståelse være en udfordring.

Dokumenterbart:
Målene er detaljeret beskrevet i aftaledokumentet, og ud fra muligheden for at indsamle data vurderes målene at være dokumenterbare.

Relevans:
Formålet med 'Værdi for borgeren' er som ovenfor nævnt tredelt, nemlig at forbedre borgernes sundhed, at forbedre borgeres oplevelse af sundhedsvæsenet og at sikre den bedste ressourceudnyttelse. Målene er primært rettet mod borgernes sundhed og ressourceudnyttelse, da der ikke er inddraget eksempelvis mål fra LUP eller andre tilfredshedsmålinger. Man kan argumentere for, at nedbringelsen af forekomsten af infektioner og tryksår direkte kan forbedre borgernes oplevelser af sygehusvæsenet.

Rettidigt:
Data er aktuelle, da de indsamles og opgøres løbende.

Gennemførligt:
Tilblivelsen af målene er foregået med udgangspunkt i en faglig kontekst, i modsætning til en politisk. Derfor er målene også alle praktisk gennemførlige.

Overholde anerkendte definitioner:
De opstillede mål er - i kombination - ikke anerkendt som en særlig måde at forbedre sundhedstilstand, patientoplevelse og ressourceudnyttelse på, men fokusområderne anvendes hver for sig som indikatorer både nationalt og internationalt. Eksempelvis har andre regioner implementeret diagnostiske centre, foretaget undersøgelser af sengekapaciteten og efterlever også anbefalingerne fra RADS, ligesom der internationalt er fokus på bl.a. nedbringelsen af tryksår. Det er således også muligt at sammenligne resultaterne både nationalt og internationalt.

6.3.1.2 Anvendelighed i ledelsesmæssig sammenhæng
De meget detaljerede mål i 'Værdi for borgeren' øger anvendeligheden af disse som opfølgningsværktøj for det ledelsesmæssige niveau. Der skal løbende afrapporteres, og derfor er det nødvendigt at have ledelsesmæssigt fokus på, at der arbejdes med målene. Dette understøttes af den indbyggede økonomiske incitamentsstruktur, hvor sygehusene kun får tildelt ressourcer, hvis målene bliver opfyldt.

Målene i 'Værdi for borgeren' er dog så fokuserede, at det kan være svært at bevare fokus på den overordnede ledelsesmæssige opgave. Når fokus i så høj grad er på udvalgte mål, hvor der oven i købet følger særlige ressourcer med ved målopfyldelse, kan det være nærliggende at prioritere ressourcer til løsning af disse særlige opgaver – ressourcer der tages fra andre områder i eksempelvis plejen. Det kan derfor blive en utilsigtet følge af 'Værdi for borgeren', at andre områder nedprioriteres både i forhold til ressourcer og i forhold til det ledelsesmæssige fokus. På denne måde kan den positive effekt af opfyldelse have negative effekter på andre områder.

6.3.1.3 Faglig relevans
Et af formålene med 'Værdi for borgeren' er, som ovenfor nævnt, at opstille mål, der kan omsættes til noget konkret og give mening for medarbejderne. Fælles for målene er, at de alle er mål for arbejdet i klinikken – altså på den enkelte sygehusafdeling, og således en del af det daglige arbejde for medarbejderne. På baggrund af denne forankring i det kliniske arbejde vurderes målene at have en vis faglig relevans.

6.3.2 Værdi for borgeren som performancemål– delkonklusion
Det særlige ved 'Værdi for borgeren' er den måde, hvorpå der er føjet eksplicitte økonomiske incitamenter til de opstillede performancemål. 'Værdi for borgeren' er understøttet af en incitamentspulje, indikatorerne er drøftet af og valgt af det politiske niveau, og tager udgangspunkt i politiske drøftelser og en politisk godkendelse af de opstillede mål. Målet om diagnostiske centre er en direkte udløber af et politisk ønske i Regionsrådet, ligesom målet for 2013 omkring LEAN i stor skala er en ide, der er født i det politiske system – ikke det administrative. Det er således kun definitionen og målopfyldelsen, der er defineret på fagligt niveau – ikke målene i sig selv.

Det politiske udgangspunkt afspejler samtidig dobbeltheden i formålet – at have både borgeren og økonomien i fokus. Eksempelvis fremhæves det, hvordan nedbringelsen af sygehusinfektioner både er til gavn for patienten i form af kortere indlæggelsestid og færre komplikationer, og samtidig giver færre intensive forløb og færre genindlæggelser, som igen har betydning for sygehusenes økonomi[67]. På denne måde giver opfyldelse af målet om infektioner en bedre behandling, en bedre patientoplevelse, faglig tilfredsstillelse og en bedre økonomi.

Samtidig er udarbejdelsen af rammerne for målopfyldelse foregået i samarbejde mellem den udførende part, sygehusene, og den kontrollerende part, regionens centrale kvalitetsafdeling. På denne måde er det faglige niveau inddraget i formuleringen af de enkelte mål. For det første skaber

[67] Region Sjælland: Budget 2012: Værdi for borgeren – investeringer i fremtiden. Notat af 3. august 2011: s. 13

dette behov for en helt nødvendig forankring på den enkelte afdeling og hos den enkelte medarbejder, hvis målene skal overholdes, og forandringen forankres således hos den enkelte leder og den enkelte medarbejder. For det andet har målene helt klare definitioner og helt klare retningslinjer for, hvornår de er opfyldt/ikke opfyldt. Målene er således ikke flydende og målopfyldelsen ikke til diskussion.

Et særligt mål i 'Værdi for borgeren' er datakomplethed og målopfyldelse. Dette mål fungerer som en slags 'støttemål' for de andre, fordi opfyldelsen af dette betyder, at datakvaliteten for de andre mål bliver bedre. På denne måde øges troværdigheden af målene, og sandsynligheden for, at målene er en afspejling af virkeligheden, øges.

Samlet set må 'Værdi for borgeren' vurderes at opfylde de fleste af de opstillede kriterier for gode performancemål.

7. Diskussion - analysens resultater

Den ovenstående analyse har ført til en række vurderinger af de tre forskellige systemers anvendelighed i forhold til synliggørelsen af offentlig værdi, og samtidig deres relevans i en ledelsesmæssig og faglig sammenhæng. Nedenfor diskuteres resultaterne i forhold til forskning på området.

På baggrund af analysen af de tre cases synes det oplagt at konkludere, at performancemål som de analyserede ikke synes at være et optimalt redskab til synliggørelse af offentlig værdi. Særligt for HSRM og stjernesystemet gør flere problemstillinger sig gældende:

- Systemerne er igangsat på baggrund af en politisk målsætning om synliggørelse af kvalitet og bedre information, men systemerne kan ikke bære de konklusioner, som er ønsket ud fra formålsbeskrivelserne
- Målene er svært gennemskuelige, og det gør dem svære at forstå og kommunikere
- Målene åbner op for gaming
- Begge systemer resulterer i et 'naming and shaming' system, som kan påvirke motivationen hos fagprofessionelle i negativ retning.

Det helt afgørende problem i forhold til HSMR og stjernesystemet er, at disse ikke lever op til det intenderede formål. De er begge taget i brug for at opfylde et politisk mål - at opnå et højt internationalt niveau for det danske sundhedsvæsen, og at understøtte det frie sygehusvalg, patienternes inddragelse og give mere information, men de resultater, som systemerne kan føre frem til, kan ikke understøtte de politiske intentioner. Resultaterne kan således ikke bære de konklusioner, der uddrages, og derfor opstår der tvivl om, hvad resultaterne så egentlig viser, og hvad disse er udtryk for. Dette giver rum for den 'frie fortolkning', og bliver – i stedet for at give borgerne brugbar information – kilde til misforståelser og usikkerhed hos patienterne. Når et sygehus har et højt HSMR-tal, er det så farligt at være patient på sygehuset?

I forhold til 'Værdi for borgeren' synes der at kunne findes visse positive elementer.

1) Mål og målopfyldelse er klart defineret og udarbejdet i samarbejde med faglige eksperter
2) Målene er understøttet af en incitamentsstruktur, som gør dem relevante i den driftsnære ledelse
3) Der er indført 'støttemål' som datakomplethed.

Disse gør, at 'Værdi for borgeren' i langt højere grad end de to andre lever op til formålet om at synliggøre offentlig værdi og samtidig være relevante mål i ledelsesmæssige og faglige

sammenhænge. Problemet med 'Værdi for borgeren' er det manglende kendskab hos borgerne. Nok er resultaterne gode, men hvis de ikke når modtagerne, går formålet tabt.

Analysens resultater ligger på linje med den forskning, der foregår på området. Særligt kritikken fra Radin og Thiel (se afsnit 4.2.2) er sammenfaldende med de fund, som gøres i analysen. Performancemål bruges til at understøtte pointer, som målene ikke kan bære, og det gør informationen ubrugelig. Radins pointerer netop det problematiske i antagelserne om neutralitet, målbarhed og kausale sammenhænge, og brugen af både HSRM og stjernesystemet understreger disse problemstillinger. Informationerne, der fremkommer af de to systemer, er ikke neutrale, det ønskede formål er ikke målbart via de opsatte mål, og der kan ikke identificeres de kausale sammenhænge, som antages at eksistere.

Wadman et.al bidrager i artiklen *'Analytical perspectives on performance-bases management: an outline of theoretical assumptions in the existing literature'* til diskussionen af formålet med brugen af performancemål. Artiklen identificerer, på baggrund af en omfattende litteraturgennemgang af brugen af performancemål, tre forskellige formål og intentioner med brugen af disse. De tre formål er henholdsvis: funktionel, fortolkende og postmoderne, og ser formålet med brugen af performancemål som henholdsvis et redskab til at skabe konkurrence, en måde at opnå organisatorisk legitimitet på og som et sociokulturelt fænomen[68]. Artiklens pointe er, at brugen af performancemål baserer sig på forskellige formål, og at netop disse forskellige formål er afgørende for, hvordan man skal opstille mål. Opstillingen af mål skal afspejle det formål, de er tænkt til at skulle opfylde.

Baggrunden for at iværksætte de tre cases understreger relevansen af denne distinktion.

I kategorien 'funktionel' opfattes performancemål som et redskab til at forbedre performance - herunder kvalitet[69], og det er netop det, der argumenteres for i formålsbeskrivelserne i de tre cases. Det er samtidig relevant at antage, at igangsættelsen af alle tre systemer, tager udgangspunkt i et sociokulturelt fænomen. Som tidligere beskrevet blev fokus på måling og kontrol væsentligt skærpet i takt med, at NPM som styringsregime blev taget i brug i bl.a. Danmark. Behovet for effektivitet og gennemsigtighed blev væsentligt, fordi ressourcerne blev færre, og behovet for styring skabte denne en 'audit kultur'[70], som nu kan betragtes som et postmoderne kulturtræk. Det er samtidig relevant at antage, at igangsættelsen af de tre systemer er sket i et legitimeringsøjemed. Der er et vedvarende politisk behov for at synliggøre og legitimere den produktion, der foregår i den offentlige sektor, fordi gode resultater er lig med godt politisk håndværk. Det er ikke politisk fordelagtigt, at standarden i kræftbehandlingen er dårligere end i lande, vi sammenligner os med, og det vidner om manglende politisk handlekraft, hvis der ikke bliver gjort en indsats for at ændre dette. Underperformance, manglende kontrol og dårlig kvalitet er i sidste ende et politisk problem, og det er derfor nødvendigt, at det politiske system viser vilje til at holde øje med brugen af de offentlige ressourcer.

Der kan derfor argumenteres for, at Wandmans tre distinktioner ikke skal ses som sidestillede, men at der i højere grad er tale om en tretrins forklaringsmodel, hvor fundamentet for igangsættelse af brugen af performancemål tager udgangspunkt i et sociokulturelt fænomen, at dette understøtter og fremelsker behovet for legitimering og at den argumentation, der fremføres som baggrund for igangsættelse, er behovet for at øge performance og kvalitet. På denne måde

---

[68] Wadman et.al: Analytical perspektives onperformance-bases management: an outline of theoretial assumptions in the existing literature'; s. 4
[69] Wadman et.al: Analytical perspektives onperformance-bases management: an outline of theoretial assumptions in the existing literature'; s. 4
[70] Wadman et.al: Analytical perspektives onperformance-bases management: an outline of theoretial assumptions in the existing literature'; s. 9

samles altså argumenterne for behovet for synliggørelse af offentlig værdi og brugen af performancemål.

Tilbage står spørgsmålet om nødvendigheden af, at de performancemål og –systemer man vælger at igangsætte skal have ledelsesmæssig og faglig relevans. Er det overhovedet nødvendigt, hvis bevæggrundene for indførelse baserer sig på behovet for legitimitet og kulturelle strømninger?

Analysen af de tre cases gav kun få indikationer i forhold til behovet for ledelsesmæssig og faglig relevans. På baggrund af den valgte metode, var det kun muligt at identificere antydninger af, hvilke mulige konsekvenser HSMR, stjernesystemet og 'Værdi for borgeren' har ledelsesmæssigt og fagligt.

Det står dog – ud fra forskningen på området – klart, at den ledelsesmæssige og faglige fundering har afgørende betydning i overvejelserne om indførelsen af performancemål, fordi indførelsen kan få betydelige konsekvenser for systemets effektivitet, fordelingen af ressourcer og i sidste ende behandlingen af patienter. Indførelsen af performancemål kan som beskrevet have en række utilsigtede konsekvenser. Det kan betyde omprioritering af ressourcer, det kan betyde flere 'kolde hænder' og det kan i yderste konsekvens betyde, at eksempelvis højrisikooperationer ikke foretages, fordi et eventuelt dårligt outcome påvirker målopfyldelse negativt[71]. For at undgå dette er den ledelsesmæssige og faglige tilgang vigtig.

8. Konklusion

Kan man synliggøre offentlig værdi, og kan man gøre det gennem performancemål?

Denne opgave har forholdt sig til fire emner – offentlig værdi, performancemål, synliggørelse og faglig relevans. Det har den, i håb om at stille min undren over måden performancemål i dag anvendes på og samtidig at kunne give en indikation af, om måden, vi i dag bruger performancemål på, bringer noget positivt med sig.

Opgavens konklusion forholder sig til tre ting – besvarelse af problemformuleringen og opstilling af opmærksomhedspunkter, samt vurdering af opgavens anvendelighed.

8.1 Besvarelse af problemformuleringen

Opgavens motivation og formål var, som nævnt i indledningen, at undersøge, om det er muligt at opstille performancemål, som både kan synliggøre offentlig for skatteyderne og samtidig være relevante for ledere og medarbejdere. Derfor blev problemformuleringen:

> *Kan man udforme performancemål i det offentlige sygehusvæsen, så de kan bruges til at synliggøre offentlig værdiskabelse over for borgerne og samtidig være relevante i en ledelsesmæssig og faglig kontekst?*

For at svare på dette spørgsmål, har opgaven først forholdt sig til, hvad offentlig værdi i det hele taget er. Værdi skabes, når nogen tillægger noget værdi, og offentlig værdi tager udgangspunkt i politisk bestemte opgaver, som er skattefinansierede. Offentlig værdi skabes således, når de der betaler skat, tillægger ydelserne værdi, og det er det politiske system der afgør, om der skabes offentlig værdi eller ej.

---

[71] Marshall, Martin N et al: The Public Release of Performance Data: s. 1872

Dernæst forholdt opgaven sig til begrebet performancemål, der blev defineret som aktiviteter, hvis formål er at opsamle information om performance, og en proces for opstilling af performancemål. Herefter blev kritikken af performancemål ridset op. Kritikken af performancemål og brugen af disse går primært på, at man drager konklusioner, som data ikke kan bære, at der bruges enorme ressourcer på at indsamle disse data, og at man ikke tager højde for de mange utilsigtede incitamenter, som indførelsen af performancemål kan føre med sig.

For at kunne vurdere de tre cases, blev der på baggrund af teori om performancemål opstillet otte kriterier for gode performancemål. Herefter blev tre cases analyseret ud fra de opstillede kriterier og deres brugbarhed til synliggørelse af offentlig værdi og i ledelsesmæssig og faglig sammenhæng.

Delkonklusionerne var, at

- HSMR som performancemål har fordele og ulemper. Systemet er ikke velegnet til at synliggøre kvalitet i sundhedsvæsenet, fordi de data, som HSMR bygger på, ikke kan bære overordnede konklusioner om kvalitet. HSMR har visse fordele i ledelsesmæssig sammenhæng, fordi det kan give en indikation af, om sygehusets dødelighed forbedres over tid. Der er dog faktorer, som målingerne ikke tager højde for, og det kan skævvride resultaterne. I faglige sammenhænge er HSMR en anerkendt, men omdiskuteret metode, som dog synes at have give en vis faglig mening. Brugen af HSMR som performancemål har skabt et 'naming and shaming' system, på trods af advarsler mod netop dette.

- Stjernesystemet havde meget få positive elementer. Systemet blev skabt til et politisk formål, det ikke kunne opfylde, fordi delmålene ikke gav basis for de konklusioner, som det var ønsket at kunne drage. Systemet havde den positive effekt, at det gav borgerne information om den patientoplevede kvalitet, som allerede var publiceret mere detaljeret i anden sammenhæng, men dette var ikke formålet. Ledelsesmæssigt og fagligt blev stjernesystemet ikke anerkendt, men skabte alligevel utilsigtede handlinger (gaming) nogle steder i jagten på flere stjerner. Stjernesystemets udgangspunkt var sammenligning af sygehuse, og blev derfor hurtigt til et 'naming and shaming' system – dog på nogle meget usikre indikatorer.

- I forhold til synliggørelse af offentlig værdi fungerer 'Værdi for borgeren' langt bedre end de to andre systemer. Målene i 'Værdi for borgeren' er udarbejdet af faglige eksperter og er driftsnære, de er understøttet af incitamentsmidler og de er drøftet politisk. Målopfyldelsen er således, i højere grad end i de to øvrige cases, forankret hos den enkelte medarbejder og den enkelte leder, og definitioner og kriterier for målopfyldelse er helt klare. Målene i 'Værdi for borgeren' lever op til de fleste af de opstillede kriterierne for gode performancemål, og der er samtidig indarbejdet et 'støttemål' i form af datakomplethed. Problemet med 'Værdi for borgeren' er dog den manglende synlighed og det manglende kendskab til resultaterne blandt borgerne.

Diskussion af analysens resultater og konklusioner har vist, at disse ligger på linje med forskning på området, og at den kritik, der kan rejses af brugen af performancemål, svarer til kritikken i anden litteratur.

Så opgavens konklusion er: Ja, man kan godt udforme performancemål i det offentlige sygehusvæsen, så de kan bruges til at synliggøre offentlig værdiskabelse over for borgerne og samtidig være relevante i en ledelsesmæssig og faglig kontekst, men det er langt mere kompliceret end den måde, det i dag foregår på. Det er nødvendigt at gøre sig en lang række overvejelser, inden man indhenter information, og det er afgørende for synliggørelsen af offentlig værdi, at målene rent faktisk kan levere den information, man lover, og at denne er relevant og forståelig for

skatteyderne. Skal målene samtidig give mening for ledelse og medarbejdere, er det nødvendigt, at der inddrages faglighed i opstillingen af mål, og at man samtidig opstiller 'støttemål', så risikoen for gaming og uhensigtsmæssig og utilsigtet adfærd mindskes.

8.2 Opstilling af opmærksomhedspunkter

En del af opgavens ambition er, som beskrevet i indledningen, at opstille nogle opmærksomhedspunkter, man som topledelse bør overveje, inden performancemål tages i brug. Formålet med disse overvejelser bør være, først og fremmest at forholde sig til og tydeliggøre bevæggrundene for indførelsen, men også at afklare om indførelsen af performancemål er den rigtige løsning.

Opmærksomhedspunkt 1: Hvad er det egentlige formål?
Med udgangspunkt i ovenstående bør man som topledelse i en offentlig overveje, hvad det egentlige formål med indførelsen af performancemål er. Er formålet at legitimere og dermed skabe synlighed om resultater, kan det med fordel overvejes, om det er muligt at anvende 'simple' data som produktivitet, antalsopgørelser, enhedsomkostninger mv. Disse informationer kan tydeliggøre måden organisationen drives på, og de resultater der opnås. Er formålet at skabe konkurrence bør målene være driftsnære og understøtter særlige faglige indsatsområder, så adfærdsændringerne forankres i virksomhedens daglige drift.

Opmærksomhedspunkt 2: Er det overhovedet muligt at opnå et brugbart resultat?
Det er under dette opmærksomhedspunkt, at man som ledelse skal gøre sig klart, om det man ønsker at måle, overhovedet er muligt, eller om performancemålene indføres pga. symbolpolitik? Kan man opstille et mål, der repræsenterer kvalitet i sygehusvæsenet, og hvad hvis svaret er nej? Sammenhængen mellem formål og resultat er af afgørende betydning for, om et performancemål er meningsfuldt, og man må ledelsesmæssigt overveje, om måling er den bedste måde at understøtte et eventuelt politisk ønske om information.

Opmærksomhedspunkt 2: Hvem er modtagerne?
En afklaring af hvem modtagerne af information er, kan være med til at afklare, på hvilket niveau det kan være relevant at igangsætte og publicere målinger. Er målgruppen samfundet som helhed, kan det være relevant med overordnede økonomiske parametre. Hvis målgruppen er en bestemt patientkategori eller patienter på en afdeling, kan parametre som tilfredshed, ventetid og antallet af liggesår være relevante. Sådanne 'nære' parametre kan være svært sammenlignelige og svært kommunikerbare i en samfundsmæssig kontekst.

Opmærksomhedspunkt 4: Inddragelse af faglighed
Inddragelse af faglige eksperter i fastsættelsen af performancemål er afgørende, hvis man ønsker at undgå utilsigtede konsekvenser og forskellige former for gaming. Samtidig kan inddragelse af faglighed medvirke til, at målene bliver relevante i faglige sammenhænge, og dermed kan man øge motivationen til at arbejde med disse. Fravalg af at inddrage fagpersoner kan på kort sigt lette processen men kan samtidig svække de færdige performancemåls effekt.

Opmærksomhedspunkt 5: 'Støttemål'
Man kan med fordel indføre 'støttemål' som datakomplethed, når man arbejder med performancemål. Dette kan medvirke til, at målinger i højere grad afspejler virkeligheden, og man undgår samtidig muligheden for skæve resultater pga. manglende registrering.

8.3 Kan opgaven overhovedet bruges til noget?

Synliggørelse af offentlig værdi er ikke noget let emne at undersøge. Alle borgere har en opfattelse af, hvad de ønsker, at deres skattebetaling skal gå til, hvilke samfundsmæssige dagsordener, der er vigtige prioriteter for dem, og hvad der, i deres liv, giver offentlig værdi. Dertil kommer, at begrebet 'synliggørelse' er svært at håndtere – synliggørelse for hvem, om hvad og på hvilken måde. Hertil

kommer så ønsket om, at synliggørelsen af offentlig værdi også skal give mening i 'systemet', så man kan undgå at skabe demotivation hos medarbejderne. Hvad er kriterierne for at skabe mening? Det er store og komplekse problemstillinger og kombinationen af disse, gør kun emnet sværere at håndtere.

Denne opgave har et grundlæggende problem, nemlig dens metode. Omdrejningspunktet for opstillingen af kriterier for gode performancemål og den efterfølgende analyse af, om disse er opfyldt, er en subjektiv vurdering. De otte kriterier for gode performancemål har en lang række metodiske problemer i sig selv. Kriterierne er bredt formulerede, anvendte begreber er ikke defineret og der er ikke beskrevet succeskriterier for målopfyldelse. Vælger man at arbejde ud fra disse kriterier, efterlades man med den subjektive vurdering som eneste målestok. Vurderingerne, som analysen af de tre cases bygger på, er foretaget på baggrund af mine egne erfaringer. Alle tre cases er eller har været en del af mit arbejdsfelt, og opfattelsen og tolkningen af resultaterne – både i offentligheden, hos direktion og sygehusledelser og hos medarbejdere – har resulteret i problemstillinger og arbejdsopgaver, som jeg har løst.

Kriterierne for gode performancemål er taget fra en lærebog, som har været en del af pensum på faget 'Performance Management for den offentlige sektor', der udbydes som en del af MPG-uddannelsen, og giver i en ledelsesmæssig diskussion af performancemål – altså hvor der ikke lægges vægt på en akademisk metodisk diskussion – god mening. Derfor er min vurdering, at kriterierne har været relevante at anvende, fordi opgaven i mindre grad er skrevet med det formål at lave en akademisk analyse af en problemstilling. Opgaven er skrevet med det formål at hjælpe ledere til en mere kritisk tilgang til brugen af performancemål, og til at gøre opmærksom på nogle af de problemstillinger, som den nuværende brug af performancemål skaber i den offentlige sektor. Derfor er opgaven og dens konklusioner også drøftet med direktionen i Region Sjælland.

Den ledelsesmæssige tilgang giver dog ikke frihed til at se bort fra de metodemæssige problemer. Flere af kriterierne og deres relevans og betydning for borgere, ledere og medarbejdere kunne være undersøgt kvantitativt med spørgeskemaer eller kvalitativt med interviews. Det havde eksempelvis været en mulighed at interviewe en række borgere om deres forståelse af den information, som de tre cases afspejler, og det havde samtidig været muligt at interviewe ledere og medarbejdere om den betydning, performancemålene i de tre cases har og har haft på deres virkelighed. Resultaterne af sådanne interviews kunne have understøttet både analysens resultater og metode.

Så kan opgaven og dens resultater bruges til noget?

Opgaven har ridset op, hvorfor det er vigtigt at synliggøre offentlig værdi og har samtidig skitseret den kritik, der er af brugen af performancemål. På denne måde kan opgaven bruges til at skabe opmærksomhed om, hvordan den offentlige sektor, noget ukritisk, i dag bruger performancemål, og på at brugen af performancemål kan have nogle særdeles uhensigtsmæssige konsekvenser. Opgaven kan på denne baggrund – forhåbentlig – bruges til at øge opmærksomheden på at håndtere de utilsigtede konsekvenser og på vigtigheden af at gøre informationsindsamling og opstilling af mål relevante for medarbejderne.

9. Ledelsesmæssig udvikling

Når man tager en master i offentlig ledelse, skulle resultatet gerne være, at man er blevet en bedre leder, når det hele er overstået. Derfor er en del af kriteriet for målopfyldelse i masterprojektet, at:

Den studerende dokumenterer og analyserer egen ledelsesmæssig udvikling i relation til den konkrete udformning af masterprojektet

På trods af det lidt vage kriterium for målopfyldelse er det min opfattelse, at jeg gennem arbejdet med opgaven har udviklet mig som leder. Dette kan måske synes en smule søgt, da man jo altid får viden ud af arbejdet med nye problemstillinger, men da jeg i mit nuværende job ikke har personaleledelsesansvar, har uddannelsen for mig i højere grad betydet ballast og fundament end afprøvning af ledelsesværktøjer.

En af de største erkendelser for mig, i min ledelsesmæssige udvikling, har været betydningen af det personlige lederskab. Når man som ung og uprøvet leder får sit første lederjob, har man ingen forudsætninger for at vide, at legitimitet som leder følger den personlige forvaltning af lederrollen. Man kan foranlediges til at tro, at der med den officielle udpegning følger autoritet, og at man, alene ved besiddelse af jobbet, har legitimitet som leder. Sådan forholder det sig langt fra.

Kristoffer Lande Andersen beskriver i bogen 'Lederskabelse – det personlige lederskab', hvordan ledere frem for at hente autoritet i den formelle rolle, i højere grad må hente denne i den personlige forvaltning af rollen[72], og hvordan denne autoritet tager afsæt i den legitimitet, man som leder kan hente oppefra, nedefra og indefra[73].

Som leder har man brug for både den formelle autoritet (oppefra), og den autoritet man får fra medarbejderne i form af deres anerkendelse og tillid til, at man kan lede dem og udfylde rollen som leder (nedefra). Skal man opnå autoriteten nedefra, har man brug for autoritet indefra – den autoritet, man tildeler sig selv på baggrund af sine personlige kompetencer, viden og erfaringer[74]. Det er her, at erfaringerne fra denne opgave bliver relevante.

Udviklingen af mit personlige lederskab har i høj grad bestået i at bygge fundament. Det har bestået i at arbejde med den indre autoritet. Opgaven har bidraget til en langt større indsigt i, hvordan brugen af performancemål kan påvirke både organisationer og dagligdagen for medarbejdere. Jeg vælger at se det som afgørende for ledelse, at man har forståelse for, hvordan styringsparadigmer påvirker ens organisation, og jeg vælger at se det som afgørende, at man som leder kan forholde sig til og agere i forhold til udefra kommende krav til ens organisation.

Samtidig har forståelse for det faglige argument betydning – særligt i organisationer, hvor fagligheden er grundlaget for drift. Det er vigtigt, både at kunne forstå fagligheden og samtidig kunne forklare styringsmæssige tiltag over for professionelle, når man leder store organisationer med mange fagprofessionelle.

