



Ny Finansieringsmodel på prøve i sundhedsvæsenet

- får det patienten mere i centrum?



- øget innovationen?



- og højnet motivationen hos medarbejderne?



Masterafhandling på MPG, CBS maj 2018

Forfatter: Torben Kyed Larsen (290467).

Vejleder: prof. Allan Hansen, CBS

Indhold

Abstract:.....	1
Ny Finansieringsmodel i sundhedsvæsenet – case-undersøgelse fra Region Syddanmark - implementeringsudfordringer og effekter på målopfyldelse	2
1. Problemfelt og problemformulering	2
Problemfelt	2
Problemformulering	3
Introduktion til Ny Finansieringsmodel	4
2. Metode	9
Casestudiet som metodestrategi – med primært kvalitative kilder	10
Dataindsamlingsmetode	10
Validitet og reliabilitet – refleksioner	11
4. Teoriafsnit	13
Performance management teori – opgavens teori ramme	13
Koordination:	14
Motivation:	14
Operationalisering af de teoretiske begreber	15
Målsætning 1: paradigmeskifte og patienten i centrum	16
Målsætning 2: Innovation og tværsektorielt samarbejde	17
Målsætning 3: Motivation og faglighed	17
Opsamling på operationalisering af teori - undersøgelsesmodellen	18
5. Analyse	20
Del 1 - målsætning 1: paradigmeskifte og patienten i centrum	20
Facilitere paradigmeskifte gennem dialog og information	20
Ledelsen understøtter aktiviteter, der tager udgangspunkt i patienternes behov	23
Delkonklusion på målsætning 1:	25
Målsætning 2: Innovation og tværsektorielt samarbejde	26
Der skabes tid og findes ressourcer til at finde nye måder at arbejde på	26
Der iværksættes udviklingsaktiviteter på tværs af sektorer	28
Delkonklusion på målsætning 2:	29
Del 3 – målsætning 3: højere motivation og faglighed i spil	30
Motivation og faglighed – motivationen øges og personalets faglighed sættes i spil	30
Troværdighed af modellens incitamenter:	34

Delkonklusion på målsætning 3:.....	36
6. Diskussion	37
Rækkevidden af effekter i tid og rum:	37
Andre forklaringer på de oplevede effekter??	39
7. Konklusion og perspektivering.....	41
Overordnet konklusion	41
Særligt vedr. målsætning 1 (facilitere paradigmeskifte og patienten i centrum).	42
Særligt vedr. målsætning 2 (øget innovation og tværsektorielt samarbejde):	42
Særligt vedr. målsætning 3 (højere motivation og faglighed i spil):.....	42
Perspektivering – andre synsvinkler på sagen:.....	42
8. Ledelsesmæssig udvikling gennem MPG-studiet, herunder Masterprojektet.....	44
Øget faglig viden indenfor ledelse i offentlig kontekst.....	44
Udvikle mig selv som leder.	44
Gøre anlægssekretariatet og mig selv klar til nuværende og fremtidige udfordringer.	45
Sammenfatning på den ledelsesmæssige udvikling gennem MPG-studiet.....	45
Litteraturliste:	46
Bilagsliste:	48

Abstract:

The healthcare management model focusing on tight activity and productivity management is under pressure and new models are being tested in the 5 regions. This case study analyzes Region Syddanmark's experimental model - New Financing Model (NF).

It is analyzed within the theoretical framework Performance Management focusing on coordination and motivational challenges.

The question the assignment wants to answer is:

“What effects does the New Financing Model have on the organization's goal-achievement?”

I conduct inside a critic realism paradigm a qualitative case study, through semiconductor interviews, examining implementation of the model at a department in one of the region's 5 hospitals departments.

The analysis generally indicates that the New Financing Model has some overall positive effects on the organization's performance in a number of areas. There are also significant positive motivational effects from the NF model, where the organization is now in the process, with the way it is implemented on and with the elements of the model that has been in focus.

Removing the activity requirement is the single element of the NF model, which has the greatest facilitating influence on both goal fulfillment and motivational improvements.

Other elements in NF are significantly weaker in the case and the people interviewed fear that there are elements in the model (especially the population responsibility element) that could directly have a crowding out effect in the long term in a more pressured situation with a more fully implemented NF model.

The coordination challenge is the distribution of decision-making rights and is handled through an almost laissez-faire approach from management in terms of release of employees in relation to the development and understanding of the NF model and the start of new activities within the framework of the NF model. On the other hand, the coordination element in the form of targeting, merit-based measurement instruments and effective feedback systems can't be found to a significant extent in the case.

In the final discussion the generalizability of the results of the case study are discussed and whether there are other reasons for the effects observed. In the final perspective, I look at 1) how we could become more aware of the motivational improvements that the analysis shows, 2) how the analysis challenges the theoretical framework of the assignment - the Performance Management model and, finally, 3) I refer to the new governance models in the regions that the New Finance Model is exponentially for to truly deliver the paradigm shift as they are justified

Ny Finansieringsmodel i sundhedsvæsenet – case-undersøgelse fra Region Syddanmark - implementeringsudfordringer og effekter på målopfyldelse

1. Problemfelt og problemformulering

Problemfelt

Styringsmodellen i det danske sundhedsvæsen har været genstand for mange diskussioner de senere år. Har fokus på aktivitet og konstant aktivitetsøgning reelt været med til at sænke kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser samtidig med, at det har forringet arbejdsvilkårene for de fagprofessionelle? Diskussionen har blandt andet gået på om modellen slet og ret har overlevet sig selv. (Danske Regioner, KL, mfl, 2013)(Danske Regioner, 2015)(Hansen, B.&Stenbæk, J., 2017)

Ventelisterne er nedbragt, men hvordan sikres det, at de ikke stiger igen, hvis der samtidig ønskes et styringsmæssigt fokus på kvalitet, at der ydes den "rigtige" kvalitet, som bidrager til at forbedre befolkningens sundhedstilstand, og at samarbejdet mellem sektorer om det gode patientforløb udvikles? (Danske Regioner, 2016)

Denne diskussion har medført, at der i økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner for 2016 blev aftalt, at der sættes midler af til at afprøve nye styrings- og afregningsmodeller.(Regeringen, Danske Regioner, 2015)

Danske Regioner har stærkt inspireret af Michael Porters Value based competition model (Porter, M.E, 2010; Porter, M. E.& Teisberg, E. O., 2006), udarbejdet en overordnet skitse til Værdibaseret styring, der som det nye sort i styringsdebatten kommer op som modsvar på det nuværende styringssystem og har sat gang i forsøg med nye varianter af styrings- og finansieringsmodeller rundt i regionerne. (Danske Regioner, 2016)

I Region Syddanmark valgte man som en del af budgetforliget