Jeg har med denne opgave bygget videre på og forstærket mit fundament, og dermed styrket forudsætningerne for mit personlige lederskab. Kan det dokumenteres? Nej, men hvordan dokumenterer man sin egen ledelsesmæssige udvikling?

10. Perspektivering

I de igangværende forhandlinger om økonomiaftalen for 2014 mellem regionerne og regeringen tyder alt på, at en del af aftalen vil komme til at omfatte en såkaldt 'synlighedsreform'. En reform hvis formål er at synliggøre resultater, effektivitet og kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Reformen vil med al sandsynlighed indebære, at regionerne i endnu højere grad end i dag skal dokumentere udviklingen i bl.a. kvalitet på baggrund af en række data, knyttet til behandling og ressourceudnyttelse, heriblandt HSMR-tal.

Men er baggrunden for dette virkelig et ønske om at synliggøre offentlig værdi, eller handler det i højere grad om et ønske om øget registrering af data til i forventning om, at mere registrering vil

---

[72] Andersen, Kristoffer Lange (Paula Helt red.): Lederskabelse – det personlige lederskab; s. 149
[73] Andersen, Kristoffer Lange (Paula Helt red.): Lederskabelse – det personlige lederskab; s. 150-153
[74] Andersen, Kristoffer Lange (Paula Helt red.): Lederskabelse – det personlige lederskab; s. 151

føre til et bedre overblik og bedre muligheder for detailstyring fra Slotsholmen? Svaret er formentligt både og.

Der indføres i disse år et stadig mere finmasket styringsparadigme i den offentlige sektor. Dette skal ses i lyset af de forringede økonomiske konjunkturer med deraf følgende færre offentlige ressourcer parallelt med stigende efterspørgsel efter velfærdsydelser, men også ud fra den postmoderne tilgang om behovet for kontrol. At de mange krav om registrering og afrapportering samtidig har en legitimerende effekt, kan opfattes som en positiv sidegevinst.

Ønsker vi reelt at vende tilbage til rammestyring, hvor den faglige vurdering og mening sætter retningen for, hvordan eksempelvis sygehusvæsenet skal drives og ressourcer prioriteres, og hvor kvantitative og kvalitative effektiviseringskrav erstattes med tillid til, at fagfolk, på eget initiativ, vil øge produktivitet og kvalitet? Ønsker vi at vende tilbage til en tid, hvor skatteyderne i langt mindre grad end i dag havde mulighed for at få indsigt i den offentlige sektors resultater, og dermed i hvorledes deres skattebetaling blev anvendt? Formentlig ikke. Selvom om borgere udtrykker en generel utilfredshed med registreringer med dertil hørende tidsforbrug og 'kolde hænder', ønsker de næppe at fravælge den kontrolfunktion, som registreringen muliggør.

Man må dog alligevel spørge sig selv, om de ressourcer, der i dag anvendes til at udvikle performancemål og derpå indsamle, analysere og formidle data den offentlige sektor reelt har den ønskede effekt om både synliggørelse af offentlig værdi, mere effektivitet og bedre kvalitet - om de reelt bidrager til at sikre en høj produktivitet og kvalitet, og om de dermed legitimerer den offentlige sektors størrelse og skattefinansieringen til denne, eller om det der foregår blot skal ses som et symbolpolitisk ønske om at vise handlekraft på bekostning af et enormt ressourceforbrug, masser af 'kolde hænder' og en offentlighed, der for ofte bliver præsenteret for tilsyneladende utilstrækkelige resultater i den offentlige sektor.

11. Referencer

Andersen, Jørgen Steen: Hospitalsmortalitet er ikke en genvej til vurdering af kvalitet
Ugeskrift for Læger 174/23, 4. juni 2012
antal sider: 1

Andersen, Kristoffer Lange (Paula Helt red.): Lederskabelse – det personlige lederskab
Samfundslitteratur, 2. udgave 2009, 3. oplag 2011
antal sider: 11

Andersen, Lotte Bøgh, Jakobsen, Mads Leth Felsager, Pallesen, Thomas, Serritzlew, Søren: Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor
Institut for Statskundskab, Via Systime, 2010
antal sider: 90

Bouckaert, Geert, Balk, Walter; Public Productivity Measurement; Diseases and Cures
Public Productivity & Management Review, Vol XV, no. 2, winther 1991
antal sider: 6

Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR)
https://www.sundhed.dk/content/cms/40/38040_hsmr_notat.pdf
antal sider: 11

Freil, Morten: Jo, HSMR-tal fortæller faktisk noget om sygehuskvalitet
Dagens Medicin, 31. januar 2012
antal sider: 1

Gilje, Nils, Grimen, Harald: Samfundvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi
Universitetsforlaget, 7. oplag 2000
Sider: 142-175: 33

Lilford, Richard, Pronovost, Peter: Using Hospital Mortality Rates to Judge Hospital Performance
Boston Medical Journal, 1 May 2010, volume 340
antal sider: 3

Mannion, Russell, Davies, Huw, Marshall, Martin: Impact of start performance ratings in English acute hospital trusts
Journal of Health Services Research & Policy Vol. 10, No. 1, January 2005
antal sider: 7

Marshall, Martin N., Shekelle, Paul G, Leatherman, Sheila, Brook, Robert H: The Public Release of Performance Data
The Journal of the American Medical Association, April 12, 2000 – Vol. 283, No. 14
antal sider: 9

Moore, Mark M.: Creating Public Value – Strategic Management in Government
Harvard University Press, Cambridge Massachusetts, 6. udgave 2001
antal sider: 395

Moore, Mark. M: Managing for Value; Organizational Strategy in For-Profit, Nonprofit, and Governmental Organizations
Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly 2000; 29; 138
antal sider: 21

Radin, Beryl: Challenging the Performance Movement. Anccountability, Complexity, and Democratic Values
Georgetown University Press, Washington, D.C 2009
antal sider: 249

Region Sjælland: Budget 2012: Værdi for borgeren – investeringer i fremtiden
Notat af 3. august 2011
http://internet.regsj.intern/Dagsordener/Dagsordener2011/Documents/1126/1430069.PDF :
antal sider: 27

Region Sjælland: Aftaler for somatikken i forhold til Værdi for borgeren 2012
Notat af 30. marts 2012
Antal sider: 8

Region Sjælland: Værdi for borgeren 2013 – Somatikken
Notat af 31. januar 2013
Antal sider: 11

Sundhedsstyrelsen: Metode til beregning af karakterer for service og kvalitet på sygehuse. Notat af 26. september 2006
http://www.sst.dk/~/media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Sundhedskvalitetdk/Metode_beregning_karakterer_sundhedskvalitet.ashx
antal sider: 5

Thiel, Sandra van: The Performance Paradox in the Public Sector
Public Performance & Management Review, Vol. 25 No. 3, Marts 2002, s. 267-281
antal sider: 14

Van Dooren, Wouter, Bouckaert, Geert and Halligan, John: Performance Management in the Public Sector
Routledge, New York 2010,
antal sider: 191

Wadman, Sarah, Johansen, Sarah, Lind, Ane, Birk, Hans Okkels, Hoyer, Klaus: Analytical perspektives onperformance-bases management: an outline of theoretial assumptions in the existing literature
Health Economics, Policy and Law, Cambridge University Press 2013
antal sider: 17

Watt Boelsen, Merete: Kvalitative analyser. At finde årsager og sammenhænge
Hans Reitzels Forlag, København 2006
Sider: 1-105: 105

Antal sider i alt: 1215

Links:

https://www.sundhed.dk/borger/valg-af-laege-og-sygehus/kvalitet-i-behandlingen/hsmr/

https://www.sundhed.dk/content/cms/40/38040_hsmr_sjælland_2007_2012_3.pdf

http://artikektur.sdsd.dk/Om.aspx

12. Bilagsliste

1. *Enghave, Malene Cramer, Nørgaard, Mette: Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR)*
   https://www.sundhed.dk/content/cms/40/38040_hsmr_notat.pdf

2. *Sundhedsstyrelsen: Metode til beregning af karakterer for service og kvalitet på sygehuse. Notat af 26. september 2006*
   http://www.sst.dk/~/media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Sundhedskvalitetdk/Metode_beregning_karakterer_sundhedskvalitet.ashx

3. *Beskrivelse af 16 nøgletal*. Udskrift fra http://artikektur.sdsd.dk/Om.aspx.

4. *Region Sjælland: Budget 2012: Værdi for borgeren – investeringer i fremtiden*
   Notat af 3. august 2011
   http://internet.regsj.intern/Dagsordener/Dagsordener2011/Documents/1126/1430069.PDF :

5. *Region Sjælland: Aftaler for somatikken i forhold til Værdi for borgeren 2012*
   Notat af 30. marts 2012

6. *Region Sjælland: Værdi for borgeren 2013 – Somatikken*
   Notat af 31. januar 2013

Bilag 1

Hospitals Standardiserede Mortalitets Ratioer (HSMR)

Af Malene Cramer Engebjerg, biostatistiker og Mette Nørgaard, overlæge, PhD, Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital

Baggrund

En af visionerne for det danske sundhedsvæsen er at opnå og fastholde et højt fagligt internationalt niveau. For at nå dette mål er redskaber til løbende monitorering af kvalitetsforbedrende interventioner og sundhedsvæsenets indsats generelt nødvendige.

Død under eller efter hospitalsindlæggelse er internationalt et meget anvendt mål for kvaliteten af sygehusvæsenets samlede indsats (1), idet

1) død er en fast defineret enkeltstående begivenhed i modsætning til sygelighed, som ændres over tid, og dermed er sværere at registrere med tilfredsstillende datakvalitet

2) det er lovpligtigt at registrere dødsfald, hvilket øger kompletheden og specificiteten af registreringen

3) dødelighed forstås af lægfolk

4) en lav dødelighed er formentlig korreleret til mindre sygelighed blandt overlevende patienter

I England har man siden slutningen af 1990'erne benyttet en metode, kaldet *Hospital-Standardized Mortality Ratio* (HSMR), til monitorering af kvaliteten af behandlingen på offentlige hospitaler (2).

Hvad er HSMR?

HSMR er antallet af dødsfald på et sygehus som procent af det forventede antal dødsfald beregnet ud fra landsgennemsnittet.

HSMR = (antal observerede dødsfald/antal forventede dødsfald) x 100%

I beregningen indgår imidlertid kun patienter, der har en af de diagnoser, der omfatter 80% af alle dødsfald i hele sygehusvæsenet. I 2006 var der fx i Danmark i alt 76 diagnoser, som var ansvarlige for 80% af alle hospitalsrelaterede dødsfald med sygdomme som lungebetændelse, blodprop i hjertet og visse kræftsygdomme som nogle af de hyppigste .

Alle patienter, der bliver indlagt på et af de fem regioners hospitaler (se bilag 1 for inkluderede hospitaler) med en af disse diagnoser, indgår i beregningen af HSMR. Det observerede antal dødsfald findes som det antal patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelsen. Det forventede antal dødsfald beregnes ud fra 30-dages dødeligheden blandt alle danske patienter, der blev indlagt med disse diagnoser i et givet år (aktuelt 2008). I beregningen af det forventede antal dødsfald tages højde for indlæggelseskvartal, alder, køn, indlæggelsesmåde (akut/elektiv), komorbidtet, ægteskabelig status, overflytning mellem to regioner, samt hvilken af de udvalgte diagnoser patienterne indlægges med (se modelbeskrivelse nedenfor).

HSMR er et overordnet mål for dødeligheden efter indlæggelse på de enkelte hospitaler og kan ses som et mål, der udpeger de sygehuse der har behov for overordnet at se på om kvaliteten kan forbedres. HSMR er altså et samlet mål for kvaliteten af hospitalernes behandling, som ikke bare inkluderer den medicinske

behandling, men også organisation af patientforløb, interne ventetider på undersøgelser, samarbejde mellem afdelinger og pleje i form af bl.a. ernæring og mobilisering. På denne måde er HSMR fundamentalt forskellig fra diagnose- og procedurespecifikke kvalitetssikringsprogrammer som f.eks. kliniske kvalitetsdatabaser og NIP. I HSMR beregningen indgår desuden en række diagnoser på hyppige tilstande som fx lungebetændelse, som ikke monitoreres i de gængse kvalitetssikringsprogrammer.

Den danske HSMR model 2009

Den danske HSMR model er baseret på indlæggelser på de hospitaler der er angivet i bilag 1.

Identifikation af patienter

Ud fra alle indlæggelser registreret i Landspatientregisteret (LPR) i 2008 identificerede vi de aktionsdiagnoser, der var relateret til 80% af de dødsfald, der opstod inden for 30 dage efter en indlæggelse. Vi udelod i denne beregning aktionsdiagnosen DR99 (anden død og ikke specificeret død). Dette førte i 2008 til identifikation af 81 diagnoser – hvoraf en af diagnoserne DZ38 (levendefødt barn efter fødested) ligeledes blev udeladt som potentiel diagnosegruppe. Diagnoserne findes i bilag 2.

I monitoreringen af HSMR identificeres en gang i kvartalet alle patienter, som er registreret med en indlæggelse med en af de udvalgte 80 diagnoser på et af de fem regioners hospitaler inden for det foregående kvartal. Disse patienter udgør det grundlag, HSMR beregnes på. Kun indlagte patienter indgår i beregningen.

Dødelighed

I nogle af de udenlandske modeller har man kun mulighed for at se på dødsfald under indlæggelse. I den danske HSMR-model indgår derimod alle dødsfald op til 30 dage efter indlæggelse. På denne måde inkluderer modellen også dødsfald, der sker kort tid efter udskrivelse. Dødeligheden er fundet ved kobling til Det Centrale Personregister (CPR-registeret). Dette register indeholder bl.a. dagligt opdaterede informationer om vitalstatus for alle danske indbyggere siden 1968.

Overflytninger

Omkring 3-5% af patienterne med en af de udvalgte diagnoser vil inden for de første 30 dage blive overflyttet fra et hospital til et andet. Disse patienter håndteres på følgende måde:

Hvis patienten har været indlagt på mere end en afdeling eller mere end et hospital inden for samme eller næste dags dato kobles disse indlæggelser sammen til et samlet indlæggelsesforløb. Diagnosetype og indlæggelsesmåde defineres ud fra den første indlæggelse i forløbet. Selve indlæggelsen og dermed det eventuelle dødsfald tilskrives den sidste afdeling patienten var indlagt på inden for 30 dage efter indlæggelsen. Hvis patienten fortsat er indlagt 30 dage efter indlæggelsen, er det den afdeling, hvor patienten er indlagt dag 30, der får tildelt indlæggelsen.

Hvis en patient overflyttes mellem to regioner inden for de første 30 dage efter indlæggelsen, tages der højde for dette i den model, der bruges til at beregne den forventede dødelighed (se senere).

Alder

Patienternes alder er beregnet ud fra CPR-nummeret og kategoriseret som 0-9 år, 10-19 år, 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år, 70-79 år, 80-89 år eller 90+ år.

Civilstand

Civilstandsoplysninger (gift, ugift, fraskilt, enke, ukendt) på indlæggelsestidspunktet er fundet via CPR registeret.

Komorbiditet

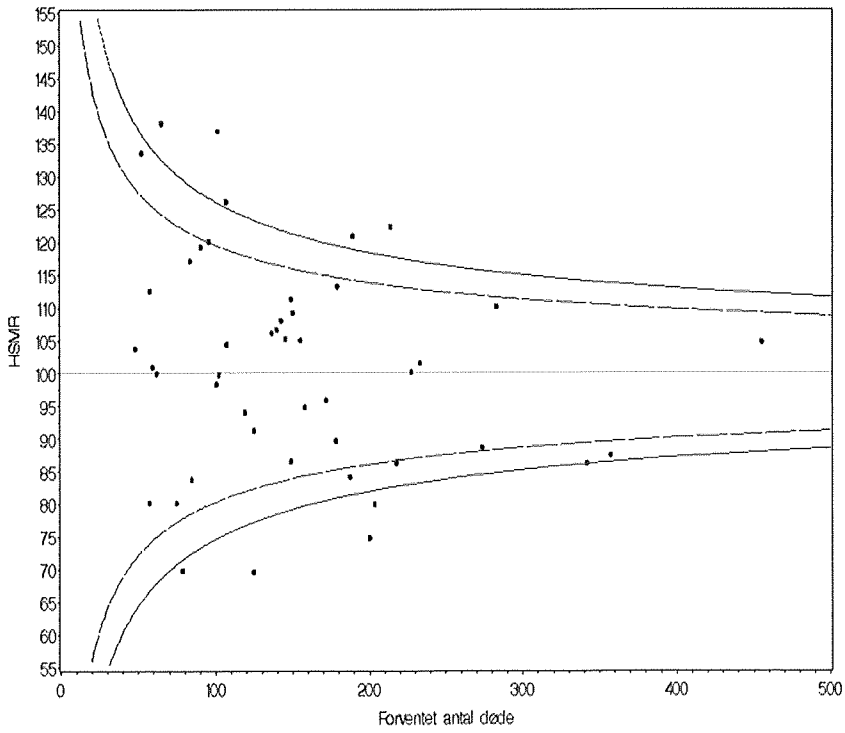
Komorbiditet angiver tilstedeværelsen af andre kroniske sygdomme udover den aktuelle sygdom patienten er indlagt med. For at kunne inddrage komorbiditet i analyserne har vi anvendt Charlsons komorbiditetsindeks (3). Dette er et internationalt anerkendt klassifikationsindeks, der inkluderer 19 forskellige kroniske tilstande, som har betydning for patienters overlevelse. Tilstandene har fået tildelt en værdi i forhold til deres prognostiske betydning (se bilag 3). Ved at lægge de forskellige værdier sammen kan man opnå en samlet score for patienterne. Indekset er valideret og anvendt i en lang række studier.

I beregninger baseret på Charlsons komorbiditetsindeks har vi anvendt alle diagnosekoder, der er registreret på et eller andet tidspunkt i LPR enten ved indlæggelse (siden 1977) eller ved ambulant kontakt (siden 1995) forud for det tidspunkt, hvor en patient indgår i HSMR beregningerne. Diagnoser fra skadestuekontakter indgår ikke i beregningen. Hvis patientens aktionsdiagnose er en af de 19 sygdomme i Charlsons komorbiditetsindex, har vi ikke ladet den pågældende diagnose tælle med ved beregningen af komorbiditetsscoren. Den beregnede score er kategoriseret i tre komorbiditetsgrupper: 0 ("lav") svarende til patienter uden registreret komorbiditet; 1-2 ("mellem"); samt 3 og derover ("høj").

Hospitalets størrelse

Usikkerheden på den beregnede HSMR-værdi vil afhænge af hospitalets størrelse, og dermed kan (hvis alt andet er lige) et lille hospital med en HSMR på 125 måske reelt have samme kvalitet som et stort hospital med en HSMR på 108. Dette kan illustreres ved et såkaldt funnel plot som viser HSMR i forhold til forventet antal døde.

Funnel plot af HSMR for 2. kvartal 2009



Ovenstående plot viser 95% og 99% sikkerhedsgrænserne for HSMR afhængig af hvor mange dødsfald et hospital forventes at have. Det ses, at sygehuse med et lavt antal forventede døde kan have meget større variation på deres HSMR uden at dette repræsenterer en reel ændring.

Rent praktisk betyder dette, at små sygehuse alene på grund af deres størrelse, har størst sandsynlighed for at blive udpeget som de sygehuse, der klarer sig dårligst i HSMR.

For at reducere små sygehuses risiko for at blive udpeget udelukkende på grund af deres størrelse er der i modellen justeret for hospitalets størrelse ved hjælp af Empirisk Bayes justering (4).

Statistisk analyse

Til at forudsige det forventede antal dødsfald anvender vi en matematisk prediktionsmodel baseret på logistisk regression. I denne model predikteres hver patients sandsynlighed for at dø inden for 30 dage efter indlæggelse ud fra patientens aktionsdiagnose, alder, køn, indlæggelsesmåde, komorbiditetsscore, overflytningsstatus, civilstand og det kvartal patienten er indlagt.

For at undersøge prediktionsmodellens evne til at forudsige død er modellen udviklet på alle data fra 2008 og derefter valideret på alle patienter indlagt i 2007. Disse valideringer har vist, at den anvendte model har en god evne til at skelne mellem de der dør og de, der ikke dør inden for 30 dage efter indlæggelse.

Hvordan skal HSMR fortolkes?

Det er vigtigt at understrege, at HSMR ikke er et endegyldigt mål for kvaliteten på et hospital.

Det nationale niveau for HSMR i 2008 er pr. definition 100 (%). Et hospitals HSMR er et udtryk for, hvordan dødeligheden er i forhold til det nationale niveau. En HSMR over 100 betyder, at hospitalets dødelighed på de patienter, hospitalet har behandlet inden for de udvalgte diagnoser ligger over landsgennemsnittets dødelighed.

Det er fristende direkte at sammenligne HSMR tal på tværs af hospitaler. Der er dog flere grunde til at dette kan være en dårlig idé:

- HSMR beregnes ved hjælp af indirekte standardisering, som er en veletableret epidemiologisk metode med det formål at sammenligne et hospital med landsgennemsnittet for den gruppe patienter, som hospitalet har behandlet. Dette betyder imidlertid, at hvert hospital bliver vurderet på dets egen patientfordeling (5), og at visse omstændigheder skal være opfyldt for, at der kan foretages direkte sammenligning mellem hospitalerne, fx hvis deres patientfordeling er sammenlignelig.

- Organiseringen af sundhedsvæsenet i de forskellige regioner kan betyde, at hospitaler ikke er sammenlignelige. Fx hvis et enkelt hospital i højere grad end gennemsnitligt modtager døende patienter. Der er ikke i modellen taget højde for sygdommens sværhedsgrad.

- Selv om metoden tager højde for forskelle i faktorer som køn, alder, ægteskabelig status og komorbiditet, kan der desuden stadig være faktorer, som er skævt fordelt på landets hospitaler, og som har betydning for dødeligheden. Dette kan fx være livsstilsfaktorer og kropsbygning (BMI).

Referencer:

(1) Werner RM, Bradlow ET. Relationship between Medicare's hospital compare performance measures and mortality rates. JAMA 2006;296:2694-702.

(2) Jarman B, Gault S, Alves B, et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. BMJ 1999;318:1515-20.

(3) Charlson ME, Pompei P, Ales KL et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40:373-83.

(4) Steenland K, Bray I, Greenland S, Boffetta P. Empirical Bayes adjustments for multiple results in hypothesis-generating or surveillance studies. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2000;9:895-903.

(5) Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern Epidemiology. Third edition ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.Pages 68-69.

Bilag 1. Inkluderede hospitaler med tilhørende SKS- og evt. afdelingskode. Der beregnes kun HSMR på hospitaler, der havde mere end 2000 indlæggelser i 2008.

Region	SKS kode	Afdeling	Navn
Hovedstaden	1301		Rigshospitalet
	1309		Bispebjerg Hospital
	1330		Hvidovre Hospital
	1351		Amager Hospital
	1401		Frederiksberg Hospital
	1501		Gentofte Hospital
	1502		Glostrup Hospital
	1516		Herlev Hospital
	2000	0,1,2,3,8,9	Hillerød Hospital
	2000	5	Helsingør Hospital
	2000	6	Hørsholm Hospital
	2000	7	Frederikssund Hospital
	4001		Bornholms Centralsygehus
Midtjylland	6002		Regionshospitalet Brædstrup
	6006		Regionshospitalet Horsens
	6501		Regionshospitalet Holstebro
	6502		Regionshospitalet Herning
	6503		Regionshospitalet Tarm
	6504		Regionshospitalet Ringkøbing
	6505		Regionshospitalet Lemvig
	7002		Regionshospitalet Silkeborg
	7003		Århus Sygehus, NBG
	7004		Århus Sygehus, THG
	7005		Regionshospitalet Randers
	7008		Regionshospitalet Odder
	7009		Regionshospitalet Grenaa
	7013		Regionshospitalet Samsø
	7026		Århus Universitetshospital, Skejby
	7601		Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup Sygehus

Region	SKS kode	Afdeling	Navn
Nordjylland	7603		Sygehus Thy-Mors
	8001		Aalborg Sygehus
	8003		Sygehus Vendsyssel
	8005		Sygehus Himmerland
	8040		Ortopædkirurgi Nordjylland
	8050		Anæstesisektor Nordjylland
Sjælland	2501		Roskilde Sygehus
	2502		Køge Sygehus
	3000		Sygehus Vestsjælland
	3500		Storstrømmens Sygehus
	3800	A,B,C	Roskilde Sygehus
	3800	D,E,F	Køge Sygehus
	3800	G	Fakse Sygehus
	3800	H,J,K	Holbæk Sygehus
	3800	L,M	Kalundborg Sygehus
	3800	N,P,Q	Næstved Sygehus
	3800	R,S,T	Slagelse Sygehus
	3800	U	Ringsted Sygehus
	3800	V,W,X	Nykøbing Falster Sygehus
	3800	Y	Nakskov Sygehus
Syddanmark	4202		Odense Universitetshospital
	4212		Sygehus Fyn
	5001		Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
	5002		Sygehus Sønderjylland, Haderslev
	5003		Sygehus Sønderjylland, Tønder
	5004		Sygehus Sønderjylland, Aabenraa
	5501		Sydvestjysk Sygehus
	6003		Fredericia Sygehus
	6004		Give Sygehus
	6007		Fredericia og Kolding Sygehus
	6008		Vejle Sygehus

Bilag 2: Oversigt over de diagnosekoder, der var ansvarlige for 80% af alle dødsfald inden for 30 dage efter indlæggelse i Danmark i 2008, og som dermed indgår i HSMR modellen.

ICD-10 kode	Beskrivelse
DJ18	Lungebetændelse, agens ikke specificeret
DZ03	Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom
DA41	Anden blodforgiftning
DJ96	Respirationsinsufficiens ikke klassificeret andetsteds
DC34	Kræft i bronkie eller lunge
DS72	Brud på lår
DE86	Udtørring og nedsat ekstracellulærvolumen
DJ44	Kronisk obstruktiv lungesygdom, anden
DI21	Akut hjerteinfarkt
DI50	Hjertesvigt
DI61	Hjerneblødning
DI46	Hjertestop
DJ15	Bakteriel lungebetændelse ikke klassificeret andetsteds
DI64	Slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt
DI63	Infarctus cerebri
DC18	Kræft i tyktarm
DC78	Metastatisk kræft i åndedrætsorganer og fordøjelsessystem
DK92	Sygdom i fordøjelsessystemet, andre
DK56	Tarmslyng uden oplysning om brok
DR10	Smerter i mave og underliv
DI71	Aortaaneurisme og dissekerende aortaaneurisme
DC25	Kræft i bugspytkirtel
DD64	Anæmier, andre
DN30	Blærebetændelse
DI48	Flimren og flagren af hjertets forkamre
DK70	Alkoholisk leversygdom
DC79	Metastatisk kræft i andre specificerede lokalisationer
DS06	Intrakraniel læsion

ICD-10 kode	Beskrivelse
DN39	Sygdomme i urinveje, andre
DC61	Kræft i blærehalskirtel
DN18	Kronisk nyreinsufficiens
DR09	Symptomer og fund fra kredsløbs- og åndedrætsorganer, andre
DC50	Brystkræft
DR52	Smerter ikke klassificeret andetsteds
DR06	Abnorm vejrtrækning
DD63	Anæmi ved kroniske sygdomme klassificeret andetsteds
DI26	Blodprop i lunge
DI70	Åreforkalkning
DJ81	Lungeødem
DC20	Kræft i endetarm
DJ22	Akut infektion i nedre luftveje uden specifikation
DZ50	Behandling m anvendelse af genoptræningsforanstaltninger
DI60	Hjernehindeblødning
DC67	Kræft i urinblære
DK72	Leversvigt ikke klassificeret andetsteds
DR57	Shock ikke klassificeret andetsteds
DR18	Bugvattersot
DK59	Forstyrrelser i tarmfunktionen, andre
DK25	Mavesår
DK26	Sår på tolvfingertarm
DC16	Kræft i mavesæk
DZ51	Særlige indikationer for sundhedsfaglig indsats
DE87	Forstyrrelser i vand elektrolyt og syre-basebalance, andre
DR50	Feber af ukendt årsag
DI25	Kronisk iskæmisk hjertesygdom
DN19	Nyreinsufficiens uden specifikation
DC15	Kræft i spiserør

ICD-10 kode	Beskrivelse
DI35	Ikke reumatiske sygdom i aortaklapper
DI69	Følger efter karsygdom i hjerne
DE11	Sukkersyge, ikke insulinkrævende
DN17	Akut tubulointerstitiel nyresygdom (ATIN)
DA49	Bakteriel infektion u angivelse af lokalisation
DK62	Sygdom i anus og rektum, andre
DF10	Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser alkoholbetingede
DK55	Karsygdom i tarm
DJ69	Lungebetændelse forårsaget af indånding af fast eller flydende stof
DC56	Kræft i æggestok
DK65	Bughindebetændelse
DC71	Kræft i hjerne
DC92	Myeloid leukæmi
DR17	Gulsot uden specifikation
DC22	Kræft i lever og intrahepatiske galdeveje
DC90	Myelomatose, multiple myelomer
DJ90	Væskeansamling i lungehinde ikke klassificeret andetsteds
DA09	Diarré og gastroenteritis af infektiøs oprindelse
DR31	Blod i urinen
DK57	Udposning og betændelse af udposning på tarm
DS32	Brud på lænderygsøjle og bækken
DC64	Kræft i nyre undtagen nyrebækken
DG12	Rygmarvsmuskelatrofi og beslægtede syndromer

Bilag 3: Oversigt over sygdomsgrupper i Charlsons komorbiditetsindeks samt de tilhørende værdier og koder

Sygdom	Værdi	ICD-8 koder	ICD-10 koder
Akut myokardieinfarkt	1	410	I21;I22;I23
Hjerteinsufficiens	1	427.09; 427.10; 427.11; 427.19; 428.99; 782.49	I50; I11.0; I13.0; I13.2
Karsygdomme	1	440; 441; 442; 443; 444; 445	I70; I71; I72; I73; I74; I77
Cerebrovaskulære sygdomme	1	430-438	I60-I69; G45; G46
Demens	1	290.09-290.19; 293.09	F00-F03; F05.1; G30
Kroniske lungesygdomme	1	490-493; 515-518	J40-J47; J60-J67; J68.4; J70.1; J70.3; J84.1; J92.0; J96.1; J98.2; J98.3
Bindevævssygdomme	1	712; 716; 734; 446; 135.99	M05; M06; M08; M09;M30;M31; M32; M33; M34; M35; M36; D86
Ulcussygdomme	1	530.91; 530.98; 531-534	K22.1; K25-K28
Milde leversygdomme	1	571; 573.01; 573.04	B18; K70.0-K70.3; K70.9; K71; K73; K74; K76.0
Diabetes type1	1	249.00; 249.06; 249.07; 249.09	E10.0, E10.1; E10.9
Diabetes type2	1	250.00; 250.06; 250.07; 250.09	E11.0; E11.1; E11.9
Hemiplegi	2	344	G81; G82
Nyresygdomme	2	403; 404; 580-583; 584; 590.09; 593.19; 753.10-753.19; 792	I12; I13; N00-N05; N07; N11; N14; N17-N19; Q61
Diabetes med komplikationer			
type1	2	249.01-249.05; 249.08	E10.2-E10.8
type2	2	250.01-250.05; 250.08	E11.2-E11.8
Solide kræftformer	2	140-194	C00-C75
Leukæmi	2	204-207	C91-C95
Lymfomer	2	200-203; 275.59	C81-C85; C88; C90; C96
Moderate til svære leversygdomme	3	070.00; 070.02; 070.04; 070.06; 070.08; 573.00; 456.00-456.09	B15.0; B16.0; B16.2; B19.0; K70.4; K72; K76.6; I85
Metastaserende cancer	6	195-198; 199	C76-C80
AIDS	6	079.83	B21-B24

Bilag 2

Sundhedsstyrelsen

Metode til beregning af karakterer for service og kvalitet på sygehuse. Notat af 26. september 2006

I Regeringens debatoplæg "Et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen" fra 2003 redegøres for brug af et overordnet mål (karakter) til formidling af oplysninger om kvalitet på sygehuse og til rangering af de enkelte sygehuse. Ministeren har efterfølgende tilkendegivet, at det borgerrettede informationssystem, *Sundhedskvalitet*, fra start skal indeholde en samlet karakter for sygehuse og samlet karakter for behandlinger.

I lyset af denne tilkendegivelse har udviklingsprojektet udarbejdet de to karakterer:

- *Sygehus-karakter* – en karakter for de enkelte sygehuse, baseret på en beregnet opsummering af sygehus/klinik specifikke nøgletal
- *Behandlings-karakter* – en karakter for de enkelte behandlinger, baseret på en beregnet opsummering af behandlingsspecifikke nøgletal

Begge karakterer beregnes ud fra nedenstående metode. Metoden baseres på relevante og anvendelige statistiske data og foretager en opsummering på tværs af behandlingsstedernes indbyrdes rangstilling for hvert enkelt nøgletal. Således vil behandlingssteder, der generelt ligger bedre end landsgennemsnittet, tildeles en høj karakter, og behandlingssteder, der generelt ligger dårligere end landsgennemsnittet, tildeles en lav karakter.

Karakteren angives med én til fem stjerner, hvor fem stjerner er bedst. Hermed benyttes en 5-trins skala, der giver mulighed for både at vise en forskel imellem sygehusene og samtidig bevare overskueligheden.

Karaktererne formidles på lige fod med øvrige nøgletal med samme funktioner, så alle oplysninger til brug for sortering af behandlingssteder umiddelbart præsenteres samlet, og de enkelte oplysninger enkelt og nemt ses i den sammenhæng, borgeren måtte ønske.

I forbindelse med den kommende landsdækkende akkreditering af danske sygehuse (den danske kvalitetsmodel) forventes der i løbet af 2008 at foreligge akkrediteringsbedømmelser af de enkelte sygehuse. Det forventes, at akkrediteringsbedømmelsen i fremtiden vil blive gengivet i *Sundhedskvalitet* og ligeledes kan benyttes til enkel og overskuelig sammenligning af behandlingssteder.

Karakterens udformning og beregning

Beregningen af hver karakter baseres på følgende beregningsformel:

For hvert nøgletal laves en enkel rangstilling af sygehusene, hvor behandlingsstedets præstation sættes i forhold til landsgennemsnittet. Præstationen kan være bedre end, lig med eller ringere end landsgennemsnittet (se metode til fastlæggelse af afvigelse fra landsgennemsnittet).

Den beregnede rang tildeles 3, 2 eller 1 point. Dette gentages for samtlige nøgletal, der indgår i karakteren. Bedste point er 3.

Alle nøgletal vægtes ens i forhold til hinanden. Herefter beregnes gennemsnittet af point for det enkelte behandlingssted ved, at summen af point deles med summen af nøgletal. Pointgennemsnittet vil befinde sig fra 1,0 til 3,0.

Med henblik på at indplacere pointgennemsnittet på en 5-trins skala, ganges gennemsnittet med 2. Fra produktet trækkes værdien 1, hvorefter der foretages en afrunding. Den afrundede værdi angiver antallet af stjerner, se eksempel:

Variabel	**Rang**	**Point**
Nøgletal 1	Ringere end landsgennemsnit	1
Nøgletal 2	Lig landsgennemsnit	2
Nøgletal 3	Bedre end landsgennemsnit	3
Nøgletal 4	Ringere end landsgennemsnit	1
Nøgletal 5	Ringere end landsgennemsnit	1
Nøgletal 6	Lig landsgennemsnit	2
Sum		10
Pointgennemsnit		1,67
	(pointgennemsnit × 2) - 1	2,33
Karakter (afrundet)		★★

Ved rangstilling af sygehusene ud fra en karakter foretages først en sortering efter antal stjerner og dernæst en sortering efter vægtet pointgennemsnit. Hermed indplaceres sygehuse med ens antal stjerner i en indbyrdes række-følge, der afgøres efter pointgennemsnit (eksempelvis ved 3 stjerner rangeres et sygehus med et pointgennemsnit på 2,3 højere end et sygehus med et pointgennemsnit på 2,1).

Beregningsmetoden giver en enkel fortolkning af data, og beregningerne er gennemskuelige. Der foretages alene beregninger uden skøn eller brug af faste grænser. Ved beregning af afvigelse fra gennemsnit benyttes følgende metoder:

1. For nøgletal med kendt statistisk usikkerhed sammenlignes konfidensintervallet for det enkelte behandlingssted med landsgennemsnittet for det pågældende nøgletal. Såfremt landsgennemsnittet falder inden for konfidensintervallet, betragtes behandlingsstedets præstation lig med landsgennemsnittet. Der benyttes 95 % konfidensinterval.

2. For indekseret nøgletal og nøgletal uden kendt usikkerhed, inddeles de rang-stillede behandlingssteder i henhold til 3 grupper, hvor den midterste gruppe afgrænses svarende til landsgennemsnittet ± ½ standardafvigelse. Standard-afvigelsen beregnes ud fra den samlede population af behandlingssteder.

I de tilfælde, hvor det enkelte nøgletal er behæftet med en kendt statistisk usikkerhed, tager beregningsmetoden højde for den statistiske usikkerhed ved hvert enkelt nøgletal, hvorved der opnås en relativt retvisende samlet rangstilling af det enkelte sygehus i forhold til de øvrige sygehuse.

Efterhånden som niveauet i de enkelte nøgletal bliver bedre på landsplan, stiger kravene for at være bedre end landsgennemsnittet. Kun sygehuse, der udmærker sig over en bred kam og ikke har svage punkter, vil opnå en høj karakter ved denne beregningsmetode.

Bag om beregningerne

Af hensyn til troværdigheden af *Sundhedskvalitet* er systemet indrettet med en funktion til at skabe en nem og umiddelbar adgang til supplerende og bagvedliggende mellemregninger, kildeoplysninger, metodeoplysninger, mv. Denne gennemsigtighed i beregninger omfatter både sygehuskarakteren, behandlingskarakteren og de enkelte nøgletal.

Borgeren får dette indblik ved at "klikke" på det enkelte behandlingssteds stjerner (ved sygehus- eller behandlings-karakter) eller på de specifikke tal (ved nøgletal). Hermed åbnes et nyt vindue med adgang til en beskrivelse af, hvordan den konkrete beregning er foretaget (herunder de tal, der er angivet i eksemplet ovenfor).

Valg af og krav til baggrundsvariable

De nøgletal, der opsummeres til henholdsvis sygehus-karakter og behandlingskarakter, tages fra de eksisterende nøgletal i *Sundhedskvalitet*. Hermed benyttes de allerede udvalgte nøgletal, der er fundet relevante for borgere til belysningen af behandlingskvalitet og service.

Ud over at være relevante forudsætter en opsummering i en karakter, at nøgletallene lever op til krav om:

1. Repræsentativitet
2. Entydighed

Endvidere bør der tilstræbes, at de benyttede nøgletal er baseret på:

3. Sammenlignelige populationer
4. Indbyrdes sammenhæng

Repræsentativitet indebærer, at der vælges baggrundsvariabler, der som enkeltstående nøgletal skønnes at give et retvisende og repræsentativt billede for det område, det repræsenterer (eksempelvis skønnes spørgsmålet om *Samlet indtryk af indlæggelsen* i den Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed at være repræsentativ for patienternes samlede tilfredshed med behandling og indlæggelse på sygehuse).

Entydighed indebærer, at enhver stigning eller fald i baggrundsvariablen skal være enten entydigt godt eller entydigt dårligt. Det skal således være entydigt "bedre" at ligge over/under landsgennemsnittet end at ligge på landsgennemsnittet (eksempelvis vil en lavere dødelighed end landsgennemsnittet være entydigt "bedre" end en gennemsnitlig dødelighed, hvorimod en længere rengøringstid per m^2 sengestue ikke er entydig god, idet den lige så vel kan afspejler en god hygiejne som en ikke særlig effektiv rengøring).

Sammenlignelige populationer indebærer, at baggrundsvariablerne skal tilstræbes at være korrigeret for betydende forskelle i patientpopulationen (alvor af sygdom, konkurrerende lidelser, alder, m.v.), hvor det måtte være relevant. En eventuel justering for sådanne forskelle i patientpopulationer skal ske, inden rangstilling og karakterberegning foretages (eksempelvis ved sammenligning mellem lavt specialiserede sygehuse og højt specialiserede sygehuse skal der almindeligvis tages højde for, at andelen af patienter med kompliceret sygdom er højere på de højt specialiseret sygehuse).

Sammenhæng indebærer, at der skal foreligge en indbyrdes og forståelig sammenhæng mellem de valgte nøgletal der indgår i karakteren.

Manglende data

I de tilfælde, hvor det enkelte sygehus ikke har værdier for de nøgletal, der indgår i karakteren, gøres følgende:

- Hvis tallet mangler som følge af selvforskyldte årsager (for eksempel manglende indberetning af oplysninger) vil der blive indsat en værdi ud fra antagelsen om, at værdien er ufavorabel (1 point).
- Hvis tallet mangler af andre (ikke selvforskyldte) årsager, erstattes det med en værdi ud fra en gennemsnitsbetragtning (2 point).

Karakteren beregnes alene, såfremt der foreligger værdier på 3 eller flere nøgletal.

Karakteren på det enkelte sygehus/klinik beregnes ud fra de nøgletal, der foreligger for sammenlignelige sygehuse/klinikker (eksempelvis private klinikker, psykiatri, mv.). Antaget værdier grundet manglende data (begrundet eller ubegrundet) medregnes.

Beregningsmetoden og håndtering af manglende data er fastlagt med henblik på, at alle offentlige sygehuse kan tildeles en karakter på det tilgængelige statistiske grundlag, og at private sygehuse/klinikker, der har indsendt data, ligeledes kan tildeles en karakter.

Bilag 3

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Hygiejne-indsats

Introduktion

Nøgletallet angiver udbredelse af personbåret håndsprit (ja = 1 point) og ekstern, uvildig kontrol af rengøringsforholdene (ja = 1 point). De opnåede point lægges sammen. Bedst er 2 point.

Kilde

Nøgletallet er udregnet på baggrund af indberettede data fra de enkelte sygehuse og klinikker til Sundhedsstyrelsen

Metode

Nøgletallet beregnes ved at sammenstille to separate oplysninger:

- (a) hvorvidt det sundhedsfaglige personale er udstyret med personbåret håndtdesinfektionsmiddel
- (b) hvorvidt der regelmæssigt foretages uvildig, ekstern kontrol af rengøringen på sygehuset/klinikken i henhold til forhåndsfastsatte og anerkendte standarder

For begge oplysninger er svarmulighederne "ja" eller "nej". Et "ja" scorer 1 point, og et "nej" scorer 0 point.

Den opnåede score for oplysningerne lægges sammen, således at nøgletallet kan være 0 point, 1 point eller 2 point. Bedste værdi er 2 point.

(a) Ved personbåret håndtdesinfektionsmiddel forstås f.eks. håndsprit på tube, der bæres i en kittellomme. Det kliniske personale skal være udstyret med håndsprit og ikke blot have mulighed for enkeltvis at bestille det.

(b) Ved uvildig, ekstern kontrol forstås en kontrol foretaget af en tredjepart, der er uafhængig af rengøringsleverandøren og af sygehuset/klinikken. Ved anerkendt standard forstås alment og fagligt anerkendte krav til rengøringsforholdene på sygehuse og klinikker.

Datakvalitet

De indberettede svar på oplysninger er af meget svingende kvalitet. I de besvarelser, hvor svaret har været tvetydigt, har det været nødvendigt at foretage et skøn af, hvorvidt der er svaret → ja→ eller → nej→ til spørgsmålet. Manglende svar er blevet tolket som et "nej".

Kommentar

(a) Andelen af det sundhedsfaglige personale på sygehuset/klinikken, som er udstyret med personbåret håndtdesinfektionsmiddel, er ikke opgjort.

(b) Der foreligger forskellige anerkendte standarder for rengøringskvaliteten på sygehuse. Nogle af disse standarder er udviklet til danske sygehuse; andre er standarder, der benyttes internationalt. Manglende ekstern kontrol af rengøringen efter anerkendte standarder er ikke ensbetydende med dårligere rengøring end ellers, men ekstern, uvildig kontrol giver større sikkerhed for, at rengøringen lever op til anerkendte standarder.

Nøgletallet omfatter alle sygehuse og klinikker og indgår i beregningen af sygehuskarakteren.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Hygiejne & fysiske forhold** - **Hygiejne-indsats** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden juni 2010

Hygiejne-indsats: **2 point**

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet **højere (H)** end landsgennemsnittet

---

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

1

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Håndhygiejne forhold

Introduktion	Nøgletallet angiver antal sundhedsfagligt personale (mandeår) på sygehuset/klinikken per faste installationer til håndhygiejne (håndvaske og håndsprit-dispensere).
Kilde	Nøgletallet er udregnet på baggrund af indberettede data fra de enkelte sygehuse og klinikker til Sundhedsstyrelsen
Metode	Nøgletallet beregnes ved at opgøre antal sundhedsfaglige personale på sygehuset/klinikken i årsværk og sætte dette i forhold til antal håndvaske og håndsprit-dispensere i lokaler med klinisk, patientnær kontakt. Sundhedsfagligt personale defineres som personale med en sundhedsfaglig uddannelse. Et leveret årsværk er sat til 1.924 timer om året (inklusive ferie og helligdage). Lokaler med klinisk, patientnær kontakt defineres som alle lokaler, hvor der foregår klinisk aktivitet, der indebærer fysisk kontakt med patienter.
Datakvalitet	Der eksisterer for de private sygehuse og klinikker en vis usikkerhed, idet flere af disse over for Sundhedsstyrelsen har udtrykt vanskeligheder ved at opgøre antallet af leverede mandetimer for det sundhedsfaglige personale.
Kommentar	Nøgletallet angiver kun antallet af årsværk i forhold til antallet af håndvaske eller håndsprit-dispensere i lokaler med klinisk, patientnær aktivitet. Nøgletallet siger ikke noget om, hvorvidt håndvaskene og spritdispenserne faktisk anvendes af det sundhedsfaglige personale. Nøgletallet er et gennemsnitstal, hvorfor klinikker der kun har åbent i dagtimerne har et lavere antal årsværk i forhold til antal håndvaske/spritdispensere, sammenlignet med sygehuse der har døgn-åbent. Nøgletallet omfatter alle sygehuse og klinikker og indgår i beregningen af sygehuskarakteren.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Hygiejne & fysiske forhold** - **Håndhygiejne forhold** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden juni 2010

Antal faste håndhygiejne installationer: **1298**

Håndhygiejne forhold: **0,8 årsværk**

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på **niveau (G)** med landsgennemsnittet

---

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

2

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Infektion eft. operation

Introduktion	Nøgletallet angiver andelen af patienter, der har fået indberettet en infektion efter en operation.
Kilde	Nøgletallet er udregnet på baggrund af de oplysninger, landets sygehuse og klinikker løbende indberetter til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister (LPR) under diagnosekoden T81.4 (infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds). (klik for mere info).
Metode	Nøgletallet er baseret på en opgørelse fra Landspatientregisteret for diagnosekoden T81.4 med tilhørende tillægsoplysninger om den årsagsgivende operation. Såfremt den angivne operation kan genfindes i Landspatientregisterets optegnelser over operationer, tilskrives infektionen det opererende sygehus. Ellers udgår infektionen af opgørelsen (klik for mere info).
Datakvalitet	Der knytter sig betydelig usikkerhed til nøgletallet. Usikkerheden knytter sig blandt andet til operationsaktiviteten. Jo lavere aktivitet på det enkelte sygehus/klinik, desto større er den statistisk usikkerhed. En anden type usikkerhed vedrører, at ved sygdomsforløb, hvor patienten har været indlagt på flere sygehuse/klinikker, kan det være vanskeligt at identificere hvilke sygehus/hvilken klinik, der forårsagede infektionen. En yderligere usikkerhed kan være, at ikke alle sygehuse/klinikker er lige gode til at opdage, registrere og indberette infektioner efter operation. Nøgletallet omfatter kun sygehuse og klinikker, der indberetter til Landspatientregisteret. Praktiserende speciallæger, der fortrinsvis indberetter til operations-aktivitet til sygesikringsregisteret, er derfor ikke fuldt ud repræsenteret i opgørelsen. Nøgletallet indgår ikke i beregningen af sygehuskarakteren.
Kommentar	Risikoen for infektion i efterforløbet af en planlagt operation afhænger af flere forhold, herunder den operative teknik, patientens livsstil, andre sygdomme og plejen af patienten efter operationen både på sygehuset og i hjemmet mv. Der kan forekomme en uretmæssig forskel ved sammenligning mellem sygehuse, der er gode til at opdage, registrere og indberette infektion i forhold til sygehuse, der ikke er gode til at opdage, registrere og indberette. Der bør derfor tages betydelige forbehold for resultaterne. Nøgletallet omfatter principielt alle offentlige og private ikke-psykiatriske sygehuse/klinikker.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Hygiejne & fysiske forhold - Infektion eft. operation** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 1. juli 2010 - 30. juni 2011

Antal operationer: **1766**

Antal indberettet postoperative infektioner: **1**

Infektion eft. operation: **0,1 %**

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på **niveau (G)** med landsgennemsnittet

---

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

3

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Senge per stue

Introduktion	Nøgletallet angiver, hvor mange patienter der kan forventes at skulle dele stue under indlæggelsen.
Kilde	Nøgletallet er udregnet på baggrund af indberettede data fra de enkelte sygehuse og klinikker til Sundhedsstyrelsen
Metode	Nøgletallet beregnes ved at opgøre antal aktive senge i forhold til antal sengestuer. Senge, der kan benyttes af patienter inden for fem minutter, er omfattet. Senge på patienthotel eller lignende er ikke omfattet.
Datakvalitet	Der knytter sig ingen statistisk usikkerhed til nøgletallet.
Kommentar	Nøgletallet er et gennemsnitstal. Antallet af senge per stue kan variere fra afdeling til afdeling alt efter afdelingens speciale og efter, hvilke sygdomme der behandles på afdelingen. Nøgletallet indgår i beregningen af sygehuskarakteren.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Hygiejne & fysiske forhold - Senge per stue** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden juni 2010

Antal sengestuer: **192**

Senge per stue: **1,6 senge**

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet **lavere (L)** end landsgennemsnittet

---

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

4

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Toiletforhold

Introduktion	Nøgletallet angiver det gennemsnitlige antal senge per patienttoilet i sygehuset/klinikken.
Kilde	Nøgletallet er udregnet på baggrund af indberettede data fra de enkelte sygehuse og klinikker til Sundhedsstyrelsen
Metode	Nøgletallet beregnes ved at opgøre antal aktive senge (senge, som kan benyttes af patienter inden for fem minutter) i forhold til antal patienttoiletter (toiletter, der er forbeholdt patienter, og som forefindes i umiddelbar tilknytning til sengestuer).
Datakvalitet	Der knytter sig ingen statistisk usikkerhed til nøgletallet.
Kommentar	Antallet af senge per toilet er opgjort for hele sygehuset/klinikken og er et gennemsnitstal. Tallet kan derfor variere fra afdeling til afdeling. Nøgletallet indgår i beregningen af sygehuskarakteren.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Hygiejne & fysiske forhold** - **Toiletforhold** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden juni 2010

Antal patienttoiletter: **192**

Toiletforhold: **1,6 senge**

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på **niveau (G)** med landsgennemsnittet

---

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

5

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Kontaktperson-ordning

Introduktion	Nøgletallet viser andelen af patienter, der ved indlæggelse eller ved et længerevarende ambulant forløb har fået tilknyttet en fast kontaktperson.
Kilde	Nøgletallet er hentet fra regionernes kvartalsvise indberetninger til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vedrørende udbredelsen af kontaktpersonordningen på sygehusene (klik for mere info).
Metode	Regionerne indrapporterer kvartalsvis til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, hvor stor en andel af de indlagte og kroniske patienter på de enkelte sygehuse, der får tilbud om en kontaktperson. En kontaktperson er typisk en læge eller en sygeplejerske, der har hovedansvar for patientens pleje og behandling igennem hele indlæggelsesforløbet, og som patienten eller patientens pårørende ofte retter henvendelse til, hvis de har spørgsmål til behandlingen. En kontaktperson er medvirkende til at give ekstra tryghed og en oplevelse af sammenhæng og overblik over egen situation.
Datakvalitet	Kontaktpersonordningen er gennemført forskelligt og dermed også opgjort forskelligt fra sygehus til sygehus, hvorfor sammenligninger skal tages med forbehold. Regionerne arbejder med at forbedre opgørelserne.
Kommentar	Andelen af patienter, der får tilbudt en kontaktperson, er opgjort per sygehus og kan derfor variere fra afdeling til afdeling. Nøgletallet foreligger kun for offentlige, ikke-psykiatriske (somatiske) sygehuse og indgår i beregningen af sygehuskarakteren for disse sygehuse.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Rettidighed** - **Kontaktperson-ordning** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 3. kvartal 2010

Samlet antal patienter:

Kontaktperson-ordning: **91 %**

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på **niveau (G)** med landsgennemsnittet

---

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

6

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Behandlings-frist v. lov

Introduktion

Nøgletallet angiver, hvor stor en andel af patienter med sygdomme, der er omfattet af bestemmelserne om ventetid ved livstruende sygdomme, der er behandlet indenfor tidsrammen. Bestemmelserne omfatter sygdomme såsom kræft og visse hjertesygdomme.

Kilde

Nøgletallet er udregnet på baggrund af data indberettet fra landets sygehuse til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister (LPR) (klik for mere info).

Metode

Ud fra sygehusenes indberettede data til Landspatientregisteret beregnes bagudrettede ventetider for de forundersøgelser og behandlinger, som er dækket af behandlingsgarantien for livstruende kræft og livstruende hjertesygdomme.

I nøgletallet indgår de bagudrettede ventetider for alle patienter med:

- lungekræft
- tyk- og endetarmskræft
- brystkræft
- livmoderhalskræft
- hjerteoperation-ballonudvidelse
- hjerteoperation-bypass

Reglerne for maksimale ventetider for sygehusbehandling af ovennævnte sygdomme omfatter både undersøgelser, behandling og efterbehandling. Eksempelvis må der ved mistanke om kræftsygdom maksimalt gå to uger, fra patienten henvises fra egen læge, til forundersøgelsen på sygehuset finder sted, og maksimalt gå yderligere to uger, fra diagnosen er stillet, til første operation (klik for mere info).

De bagudrettede ventetider tilskrives det sygehus der modtager henvisning til forundersøgelse.

Datakvalitet

Den væsentligste usikkerhed, der knytter sig til nøgletallet, vedrører, hvorvidt sygehusene registrerer, koder og indberetter ventetiderne korrekt til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister.

Kommentar

Reglerne om maksimale ventetider omfatter ikke alternativ behandling eller behandling, der har forskningsmæssig eller eksperimentel karakter.

Nøgletallet foreligger kun for offentlige ikke-psykiatriske (somatiske) sygehuse og indgår i beregningen af sygehuskarakteren for disse sygehuse.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Rettidighed** - **Behandlings-frist v. lov** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 1. juli 2010 - 30. juni 2011

Samlet antal patienter: **8**

Antal patienter behandlet indenfor 4 uger: **4**

Behandlings-frist v. lov: **50 %**

Statistisk usikkerhed: **(15,7 - 84,3)**

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på **niveau (G)** med landsgennemsnittet

---

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

7.

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Ventetid alm. behandling

Introduktion	Nøgletallet angiver andelen af patienter, der er henvist til behandling for ikke livstruende sygdomme og som er behandlet inden for 4 uger fra henvisningen er modtaget.
Kilde	Nøgletallet er udregnet på baggrund af data indberettet fra landets sygehuse til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister (LPR) (klik for mere info).
Metode	Data til nøgletallet stammer fra sygehusenes indberetninger af ventestatusoplysninger til Landspatientregisteret. Ud fra disse ventestatusdata beregnes bagudrettede ventetider for de forundersøgelser og behandlinger, som er dækket af bestemmelserne om det Udvidede Frie Sygehusvalg. Den samlede bagudrettede ventetid tilskrives de sygehus der modtager henvisning til behandling.
Datakvalitet	Den væsentligste usikkerhed, der knytter sig til nøgletallet, vedrører, hvorvidt sygehusene registrerer, koder og indberetter ventetiderne korrekt til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister.
Kommentar	Det udvidede frie sygehusvalg er med en ændring af sundhedsloven suspenderet fra 7. november 2008 til og med 30. juni 2009. Det er sket for at sikre den bedst mulige faglige prioritering af patienter på venteliste. Fra den 1. juli 2009 bliver det udvidede frie sygehusvalg automatisk genindført. Patienter kan fra denne dato anmode om viderehenvisning til et privat aftalehospital, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde behandling indenfor 1 måned regnet fra lægehenvisningens modtagelse på et sygehus i bopælsregionen. Har sygehuset eksempelvis modtaget en henvisning fra din læge den 3. juni 2009, og kan sygehuset allerede da se, at det ikke kan tilbyde behandling inden den 3. juli 2009, har du ret til at få en viderehenvisning til et privat aftalesygehus. Oplysninger om det udvidede fire sygehusvalg og suspensionen kan læses på: (klik for mere info). Nøgletallet foreligger for offentlige og en række private somatiske sygehuse og indgår i beregningen af sygehuskarakteren for disse sygehuse.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Rettidighed** - **Ventetid alm. behandling** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 1. juli 2010 - 30. juni 2011

Samlet antal patienter: **3918**

Antal patienter behandlet indenfor 4 uger: **2456**

Ventetid alm. behandling: **63 %**

Statistisk usikkerhed: **(61,2 - 64,2)**

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet **højere (H)** end landsgennemsnittet

---

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

8

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Generel tilfredshed

Introduktion

Nøgletallet beskriver andelen af indlagte patienter, der har et virkelig godt eller godt samlet indtryk af indlæggelsen på sygehuset.

Kilde

Data til nøgletallet er hentet fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Undersøgelsen gennemføres hvert andet år på offentlige og større private sygehuse af Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden (klik for mere info).

Undersøgelsen omfatter ikke psykiatriske afdelinger eller ambulante aktivitet og dækker kun offentligt financierede patienter.

Metode

Resultaterne i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) er fremkommet på baggrund af en postomdelt, selvadministreret spørgeskemaundersøgelse for et repræsentativt udsnit af heldøgnsindlagte patienter på landets sygehuse.

I undersøgelsen indgår udskrevne, heldøgnsindlagte patienter fra afdelinger, hvor diagnosen falder inden for et af følgende grundspecialer:

- intern medicin
- ortopædkirurgi
- organkirurgi
- gynækologi/obstetrik.

Datakvalitet

LUP: Der knytter sig en vis statistisk usikkerhed til nøgletallet - en usikkerhed, der afhænger af svarprocenten. Jo lavere andel af patienter, der returnerer de udsendte spørgeskemaer, desto større statistisk usikkerhed.

For at kunne sammenligne procentandelene imellem de enkelte sygehuse er andelene korrigeret for forskelle i køn, alder og indlæggelsesform (akut/planlagt) mellem patientgrupperne ved direkte standardisering. Der standardiseres til fordelingen af de tre baggrundsvariable i hele patientpopulationen.

Kommentar

Den generelle tilfredshed udgør et sammensat tal, der siger noget om patienternes generelle oplevelse af opholdet på sygehuset. Mange forhold kan have indflydelse på den samlede oplevelse, herunder i hvor høj grad indlæggelsesforløbet levede op til patientens forventninger.

Nøgletallet foreligger for både offentlige og større private ikke-psykiatriske (somatiske) sygehuse og indgår i beregningen af sygehuskarakteren for disse sygehuse.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Patienttilfredshed indlagte** - **Generel tilfredshed** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 9. august 2010 - 31. oktober 2010

Antal besvarelser: **ingen data**

Generel tilfredshed: 93 %

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på niveau (G) med landsgennemsnittet

Kommentar: .

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

9

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Medinddragelse

Introduktion

Nøgletallet beskriver andelen af indlagte patienter, som i passende omfang blev inddraget i beslutninger om deres behandling og pleje.

Kilde

Data til nøgletallet er hentet fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Undersøgelsen gennemføres hvert andet år på offentlige og større private sygehuse af Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden (klik for mere info).

Undersøgelsen omfatter ikke psykiatriske afdelinger eller ambulante aktivitet og dækker kun offentligt financierede patienter.

Metode

Resultaterne i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) er fremkommet på baggrund af en postomdelt, selvadministreret spørgeskemaundersøgelse for et repræsentativt udsnit af heldøgnsindlagte patienter på landets sygehuse.

I undersøgelsen indgår udskrevne, heldøgnsindlagte patienter fra afdelinger, hvor diagnosen falder inden for et af følgende grundspecialer:

- intern medicin
- ortopædkirurgi
- organkirurgi
- gynækologi/obstetrik.

Datakvalitet

LUP: Der knytter sig en vis statistisk usikkerhed til nøgletallet - en usikkerhed, der afhænger af svarprocenten. Jo lavere andel af patienter, der returnerer de udsendte spørgeskemaer, desto større statistisk usikkerhed.

For at kunne sammenligne procentandelene imellem de enkelte sygehuse er andelene korrigeret for forskelle i køn, alder og indlæggelsesform (akut/planlagt) mellem patientgrupperne ved direkte standardisering. Der standardiseres til fordelingen af de tre baggrundsvariable i hele patientpopulationen.

Kommentar

Nøgletallet foreligger for både offentlige og større private sygehuse og indgår i beregningen af sygehuskarakteren for disse sygehuse.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Patienttilfredshed indlagte** - **Medinddragelse** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 9. august 2010 - 31. oktober 2010

Antal besvarelser: **ingen data**

Medinddragelse: 86 %

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på niveau (G) med landsgennemsnittet

Kommentar: .

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

10

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Patientoplevet fejl

Introduktion

Nøgletallet beskriver andelen af indlagte patienter, der oplevede, at der opstod fejl i forbindelses med deres indlæggelsesforløb.

Kilde

Data til nøgletallet er hentet fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Undersøgelsen gennemføres årligt på offentlige og større private sygehuse af Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden (klik for mere info).

Undersøgelsen omfatter ikke psykiatriske afdelinger eller ambulante aktivitet og dækker kun offentligt finansierede patienter.

Metode

Resultaterne i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) er fremkommet på baggrund af en postomdelt, selvadministreret spørgeskemaundersøgelse for et repræsentativt udsnit af heldøgnsindlagte patienter på landets sygehuse.

I undersøgelsen indgår udskrevne, heldøgnsindlagte patienter fra afdelinger, hvor diagnosen falder inden for et af følgende grundspecialer:

- intern medicin
- ortopædkirurgi
- organkirurgi
- gynækologi/obstetrik.

Datakvalitet

LUP: Der knytter sig en vis statistisk usikkerhed til nøgletallet - en usikkerhed, der afhænger af svarprocenten. Jo lavere andel af patienter, der returnerer de udsendte spørgeskemaer, desto større statistisk usikkerhed.

For at kunne sammenligne procentandelene imellem de enkelte sygehuse er andelene korrigeret for forskelle i køn, alder og indlæggelsesform (akut/planlagt) mellem patientgrupperne ved direkte standardisering. Der standardiseres til fordelingen af de tre baggrundsvariable i hele patientpopulationen.

Kommentar

Nøgletallet afspejler alene patienternes oplevelser af, at der er sket skade i forbindelse med indlæggelsesforløbet. Hvilken type fejl patienten har oplevet eller omfanget af den oplevede skade er ikke præciseret i spørgsmålet.

Nøgletallet foreligger for både offentlige og større private sygehuse og indgår i beregningen af sygehuskarakteren for disse sygehuse.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Patienttilfredshed indlagte** - **Patientoplevet fejl** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 9. august 2010 - 31. oktober 2010

Antal besvarelser: **ingen data**

Patientoplevet fejl: 11 %

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på niveau (G) med landsgennemsnittet

Kommentar: .

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

11

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Tryghed ved udskrivelse

Introduktion Nøgletallet beskriver andelen af indlagte patienter, der ved udskrivelsen fra sygehuset var meget trygge eller trygge ved at skulle hjem.

Kilde Data til nøgletallet er hentet fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Undersøgelsen gennemføres hvert andet år på offentlige og større private sygehuse af Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden (klik for mere info).

Undersøgelsen omfatter ikke psykiatriske afdelinger eller ambulante aktivitet og dækker kun offentligt financierede patienter.

Metode Resultaterne i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) er fremkommet på baggrund af en postomdelt, selvadministreret spørgeskemaundersøgelse for et repræsentativt udsnit af heldøgnsindlagte patienter på landets sygehuse.

I undersøgelsen indgår udskrevne, heldøgnsindlagte patienter fra afdelinger, hvor diagnosen falder inden for et af følgende grundspecialer:

- intern medicin
- ortopædkirurgi
- organkirurgi
- gynækologi/obstetrik.

Datakvalitet LUP: Der knytter sig en vis statistisk usikkerhed til nøgletallet - en usikkerhed, der afhænger af svarprocenten. Jo lavere andel af patienter, der returnerer de udsendte spørgeskemaer, desto større statistisk usikkerhed.

For at kunne sammenligne procentandelene imellem de enkelte sygehuse er andelene korrigeret for forskelle i køn, alder og indlæggelsesform (akut/planlagt) mellem patientgrupperne ved direkte standardisering. Der standardiseres til fordelingen af de tre baggrundsvariable i hele patientpopulationen.

Kommentar Nøgletallet foreligger for både offentlige og større private sygehuse og indgår i beregningen af sygehuskarakteren for disse sygehuse.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Patienttilfredshed indlagte** - **Tryghed ved udskrivelse** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 9. august 2010 - 31. oktober 2010

Antal besvarelser: **ingen data**

Tryghed ved udskrivelse: 88 %

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på niveau (G) med landsgennemsnittet

Kommentar: .

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

12

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Generel tilfredshed

Introduktion	Nøgletallet beskriver andelen af ambulante patienter, der har et virkelig godt eller godt samlet indtryk af indlæggelsen på sygehuset.
Kilde	Data til nøgletallet er hentet fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Ambulante Patienters Oplevelser. Undersøgelsen er gennemført af Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden (klik for mere info). Undersøgelsen omfatter offentlige og private ikke-psykiatriske sygehuse (somatiske sygehuse). Undersøgelsen omfatter ikke psykiatriske afdelinger eller indlagte patienter og dækker kun offentligt financierede patienter.
Metode	Resultaterne i Den Landsdækkende Undersøgelse af Ambulante Patienters Oplevelser er fremkommet på baggrund af en postomdelt, selvadministreret spørgeskemaundersøgelse for et repræsentativt udsnit af afslutttede ambulante patienter på landets sygehuse.
Datakvalitet	Der knytter sig en vis statistisk usikkerhed til nøgletallet - en usikkerhed, der afhænger af svarprocenten. Jo lavere andel af patienter, der returnerer de udsendte spørgeskemaer, desto større statistisk usikkerhed. For at kunne sammenligne procentandelene imellem de enkelte sygehuse er andelene korrigeret for forskelle i køn og alder mellem patientgrupperne ved direkte standardisering. Der standardiseres til fordelingen af de to baggrundsvariable i hele patientpopulationen.
Kommentar	Den generelle tilfredshed udgør et sammensat tal, der siger noget om patienternes generelle oplevelse af opholdet på sygehuset. Mange forhold kan have indflydelse på den samlede oplevelse, herunder i hvor høj grad det ambulante forløb levede op til patientens forventninger. Nøgletallet foreligger for både offentlige og private sygehuse og indgår i beregningen af sygehuskarakteren for disse sygehuse.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Patienttilfredshed ambulant** - **Generel tilfredshed** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 9. august 2010 - 3. oktober 2010

Antal besvarelser: **ingen data**

Generel tilfredshed: 97 %

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på niveau (G) med landsgennemsnittet

Kommentar: .

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

13

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Orientering af egen læge

Introduktion	Nøgletallet beskriver andelen af ambulante patienter, der har oplevede at ambulatoriet havde orienteret patientens egen praktiserende læge tilfredsstillende om undersøgelse/behandling.
Kilde	Data til nøgletallet er hentet fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Ambulante Patienters Oplevelser. Undersøgelsen er gennemført af Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden (klik for mere info). Undersøgelsen omfatter offentlige og private ikke-psykiatriske sygehuse (somatiske sygehuse). Undersøgelsen omfatter ikke psykiatriske afdelinger eller indlagte patienter og dækker kun offentligt financierede patienter.
Metode	Resultaterne i Den Landsdækkende Undersøgelse af Ambulante Patienters Oplevelser er fremkommet på baggrund af en postomdelt, selvadministreret spørgeskemaundersøgelse for et repræsentativt udsnit af afsluttede ambulante patienter på landets sygehuse.
Datakvalitet	Der knytter sig en vis statistisk usikkerhed til nøgletallet - en usikkerhed, der afhænger af svarprocenten. Jo lavere andel af patienter, der returnerer de udsendte spørgeskemaer, desto større statistisk usikkerhed. For at kunne sammenligne procentandelene imellem de enkelte sygehuse er andelene korrigeret for forskelle i køn og alder mellem patientgrupperne ved direkte standardisering. Der standardiseres til fordelingen af de to baggrundsvariable i hele patientpopulationen.
Kommentar	Nøgletallet foreligger for både offentlige og private sygehuse og indgår i beregningen af sygehuskarakteren for disse sygehuse.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Patienttilfredshed ambulant** - **Orientering af egen læge** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 9. august 2010 - 3. oktober 2010

Antal besvarelser: **ingen data**

Orientering af egen læge: 84 %

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på niveau (G) med landsgennemsnittet

Kommentar: .

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

14

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Patientoplevet fejl

Introduktion	Nøgletallet beskriver andelen af ambulante patienter, der oplevede at der opstod fejl i forbindelse med besøg i ambulatoriet.
Kilde	Data til nøgletallet er hentet fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Ambulante Patienters Oplevelser. Undersøgelsen er gennemført af Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden (klik for mere info). Undersøgelsen omfatter offentlige og private ikke-psykiatriske sygehuse (somatiske sygehuse). Undersøgelsen omfatter ikke psykiatriske afdelinger eller indlagte patienter og dækker kun offentligt financierede patienter.
Metode	Resultaterne i Den Landsdækkende Undersøgelse af Ambulante Patienters Oplevelser er fremkommet på baggrund af en postomdelt, selvadministreret spørgeskemaundersøgelse for et repræsentativt udsnit af afslutttede ambulante patienter på landets sygehuse.
Datakvalitet	Der knytter sig en vis statistisk usikkerhed til nøgletallet - en usikkerhed, der afhænger af svarprocenten. Jo lavere andel af patienter, der returnerer de udsendte spørgeskemaer, desto større statistisk usikkerhed. For at kunne sammenligne procentandelene imellem de enkelte sygehuse er andelene korrigeret for forskelle i køn og alder mellem patientgrupperne ved direkte standardisering. Der standardiseres til fordelingen af de to baggrundsvariable i hele patientpopulationen.
Kommentar	Nøgletallet omhandler alene patientoplevede fejl, mens patienten opholdt sig i ambulatoriet. Nøgletallet foreligger for både offentlige og private sygehuse og indgår i beregningen af sygehuskarakteren for disse sygehuse.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Patienttilfredshed ambulant** - **Patientoplevet fejl** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 9. august 2010 - 3. oktober 2010

Antal besvarelser: **ingen data**

Patientoplevet fejl: 7,8 %

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på niveau (G) med landsgennemsnittet

Kommentar: .

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

15

Sundhedskvalitet

Udskrift fra Sundhedskvalitet, 10.05.2013. Udskrift af dette dokument må kun anvendes med kildeangivelse, uden ændring af materialet og kun til ikke-kommerciel brug.

Patienter og pårørende opfordres til altid at henvende sig til en sundhedsfaglig person - egen læge, patientvejleder eller sygehuspersonale - for at få hjælp til fortolkningen af oplysningerne i en konkret situation.

Generelt om nøgletallet – Ventetid i ambulatoriet

Introduktion	Nøgletallet beskriver andelen af ambulante patienter, der oplevede at der opstod unødvendig ventetid i ambulatoriet, som forlængede deres besøg.
Kilde	Data til nøgletallet er hentet fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Ambulante Patienters Oplevelser. Undersøgelsen er gennemført af Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden (klik for mere info). Undersøgelsen omfatter offentlige og private ikke-psykiatriske sygehuse (somatiske sygehuse). Undersøgelsen omfatter ikke psykiatriske afdelinger eller indlagte patienter og dækker kun offentligt finansierede patienter.
Metode	Resultaterne i Den Landsdækkende Undersøgelse af Ambulante Patienters Oplevelser er fremkommet på baggrund af en postomdelt, selvadministreret spørgeskemaundersøgelse for et repræsentativt udsnit af afslutttede ambulante patienter på landets sygehuse.
Datakvalitet	Der knytter sig en vis statistisk usikkerhed til nøgletallet - en usikkerhed, der afhænger af svarprocenten. Jo lavere andel af patienter, der returnerer de udsendte spørgeskemaer, desto større statistisk usikkerhed. For at kunne sammenligne procentandelene imellem de enkelte sygehuse er andelene korrigeret for forskelle i køn og alder mellem patientgrupperne ved direkte standardisering. Der standardiseres til fordelingen af de to baggrundsvariable i hele patientpopulationen.
Kommentar	Nøgletallet omhandler alene unødig ventetid, mens patienten opholdt sig i ambulatoriet og ikke ventetid før første besøg. Nøgletallet foreligger for både offentlige og private sygehuse og indgår i beregningen af sygehuskarakteren for disse sygehuse.

Specifikt om Holbæk Sygehus

Data vedrørende **Patienttilfredshed ambulant** - **Ventetid i ambulatoriet** på Holbæk Sygehus stammer fra perioden 9. august 2010 - 3. oktober 2010

Antal besvarelser: **ingen data**

Ventetid i ambulatoriet: 9 %

I forhold til andre behandlingssteder er resultatet på niveau (G) med landsgennemsnittet

Kommentar: .

Sundhedskvalitet leveres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

16

Bilag 4

NOTAT

REGION SJÆLLAND
– vi er til for dig

Dato: 3. august 2011

Brevid: 1452274

Budget 2012:

Værdi for borgeren – investeringer i fremtiden

1. Indledning

Regionsrådet har gennem de sidste år truffet en række væsentlige beslutninger, som sætter retning for regionens aktiviteter og udvikling i årene frem. Disse beslutninger er indarbejdet i det fremlagte budgetforslag, herunder konsekvenserne af den langsigtede økonomiske handlingsplan, som Regionsrådet vedtog i foråret 2010, og konsekvenserne af Regionsrådets budgetaftale fra august 2010.

På sundhedsområdet sættes dagsordenen herudover især af Regionsrådets beslutninger om Sygehusplan, Psykiatriplan og rammerne for akutområdet, ligesom den fortsatte udvikling af kvaliteten af regionens ydelser er et fokuspunkt.

Den videre implementering af sygehusplanen vil være en stor og væsentlig opgave i 2012. Både de fysiske og organisatoriske ændringer, men også realiseringen af de betydelige effektiviseringer, der bidrager til at sikre regionen en bæredygtig økonomi.

På socialområdet er rammeaftalen fortsat det styrende instrument for fastlæggelse af kapacitet og serviceniveau. Inden for regional udvikling blev der i juni 2011 sendt forslag om såvel regional udviklingsstrategi som strategi for Lokal Agenda 21 i høring, som sammen med trafikplan, råstofplan m.v. fastlægger vilkår og rammer for aktiviteten.

Region Sjælland har ambition om fortsat forbedring og udvikling af regionen og dens ydelser, så regionens borgere også i fremtiden sikres ydelser af en høj kvalitet – en udvikling med perspektiv.

De overordnede økonomiske rammer for regionen afspejler den generelle samfundsøkonomiske situation, og mulighederne for via økonomiaftalen at sikre regionens borgere løft i kvaliteten og servicen er således begrænsede. Regionen ønsker derfor selv at tage ansvar for at højne kvaliteten, og sikre den nødvendige udvikling til gavn for borgerne samtidig med, at regionen lever op til sin målsætning om en økonomi i balance.

Under overskriften "Værdi for borgeren", vil regionen med budgettet for 2012 derfor skabe plads til investeringer, som betyder, at regionen kan realisere sine høje ambitioner til gavn for regionens borgere.

Investeringer i fremtiden indebærer, at forskningen prioriteres højere, at der sættes ekstra fokus på innovation, ligesom der vil være fokus på, hvordan regionen via samarbejde med både den private sektor og med kommunerne kan opnå bedre resultater til gavn for borgerne. I budgettet for 2012 er der indarbejdet et puljebeløb på i alt 30 mio. kr. til at iværksætte og gennemføre sådanne initiativer, der kan understøtte "Værdien for borgeren."

Med budgettet for 2012 skabes der plads til investeringer bl.a. i tidssvarende rammer for den fremtidige sygehusbehandling, og investeringer i mere moderne apparatur og it.

Budgetforslaget betyder, at regionen prioriterer fremtidens fysiske rammer på regionens sygehuse. Ikke bare de sygehuse, der støttes af kvalitetsfonden, men der sikres også midler til fortsat udbygning og renovering af sygehusene i Slagelse og Nykøbing F. Midler der delvis tilvejebringes ved reduktioner i driftsudgifterne i årene frem, samtidig med at der anvendes 200 mio. kr. af regionens kassebeholdning.

En øget prioritering af midler til apparatur og it vurderes som en væsentlig forudsætning for at sikre en patientbehandling af høj kvalitet.

De øgede investeringer i den fremtidige udvikling finansieres gennem omprioriteringer inden for regionens samlede økonomiske rammer. Regionens driftsudgifter er med til at finansiere øgede anlægsudgifter, idet der med budgetforslaget flyttes 55 mio. kr. fra driftsbudgettet til øgede investeringer.

Regionsrådet bygger med dette års budgettema "Værdi for borgeren" videre på de seneste års kvalitetsudvikling på sundhedsområdet. Fokus vil i 2012 være på at styrke kvaliteten *og samtidig* reducere spildet i organisationen. Regionen vil sikre værdi for borgeren ved at gøre det rigtige første gang hver gang. Dette gøres bl.a. ved at formulere ambitiøse og konkrete mål for effekten af regionens indsatser, samtidig med at der prioriteres midler – i alt 36 mio. kr. - til at understøtte større fokus på kvalitet – god kvalitet allerede første gang skal belønnes!

"Værdi for borgeren" er også at sikre mulighed for at regionens borgere kan blive behandlet i regionens eget sygehusvæsen. Der afsættes derfor som led i budgettet for 2012 32 mio. kr. til at understøtte en fortsat hjemtagning af sygehusbehandlinger til regionen.

Med forventet beslutning i efteråret 2011 om de generelle principper for den fremtidige organisations- og ledelsesstruktur i sygehusvæsenet, skabes et grundlag for at vurdere hvordan den samlede organisation i endnu højere grad kan understøtte den ønskede udvikling om højere kvalitet og mere effektiv ressourceudnyttelse– ønsket om højnelse af også den organisatoriske kvalitet er således i fokus. Konkurrenceudsættelse er et andet middel i denne udvikling.

Budgettet for 2012 er fastlagt indenfor Regionsrådets økonomiske målsætninger, om at sikre en stabil og sund økonomi i regionen. Planen indebærer bl.a., at driftsudgifterne løbende reduceres, så det er muligt at finansiere renter og afdrag uden kassetræk ved udgangen af 2014. Dertil kommer prioritering af midler til investeringer i fremtiden.

Budgetaftalen for 2011 forudsætter, at der i 2012 gennemføres betydelige besparelser i forhold til 2011. Der skal således samlet spares 85 mio. kr. på sundhedsområdet i 2012 ift. udgiftsniveauet i 2011, bl.a. gennem aftaler med andre regioner, hjemtagning af sygehusbehandlinger og gennem billigere indkøb og konkurrenceudsættelse. Med budgettet for 2012 er der samlet set realiseret besparelser på ca. en halv mia. kr. fra 2010 til 2012. Hertil kommer at regionen over en bred kam stiller krav til virksomheden om produktivitetsforbedringer.

Regionens budget for 2012 lever ligeledes op til regionernes aftale med regeringen.

2. Værdi for borgeren – investeringer i fremtiden

Alle dele af Region Sjællands virksomhed har i de seneste år fokuseret på at opnå højere kvalitet og bedre resultater.

Et synligt resultat er forsommerens meget velgennemførte eksterne surveys i Sygehus Nord og Sygehus Syd, som vil betyde at de to sygehuse nu akkrediteres i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel.

Indsatsen for at udvikle kvaliteten dækker ikke kun de somatiske sygehuse, men hele sundhedsvæsenet. Også på socialområdet er der udviklet en national kvalitetsmodel, ligesom der arbejdes på at øge kvaliteten og effekten af den regionale udviklingsindsats.

Med det som afsæt, er der et godt grundlag for en fortsat forbedring af kvaliteten til gavn for regionens borgere, hvor virksomhedsområdernes drift og udvikling i endnu højere grad end hidtil bygger på kvalitet og sammenhængende service som ny vækstmotor.

Den samfundsøkonomiske udfordring i de kommende år betyder, at udvikling og vækst ikke, på samme måde som det har været tilfældet tidligere, kan baseres på tilførsel af ekstra ressourcer. Fokus skifter fra kvantitet til kvalitet. Der er grænser for, hvor meget der kan vindes ved alene at løbe hurtigere. Men der er brug for at rette fokus indad, for at sikre at det der produceres, er det borgerne efterspørger, hvor nytten og effekten er størst og uden dårlig kvalitet eller spild. Derved kan der frigøres ressourcer og rum til udvikling. På nogle områder vil det være en helt naturlig fortsættelse af den måde virksomheden fungerer på i dag og på andre områder vil det udfordre kulturen. Samtidig vil det være nødvendigt at gennemføre investeringer i dag for at sikre den fremadrettede udvikling.

I budgettet understøttes temaet på flere måder:

For det første er det indeholdt, at den fremtidige drift skal understøttes af øgede investeringer. Med en pulje til at understøtte "Værdi for borgeren", er der således skabt midler til yderligere at styrke forskning, innovation og samarbejde bredt inden for regionens områder.

På sundhedsområdet prioriteres de fysiske rammer og øvrige investeringer ved at flytte penge fra drift til anlæg. Det bidrager til finansiering af sygehusplanes gennemførelse – konkret styrkelse af akutsygehusene i Slagelse og Nykøbing F – samt en styrket apparaturpulje.

For at skabe et bedre fundament for den fremtidige drift og udvikling af regionens tilbud inden for det specialiserede socialområde, foreslås med budgettet udarbejdet en strategi for det specialiserede socialområde.

På sundhedsområdet skal igangsættes en række konkrete indsatser som styrker patientsikkerhed, diagnostik, kroniker- og patientforløb. Indsatserne bygger på et nyt sæt af værdier og mål som skal sætte retning for sundhedsvæsenets udvikling. For yderligere at understøtte værdier, mål og indsatser justeres regionens styringsmodel for sygehusene, så det bliver muligt at belønne god kvalitet.

Endelig reserveres der midler til målrettet at understøtte yderligere hjemtagning af patienter til regionens eget sygehusvæsen.

2.1 Forskning, innovation og samarbejde

Regionen har allerede stort fokus på bl.a. forskning og innovation. I 2011 blev der prioriteret øgede midler til både forskning og innovation samt til en styrkelse af kommunesamarbejde, herunder især til forebyggelse.

Med puljen på 30 mio. kr. til at understøtte "Værdi for borgeren" er der i budgettet skabt mulighed for at iværksætte konkrete initiativer, fx initiativer der kan styrke og udvikle forskning, innovation og samarbejde.

Herudover er der i budgetforslaget på regional udvikling afsat 4 mio. kr. til videreførelse af den grønne satsning, der prioriteres i sammenhæng med bevillingen på 1 mio. kr. til Lokal Agenda 21 samt 5 mio. kr. til videreførelse af kompetencesatsningen.

Forskning
Ved siden af kerneopgaven med at undersøge og behandle patienter har sundhedsvæsenet vigtige opgaver med uddannelse og forskning. Også på regionens andre virksomhedsområder spiller forskningssamarbejde en vigtig rolle. For at styrke den regionale udvikling, arbejdes der i en række sammenhænge for at forskningsresultater gøres tilgængelige for både private og offentlige virksomheder. Forskningen er hermed et vigtigt element i den fortsatte udvikling af regionens ydelser.

Regionen Sjællands forskningsstrategi 2011 – 2014 skal underbygge regionens ligeværdighed med de øvrige regioner på det forskningsmæssige område, hvilket vil forudsætte en ganske betydelig tilførsel af ressourcer.

Strategien sætter ambitiøse mål for både sundhedsområdet og regional udvikling og anviser en bred vifte af redskaber der skal understøtte indsatsen. Strategien har fokus på resultater og det overordnede sigte om, hvor det giver mening i forhold til stordrift, kompetenceudnyttelse og kvalitet, at samle funktioner.

Det er i forbindelse med den politiske behandling af forskningsstrategien forudsat, at der tages beslutning om en styrket organisering og indsats for sundhedsforskningen.

Som led i den nye organisering af sygehusvæsenet lægges der derfor op til i 2012 at etablere en fælles regional forskningsledelse for regionens sundhedsvæsen. Samtidig skal der bl.a. udpeges en forskningsansvarlig på de relevante afdelinger. Målet er at tydeliggøre ledelsesansvar og -opgaver, definere og udvikle mål for forskningen, følge op på arbejdet lokalt og regionalt og optimere brugen af ressourcer.

Den sundhedsvidenskabelige forskningsfond til finansiering af forskningen videreføres og styrkes og der afsættes yderligere midler til etablering af flere tidsbegrænsede og faste forskerstillinger. Endelig tilvejebringes der støttefunktioner i eget regi eller gennem samarbejde med andre.

Innovation og Offentlig-privat samarbejde
Nytænkning og nyskabelser både internt i regionens organisation og i samarbejdet med andre parter er med til at skabe vækst og udvikling. Det er derfor vigtigt at fastholde fokus på innovation.

Satsningen på sundhedsinnovation er et vigtigt indsatsområde. I september 2010 vedtog Regionsrådet således en strategi for sundhedsinnovation. En del af udmøntningen af strategien er etableringen af SundhedsInnovationSjælland (SIS). SIS har som formål i samarbejde med private aktører, at finde, og forbedre design og teknologi, som kommer på markedet. Det gælder såvel udstyr og produkter som ydelser i offentlig-privat samarbejde og innovation. Etableringen kobler således innovation og udvikling internt i organisationen med vækst i erhvervslivet.

Byggeriet af nye sygehuse giver nye muligheder for at udvikle innovative løsninger, hvor der tænkes på helheden fra første dag. Det skal bl.a. ske i samarbejde med de andre regioner og staten i partnerskabet for sygehus- og sundhedsinnovation, der kan fremme udvikling, standardisering og markedsmodning af moderne danske sygehus- og sundhedsløsninger.

I forbindelse med sygehusbyggeriet er der ikke mindst mulighed for at implementere grønne løsninger, hvor der kan spares på både vand og energi og afprøves grønne energiformer.

I Vækstforum har der i flere år været fokus på innovation, og innovation er ligeledes et af indsatsområderne i erhvervsudviklingsstrategien 2011-2014. I handlingsplanen for 2012 lægges op til yderligere innovationsindsats i virksomhederne dels i form af offentlig-privat samarbejde og dels i forbindelse med samarbejde med Videnskabsministeriet og Økonomi- og Erhvervsministeriet om den virksomhedsrettede innovationsindsats.

Innovation på jordforureningsområdet er også et indsatsområde. I samarbejde med private virksomheder, rådgivere og kommuner mfl. arbejdes der videre på at finde nye samarbejdsformer som kan bidrage til mere effektiv opgaveløsning bl.a. gennem offentlig-privat innovation (OPI).

Et andet initiativ, der understøtter sammenhængen mellem offentlige og private aktører, er oprettelsen af Center for større regionale satsninger, som er støttet af Vækstforum. Center for større regionale satsninger skal både rådgive og udvikle innovationsindsatser i Region Sjælland. Disse indsatser skal bidrage til at øge især de regionale virksomheders udnyttelse af national og international medfinansiering for at styrke virksomhedernes og dermed regionens innovationskraft, forretningsudvikling og vækst.

I økonomiaftalen for 2012 er der som en del af regeringens vækststrategi sat fokus på samarbejdet mellem offentlige og private aktører under temaet "Sund vækst". Et særligt fokus er her samarbejdet omkring klinisk forskning og etablering af en ensartet, enkel og effektiv indgang for private virksomheder til at indgå aftaler om kliniske forsøg med regionerne samt en øget erhvervsmæssig anvendelse af sundhedsdata med henblik på at styrke forskningen.

I efteråret 2011 vil der i regi af Sundhedsinnovationsudvalget blive udarbejdet en politik for offentlig-privat samarbejde i Region Sjælland. Politikken vil sætte en ramme for regionens samarbejde med private aktører, herunder særligt med fokus på samarbejde i forbindelse med indkøb, sundhedsinnovation og kvalitetsfondsbyggeri.

Kommunesamarbejde på sundhedsområdet
Region Sjælland og kommunerne har indgået en ambitiøs sundhedsaftale – "Et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum, sundhed en fælles opgave 2010 – 2014". Aftalen er en fælles referenceramme for visioner og målsætninger på sundhedsområdet – somatik og psykiatri - og en konkret vejledning om organisering af samarbejde og ansvarsfordeling i det daglige arbejde.

Sideløbende med dette er der på kronikerområdet et betydeligt samarbejde om udvikling af forløbsprogrammer og patientuddannelser.

Arbejdet med de fælles målsætninger, som på sigt skal bidrage til at opfylde de fælles visioner er allerede igangsat og det er planlagt hvordan der gradvis følges op på alle områder over en fireårig periode. Det er aftalt, at der afholdes en status og visionskonference i 2012.

Et af de områder der i fællesskab skal adresseres i 2012 er indsatsen for den ældre sårbare patient. Konkret skal der laves aftaler for hvordan indlæggelser og genindlæggelser forebygges ved tidlig opsporing samt ved etablering af opfølgningsordninger, f.eks. følge-hjem eller opfølgende kontakt efter sygehusindlæggelse.

Regionsrådet afsatte i 2011 en pulje på 7 mio. kr. til samarbejde med kommunerne om forebyggelse. I budgettet for 2011 fremgår det, at Regionsrådet har et ønske om at der i 2012

etableres en fælles pulje med kommunerne. Det vurderes at være muligt og hensigtsmæssigt at etablere fælles projekter.

Samarbejde inden for Regional udvikling
Regionen har et tæt samarbejde med erhvervslivet. Omdrejningspunktet for samarbejdet er Vækstforum og udmøntningen sker via de konkrete initiativer, der er iværksat.

De regionale udviklingsmidler skal understøtte den regionale udviklingsindsats, synligheden af indsatsen og regionens rolle som dagsordenssættende aktør.

Anvendelsen af tilskudsmidlerne er de sidste par år blevet mere målrettet og udbudsorienteret. Det sker ved, at regionen i højere grad fastsætter rammerne for og formålet med anvendelsen af midlerne samt inviterer regionale aktører til at være med til at udvikle aktiviteterne. Det sikrer øget kvalitet i anvendelsen af midlerne og større sammenhæng mellem de politiske mål, projekternes indhold og gennemførelse samt effekten af indsatsen. I 2011 er det sket gennem en præcisering af de enkelte temaer for projekter, som har været udbudt i løbet af året. Der skal skabes bedst mulig sammenhæng i anvendelsen af de regionale udviklingsmidler og de regionale erhvervsudviklingsmidler. Det sker blandt andet ved, at Regionsrådet og Vækstforum i de årlige handlingsplaner, koordinerer hvilke temaer, der ønskes prioriteret i indsatsen i det kommende år.

De regionale udviklingsmidler er med til at understøtte regionens politiske målsætninger i bl.a. den regionale udviklingsstrategi og aktiviteterne i handlingsplanen for den regionale udviklingsstrategi. Udviklingsmidlerne indgår i vidt omfang som medfinansiering med andre puljer mv. med henblik på, at der udvikles større projekter med mere slagkraft og effekt i regionen. Det drejer sig om bl.a. om Interreg-midler og midler fra nationale puljer.

Der lægges op til, at der i 2012 lægges vægt på implementering af igangsatte initiativer og fokuseres på opfølgning og effekt. Der er i 2011 og tidligere år igangsat mange initiativer på en række felter inden for regional udvikling. De store satsninger Kompetenceparat 2020 og Grøn satsning er markante eksempler. Der er behov for, at den igangværende indsats implementeres, og at den fremadrettede indsats fokuseres yderligere. Der lægges derfor også op til fortsættelse af de store satsninger, som er igangsat i 2011.

I budgetforslaget er der afsat 4 mio. kr. til videreførelse af den grønne satsning, der prioriteres i sammenhæng med bevillingen på 1 mio. kr. til Lokal Agenda 21, og 5 mio. kr. til videreførelse af kompetencesatsningen.

Der er derudover afsat 7 mio. kr. i udviklingsmidler som kan disponeres i forbindelse med vedtagelsen af den regionale udviklingsstrategi primo 2012 eller som led i budgetlægningen.

2.2 Fysiske rammer for sygehusplan og investeringer på sundhedsområdet

"Værdi for borgeren" er i høj grad realiseringen af regionens sygehusplan og den fortsatte implementering af specialeplanen, herunder muligheden for yderligere hjemtag, er en central og meget væsentligt opgave i 2012.

I den sammenhæng vil der i 2012 være speciel fokus på etableringen af de fysiske rammer for sygehusplanen, dels gennem de projekter, som er finansieret gennem Kvalitetsfonden, dels de projekter, hvor regionen selv skal skaffe den nødvendige finansiering. Andre projekter der understøtter og muliggør sygehusplanen vil også være højt prioriteret.

Derudover ønsker regionen gennem aktive investeringer at understøtte en høj kvalitet og bedre sikkerhed i patientbehandlingen samt en effektiv ressourceudnyttelse, fx gennem apparaturanskaffelser og it-relaterede investeringer.

Etablering af fysiske rammer for sygehusplanen

Regionens sygehusplan har som endemål 4 akutsygehuse i regionen (Nykøbing F., Holbæk, Slagelse og Køge), idet det ene akutsygehus bliver et universitetssygehus og hovedsygehus for hele regionen, samt 2 specialsygehuse (Næstved og Roskilde).

I 2012 tages der for alvor fat på kvalitetsfondsbyggerierne til ny akutmodtagelse i Slagelse, og psykiatribyggeriet i Slagelse – regionen har opnået endeligt tilsagn fra regeringen til førstnævnte, og for psykiatribyggeriet har ekspertudvalget indstillet til regeringen, at der gives endeligt tilsagn. For så vidt angår hovedsygehuset i Køge, er der givet foreløbigt tilsagn, og der arbejdes videre med at konkretisere projektet. Det videre arbejde med disse projekter vil være en meget stor og væsentlig opgave i 2012.

Gennemførelsen af regionens sygehusplan forudsætter tillige udbygninger og modernisering på de to akutsygehuse i Slagelse og Nykøbing. Disse to projekter har dog ikke opnået støtte fra Kvalitetsfonden, men er helt afgørende for sygehusplanens realisering. Det betyder, at der inden for regionens samlede økonomiske ramme skal skabes rum til finansiering til disse byggerier på i alt 650 mio. kr.

Udbygningen af sygehuset i Slagelse for i alt 425 mio. kr. er en forudsætning for at regionens sygehusplan kan hænge sammen, således at der kan komme gang i de samlede omstruktureringer. Det indebærer bl.a. at sygehuset kan modtage patienter inden for det gynækologisk/obstetriske område, børn og akutte medicinske patienter fra en større del af det sydlige Sjælland. Det er derfor centralt, at regionen snarest igangsætter denne udbygning.

I Nykøbing F skal anvendes 225 mio. kr. til udvidelse i forbindelse med øget akutfunktion og opgradering af sygehuset til tidssvarende standard.

Der er ført en række forhandlinger mellem Region Sjælland og indenrigs- og sundhedsministeren om finansiering af disse to byggerier, hvilket har ført frem til, at der er en fælles forståelse af at investeringerne i akutsygehusene i Slagelse og Nykøbing F. er nødvendige for at få gang i de samlede omstruktureringer.

For at sikre gennemførelsen af de to projekter over de næste 10 år, fastlægges det som led i budgettet for 2012, at:

- Der gennem varige besparelser på driften på regionens somatiske sygehuse frigøres i alt 250 mio. kr. til projekterne
- Den aktuelle årlige deponering af regionens anlægsmidler til kvalitets-fondsbyggeri over 10 år kan frigøre 200 mio. kr.
- Regionens kassebeholdning finansierer 200 mio. kr. med konsekvens for regionens likviditetsmålsætning, jf. afsnit 3

Investeringer på sundhedsområdet i øvrigt

Regionen har betydelige behov for investeringer på sundhedsområdet, til en fortsat udbygning og forbedring af kapaciteten på sygehusområdet, både i form af bygninger og i form af apparatur. Derudover har regionen ambitiøse målsætninger inden for sundheds-IT, som bl.a. realiseres gennem RSI-samarbejdet med de øvrige 4 regioner (Regionernes Sundheds-IT).

Gennem de seneste år, har det ikke være muligt at prioritere midler i ønsket omfang til apparatur. Det årlige investeringsbehov for at sikre sig mod at det nuværende udstyr forældes/nedslides er tidligere opgjort til i størrelsesordenen 150 mio. kr.

Med det foreliggende budgetforslag stilles der forslag om at regionens midler til apparaturinvesteringer øges fra 30 mio. kr. til 50 mio. kr., hvilket i højere grad end tidligere giver mulighed for at imødekomme behovet. Denne forøgelse finansieres ved at flytte midler fra driftsbudgettet til anlægsbudgettet.

Budgettet for 2012 indeholder i lighed med tidligere år en pulje til mindre bygningsmæssige ændringer på 20 mio. kr. Erfaringen viser således, at der fra tid til anden opstår nogle uforudsete behov for bygningsmæssige ændringer og imødegåelse af arbejdsmiljøpåbud - ændringer som har en karakter og en størrelse, så det enkelte sygehus ikke kan afholde udgiften inden for den almindelige ramme.

I budgetforslaget for 2012, er der allerede disponeret 205 mio. kr. til de løbende investeringsrammer, og til igangværende anlæg, som fx

- udbygning af operationsstuer i Køge
- renovering af operationsgangen på Næstved Sygehus
- køb af bygning (m.m.) til Psykiatrien i Roskilde.

I budgettet for 2012 indgår som et nyt projekt etableringen af 14 observationspladser på Køge Sygehus i tilknytning til akutafdelingen, så sygehusets øvrige afdelinger aflastes, samtidig med at korttidsindlagte patienter kan færdigbehandles på akutafdelingen.

Hertil kommer, at Regionsrådet har truffet beslutning om at indgå i et fælles køkkenprojekt med Guldborgsund og Lolland kommune. Der er derfor reserveret 17 mio. kr. på anlægsbudgettet i 2012.

IT-investeringer
Regionen har gennem årene arbejdet aktivt for at sikre en tidssvarende og sammenhængende IT-understøttelse af den kliniske arbejdsplads. Med etableringen af det regionale samarbejde inden for sundheds-IT (RSI) er der kommet yderligere fokus på anvendelsen af IT til gavn for udviklingen på sundhedsområdet. Region Sjælland har med sine tidligere og massive satsninger en god platform for denne udvikling.

Til den fortsatte udvikling og fremdrift i IT inden for sundhedsområdet, afsættes der i budgettet for 2012 i alt ca. 47 mio. kr. til gennemførelse af 7 nye projekter. Det drejer sig bl.a. om anskaffelse af ét bookingsystem for at understøtte optimale patientforløb og reducere spild. Der gennemføres et projekt om MedCom-standarder, som skal bidrage til en optimeret elektronisk kommunikation mellem sektorer ift. den enkelte patient, ligesom et projekt om digital post og sms til borgerne skal effektivisere kommunikationen med borgeren.

I 2012 tages der også hul på en tiltrængt og helt nødvendig udskiftning af regionens telefonanlæg – en investering til i alt knap 60 mio. kr. over de næste tre år.

I lighed med i 2011 finansieres nogle af IT-projekterne ved fremadrettede varige driftsbesparelser. Der er således tale om interne lån til finansiering af projekterne, som så betales tilbage over tid ved effektiviseringsgevinster på sygehusene. 3 af de 7 projekter finansieres på denne vis.

Telemedicin
Brugen af telemedicin er hastigt stigende i det danske sundhedsvæsen til stor nytteværdi for både patienter og sundhedsprofessionelle.

Telemedicin er både kommunikation mellem borger og behandler, og kommunikation mellem sundhedsprofessionelle.

Telemedicinske løsninger forventes at være med til at afhjælpe udfordringer i forbindelse med specialisering, centralisering, rekruttering og demografi.

Løsningerne vil være med til at sikre en hurtig, relevant og så lokal behandling og pleje som muligt. Samtidig forventes borgerens muligheder for egenomsorg styrket, ved brugen af telemedicin. Både sundhedsprofessionelle, patienter og borgere vil således have nytteværdi af telemedicinske løsninger.

Regionen benytter i dag telemedicinske løsninger i relation til kommunikation på tværs af matrikler, både internt i regionen og eksternt. Videokonferencer, billeddiagnostik og teledermatologi er blot nogle af de løsninger, som er i daglig drift.

Regionen har igangværende telemedicinske projekter på følgende områder: nefrologi, videotolkning, dermatologi, sårvurdering, AK-behandling, ambulance-journal, billedarkiv og hjemmemonitorering (via Helbredsprofilen).

Regionen vil i efteråret udvide aktiviteterne omkring telemedicin for de igangværende projekter, men vil samtidig starte nye pilotprojekter op omkring patienter som bliver indlagt i eget hjem (populært kaldet "kuffertløsninger"). Disse pilotprojekter forventes at pågå i hele 2012 og implicerer forskellige specialer, med henblik på erfaringsdannelse.

I RSI regi har regionerne lavet en fælles strategi på området, ligesom der foretages en fokuseret indsats på koordinering og videndeling på aktiviteterne. Regionen deltager i disse aktiviteter og sikrer sammenhæng med egne satsninger og planer. Regionens nye IT strategi afspejler ligeledes dette.

Telemedicin understøtter budgettets tema om Værdi for borgeren, og konkrete projekter vil kunne etableres inden for den i budgettet afsatte pulje hertil.

2.3 Kapacitetsstrategi på socialområdet
Det specialiserede socialområde er under økonomisk pres. Kommunerne har i de seneste år oplevet en generel stigning i udgifterne på området, og i en situation med stramme økonomiske rammer stiller det kommunerne i en svær prioriteringssituation.

Med henblik på at imødegå det værste udgiftspres har KommuneKontaktRådet Sjælland (KKR) haft en fælles anbefaling til kommunerne og regionen om takstudviklingen på det specialiserede social- og undervisningsområde. Institutionsbudgetterne i kommuner og region er således fra 2010 og frem reduceret med 2 % årligt.

På trods at dette bidrag til at holde taksterne i ro, kan der konstateres en stigende tendens til at kommunerne hjemtager deres borgere fra de specialiserede tilbud.

For Region Sjælland har det betydet, at der er i den seneste tid er foretaget en række mindre kapacitetstilpasninger på tilbuddene. De fleste ændringer er i nedadgående retning, men enkelte steder opleves et stigende efterspørgsel. I budget 2012 forventes således gennemført mindre kapacitetsjusteringer på 8 af de i alt 15 tilbud.

Efterspørgslen efter pladser er i vid udstrækning et spørgsmål om økonomi, og der er ingen tvivl om at prisen/taksten er en vigtig parameter i kommunernes visitation til tilbuddene. Dette fremgår bl.a. af, at kommunerne i højere grad efterspørger differentierede ydelser med dertil differentierede priser.

På et tidspunkt udfordrer krav om besparelser mere grundlæggende de tilbud, som Region Sjælland har ansvar for.

Med henblik på at imødegå ovenstående udfordringer foreslås udarbejdet en strategi for regionens specialiserede socialområde. Strategien vil bl.a. indeholde spørgsmål om det er 'de rette varer, der er på hylderne', skal der tilbydes differentierede ydelser i samme tilbud, og hvorledes sikres dokumentation og resultat-/effektvurdering.

2.4 Bedre kvalitet og mindre spild på sundhedsområdet

"Værdi for borgeren" betyder, at der skal sættes yderligere fokus på de områder, der har betydning for borgeren i egenskab af patienten, kunden, klienten, brugeren, samarbejdspartneren osv.

Fundamentet er et helhedssyn baseret på et sæt af fælles overordnede værdier kombineret med de rammer og målsætninger, som følger af Regionsrådets tidligere beslutninger om planer på de enkelte områder og om regionens økonomi.

Målsætningen er på én gang:

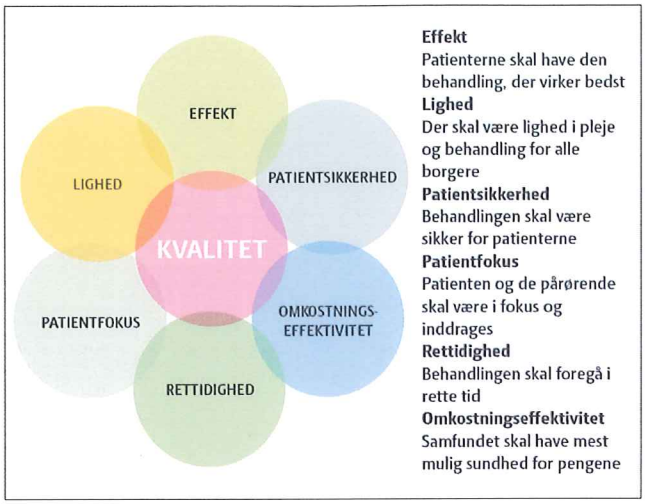
- at forbedre sundheden for regionens borgere
- at forbedre borgernes oplevelse af sundhedsvæsenet
- at sikre den bedst mulige brug af ressourcerne

Denne målsætning skal nås inden for de fastlagte økonomiske rammer. Det stiller krav til alle dele af virksomheden, om hele tiden at være skarp på hele processen: 1) prioritere og planlægge, 2) konkretisere og handle, 3) måle og 4) følge op på de resultater og effekter, der skabes.

Denne dagsorden skal sikre, at borgere, patienter og samarbejdsparter gør regionen til deres førstevalg. Grundlaget skal være et højt og ensartet kvalitets- og serviceniveau i alle dele af regionen. Værdi for borgeren betyder derfor, at de måder regionen styres på, den måde ydelserne prioriteres på, og den høje faglighed og effektive håndtering af den daglige praksis, der stilles krav om, skal udvikles og kvalitetssikres med modtagerens behov som gennemgående krav og retning.

Værdier, mål og indsatsområder på sundhedsområdet

Regionerne har i fællesskab lanceret følgende værdier og mål, som også er fundamentet for Værdi for borgeren:



Ved at styre virksomheden ud fra en differentieret, men samtidig overskuelig vifte af mål, som forener hensynet til kvalitet og effekt, forventes det, at regionen kan yde en bedre kvalitet og service for de samme - eller endda færre - penge.

Hensigten er at udvikle virksomhedskulturen, så Region Sjælland vedvarende implementerer dokumenteret viden og lever op til fastlagte mål inden for de enkelte områder – det hele til sikring af, at der altid leveres den ydelse, der skaber mest værdi for borgerne. Benchmarking er her ét blandt flere redskaber.

Værdierne skal i strategier for de enkelte områder omsættes i konkrete mål og initiativer, så de er meningsfulde for både borgere og medarbejdere. Værdierne, de konkrete mål og indsatser skal være med til at give en mere klar retning for udviklingen af såvel hele sundhedsvæsenet, som af øvrige områder.

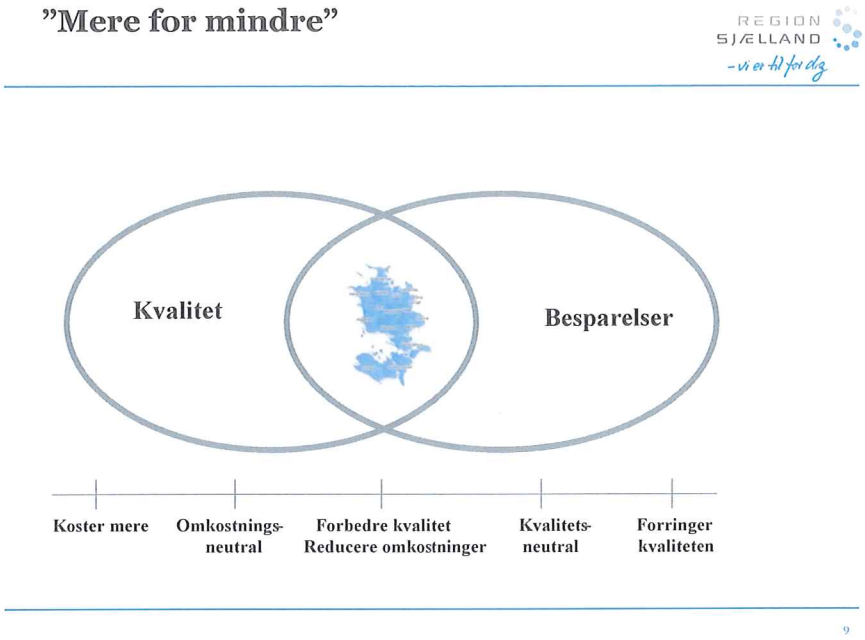
Regionen vil målrettet understøtte og belønne god kvalitet, for at skabe den nødvendige fremdrift.

At gøre det rigtige betaler sig
Regionens indsatser skal fokuseres på de områder, hvor effekterne er størst, og dermed bidrage til at minimere spild, skader og uhensigtsmæssigheder.

Fokus skal flyttes fra kvantitet til kvalitet, hvor ramme- og takststyring bliver kombineret med belønning af god kvalitet frem for kun aktivitet.

DRG- og takstsystemer er fortsat vigtige i forhold til den overordnede styring og fremme af produktivitet. Men de skal på nogle områder korrigeres for de uhensigtsmæssige incitamenter der kan følge af DRG-systemet, ligesom DRG-systemet ikke i sig selv understøtter fokus på høj kvalitet.

De økonomiske gevinster ved at gøre tingene rigtigt første gang, skal også synliggøres med det samme, så der kan ske videndeling, udbredelse af den bedste praksis og dermed bidrage til den samlede prioritering. Måling, dokumentation og dialog er således helt centrale indsatsområder i de kommende år både på resultat- og effektmål.



Ofte tages det for givet, at god kvalitet koster mere og at besparelser fører til ringere kvalitet. Figuren illustrerer, at det modsatte kan være tilfældet og understreger behovet for at arbejde vidensbaseret og systematisk, så det netop sikres, at udpegning og gennemførelse af initiativer, resulterer i at der opnås den ønskede – og positive - effekt.

Fokus på kvalitet medfører følgende væsentlige indsatsområder:

- *Forbedre patientsikkerhed og undgå **fejl.*** For eksempel er det dokumenteret, at sygehuserhvervede infektioner kan bringes ned til et bestemt niveau, og at det ud over at gavne patienten direkte, vil spare sundhedsvæsenet for kostbar behandling og øget indlæggelsestid.

- *Standardisering skal mindske **variation.*** Inden for mange områder vil standardiserede procedurer kunne reducere antallet af unødige undersøgelser og kontroller. Standardiseringen kan for eksempel udmøntes i form af standardiserede pakkeforløb for specifikke diagnosegrupper.

- *Dialog med brugere skal nedbringe **spild.*** Ved at lytte til borgerne kan tilrettelæggelsen af undersøgelser og behandling blive mere fleksibel. For eksempel kan det aftales med patienterne, hvordan de ønsker at modtage svar på undersøgelse mv. – på mail, via brev eller telefonisk og derved spare unødige ambulatoriebesøg.

Denne type indsatser giver mening – både for patienter og for personale - og kan derfor blive en væsentlig drivkraft i den fortsatte udvikling af virksomheden.

Hertil kommer, at det i fremtiden kun vil være de bedste klinikker og sygehuse, der kan forvente at få lov at udfører regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. Det er derfor afgørende, at regionen kan dokumentere kvalitet på højeste niveau, hvis regionen skal fastholde og udbygge opgaverne.

Det skal desuden kunne dokumenteres at indsatserne for at højne kvaliteten virker. Resultaterne af indsatserne skal måles i forhold til patientoplevet kvalitet (f.eks. i Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser), faglig kvalitet (f.eks. i de kliniske kvalitetsdatabaser) og organisatorisk kvalitet (f.eks. i driftsaftaleopfølgningerne).

Konkrete indsatser
Værdi for borgeren skal udmøntes i nogle konkrete indsatsområder. Nedenstående områder er vigtige, men udgør ikke en udtømmende liste. De konkrete mål og formulering af detaljerede strategier for hvert område sker i forlængelse budgettet og indeholdes i driftsaftalerne med aftalerne.

Indsats - patientsikkerhed
På landsplan udsættes ca. 100.000 patienter hvert år for sygehusinfektioner, forkert medicin, tryksår og andre fejl og skader i kontakten med sundhedsvæsenet og det er årsag til dødsfald og mange unødige lidelser.

Region Sjælland har en stærk patientsikkerhedsorganisation, hvor der arbejdes med at uddrage viden og læring med afsæt i rapporteringer af utilsigtede hændelser samt patienternes klagesager og dialogsamtaler.

Sygehusene arbejder med at forbedre patientsikkerheden og i 2010 blev det besluttet at indføre de 6 pakker i Operation Life-projektet på alle relevante afdelinger i Region Sjælland. Formålet med projektet var at reducere dødeligheden i Region Sjælland.

Der er allerede iværksat en del indsatser i forhold til patientsikkerhed men der er behov for yderligere indsatser og læring og hurtig implementering af ny viden fra blandt andet Patientsikkert Sygehus vil reducere de fejl og dermed de skader der i dag påføres patienterne – og dermed være til gavn for alle patienter og for økonomien.

Eksempler på mulige gevinster ved at reducere antallet af sygehusinfektioner:
- For patienten: Kortere indlæggelsestid og derved hurtigere hjem til familie og arbejde, samt færre komplikationer og derved kortere sygemelding.
- For sundhedsvæsenet: Færre intensivforløb, færre langvarige indlæggelsesforløb og færre genindlæggelser.

Indsats - diagnostiske center tankegang
Undersøgelse og behandling skal fortsat ske på det laveste effektive omkostningsniveau, men for alvorligt syge patienter skal det tværsektorielle samarbejde styrkes. Mange patienter oplever ventetid på udredning og endelig diagnose, at de bliver kastebold mellem egen læge og sygehus eller mellem sygehusafdelinger og at sundhedsvæsenet ikke tager ansvar for deres situation.

Tankegangen i et "diagnostisk center" er at tilbyde hurtig udredning og dermed effektiv behandling, herunder eksempelvis:
- Adgang til hurtig speciallægevurdering i dialog med henvisende læge
- Tværfaglige og tværsektorielle "pakkeløsninger" målrettet forskellige medicinske og/eller kirurgiske sygdomme
- Komprimerede patientforløb som følge af tværfaglige team-funktioner

Funktionen indarbejdes i de akutte modtagelser og de medicinske afdelinger og betyder bedre samarbejde med praksissektoren, bedre behandling af patienterne, mulig reduktion af unødige undersøgelser og prøver samt forebyggelse af akutte indlæggelser til gavn for patienterne samt en mulighed for reduktion af spild. På Næstved og Roskilde sygehuse vil realiseringen af princippet på de medicinske afdelinger forberede og fremtidssikre sygehusenes kommende funktion som specialsygehuse.

For patienter med uklare symptomer, men hvor der er mistanke om kræft, er der allerede i Region Sjælland indført sådanne funktioner. Med Kræftpakke III forventes indsatsen for denne gruppe patienter styrket i 2012.

Eksempler på mulige gevinster ved at indføre diagnostiske center tankegang:

- For patienten: Kortere ventetid, færre besøg fordi flere undersøgelser kan klares i samme regi, og hurtigere udredningsforløb.
- For sundhedsvæsenet: Hurtigere udredningsforløb og derved mindre spild tid for personalet,

Indsats – Borgere med langvarig sygdom -kroniker
Mere end halvdelen af regionens voksne angav i Sundhedsprofil 2010, at de lever med en eller flere kroniske sygdomme. En mere koordineret indsats i sundhedsvæsenet for så betydelige patientgrupper har stor betydning for patientforløb, kvalitet og ressourceforbrug.

Region Sjælland modtager i perioden 2010 – 2012 ca. 60 mio. kr. fra staten til udvikling af forløbsprogrammer samt til patientuddannelse og egenbehandling. Udviklingsmidlerne udmøntes gennem en række projekter og der er et betydeligt samarbejde herom mellem sygehuse, praksissektor og kommunerne.

Udfordringen bliver i de kommende år at omsætte de indvundne erfaringer og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejdet fra projekterne til daglig praksis.

Der foreligger færdige ***forløbsprogrammer*** for KOL, Kronisk hjertesygdom, Diabetes type 2 og Skizofreni som bl.a. beskriver god praksis for undersøgelse, behandling og rehabilitering samt arbejdsdeling om den enkelte patient mellem praktiserende læge, sygehus og kommune.

Alle forløbsprogrammer skal implementeres, men det vil tage tid før der er opnået et ensartet niveau i hele regionen. Nogle steder skal niveauet hæves, andre steder har patienterne flere kontakter med sundhedsvæsenet end det forudsættes. Generelt er der brug for at understøtte patienternes egne ressourcer.

Patienter med sukkersyge er en kronikergruppe som har mange besøg i både almen praksis, hos privatpraktiserende speciallæger samt på regionens sygehuse. Antallet af patienter vokser og samtidig er kapaciteten til at modtage nye på sygehusene begrænset. Den nye overenskomst med de praktiserende læger understøtter kronikerindsatsen. Der er derfor særlig relevant at understøtte implementeringen af forløbsprogrammet.

Herudover foreligger der nu en model og færdige indholdsbeskrivelser for ***patientuddannelser*** for diabetes, hjertekarlidelser, KOL, kræft og kroniske smerter. Målet har været at lave fagligt ambitiøse programmer, som understøttes af en professionalisering af undervisningen mv. og som kan erstatte det noget uensartede tilbud patienterne i dag modtager. Det vil være relevant at samordne indsatsen yderligere på tværs af region og kommuner. Hensynet til at nedbringe ventetid og imødekomme stigende efterspørgsel på undersøgelse og behandling gør, at en langsigtet satsning på øget egenomsorg kræver særlig prioritering.

Det er vigtigt at understøtte indsatsen med moderne teknologi og i den forbindelse huske på, at hovedvægten lægges på kommunikation der involverer patienten og ikke følger mere traditionel praksis, som understøtter fagpersoners kommunikation.

Eksempler på mulige gevinster ved at bruge forløbsprogrammer og patientundervisning

- For borgeren: Stærkere understøttelse i at leve med længerevarende sygdom, behandlingen tilpasses det aktuelle behov og en oplevelse af at sektorerne samarbejder om samme mål.
- For sundhedsvæsenet: Bedre og mere klar arbejdsdeling mellem sektorerne, bedre brug af patienternes egne ressourcer og mere ensartet kvalitet og mindre spildtid til koordination og information.

Indsats - Effektive patientforløb – undgå overflødige kontakter
Patienter i Region Sjælland skal have ensartet behandling og ens kvalitet i behandlingen – også når det handler om planlagt behandling. Nationalt er det aftalt at udarbejde ensartede visitationsretningslinjer for en række sygdomme – målet er at undgå overbehandling, undgå operation hvor der er alternativer og i det hele taget sikre mere ensartede kriterier.

Det er derfor et vigtigt indsatsområde, at nedbringe variation i indhold og varighed i de enkelt patientforløb, da der er risikoen for unødvendige undersøgelser, behandlinger og kontroller.

Der er udviklet pakkeforløb for kræft- og hjertesygdomme. Et pakkeforløb er et patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb. I forbindelse med udbud af behandling til private beskrives typiske patientforløb i kravsspecifikationen. Formålet med pakkeforløb er at tilbyde patienterne optimal udredning og behandling uden unødig ventetid og derigennem forbedre prognosen, bedre livskvaliteten og mindske utrygheden ved ventetid uden kendt årsag.

Der kan fastlægges standardiserede undersøgelser og behandlinger for udvalgte diagnoser, inden for kirurgi og ortopædkirurgi, som eksempelvis hofte- og knæoperationer

Eksempler på mulige gevinster ved at bruge pakkeforløb:

- For patienten: Møder det samme faglige niveau overalt i regionen, hvor risikoen for fejl er mindsket og hvor information og patientinddragelse er styrket.
- For sundhedsvæsenet: Bedre og hurtigere, mere effektiv behandling med mulighed for samt reduktion af unødige undersøgelser og kontroller

2.5 Incitamenter og ændring af styringsmodel

For at understøtte ambitionen om et øget fokus på kvaliteten og på at gøre det rigtige for borgeren første gang, justeres og tilpasses styringen på sygehusområdet. Samtidig er det centralt, at der i regionen fortsat er fokus på forbedring af enhedsomkostninger.

Belønning af kvalitet

Et af elementerne i "Værdi for borgeren" er, at der skal fastsættes nye konkrete indsatser og mål, som indarbejdes i driftsaftalerne med sygehusene. Det er et ledelsesmæssigt ansvar at iværksætte og gennemføre dem, og der skal følges op herpå.

Indsatserne skal understøttes af tiltag, der sikrer at de iværksættes og gennemføres i sygehusene. Der skal derfor indføres et gennemskueligt incitamentssystem som økonomiske belønner de enheder hvor det *dokumenteres*, at der er realiseret resultater, - færre fejl, flere diagnostiske pakker, implementering/efterlevelse af kronikerforløbsprogrammer og patientundervisning, flere standardiserede patientforløb (benchmark og behandlingsvejledning) osv.

Derfor gennemføres der som led i "Værdi for borgerne" en omprioritering af midler. Der forudsættes økonomiske gevinster (intelligente besparelser) ved i højere grad at gøre tingene rigtig første gang, sikre bedre patientforløb og undgå spild. Det samlede potentiale vurderes på sigt som betydeligt, men i 2012 kapitaliseres 36 mio. kr., svarende til 0,5 % af de tre sygehuses budget.

Midlerne skal i det væsentligste anvendes til belønning af de enheder der skaber konkrete prioriterede resultater, og eventuelt til at understøtte fælles og tværgående initiativer, der kan sikre den fortsatte udvikling af sundhedsområdet:

- Patientuddannelser
- Kompetenceudvikling
- Udviklingsprojekter
- Styrkelse af brugen af telemedicin og kommunikation

Det betyder, at der indføres nye og flere incitamenter og at der som noget nyt afregnes for opnåelse af konkrete mål på kvalitetsområdet.

Fokus på enhedsomkostninger
Takstmodellen på det somatiske område understøtter fokus på fortsat forbedring af enhedsomkostninger og budgetoverholdelse.

Inden for psykiatrien er der ikke drg-takster, hvorfor der for Psykiatrien fastsættes aktivitetsmål opgjort i antal af ambulante besøg og udskrivninger, for at sikre fortsatte produktivitetsforbedringer. Aktivitetsbudgettet (baseline) for alle tre sygehuse justeres løbende i forbindelse med udvidelser og hjemtagelsesprojekter.

I 2012 fastholdes de overordnede principper både i takstmodellen for de somatiske sygehuse og i fastsættelsen af aktivitetskravene for psykiatrien med henblik på at bevare fokus på enhedsomkostninger. Der foreslås dog samtidig indarbejdet to justeringer rettet mod det somatiske område.

For det første indføres mere detaljerede krav til den aktivitet, der afregnes for, med henblik på at understøtte det øgede fokus på kvalitet samt modvirke uhensigtsmæssighederne i DRG-systemet.

For det andet viser de årlige produktivitetsopgørelser, at der fortsat er betydelige forskelle i produktiviteten på regionens to somatiske sygehuse. For at fastholde fokusset på fortsat forbedring af produktiviteten samtidig med en målsætning om at reducere produktivitetsforskellene, fastsættes der i 2012 differentierede produktivitetskrav til de to somatiske sygehuse, idet Sygehus Syd pålægges et produktivitetskrav på 4 % og Sygehus Nord et produktivitetskrav på 2 %, jf. i øvrigt afsnit 3.

Hjemtagning af sygehusydelser
Et af indsatsområderne for at sikre den fortsatte udbygning af regionens eget sygehusvæsen og dermed regionens egne tilbud til regionens borgere, er at hjemtage behandlinger fra andre regioner. Regionen har således en langsigtet en målsætning om at 95 % af sygehusbehandlinger skal foregå på egne sygehuse. Derudover indebærer hjemtag af funktioner som hovedre-

gel besparelser på regionens samlede budget. Regionen har gennem de senere år således etableret nye tilbud i regionen til regionens borgere med besparelser til følge. I forbindelse med implementeringen af den nye specialeplan, er der igangsat store hjemtag, hvor regionen har fået mulighed for at varetage helt nye behandlinger, indenfor Hiv og Hæmatologi.

Det er forudsætningen for en optimal faglig og økonomisk varetagelse af en lang række af de såkaldte regionsfunktioner, at den del af patientgruppen, der tidligere er behandlet udenregionalt, hjemtages.

Der er løbende mulighed for at hjemtage behandlinger på hovedfunktionsniveau samt alternativt indgå tidsbegrænsede meraktivitetsaftaler på udvalgte behandlinger.

Hjemtagning af sygehusbehandlinger til eget sygehusvæsen understøtter "Værdi for borgeren".

Der reserveres 32 mio. kr. i budgettet for 2012 til at understøtte hjemtagelsesprojekter på både hoved- og regionsfunktionsniveau. Midlerne forudsættes i det væsentligste anvendt til implementeringsomkostninger såsom mindre apparatur, uddannelse, mindre bygningsmæssige ændringer m.m. Øgede hjemtagelser skal bidrage til at sikre realiseringen af det indarbejdede besparelsesmål på 40 mio.kr. i budget 2012 på det udenregionale område.

Midlerne kan derudover anvendes til implementeringsomkostninger i forbindelse med udvidelser af aktiviteten på områder, hvor regionen har aftalt at varetage en del af Region Syddanmarks sygehusbehandlinger.

2.6 Region Sjælland som virksomhed

Temaet om "Værdi for borgeren" har især fokus på faglig kvalitet og patientoplevet kvalitet. Regionen har gennem årene haft fokus på den organisatoriske kvalitet, bl.a. med henblik på i størst muligt omfang at understøtte regionens kerneopgaver. Regionen tager med budgettet for 2012 initiativer, der knyttet sig til udviklingen af den organisatoriske kvalitet. Dels gennem fokus på fremtidig organisering og ledelse, dels ved at anvende konkurrenceudsættelse som et aktivt redskab i tilrettelæggelsen af opgaveløsningen i regionen.

Region Sjælland er regionens største virksomhed og arbejdsgiver, og beskæftiger knap 20.000 mennesker. Det sætter virksomhedens fokus på sit personale, dets trivsel og arbejdsmiljø, dets kompetencer og uddannelse ind i et særligt perspektiv.

Regionens størrelse giver ligeledes et særligt ansvar i forhold til fokus på energi og miljø.

Organisation og ledelse

Kvaliteten har tre dimensioner. Temaet om Værdi for borgeren har især fokus på de to, nemlig den *faglige kvalitet* og den *patientoplevede kvalitet*. Regionen har gennem årene haft fokus på den tredje dimension, den *organisatoriske kvalitet*, herunder hvordan organiseringen af regionen bedst muligt understøtter den samlede opgaveløsning. I efteråret 2010 blev der igangsat et analysearbejde om den fremtidige organisations- og ledelsesstruktur i sygehusvæsenet på baggrund af den vedtagne sygehusplan.

I forbindelse med, at der i efteråret 2011 forventes at blive truffet beslutning om de generelle principper for organiseringen og ledelsen af sygehusvæsenet i Region Sjælland, herunder beslutningsgange, kompetencer og ansvarsområder, skal det også vurderes, hvorledes Region Sjællands samlede fælles-, stabs- og administrative funktioner bedst muligt og mest effektivt kan understøtte den fremtidige ledelsesstruktur i sygehusvæsenet.

I overensstemmelse med de principper, der allerede blev lagt til grund for Region Sjællands dannelse i 2007, skal opgaverne, hvor det er hensigtsmæssigt, løses ét sted fælles for hele regionen, det være sig med afsæt i Regionshuset, et sygehus, et driftscenter eller via en ekstern leverandør. For både afdelingsledelser og sygehusledelser gælder, at de skal have tilstrækkelig adgang til fælles administrative ressourcer og løsninger, herunder ensartet og anvendelig ledelsesinformation og beslutningsstøtte, således at hver enhed ikke selv har behov for at opbygge større administrative funktioner.

Det er vurderingen, at fastlæggelsen af organiseringen og ledelsen i sygehusvæsenet i Region Sjælland, herunder de samlede fælles-, stabs- og administrative funktioner samt implementeringen af NASA (NyAdministrativSystemAnvendelse) vil danne grundlaget for egentlige effektiviseringsgevinster på et niveau, så Økonomiaftalens oplæg til reduktioner indenfor administration vil kunne imødekommes samlet, når ændringerne er fuldt implementeret i 2013.

Som led i budgettet for 2012 gennemføres effektiviseringer inden for fælles formål og administration – på hovedkonto 4 – på 2 %, svarende til en besparelse på ca. 7 mio. kr. Tilsammen med de besparelser der blev gennemført på hovedkonto 4 i 2011, har regionen til fulde opfyldt målsætningen i økonomiaftalen for 2012 med regeringen om en reduktion i 2012 med 2½ % i forhold til 2010-niveauet.

Konkurrenceudsættelse
Konkurrenceudsættelse har løbende været et indsatsområde i Region Sjælland, og regionen har opnået betydelige besparelser herved. Indsatsen har således betydet, at det har været muligt at anvende flere ressourcer på især sundhedsområdet, samtidig med at det ikke har haft konsekvenser for den service og kvalitet, som regionen har ydet til sine borgere.

I budgetaftalen for 2011 blev det forudsat, at der skulle realiseres besparelser på indkøbsområdet på 30 mio. kr. i varig effekt allerede i 2011. Dette mål realiseres. Derudover blev det forudsat at der via konkurrenceudsættelse og ikke mindst via optimeret logistik, kan realiseres yderligere besparelser på 10 mio. kr. i 2012 stigende til 40 mio. kr. i 2014 og frem.

Som grundlag for at realisere disse betydelige besparelser iværksatte Regionsrådet dels en analyse af konkurrenceudsættelse i regionen, dels et analysearbejde om fremtidig logistik i regionen.

Der er gennemført en analyse af Region Sjællands vareforsyning, der skal tjene som beslutningsgrundlag om den fremtidige struktur for vareforsyningen til regionens sygehuse. Som led i budgettet for 2012 lægges der på baggrund af analysen op til, at der arbejdes videre med et forslag om at der etableres et fælles lager i Region Sjælland, og en samtidig konkurrenceudsættelse og outsourcing af transportopgaven.

Analysen af konkurrenceudsættelse af udvalgte områder danner udgangspunkt for regionens plan for de kommende års konkurrenceudsættelse af mere driftsprægede områder, og politisk blev det besluttet, at det videre arbejde med konkretisering af analysen skal ske som led i budgettet for 2012.

Følgende områder foreslås konkurrenceudsat i 2012:

Område
Rengøring
Vedligehold af grønne områder (sommer & vinter)
Vinduespudsning
Bygningsvedligehold

Tilsammen forventes disse initiativer i 2012, men især i de følgende år at bidrage til at realisere regionens målsætninger om betydelige besparelser på indkøbsområdet.

Uddannelses- og kompetenceudvikling
Region Sjælland har behov for veluddannet og kompetent arbejdskraft. Med den nye sygehusstruktur, fremtidens sundhedsteknologi og udviklingen af opgaver i sundhedsvæsenet vil dette behov blive øget i de kommende år. Tilsvarende vil der inden for socialområdet og regional udvikling være nye krav til kompetencer.

Region Sjælland satser derfor til stadighed på at uddanne og udvikle regionens medarbejdere gennem uddannelsestilbud, der matcher både nuværende og fremtidige behov på regionens sygehuse og øvrige institutioner. Det sker gennem samarbejde og dialog med de relevante uddannelsesinstitutioner i regionen om det fremtidige kompetencebehov og gennem udvikling nye typer af uddannelser til disse behov. Indsatsen vil blive koordineret med initiativerne i den fælles satsning med kommunerne: "Kompetenceparat 2020".

Region Sjællands vil endvidere leve op til de nationale krav om oprettelse af praktikpladser til unge under uddannelse i regionens egen virksomhed. Der arbejdes på, at udbuddet af praktikpladser samt flere forskellige former for praktik styrkes, så det kommer både studerende, samarbejdspartnere og regionen som virksomhed til gavn.

Region Sjælland medvirker hermed til at styrke rekrutteringsgrundlaget og uddannelsesniveauet i regionen.

Region Sjælland vil også arbejde for, at stille krav om praktikpladser hos eksterne leverandører udnyttes og hermed styrke mulighederne for valg af uddannelsesretninger i regionen samt øge gennemførslen på uddannelserne.

Arbejdsmiljø og trivsel
Et sikkert og sundt arbejdsmiljø, - trivsel på regionens arbejdspladser er afgørende for fastholdelse af kvalificeret arbejdskraft i regionen. Høj trivsel er et vigtigt element i de forandrings-processer, som følger af Sygehus- og specialeplanen og den økonomiske genopretningsplan. Høj trivsel giver større forandringsparathed blandt ledere og medarbejdere i regionen.

Trivselsmåling og Arbejdspladsvurdering vil derfor fortsat danne grundlaget for de indsatser, der skal iværksættes for at bevare og udvikle et sundt og sikkert arbejdsmiljø.

Der er i budgettet afsat en arbejdsmiljøpulje, der skal medvirke til at understøtte projekter, som arbejder med at udvikle og bevare et godt arbejdsmiljø:

- i forandringsprocesser
- i udvikling af det psykiske arbejdsmiljø – et særligt fokus her er forebyggelse af vold, mobning og chikane
- i forebyggelse af arbejdsulykker – nedbringelse af arbejdsulykker vil medvirke til fald i sygefravær og personlige omkostninger for den som udsættes for en arbejdsulykke

Energi- og miljøarbejdet
Efter en periode med fokus på visioner, politikker og organisering er de primære indsatsområder nu planlægning og implementering af energi- og miljøprojekter.

Fremrykningsprojekter, energimærkninger (EMO) og ventilationseftersyn (LVE) har medvirket til, at der blev gennemført en række energiforbedrende projekter i perioden 2010-11.

Der har været meget gode erfaringer med initiativerne. Forbruget af både el, varme og vand er reduceret i 2010 set i forhold til 2009. El-forbruget er reduceret med 4,1 %, det klimakorrigerede varmeforbrug med 4,3 % og vandforbruget med 5,5 %.

Der gennemføres i efteråret 2011 en fælles adfærdskampagne på regionens institutioner. Analysearbejdet, som skal danne baggrund for kampagnen, laves i samarbejde med Go'Energi, SEAS-NVE samt udvalgte sygehuse.

Der er p.t. dialog vedr. et energipartnerskab mellem SEAS-NVE og regionen, og et oplæg til en aftale forventes forelagt politisk i efteråret 2011. Ligeledes vil et oplæg til udarbejdelsen af et CO2-regnskab for Region Sjælland blive forelagt politisk i efteråret 2011.

Endelig er der er i budgetaftalen for 2011 afsat 10 mio. kr. til finansiering af anlægsinvesteringer, som kan reducere energiforbruget.

Planer for 2012
Der planlægges en udbygning af det lokale energi- og miljøarbejdet med gennemførelse af bl.a. pilotprojekter og undersøgelser til gavn for de enkelte virksomhedsområder.

I 2012 følges adfærdskampagnen i 2011 op med forbrugsanalyser, med det formål at kunne måle effekten af kampagnen.

Under forudsætning af, at der gives tilsagn fra EU om ELENA-midler, gennemføres en række anlægsarbejder, som fører til reduktioner i energiforbrug.

Indsatsen ligger i tråd med ambitionen om at blive den grønne region i Europa.

3. Balance i regionens budget

De økonomiske rammer for regionens budgetlægning udgøres dels af de målsætninger og pejlemærker, som Regionsrådet har vedtaget for at sikre, at regionen har en økonomi i balance, dels af de økonomiske vilkår og forudsætninger, der fastlægges med økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner.

3.1 Målsætninger for budgetlægningen

Likviditetsmålsætningen
En væsentlig del af de økonomiske rammer for budgetlægningen 2012 blev allerede fastlagt som led i budgettet for 2011. Her fastlagde Regionsrådet således en målsætning om, at regio-

nen i 2014 ikke længere tager penge op af kassen til at finansiere hverken driftsudgifter, renter eller afdrag. Løbende indtægter skal således finansiere løbende udgifter.

For 2012 indebærer målsætningen at der skal skabes finansiering til renter og afdrag for 50 mio. kr. mere end i 2011. Det betyder, at der af de løbende indtægter - ud over udgifter til drift og anlæg -, skal skabes finansiering af renter og afdrag på i alt 108 mio. kr. De resterende 134 mio. kr. forudsættes finansieret af kassetræk og lån.

Realisering af sygehusplanen

Den vedtagne sygehusplan forudsætter, at regionen har 6 velfungerende sygehusenheder. For at sikre dette skal der gennemføres større ny- og ombygninger på lokaliteterne i Slagelse, Køge og Nykøbing. Byggerierne i Køge og dele af Slagelse er finansieret via kvalitetsfonden. Der skal således fra budget 2012 og frem skaffes økonomisk råderum til finansiering af byggerierne i Nykøbing og Slagelse. Den samlede anlægsudgift kan opgøres til 650 mio. kr., der som tidligere skrevet forudsættes finansieret ved en kombination af kassetræk (200 mio. kr., hvorved likviditetsmålet reduceres til ca. 800 mio. kr.), anvendelse af "overskydende" deponering til Kvalitetsfondsbyggerierne (200 mio. kr.) samt reduktion i driften (25 mio. kr. over 10 år: i alt 250 mio. kr.).

3.2 Det samlede indtægtsgrundlag i 2012

Økonomiaftalen

Økonomiaftalen med regeringen for 2012 er indgået inden for de rammer, der blev fastlagt med regeringens genopretningsplan fra 2010, og 2020-reformerne, der fastlægger det samlede økonomiske råderum i de næste mange år. Samlet indebærer disse planer, at der prioriteres 5 mia. kr. til sundhedsområdet i perioden 2011-2013. Det betyder, at de økonomiske rammer for regionernes virke fortsat er snævre, og kun giver begrænset mulighed for at løfte kvaliteten og servicen af ydelserne på sundhedsområdet til regionens borgere.

Retningslinjer for visitation, bedre ressourceanvendelse, fokus på økonomistyring, er temaer i økonomiaftalen, som samlet set bl.a. skal bidrage til især overholdelse af de økonomiske rammer, en lavere aktivitetsvækst. Med udgangspunkt i de begrænsede muligheder i samfundsøkonomien generelt, er det i økonomiaftalen tillige forudsat, at midler til en styrket sundhedsindsats skal tilvejebringes ved omprioriteringer.

I økonomiaftalen på **sundhedsområdet** er der konkret forudsat en aktivitetsvækst på 3 % fra 2011 til 2012, hvoraf de 2 % skal tilvejebringes ved produktivitetsforbedringer. Der forudsættes en samlet aktivitetsvækst på 4 % fra den faktiske aktivitet i 2010 til 2012.

Økonomiaftalen indebærer for Region Sjællands vedkommende en mulighed for et udgiftsløft på sundhedsområdet på samlet ca. 230 mio. kr., hvoraf knap 100 mio. kr. er tiltænkt at finansiere en stigning i aktiviteten på sygehusområdet, 7 mio. kr. til sygesikringsmedicin, mens de resterende ca. 123 mio. kr. skal dække udgiftsstigninger på alle øvrige områder. Midler til fx aktivitetsvækst i sygesikringen, særlig dyr medicin, stigende udgifter til patientbefordring mv., skal således finansieres inden for denne ramme.

I økonomiaftalen mellem Danske Regioner og regeringen er der forudsat et samlet anlægsniveau for regionerne under ét på 3,3 mia. kr., hvoraf Region Sjællands andel udgør i alt 504 mio. kr. Heraf skal regionen i lighed med tidligere år deponere 156 mio. kr. som egenfinansiering af kvalitetsfondsbyggerierne.

I den samlede anlægsramme indgår en pulje på i alt 300 mio. kr. til lån/deponeringsfritagelse. Puljen er bl.a. afsat med henblik på at fremme offentligt- private samarbejdsprojekter, og der kan tillige søges om lånedispensation til andre anlægsprojekter.

Den pulje på 50 mio. kr. til særlige fællesregionale IT-investeringer, der blev afsat som led i økonomiaftalen for 2011, fortsætter uændret i 2012.

I lighed med tidligere år er der afsat en lånepulje på 350 mio. kr. for regionerne samlet set, til refinansiering af afdrag.

Bloktilskuddet
I forbindelse med den endelige fordeling af det årlige bloktilskud mellem regionerne på **sundhedsområdet**, foretages en opgørelse af regionernes udgiftsbehov, dels ud fra aldersbestemte kriterier, dels socioøkonomiske kriterier. Der laves således hvert år en beregning, som afspejler regionernes (relative) forhold inden for disse områder, og det samlede bloktilskud fordeles på den baggrund.

Beregningen for 2012 viser, at Region Sjællands andel af bloktilskuddet på sundhedsområdet falder fra 15,34 % i 2011 til 15,26 % i 2012, hvilket isoleret set betyder, at regionen mister ca. 63 mio. kr. i bloktilskud i 2012.

Inden for **regional udvikling** er bloktilskudsandelen steget marginalt med en stigning i indtægten på ca. 1 mio. kr. til følge.

3.3 Realisering af regionens økonomiske målsætninger på sundhedsområdet

Økonomiaftalen udstikker de indtægtsmæssige rammer for budgettet. Som fastlagt i likviditetsmålsætningen, skal de løbende udgifter over tid kunne finansieres af de løbende indtægter. Der skal således ved en gradvis reduktion af driftsudgifterne frigøres midler til finansiering af renter og afdrag, ligesom låneoptagelse til refinansiering af afdrag forudsættes at ophøre i 2015. Det foreliggende budgetforslag lever op til denne forudsætning.

Den økonomiske handleplan
Regionsrådet fastlagde med sin økonomiske handlingsplan fra marts 2010, at sygehusplanen skulle bidrage med effektiviseringer på i alt 150 mio. kr. i 2012. Øvrige tiltag i handleplanen realiserer reduktioner på yderligere 200 mio. kr. Der er altså i 2010 truffet beslutninger, der reducerer udgiftsniveauet med 350 mio. kr.

Regionsrådet besluttede som led i budgetaftalen for 2011, en række yderligere effektiviseringstiltag for perioden 2011-2014, som skal bidrage til at realisere målsætningen om en økonomi i balance.

De konkrete tiltag fremgår af nedenstående tabel:

Besparelser vedtaget som led i Budget 2011 (mio. kr.)	2011	2012	2013	2014
Indkøb	30	30	30	30
Produktivitet	45	70	70	70
Sparekatalog	10	10	10	10
Udenregionalt		40	60	60
Laboratorier		10	10	10
Yderligere indkøb/logistik		10	20	40
Patientbefordring			10	10
Sygehusstruktur				20
Fremrykning af langsigtede tiltag	50	0	0	0
Besparelser	**85**	**170**	**210**	**250**

Konklusion: Der realiseres ved ovenstående initiativer en reduktion i driftsudgifterne på 520 mio. kr. fra 2010 til 2012.

Udgiftspres i budget 2012

Det kan konstateres, at regionen fortsat oplever et stigende pres på efterspørgslen. Økonomiaftalen for 2012 forudsætter således fx en aktivitetsstigning på sygehusområdet på 4 % fra 2010 til 2012, fordelt med en stigning på 1 % fra 2010 til 2011, og yderligere 3 % til 2012. I Region Sjælland kan den forventede samlede aktivitetsvækst alene fra 2010 til 2011 opgøres til 4,5 % - en aktivitetsvækst der især sker på egne sygehuse – og inden for sygehusenes økonomiske rammer. Vækstforudsætningen fra 2010 til 2012 er således mere end opfyldt allerede ved udgangen af 2011.

Det vurderes trods forskellige central vækstdæmpende tiltag ikke realistisk at nedbringe aktivitetsvæksten på det somatiske område i 2011 og 2012 til samlet 4 % som forudsat i økonomiaftalen for 2012, idet der fortsat forventes en betydelig efterspørgsel efter sygehusbehandlinger, og med det udvidede frie sygehusvalg vil patienterne søge til andre sygehuse for at få behandling.

Princippet om udvidet frit sygehusvalg og et stort udenregionalt forbrug, presser derfor regionen økonomisk, og styringsmæssigt.

Som anført ovenfor blev der med budgettet for 2011 besluttet, at der i forhold til 2011 skulle gennemføres besparelser og effektiviseringer på samlet set 85 mio. kr. i 2012. Realiseringen af disse initiativer er på nogle områder allerede godt i gang, mens der på andre områder fortsat er udfordringer i at realisere besparelserne.

Regionen forventer, at den endelige udmøntning af aftalen med Region Hovedstaden om afregning af udenregionale sygehusbehandlinger vil være afklaret inden budgettets vedtagelse, idet der forventes en intensivering af drøftelserne i løbet af sensommeren.

Udover fortsat stigning i aktiviteten på sygehusområdet, kan der som led i budgetlægningen konstateres udgiftsstigninger ift. 2011-budgettet på flere af de områder, hvor regionens styringsmuligheder er relativt begrænsede, fx sygesikringen, patientbefordring og respiratorpatienter.

Det kan dog samtidig konstateres, at de varige effektiviserings- og besparelsesinitiativer som Regionsrådet har besluttet tidligere, og det foreslåede produktivitets- og aktivitetsniveau på egne sygehuse bidrager til at reducere det samlede udgiftspres på driftsbudgettet på sundhedsområdet.

Med henblik på at understøtte såvel budgetoverholdelse og fokus på enhedsomkostningerne, og for at understøtte en mere ensartet produktivitetsudvikling mellem de to somatiske sygehuse (jf. afsnit 2.2.4.2) foreslås der i 2012 fastsat følgende aktivitets- og produktivitetskrav:

	Produktivitetskrav – forhøjelse af baseline/aktivitetsbudget	Produktivitetskrav - reduktion af driftsrammer	Produktivitetskrav i alt
Sygehus Nord	2,0 %	0,75 %	2,75 %
Sygehus Syd	4,0 %	0,75 %	4, 75 %
Psykiatrien	2,5 %	0,5 %	3,0 %

I ovenstående tabel indgår kapitaliseringen af budgettemaet om Værdi for borgeren, hvor der som forudsat tilvejebringes midler til at understøtte indsatsen, herunder belønning for realisering af konkrete mål. Kapitaliseringen sker ved en reduktion af driftsrammerne med 0,5 % svarende til ca. 36 mio.kr.

Endvidere er de to somatiske sygehuses driftsrammer reduceret med yderligere 0,25 % svarende til ca. 16 mio.kr., som indgår i finansieringen af investeringer til realiseringen af sygehusplanen dvs. der flyttes midler fra drift til investeringer i fremtiden.

Basisbudgettet indeholder tillige et puljebeløb på 30 mio. kr. til at iværksætte og gennemføre initiativer, der kan understøtte "Værdi for borgeren". Det forventes, at der i forbindelse med den politiske aftale for budget 2012 sættes retning på dette puljebeløb. Puljen erstatter den tidligere fremdriftspulje.

Anlægsniveauet i 2012
Anlægsudgifterne til kvalitetsfondsbyggerierne har deres egen særlige finansiering ved en kombination af statstilskud, egenfinansiering (deponering) samt låneoptagelse.

Det foreliggende budgetforslag indeholder anlægsudgifter på 650 mio. kr. til de to sygehusbyggerier i Nykøbing og Slagelse i perioden 2011 til 2021. I 2012 er der udgifter på 11 mio. kr. Med henblik på realisering af de to sygehusbyggerier i Nykøbing og Slagelse er der udarbejdet en særskilt finansieringsplan for de enkelte år.

Økonomiaftalen giver et økonomisk råderum til øvrige anlægsudgifter på ca. 300 mio. kr.

Budgetforslaget indeholder anlægsudgifter for i alt 382 mio. kr., dvs. mere end økonomiaftalen umiddelbart giver mulighed for. Budgettet er udtryk for på samme tid en meget stram prioritering af nødvendige anlægsarbejder, og en aktiv anvendelse af regionens samlede ressourcer. Det forudsættes, at 20 mio. kr. finansieres via en form for internt lån, ligesom det forudsættes, at regionen får tilført 7 mio. kr. af den afsatte RSI pulje. De resterende anlægsmidler på ca. 55 mio. kr. finansieres af de løbende indtægter, dvs. ved omprioritering af midler fra drift til anlæg.
I konsekvens heraf er der ikke forudsat låneoptagelse til finansiering af anlægsudgifter i 2012.

Den samlede balance
Det foreliggende budgetforslag lever op til regionens likviditetsmålsætning, idet kassetrækket vedr. renter og afdrag kan opgøres til 80 mio. kr. Hertil kommer forventet låneoptagelse til refinansiering af afdrag på 54 mio. kr. De øvrige løbende udgifter er afholdt af de løbende indtægter.

Økonomiaftalen indeholder et måltal for driftsudgiftsniveauet for 2012. Det foreliggende budgetforslag indeholder driftsudgifter, der ligger 180 mio. kr. lavere end økonomiaftalen.

Differencen er anvendt til følgende:

Finansiering af andel af renter og afdrag	50 mio. kr.
Finansiering af sygehusplanbyggerier	25 mio. kr.
Finansiering af anlæg i øvrigt	55 mio. kr.
Tab vedr. bloktilskudsandel	63 mio. kr.
Diverse tekniske justeringer (p/l m.v.)	-13 mio. kr.

3.4 Regionens budget 2012 på Socialområdet
Socialområdet finansieres af kommunerne via takstindtægter.

I lighed med tidligere år har KommuneKontaktRådet Sjælland (KKR) anbefalet kommunerne i regionen og Region Sjælland, at takstudviklingen på social- og specialundervisningsområdet maksimalt stiger med pris- og lønudviklingen fratrukket 2 %. Dette skal ses i lyset af det fortsat høje udgiftsniveau, som er gældende for området.

I konsekvens heraf er der i budget 2012 gennemført en reduktion på 2 % af institutionernes bevilling.

Med det store fokus på enhedsomkostningerne på de sociale institutioner, er der tillige foretaget en række initiativer til kapacitetstilpasninger i form af udvidelser/nedlæggelse af pladser samt deraf følgende driftsøkonomiske justeringer på institutionerne.

Folketinget vedtog den 3. marts 2011 en ændring af lovgrundlaget for rammeaftalen på det sociale område. Ændringen betyder, at kommunerne har overtaget koordineringsansvaret fra regionerne på den del af rammeaftalen som omhandler serviceloven, mens regionen har koordineringsansvaret for specialundervisningen.

Fremover skal der derfor udarbejdes to rammeaftaler, en i forhold til serviceloven og en i forhold til specialundervisning.

Som følge af den ændrede lovgivning er bloktilskuddet til rammeaftalearbejdet m.m. for regionen, reduceret med 3,3 mio. kr. Ændringen er indarbejdet i budget 2012.

Som bekendt er socialområdet fuldt kommunalt finansieret. I henhold til lovgivningen skal udgifter/indtægter hos driftsherren hvile i sig selv. En eventuel ubalance skal udlignesved regulering af taksterne i de følgende år. Den indgåede takstaftale mellem kommunerne i region sjælland indebærer, at der ikke sker fuld tilbagebetaling af overskud fra tidligere år. Regionen har i konsekvens heraf "opsamlet" midler, der i henhold til loven skal tilbagebetales til kommunerne. Der vil på baggrund heraf i 2012 blive foretaget en særlig efterregulering af taksterne, så der i alt udbetales 20 mio. kr. af de opsparede midler til kommunerne.

3.5 Regionens budget 2012 inden for Regional udvikling

Inden for Regional Udvikling har der gennem de seneste år været stadigt stigende udgifter til kollektiv trafik, hvilket har betydet, at regionen har måttet reducere på andre udgiftsområder (miljø og udviklingsmidler).

Der blev således i 2010 igangsat en proces, der skulle skabe grundlag for at opnå balance i budget 2011. Der blev i den forbindelse bl.a. gennemført personalereduktioner i Regional Udvikling svarende til i alt 12 stillinger (ca. 10 % af medarbejderne), indført ansættelsesstop, indført en stram økonomisk styring i forhold til de personalerelaterede udgifter i øvrigt.

I budget 2011 blev disse initiativer fulgt op af en besparelse på driftsmidlerne til jordforureningsområdet på 17 mio. kr. svarende til ca. 1/3 af den samlede bevilling. Der blev i 2011 desuden gennemført reduktioner i udviklingsmidlerne, og i midler til løn og personalerelaterede udgifter.

Derudover er der indarbejdet en besparelse på 2,6 mio. kr. i 2012 som opfølgning på økonomiaftalen for 2011. Aftalen forudsætter, at der i perioden 2011-2013 sker besparelser inden for Regional Udvikling med henblik på at tilvejebringe ekstra ressourcer til sundhedsområdet.

Trafikplanen og R-nettet, der blev vedtaget af Regionsrådet i 2010, er et langsigtet værktøj til at skabe en mere stabil økonomi inden for den kollektive trafik og undgå yderligere udgiftsstigninger. Der har indtil nu været en betydelig stigning i passagertallet på R-nettet, der afspejles i, at der budgetteres med stigende indtægter i budgettet for kollektiv trafik i 2012.

Stigningerne i budget 2012 vedrører primært baneområdet og kan henføres til markante stigninger i indeksreguleringen af kontrakten med Regionstog A/S som følge af stigende oliepriser. Denne indeksregulering er langt højere end både den generelle pris- og lønregulering af bloktilskuddet og takststigningen på billetter inden for det aftalte takststigningsloft.

De stigende udgifter til kollektiv trafik modsvares delvist af, at regionen i 2012 modtager en ekstraordinær indtægt fra Movia på 8,6 mio. kr. som efterregulering for 2010. Til sammenligning havde Region Sjælland i 2011 ekstraordinære udgifter til Movia på 15 mio. kr. som efterregulering for 2009.

Det indgik i budgetaftalen for 2011, at der frem mod trafikbestillingen for 2012 og budgetlægningen for 2012 skulle vurderes, "om der kan foretages omlægninger, som kan reducere udgifterne til kollektiv trafik. Herunder vurderes de økonomiske, miljømæssige og servicemæssige konsekvenser af en omlægning af dele af den kollektive trafik fra bane til bus".

Der er som opfølgning herpå udarbejdet en redegørelse, der skitserer muligheder, konsekvenser og begrænsninger ved en omlægning af dele af banebetjeningen til busbetjening. Redegørelsen er udarbejdet med udgangspunkt i Tølløsebanen.

Som opfølgning på denne redegørelse har Udviklingsudvalget den 8. juni 2011 behandlet oplæg til overordnede rammer for Region Sjællands lokalbaner og til Tølløsebanens fremtid. Udvalget indstillede, at disse oplæg skulle indgå i drøftelserne om forslag til budget 2012.

Tølløsebanen er under opgradering, så der kan køres med højere hastighed på banen med virkning fra køreplanskiftet i december 2011. Det fremgår i den forbindelse af ovennævnte oplæg, at Region Sjælland har følgende forventninger til Tølløsebanen:

- Tølløsebanen får lejlighed til at udnytte opgraderingen og vende den negative udvikling i passagertallet. Der forventes en betydelig positiv udvikling i passagertallet i 2012 og 2013. Regionen vil kvartalvis følge op på udviklingen i passagertallet på Tølløsebanen.
- Der etableres hurtigst muligt en køreplan, hvor stigningen i passagertal er i fokus og som udnytter de nye muligheder for optimering og omlægning af driften, som opgraderingen giver. Denne søges sat i drift med køreplanen for 2012, som starter december 2011.
- Udviklingen på Tølløsebanen evalueres ved udgangen af 2013 med henblik på en politisk stillingtagen til den fremtidige trafikbetjening.
- Udgangspunktet er den nuværende økonomiske ramme for Tølløsebanen, som den besluttes for 2012.
- Opgraderingen færdiggøres, mens alle andre investeringer søges sat i bero til efter evalueringen er færdig, og der politisk er taget stilling til banens fremtid.

På dette grundlag forbereder Regionstog en ny køreplan, der skal sikre flere passagerer. Køreplanen sikrer kortere rejsetider, bedre korrespondance med DSB forbindelser i Tølløse og Slagelse og kørsel efter R-net standard på morgen- og eftermiddagsafgange med mange pendlere.

Budgetforslaget for 2012 indeholder en besparelsespulje på 2,5 mio. kr. Det forudsættes, at beløbet kan findes gennem en kvalitetssikring af budgettet til kollektiv trafik. Udmøntning vil ske mellem 1. og 2. behandling af budgettet.

Der er fortsat en budgetmæssig udfordring på budgettet for regional udvikling og denne bliver forstærket i 2013, hvor der i økonomiaftalen er forudsat en besparelse på 5 mio. kr. og hvor der ikke kan forventes en tilbagebetaling fra Movia (8,6 mio. kr.). Det er i forbindelse

med Regionsrådets trafikbestilling for 2012 besluttet at igangsætte en samlet evaluering af trafikplanen og R-nettet, der kan danne grundlag for trafikbestillingen for 2013. Det foreslås at der i forbindelse med arbejdet med trafikbestilling udarbejdes en samlet plan for, hvordan udgifterne til regional udvikling – med særligt fokus på kollektiv trafik – kan reduceres med 15-20 mio. kr. fra 2013.

Bilag 5

NOTAT

REGION SJÆLLAND
– vi er til for dig

Sorø den 30. marts 2012

Aftaler for somatikken i forhold til Værdi for borgeren 2012

Dette notat beskriver de mål og aftaler, der er indgået ifm. de enkelte indsatsområder i 'Værdi for borgeren', herunder:

1. Antibiotika
2. Infektioner
3. Tryksår
4. RKKP
5. RADS anbefalinger
6. Den rette patient i den rette seng
7. Diagnostisk Center

1. Antibiotika

Baggrund
Forbruget af bredspektrede antibiotika er højt og for nogle præparater stigende, både i almen praksis, på sygehusene og i landbruget. Resultatet er, at der udvikles resistente bakterier, der enten er meget vanskelige at behandle, og i nogle tilfælde kan medføre død.
Målet er at reducere forbruget af de nævnte lægemidler.

Mål fra driftsaftalen
Sygehusene dokumenterer:

1. At der er implementeret procedurer til reduktion af forbruget af Cefuroxim og Ciprofloxacin på alle relevante afdelinger ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.3.2012
2. At procedurerne følges ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.8.2012
3. At forbruget af Cefuroxim og Ciprofloxacin er reduceret med henholdsvis 10 % og 5 % senest 31.12.2012.

Uddybning af driftsaftaleteksten
Ad 1 og 2: Med "implementeret" menes, at retningslinjerne / procedurerne er beskrevet og kendt på afdelingerne.

Ad 3: Dokumenteres via data fra Sygehusapoteket.

Indsatsen består overordnet i bedre information til afdelingerne – i form af information, uddannelse, lommeskema og instrukser i D4. Dette leveres af Klinisk Mikrobiologisk Afdeling (KMA).

Med henblik på at opnå målet om reduktion af forbruget er der aftalt følgende aktiviteter:

- Antibiotika-vejledningerne (lommevejledningerne) for akutafdelingerne 'renses' for de to nævnte præparater. KMA står for dette.

- Der udarbejdes en rekommandationsvejledning i 'lomme-format' til eksempelvis yngre læger på akut-afdelinger. Vejledningen rummer rekommandationer for de hyppigste diagnoser.

- Dokument-sanering i D4: Instrukser og retningslinjer gennemgås af KMA og revideres med forslag til ændringer, hvor det er relevant.

- En læge fra KMA gennemgår retningslinjerne i Syd og en læge fra Infektionsmedicinsk Afdeling gennemgår dem i Nord for at se, hvilke alternativer der kan anbefales. Der udarbejdes ensartede anbefalinger i Syd og Nord. Herefter kontaktes de afdelingsledelser der har de respektive retningslinjer med besked om forslag til ændringer.

- Der gennemføres undervisning i korrekt brug af antibiotika for afdelinger, hvor der observeres et særligt højt forbrug.

- Sygehusapoteket/ Lægemiddelkomiteen tager initiativ til konsekvensrettelser af allerede eksisterende standardordinationer.

- Sygehusapoteket opgør forbruget af Cefuroxim og Ciprofloxacin i 2011. Dette forbrug danner baseline for indsatsen i 2012.

Forbruget i 2012 vil danne baseline for opstilling af mål for 2013. Opgørelsen sker via apotekets BIWeb. I første omgang fordelt på sygehuse – Nord/Syd, men når strukturen ændres til 4 somatiske sygehuse, så fordelt på disse. Databasen rummer mulighed for detaljerede udtræk på afsnitsniveau. Data skal samles og analyseres fra afsnitsniveau -> afdelingsniveau -> matrikelniveau.

Økonomi - investeringsbehov
Der er aftalt følgende:

Indsats	**Type**	**Beløb**
Ekstra uddannelsesindsats + kursustilbud til afdelingerne (til KMA)	Uddannelse	90.000 kr.
Udarbejdelse af lommeskema	Person-tid	8.000 kr.
Oprydning i D4 (Nord: 16.000, Syd: 16.000 kr.)	Person-tid	32.000 kr.
I alt		**130.000 kr.**

2. Infektioner

Baggrund

Det er dokumenteret, at ca. 5-10 % af alle sygehuspatienter får en infektion som følge af opholdet på sygehuse, og at 2 % af de samlede sygehusudgifter går til infektioner. I Region Sjælland har en prævalensundersøgelse i foråret 2011 vist en forekomst på 6,6 %.

Erfaringer fra ind- og udland viser, at det er muligt at reducere antallet af sygehuserhvervede (nosokomielle) infektioner betydeligt, samt at visse sygehuserhvervede infektioner helt kan elimineres ved brug af korrekte procedurer.

Mål fra driftsaftalen

Sygehusene dokumenterer:

1. At Sepsis- og CVK-pakken fra Operation Life og/eller Patientsikkert Sygehus er implementeret på alle relevante afdelinger ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.3.2012
2. At procedurerne følges ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.8.2012
3. Antallet af sepsistilfælde fordelt på de enkelte sygehusgeografier ved opfølgningen henholdsvis 31.3.2012 og 31.12.2012.
   Monitoreringen varetages af Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Slagelse Sygehus.

Uddybning af driftsaftaleteksten

Ad 1: Pr. 31.3.2012 skal det dokumenteres, at Sepsis- og CVK-pakkerne er beskrevet og kendt på alle relevante afdelinger.

Ad 2: Til dokumentation anvendes journalaudit på stikprøve.
Implementering af Sepsis- og CVK-pakkerne monitoreres månedligt ved journalaudit baseret på stikprøver i relevante afdelinger.
Der er fuld målopfyldelse, når procedurerne er fulgt for minimum 90 % af patienterne ved stikprøven pr. 31.8.2012.

Indsatsen retter sig mod forebyggelse (CVK-pakken) og behandling (Sepsispakken) af nosokomielle (sygehuserhvervede) infektioner her defineret som positive bloddyrkninger (bakteriæmier) regnet fra 48 timer efter indlæggelse.

Til brug for effektmåling i 2012 monitoreres forekomsten af sepsis i 2011 på følgende måde:

- Klinisk Mikrobiologisk Afdeling (KMA) udarbejder lister over positive bloddyrkninger for hele 2011.
- Listerne sendes til sygehusene og formidles videre til de enkelte afdelinger.
- Afdelingerne frasorterer alle positive bloddyrkninger målt inden for 48 timer efter indlæggelse. Frasorteringen sker indtil videre manuelt, men der arbejdes på en løsning med datafangst.
- For alle øvrige bloddyrkninger gennemgås journalerne mhp. om patienten udviklede sepsis.
- Antallet af sepsistilfælde i 2011 opgøres på afdelings- og sygehusniveau (matrikel).

Forekomsten af sepsis i 2012 monitoreres på følgende måde:

- KMA udarbejder hver måned lister over positive bloddyrkninger.
- Listerne sendes til sygehusene og formidles videre til de enkelte afdelinger.
- Afdelingerne frasorterer alle positive bloddyrkninger målt inden for 48 timer efter indlæggelse. Frasorteringen sker indtil videre manuelt, men der arbejdes på en løsning med datafangst.
- For alle øvrige bloddyrkninger gennemgås journalerne mhp. om patienten udviklede sepsis.
- Antallet af sepsistilfælde opgøres hhv. 31.3.12 og 31.12.12 på afdelings- og sygehusniveau (matrikel).
- Forekomsten af sepsistilfælde i 2012 bruges som baseline for effektmål for indsatsen i 2013.

Note vedr. udbredelse af "Team-site" på sygehusene
Projektet giver behov for at gemme patientfølsomme data i eksempelvis regneark. Anvendelse af "Team-site", som en måde at sikre dette på, er endnu ikke udrullet i tilstrækkeligt omfang på afdelingerne. Afdelingerne skal derfor bestille Teamsite hos IT-Helpdesk.

KU beder IT om at informere ud om dette.

Økonomi - investeringsbehov
Der er aftalt følgende:

Indsats	**Type**	**Beløb**
Informationsmateriale og undervisning	Uddannelse	30.000 kr.
Fælles CVK-sygeplejerske – forsøgsordning (se særskilt notat) Nord: 234.000 kr. Syd: 234.000 kr.	Person-tid	468.000 kr.
Udgifter til KMA: Produktion af lister over forekomsten af bakteriæmier (der gives ikke midler til ekstra læge)	Person-tid	40.000 kr.
I alt		**538.000 kr.**

3. Tryksår

Baggrund
Tryksår som følge af forkert aflastning af patienten eller for lang tid liggende / siddende stilling kan være særdeles ubehagelige for patienten, og kan betyde ekstra liggetid på 1-3 uger. Erfaringer fra ind- og udland viser, at det er muligt at reducere forekomsten af tryksår betydeligt og under givne omstændigheder at eliminere dem helt.

Mål fra driftsaftalen
Sygehusene dokumenterer:

1. At alle relevante patienter screenes for tryksår i forbindelse med indlæggelse ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.5.2012
2. At alle relevante patienter screenes for tryksår i forbindelse med udskrivelsen ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.8.2012
3. At der evalueres på indsatsen senest 31.12.2012.

Uddybning af driftsaftaleteksten
Ad 1: Første screening af alle risikopatienter skal være gennemført inden 31.5.2012. Der screenes i henhold til den regionale retningslinje (er p.t. i høring).
Der skal desuden være gennemført prævalensundersøgelse nr. 1 ud af 2 inden 31.5.2012 med henblik på at kunne evaluere indsatsen. Denne undersøgelse har form af en stikprøvekontrol.
Definition af risikopatienter fremgår af den regionale retningslinje (er p.t. i høring).

Ad. 2: Pr. 31.8.2012 screenes alle risikopatienter dagligt. Risikopatienter screenes i henhold til den regionale retningslinje (er p.t. i høring).

Ad 3: Prævalensundersøgelse nr. 2 ud af 2 (igen en stikprøvekontrol) skal være gennemført inden 31.12.2012 med henblik på at levere data til en evaluering af indsatsen.

Generelt
Der er enighed om at anvende Tryksårspakken fra Patientsikkert Sygehus, herunder anvendelsen af den sikkerhedskalender, der er afprøvet af Sygehus Syd. Sikkerhedskalender giver data, der kan anvendes i prævalensundersøgelsen. Den konkrete implementering af indsatsen på afdelingerne er op til det enkelte sygehus.

Økonomi - investeringsbehov
Der er aftalt følgende:

Indsats	Type	Beløb
Trykreducerende madrasser (Nord: 381.000 kr., Syd: 381.000 kr.)	Udstyr	762.000 kr.
Fælles: E-learnings-system*	IT + person-tid	80.000 kr.
I alt		**842.000 kr.**

* Sårgruppen v. Aase Bjerring undersøger / vurderer nærmere.

4. RKKP

Baggrund
Regionernes Kliniske KvalitetsudviklingsProgram (RKKP) omfatter blandt andet nationale sygdomsspecifikke standarder og indikatorer for følgende diagnoser- og sygdomsområder: Akut mave-tarmkirurgi, Apopleksi, Diabetes, Fødsler, Hjerteinsufficiens, Hoftenære frakturer, KOL og Lungecancer.
Indsatsen retter sig mod fuld målopfyldelse for de enkelte standarder.
Datakomplethed er afgørende for vurderingen af behandlingskvaliteten.

Mål fra driftsaftalen
Sygehusene dokumenterer:

1. At der er iværksat en indsats til sikring af 90 % datakomplethed og målopfyldelse på alle indikatorer ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.3.2012
2. At der er 90 % datakomplethed og målopfyldelse på alle indikatorer senest 31.12.2012.

Uddybning af driftsaftaleteksten
Ad 1: Der menes data*base*komplethed og *ikke* "datakomplethed", som der står i driftsaftaleteksten.

Ad 2: Der menes data*base*komplethed og *ikke* "datakomplethed", som der står i driftsaftaleteksten. Tendensen til målopfyldelse skal dokumenteres 31.8.2012 og fuld målopfyldelse dokumenteres den 31.12.2012.

Der er målopfyldelse, når den behandlende afdeling har en databasekomplethed på 90 % på alle områder og lever op til de nationalt fastsatte standarder for de enkelte indikatorer.
Målopfyldelse opgøres i henhold til definitionerne i NIP/RKKP. Dvs. inkl. de her valgte sikkerhedsgrænser.

Målopfyldelse og databasekomplethed vurderes i forbindelse med driftsaftaleopfølgningen den 31.8.2012 ud fra data i de senest tilgængelige standardrapporter:

- For de områder, hvor standardrapporter offentliggøres månedligt, vurderes data ud fra standardrapport fra juni måned af hensyn til delay i overførsel af data.
- For de områder, hvor standardrapporter offentliggøres kvartalsvis, vurderes data ud fra standardrapporten fra 2. kvartal 2012. Af hensyn til delay i overførsel lægges der i vurderingen hovedsageligt vægt på april og maj måneds data.

Særligt for Lungecancer vil der kunne være udfordringer i forhold til målopfyldelse på områder, hvor Region Sjællands resultater er afhængig af behandling i andre regioner. Her kan sygehusene argumentere for udfordringerne og beskrive iværksatte tiltag til sikring af målopfyldelse.

Muligheden for "særskilt" datatræk, der svarer til periodiseringen ift. driftsaftaleopfølgningen, afklares af KU, idet dette gør sig gældende for såvel Sygehus Nord, Sygehus Syd og Psykiatrien.

5. RADS anbefalinger

Baggrund
En række af de mest udgiftstunge lægemidler omfattes af behandlingsvejledninger udarbejdet af Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS). For at få kontrol med medicinudgifterne og samtidig tilbyde borgerne den bedste behandling, forpligtes sygehusene til at følge og implementere de fælles nationale behandlingsvejledninger og rekommandationer der udarbejdes af RADS.

Mål fra driftsaftalen
Sygehusene dokumenterer:

1. At der er udarbejdet procedurer, der sikrer, at de fælles nationale behandlingsvejledninger og rekommandationer følges på alle relevante afdelinger ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.3.2012
2. At procedurerne er implementeret på alle relevante afdelinger ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.8.2012
3. At procedurerne følges på alle relevante afdelinger senest 31.12.2012.

Uddybning af driftsaftaleteksten
Ad 1: Lægemiddelkomiteen udarbejder procedurer.

Ad 2: Det skal dokumenteres, at anbefalingerne er implementeret.
Lægemiddelkomiteen beskriver metode.

Ad 3: Lægemiddelkomiteen beskriver metode.

Der medtages de områder, hvor der pr. 1. marts 2012 er udgivet RADS-anbefalinger:

- Sklerose
- Hepatitis
- HIV/AIDS
- Aromatesehæmmer
- G-CSF
- Cancer Prostata
- Røntgenkontraststoffer
- Biologisk Behandling af Kroniske Inflammatoriske tarmsygdomme
- Biologisk Behandling af dermatologiske lidelser.

6. Den rette patient i den rette seng

Baggrund
Undersøgelser fra ind- og udland har vist, at der fortsat er forbedringspotentiale ved at have fokus på optimering af patientforløb ved at have fokus på indlæggelser som kan forkortes alternativt helt undgås. Samlet set er der evidens for, at sengepladserne på sygehusene kan anvendes mere rationelt.

Metoden til at undersøge dette kaldes patientinventering. Her undersøges det, om patienten ligger i den rette seng på det rette tidspunkt. Indsatsen er til gavn for patienten og sygehusets økonomi, skaber bedre forløb for patienterne og samtidig frigøre senge på sygehusene, der blandt andet kan anvendes til øget hjemtag.

Mål fra driftsaftalen
Sygehusene dokumenterer:

1. At sygehusene med afsæt i den gennemførte patientinvertering fastlægger indsatsområder til sikring af hensigtsmæssig udnyttelse af sengekapaciteten inden udgangen af 2012.

Uddybning af driftsaftaleteksten
Det er besluttet at benytte Region Hovedstadens fremgangsmåde med et matrikelbaseret koncept udelukkende med fokus på sengeafdelinger.
Sygehusenes indsatskataloger forventes færdiggjort 1. oktober 2012. Derefter fastlægges indsatsområder.

7. Diagnostisk Center

Der er erfaring for, at etablering af såkaldte Diagnostiske Center kan forbedre kvaliteten af patientforløbet og – behandlingen.

Realiseringen af princippet om hurtig udredning, afklaring af uklare symptomer og igangsættelse af behandling på de medicinske afdelinger i tæt samarbejde med almen praksis, vil kunne bidrage til at øge kvaliteten og patienttilfredsheden samt forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser.

Mål fra driftsaftalen
Sygehuset dokumenterer:

1. At der er etableret Diagnostiske Center i Roskilde hhv. Næstved, samt at der er fastlagt servicemål for udredning og behandling af patienter henvist til Centeret ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.3.2012
2. At overholdelsen af servicemålene vurderes ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.8.2012
3. At servicemålene overholdes ved udgangen af 2012.

Diagnostisk Center i Roskilde hhv. Næstved er etableret og en beskrivelse af funktionen er p.t. under udarbejdelse.

Bilag 6

REGION SJÆLLAND
- vi er til for dig

NOTAT

Dato: 31. januar 2013

Brevid: 1950682

Værdi for borgeren 2013 - Somatikken

Dette notat beskriver de aftaler, der er indgået mellem direktionen og somatikken om indsatsområder, effekt og dokumentation i 2013.

Indsatserne i 'Værdi for borgeren' er blevet til i dialog mellem regionens sygehuse og Kvalitet og Udvikling (KU) og efterfølgende godkendt af direktionen. Afsættet har været politiske mål i Region Sjælland beroende på nationale og internationale erfaringer, tværregionale indsatser og konceptet 'Patientsikkert Sygehus'.

I forhold til indsatserne i 2012 er det i budget 2013 besluttet at udvide 'Værdi for borgeren' med 'LEAN i stor skala' og 'medicinafstemning'.

I 2012 har der primært været fokus på procesmål for de enkelte indsatser. I 2013 fokuseres der på en konsolidering af disse indsatser og konkrete effektmål for samme.

Herudover skal der i forlængelse af målene i Økonomiaftalen for 2013, iværksættes indsatser med henblik på:

- At antallet af skader skal reduceres med 20 % over de kommende tre år
- At dødeligheden (målt som reduktion i HSMR) skal reduceres med 10 % i samme periode.

Dette omhandler blandt andet de allerede igangsatte nationale / regionale indsatser.
Regionerne drøfter i øjeblikket en nærmere konkretisering af disse indsatser.

Puljen
Incitamentspuljen er tilvejebragt ved tilbageholdelse af 0,75 % af somatikkens budget 2013, hvilket svarer til 41.833.515 kr., ekskl. implementeringspuljen (se nedenfor).

Fordelingen af den opnåde pulje fordelt mellem de somatiske sygehuse er:

Holbæk:	6.442.066 kr.
Roskilde-Køge:	15.948.136 kr.
Næstved-Ringsted-Slagelse:	14.775.662 kr.
Nykøbing Falster:	4.667.651 kr.

Udmøntning af puljen

Somatikken har i alt 8 indsatser. Målopfyldelsen dokumenteres i driftsaftaleopfølgningerne den 31.3.2013 og 31.8.2013 samt særskilt ved udgangen af året den 31.12.2013.

Forudsætningen for at hele eller dele af puljen udbetales er, at det dokumenteres, at der arbejdes med *alle* de nævnte indsatsområder. Ét eller flere indsatsområder kan således *ikke* udelades.

Puljen sv.t. 0,25 % af somatikkens budget kan udmøntes efter driftsaftaleopfølgningen 31.3.2013 under forudsætning af, at somatikken kan dokumentere målopfyldelse ved 4 ud af de 5 opfølgninger (bekæmpelse af infektioner: Clostridium difficile, tryksår, RADS, den rette patient i rette seng samt medicinafstemning).

Den resterende pulje sv.t. 0,5 % af somatikkens budget kan udmøntes efter driftsaftaleopfølgningen 31.8.2013 under forudsætning af, at somatikken dokumenterer, at der er opnået fuld målopfyldelse på mindst 9 ud af de i alt 12 opfølgninger. I givet fald udbetales 9/12 af den resterende pulje. Dokumenterer somatikken fuld målopfyldelse på flere opfølgninger udbetales der forholdsmæssigt svarende til målopfyldelsen.
Dvs. at hvis somatikken opnår fuld målopfyldelse den 31.3. på 5 opfølgninger, så skal der opnås målopfyldelse på yderligere mindst 4 opfølgninger den 31.8 som forudsætning for udbetaling efter driftsaftaleopfølgningen 31.8.2013.

Indsatser	**Driftsaftaleopfølgning 31.3.2013**	**Driftsaftaleopfølgning 31.8.2013**
1. Antibiotika		X
2. Bekæmpelse af infektioner: CD infektioner	X	
3. Tryksår	X	X
4. RKKP		X
5. RADS	X	X
6. Den rette patient i den rette seng	X	X
7. Medicinafstemning	X	X
8. LEAN i stor skala		X

Herudover vurderes målopfyldelsen for udvalgte indsatser ved udgangen af året den 31.12.2013. Se specifikation under de enkelte indsatser nedenfor.

Generelt skal det bemærkes, at der i forbindelse med udmøntningen af puljen foretages en overordnet vurdering af, om der foreligger udefrakommende omstændigheder, der kan resultere i mangel på måleopfyldelse.

Implementeringspuljen

I første omgang tilbageholdes 10 % af den samlede pulje for både somatikken og psykiatrien til dækning af implementeringsaktiviteter. Disse midler kan bl.a. anvendes til understøttende tværgående aktiviteter som ansættelse af projektmedarbejdere, anskaffelse og udvikling af IT, uddannelse mv.

Den samlede regionale pulje udgør 5,4 mio. kr.

Ubrugte midler tilbageføres svarende til somatikkens forholdsmæssige andel af den samlede pulje.

Formålet med at samle puljen regionalt er, at bruge midlerne mest rationelt.

Det gælder for puljen:

- at implementeringspuljen er samlet regionalt – for at understøtte fælles og/eller lokale aktiviteter
- at implementeringsmidlerne kan anvendes til understøttende tværgående aktiviteter i bred forstand, som eksempelvis ansættelse af projektmedarbejdere, uddannelse samt anskaffelse og udvikling af IT
- at disposition af midlerne sker i dialog mellem sygehusene og KU

Indsatser
Nedenfor beskrives mål og aftaler for de enkelte indsatsområder i 'Værdi for borgeren', herunder:

1. Antibiotika
2. Bekæmpelse af infektioner: Clostridium difficile
3. Tryksår
4. RKKP
5. RADS
6. Den rette patient i den rette seng
7. Medicinafstemning
8. LEAN i stor skala.

1. Antibiotika

Baggrund
Målet med antibiotika-indsatsen i 'Værdi for borgeren' er:

1. At sikre at patienterne får en optimal og rationel antibiotika-behandling.

Målet er således at sikre et optimalt, lavt forbrug af antibiotika uden at forringe behandlingskvaliteten. Konkret sættes der fokus på de typer bredspektrede antibiotika, som især kan være medvirkende til at patienterne udvikler antibiotika-resistens.

I 2012 har Region Sjællands sygehuse arbejdet målrettet på at sænke forbruget af to præparater, som især giver anledning til resistente bakterier. Denne indsats har reduceret forbruget af Cefuroxim og Ciprofloxacin, således at begge sygehuse forventer at nå målene om en reduktion på hhv. 10 og 5 % inden udgangen af 2012.

Resultatet er bl.a. nået ved:
- at skabe øget opmærksomhed på problemet
- at tilrette regionale og lokale D4-instrukser
- at udgive et lommekort om præparatvalg og doseringer inden for en række hyppigt forekommende diagnoser
- at tilrette samtlige standardordinationer.

For at sikre at opmærksomheden fastholdes, og at instrukserne anvendes som tiltænkt samt for at sikre et højt vidensniveau om risici ved for udbredt anvendelse af disse antibiotika, er indsatsen i 2013 primært rettet mod konsolidering af indsatsen. KU har været i dialog med ledende mikrobiolog, sygehusapoteket samt Lægemiddelkomitéen vedrørende tilføjelse af nye bredspektrede antibiotika til overvågning, dog var der enighed om at fastholde fokus på Cefuroxim og Ciprofloxacin.

Formålet med indsatsen i 2013 er derfor at sikre:

1. at sygehusene overvåger forbruget af Cefuroxim og Ciprofloxacin, så der kan reageres på uforklarlige udsving

2. at fastholde reduktionerne på hhv. 10 % og 5 % i 2013 i forhold til forbruget i 2011
3. at sikre at lommekort og instrukser er velkendte og anvendes af alt relevant personale.

Mål for 2013
Sygehusene dokumenterer:
1. At forbruget af Cefuroxim og Ciprofloxacin overvåges løbende og rapporteres ved opfølgningen på driftsaftalerne 31.8.2013.
2. At hvert sygehus som helhed kan dokumentere, at forbruget af Cefuroxim og Ciprofloxacin ved udgangen af 2013 som minimum er reduceret med hhv. 10 % og 5 % i forhold til forbruget i 2011, der anvendes som baseline. Dokumenteres 31.12.2013.

Ad. 2. Forbruget skal evt. justeres for nye aktiviteter, der kan påvirke forbruget, eksempelvis hjemtag.

Implementeringsstøtte
Følgende kan overvejes:
1. Midler til fortsat kommunikationsindsats
2. Midler til gennemgang og retning af instrukser og ordinationer.

2. Bekæmpelse af infektioner: Clostridium difficile

Baggrund
På Region Sjællands sygehuse er der registreret en stigning i antallet af patienter med Clostridium difficile infektioner. Clostridium difficile (CD) af typen CD027 er forbundet med øget sygelighed og dødelighed i forhold til andre CD typer, og denne type er 3-doblet siden 2009 til over 350 tilfælde i 2011. Region Sjælland har dermed landets højeste antal CD027 tilfælde pr. indbygger. Det er især ældre, der rammes af CD infektioner, og infektionerne har en overdødelighed på 30 %. [1]

Stigningen i CD er således en alvorlig udfordring for regionens sygehuse, og der er et stort behov for yderligere tiltag for at bremse udviklingen.

Indsatsen i forhold til bekæmpelse af infektioner målrettes derfor i 2013 til reduktion af Clostridium difficile infektioner på sygehusene.

CD kan i princippet opstå på alle afdelinger, men nogle afdelinger har særligt store udfordringer som følge af, at patienterne har disponerende faktorer for CD infektioner: Ældre patientgrupper, højt antibiotika selektionstryk, disponerende co-morbiditet (f.eks. nefrologiske patienter) og hyppig kontakt med sundhedsvæsenet som følge af kroniske lidelser.

Indsatsen koncentreres om disse høj-prævalens afdelinger. På alle sygehuse er etableret "CD-udbrudsgrupper". CD-udbrudsgrupperne holder månedlige møder, hvor registreringer vedr. hver enkelt CD infektion gennemgås. Mødernes sigte er analyse af de enkelte tilfælde og identifikation af mulige forbedringstiltag. Deltagere i udbrudsgrupperne er bl.a. de 3 afdelinger på det enkelte sygehus med historisk højest prævalens. Ved fremtidige udbrud på andre afdelinger iværksættes samme.

[1] Notat af 20.4.2012 fra det regionale Udvalg for Infektionshygiejne vedr. *Forslag til regional handlingsplan til bekæmpelse af Clostridium difficile (CD) på Regions Sjællands Sygehuse.* Heri refereres til: Bacci S, Mølak K, Kjeldsen MK, Olsen KE. Binary toxin and death after Clostridium difficile infection. Emrg Infect Dis. 2011 Jun;17 (6):976-82.

De fire somatiske sygehuse udarbejder i samarbejde en protokol for indsatserne. Protokollen foreligger d. 1. februar 2013.

Mål for 2013
Sygehusene dokumenterer:

1. At forekomsten af Clostridium difficile infektioner registreres og overvåges ved drifts-aftaleopfølgningen 31.3.2013.
2. At der foreligger retningslinjer for forebyggelse og overvågning af Clostridium difficile ved driftsaftaleopfølgningen 31.3.2013. (DDKM akkrediteringsstandard 1.5.3, indikator 1.)
3. At antallet af indlagte patienter med sygehuserhvervede Clostridium difficile infektioner i perioden 1. september til 30. november 2013 som minimum er 10 % mindre end samme periode i 2012. Dokumenteres 31.12.2013.

Ad.1-3.:
En sygehuserhvervet CD infektion er defineret ved symptomdebut efter 48 timer efter indlæggelse og op til 4 uger efter udskrivelse af patienten. Fra 4 uger og op til 3 måneder efter udskrivelsestidspunktet er CD infektionen indeterminat. Først efter 3 måneder efter sygehuskontakt kan CD infektionen sikkert karakteriseres som samfundserhvervet.[2]

Implementeringsstøtte
Ikke fastlagt.

3. Tryksår

Baggrund
Tryksår som følge af forkert aflastning af patienten eller for lang tid liggende / siddende stilling kan være særdeles ubehagelige for patienten og kan betyde ekstra liggetid på 1-3 uger. Erfaringer fra ind- og udland viser, at det er muligt at reducere forekomsten af sygehuserhvervede tryksår betydeligt og under givne omstændigheder at eliminere dem helt.

Målet med sygehusenes arbejde er derfor at sikre optimal forebyggelse af tryksår under indlæggelse/ophold på sygehuset.

Tryksår forventes at blive et af indsatsområderne i forhold til målet om 20 % reduktion af skader over de kommende 3 år, jfr. Økonomiaftalen 2013.

I 2012 er retningslinjer for screening af tryksår ved indlæggelse og rescreening af risikopatienter kendt og implementeret på alle afdelinger på de somatiske sygehuse.

Sygehus Nord og Sygehus Syd har i 2012 foretaget undersøgelser af forekomsten af tryksår. Sygehusene har benyttet to forskellige metoder.
Det skal derfor understreges, at der p.t. ikke foreligger målinger af prævalensen, der muliggør en sammenligning mellem sygehusene.

[2] Cohen et. al. SHEA-IDSA Guideline. Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* Infection in Adults: 2010 Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 31, No. 5 (May 2010), pp. 431-455

De fire somatiske sygehuse udarbejder i samarbejde en protokol for indsatserne i 2013 bl.a. med henblik på tilvejebringelse af fælles metode til prævalensundersøgelse, monitorering mv. Protokollen foreligger d. 1. marts 2013.

Mål for 2013
Sygehusene dokumenterer:

1. At der foreligger en prævalensundersøgelse for forekomsten af sygehuserhvervede tryksår kategori II-IV ved opfølgningen på driftsaftalen pr. 31.3.2013.
2. At 80 % af alle relevante patienter screenes ved indlæggelse i henhold til den regionale retningslinje ved opfølgningen på driftsaftalen pr. 31.8.2013.
3. At 80 % af alle relevante patienter rescreenes i henhold til den regionale retningslinje ved opfølgningen på driftsaftalen pr. 31.8.2013.
4. At forekomsten af sygehuserhvervede tryksår kategori II – IV i perioden 1. september til 30. november 2013 er reduceret med 30 % ved udgangen af 2013. Baseline er prævalensundersøgelsen fra 1. kvartal 2013. Dokumenteres 31.12.2013.

Ad. 1. -4.:
Der arbejdes efter en definition af tryksår, som er udarbejdet efter guidelines til forebyggelse af tryksår (NPUAP/EPUAP tryksårs klassificering), hvor man klassificerer tryksår efter 4 kategorier, jf. regional retningslinje vedr. forebyggelse af tryksår (D4 dok ID: 312318):

Kategori I: Rødme i intakt hud. Bleger ikke af ved tryk.
Def.: Intakt hud med rødme af et lokaliseret område, som regel hen over et knoglefremspring. Misfarvning af huden, varme, ødem, hårdhed eller smerte kan også indtræffe. Mørk pigmenteret hud behøver ikke at have synlig rødme.

Kategori II: Delhudstab eller bullaedannelse (vabel).
Def.: Delvis tab af dermis fremstående som et lavt åbent rødligt, pink sår uden dødt væv. Kan fremstå som et intakt eller åbent/brudt serum eller sero-sanginous-fyldt blister.

Kategori III: Fuldhudstab.
Def.: Fuldhudstab. Subcutan fedt kan være synligt, men knogler, sener eller muskler er ikke blotlagt. Noget dødt væv kan fremstå. Kan inkludere underminering.

Kategori IV: Tab af alle vævslag.
Def.: Tab af alle vævslag med synlige knogler, sener eller muskler. Dødt væv eller pus kan være til stede. Ofte inkluderer det underminering.

Implementeringsstøtte
Ikke fastlagt.

4. RKKP

Baggrund
Regionernes Kliniske KvalitetsudviklingsProgram (RKKP) omfatter blandt andet nationale sygdomsspecifikke standarder og indikatorer for følgende diagnoser- og sygdomsområder: Akut mave-tarmkirurgi, Apopleksi, Diabetes, Fødsler, Hjerteinsufficiens, Hoftenære frakturer, KOL, Lungecancer og Brystkræft.

Indsatsen retter sig mod målopfyldelse af de enkelte indikatorer.

Databasekomplethed er afgørende for vurderingen af behandlingskvaliteten.

Mål for driftsaftalen 2013
Sygehusene dokumenterer ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.8.2013:

1. Fuld målopfyldelse på de enkelte indikatorer iflg. de nationalt fastsatte standarder for hvert af de anførte diagnose- og sygdomsområder inkl. de valgte sikkerhedsgrænser.

2. 90 % databasekomplethed for *alle nationale kliniske databaser*, herunder de anførte diagnose- og sygdomsområder.

Ad.1.-2.:
Der er målopfyldelse, når den behandlende afdeling lever op til de nationalt fastsatte indikatorer og har en databasekomplethed på 90 % på alle områder. Målopfyldelse opgøres i henhold til definitionerne i NIP/RKKP. Dvs. inkl. de her valgte sikkerhedsgrænser.
Dog tages der forbehold for målopfyldelse ift. Akut mave-tarm kirurgi – se fodnote [3].

Målopfyldelse og databasekomplethed vurderes i forbindelse med driftsaftaleopfølgningen den 31.8.2013 ud fra data i de senest tilgængelige standardrapporter:

- For de områder, hvor standardrapporter offentliggøres månedligt, vurderes data ud fra standardrapport fra juni måned af hensyn til delay i overførsel af data.
- For de områder, hvor standardrapporter offentliggøres kvartalsvis, vurderes data ud fra standardrapporten fra 2. kvartal 2013. Af hensyn til delay i overførsel lægges der i vurderingen hovedsageligt vægt på april og maj måneds data.

Muligheden for "særskilt" datatræk, der svarer til periodiseringen ift. driftsaftaleopfølgningen, afklares af KU, idet dette gør sig gældende for de somatiske sygehuse og Psykiatrien.

Implementeringsstøtte
Ikke fastlagt.

5. RADS anbefalinger

Baggrund
En række af de mest udgiftstunge lægemidler omfattes af behandlingsvejledninger udarbejdet af Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS). For at få kontrol med medicinudgifterne og samtidig tilbyde borgerne den bedste behandling, forpligtes sygehusene til at følge og implementere de fælles nationale behandlingsvejledninger og rekommandationer, der udarbejdes af RADS.

På nuværende tidspunkt afrapporterer sygehusapoteket til sygehusledelserne hvert kvartal med henblik på at overvåge uregelmæssigheder i forhold til forbruget af de udgiftstunge lægemidler. Sygehusledelsernes opgave er derefter at sikre at der handles på de uregelmæssigheder sammen med de enkelte afdelinger, således rekommandationerne følges på de enkelte afdelinger.

Der følges op på de allerede implementerede RADS-anbefalinger i det omfang, det er klinisk relevant givet sygehusenes patientsammensætning, og på områder, hvor monitorering er startet i regi af RADS/Amgros.

[3] Da antal patienter inden for Akut mave-tarm kirurgi er meget lille, vil blot en mindre afvigelse resultere i manglende målopfyldelse. En eventuel afvigelse skal forklares og vil i givet fald blive accepteret.

Monitorering sker nationalt på terapiområderne sklerose, hepatitis, HIV/Aids, G-CSF, aromatasehæmmere samt endokrin behandling af prostatacancer. Der udsendes officielle RADS monitoreringsrapporter med henblik på kvalitetsovervågningen. Med udgangspunkt i dette datagrundlag kan implementeringen følges.

Mål for driftsaftalen 2013
Sygehusene dokumenterer:

1. At den allerede etablerede procedure vedrørende afrapporteringen af uregelmæssigheder ift. RADS-rekommandationerne følges, og at disse formidles videre til de berørte afdelinger ved opfølgningen på driftsaftalerne pr. 31.3.2013.
2. At de af RADS fastsatte lægemiddelandele er opnået, med mindre særlige forhold gør sig gældende, eksempelvis fornuften i at bruge et lager op eller uforholdsmæssig stor andel af patienter med behov for valg af ikke-rekommanderet lægemiddel. Dokumenteres 31.08.2013.

Implementeringsstøtte
Ikke fastlagt.

6. Den rette patient i den rette seng

Baggrund
Undersøgelser har vist, at der fortsat er forbedringspotentiale ved at have fokus på optimering af patientforløb ved at have fokus på indlæggelser som kan forkortes alternativt helt undgås. Samlet set er der indikation for, at sengepladserne på sygehusene kan anvendes mere rationelt.

KU Produktion har i samarbejde med regionens sygehuse gennemført en screening af senge på de somatiske sygehuse i foråret 2012. Dette har resulteret i et indsatskatalog, som skal danne baggrund for at aftale de konkrete indsatsområder. Indsatskataloget kan findes på intranettet under "Værdi for borgeren".

Mål for driftsaftalen 2013
Sygehusene dokumenterer:

1. At de tiltag, der er fastlagt af sygehusene og godkendt af direktionen, skal være indført inden d. 31.12.2013, er fastlagt og beskrevet ved driftsaftaleopfølgningen 31.3.2013
2. At tids- og aktivitetsplanen overholdes ved driftsaftaleopfølgningen d. 31.8.2013.

Ad. 1.
En tids- og aktivitetsplan for de fastlagte tiltag skal foreligge ved driftsaftaleopfølgningen 31.3.2013.

Ad.2.
Der gives en uddybende status for den foreliggende tids- og aktivitetsplanen ved begge opfølgninger.

Implementeringsstøtte
Ikke fastlagt.

7. Medicinafstemning

Baggrund

Af budgetaftalen fremgår, at alle patienter skal have foretaget medicinafstemning ifm. udskrivelsen. Dette er afsættet for nedenstående mål.

Lægemiddelkomitéen (LMK) har udarbejdet en retningslinje vedrørende medicingennemgang, medicinstatus og medicinafstemning. Retningslinjen offentliggøres i D4 i januar 2013. Implementeringen af retningslinjen påbegyndes primo februar 2013. LMK anbefaler, at der i 'Værdi for borgeren' fokuseres på FMK baseret medicinafstemning ved udskrivelse, da en sikring af medicineringen ved overgangen mellem sygehuset og primær sektoren er vigtigst i kvalitetssammenhæng.

Mål for 2013
Sygehusene dokumenterer:

1. At minimum 80 % af alle patienter, der udskrives i perioden 1. – 31. marts 2013, får foretaget medicinafstemning ifm. udskrivelsen iht. retningslinjen. Dokumenteres ved driftsaftaleopfølgningen pr. 31.3.2013.

2. At minimum 90 % af alle patienter, der udskrives i perioden 1. april – 31. august 2013, får foretaget medicinafstemning ifm. udskrivelsen iht. retningslinjen. Dokumenteres ved driftsaftaleopfølgningen 31.8.2013.

Ad. 1.-3.:
LMK vil i starten af januar 2013 blive bedt om at udarbejde et forslag til monitoreringen af overstående mål.

Implementeringsstøtte
LMK har skønnet, at der vil være behov for implementeringsstøtte til ca. 80 afdelingsledelser omfattende både somatik og psykiatri, herunder 2 årsværk sv.t. 1,2 mio. kr.
Dette afventer beslutning i Styregruppen for 'Værdi for borgeren'.

8. LEAN i stor skala

Baggrund
Lean er et ledelsesredskab, der baserer sig på enkle principper og værktøjer til at gøre arbejdsprocesser så hensigtsmæssigt tilrettelagt og effektive som muligt. Målet med Lean i de kliniske afdelinger er at sikre, at behandlingsforløbene skaber størst mulig værdi for patienterne gennem optimal udnyttelse af de ressourcer, der er til rådighed.

I Budgetaftale 2013 for Region Sjælland fremgår, at Lean i regionen skal igangsættes i stor skala. Lean-indsatsen kan beskrives som en samlet og systematisk indsats, som:

- dækker hele sygehuse, afdelinger og patientforløb
- er en integreret del af arbejdstilrettelæggelsen
- går på tværs af sektorer

Lean i stor skala implementeres på basis af to modeller: en model hvor Lean-projektet gennemføres for et sygehus samlet og en model, der fokuserer på specialer på tværs af regionen.

Konceptet for Lean i stor skala på et enkelt sygehus tager udgangspunkt i en ledelsesbeslutning om at øge effektiviteten, eksempelvis som udtrykt ved produktiviteten, i alle sygehusets afdelinger. Sygehusets afdelingsledelser sætter mål for, hvordan afdelingerne gennem mere effektive arbejdsprocesser kan nå de vedtagne effektivitetsmål, metoder til effektiviseringen udvikles, målepunkter for at monitorere udviklingen fastlægges, og forbedringsarbej-

det gennemføres med tavlemøder som centralt omdrejningspunkt. Et projekt af denne karakter blev igangsat på Næstved-Slagelse sygehus i oktober 2012.

Lean-projekter på specialeniveau sigter på at udnytte den viden og erfaring, regionen har opnået gennem et eller flere enkeltstående projekter gennemført på specialeområdet. På dette grundlag identificeres forbedringspotentialer inden for regionens afdelinger på udvalgte specialeområder. Forbedringsinitiativer iværksættes gennem videndeling på tværs af de berørte afdelinger, udvikling/tilpasning af forbedringsløsninger, og efterfølgende implementering af disse understøttet af målstyring. Tavlemøder er som ovenfor omdrejningspunkt for forbedringsarbejdet.

For både somatikken gælder, at man i 2013 vil blive målt på gennemførelse af de udpegede indsatser, mens der fra 2014 vil være fokus på måling af effekten af de gennemførte indsatser. Med andre ord vil fokus i 2013 være på procesmål, mens der for 2014 vil blive fokuseret på resultatmål.

Mål for driftsaftalen 2013
Sygehusene dokumenterer:

På sygehusniveau

1. At der er indgået en aftale mellem KU og de nævnte sygehuse senest 31. august 2013 ved driftsaftaleopfølgningen 31.8.2013
2. At afdelings- og afsnitsledelser i alle afdelinger omfattet af aftalerne har deltaget i en opstartsworkshop af 1 dags varighed vedr. Lean, og hvordan man konkret gennemfører Lean-projekter senest 30. november 2013 ved driftsaftaleopfølgningen 31.12.2013

På specialeniveau

3. At afdelings- og afsnitsledelser i de berørte afdelinger har deltaget i 2 planlægnings/analyse-møder (inklusive introduktion til Lean og hvordan man konkret gennemfører Lean-projekter) samt 2 workshops senest 1. oktober 2013 ved driftsaftaleopfølgningen 31.12.2013
4. At alle berørte afdelinger senest udgangen af 2013 har indført systematisk anvendelse af målstyring samt ugentlige tavlemøder af en varighed på max. 15 min. ved driftsaftaleopfølgningen 31.12.2013

På Næstved-Ringsted-Slagelse sygehus

5. At første fase af projektet for Lean i stor skala på Næstved-Ringsted-Slagelse sygehus er gennemført ved driftsaftaleopfølgningen 31.12.2013

Ad.1. og 2.
De nævnte sygehuse er: Roskilde-Køge, Nykøbing Falster og Holbæk sygehuse. Aftalerne omfatter gennemførelsen af Lean-projekter. I aftalerne vil det fremgå, hvilke effekter projekterne vil fokusere på, og hvordan effekterne skal måles.

Ad.3. og 4.
Gennemføres i de ortopædkirurgiske, anæstesiologiske, kirurgiske og radiologiske afdelinger i regionen. Lean-aktiviteterne omfatter overførelse af viden fra andre afdelinger om effektivisering af arbejdsprocesser, afholdelse af tavlemøder, brug af målstyring og igangsættelse af forbedringsinitiativer. Næstved-Ringsted-Slagelse Sygehus er ikke omfattet af målepunkt 3 og 4.

Ad.5.

Der er etableret en styregruppe med deltagelse af ledelsen på Næstved-Slagelse sygehus og KU for Lean-projektet på Næstved-Slagelse sygehus. Styregruppen har indgået rammeaftale om indholdet af projektets 1. fase, der skal være gennemført ved udgangen af 2013.

Implementeringsstøtte
Ikke fastlagt.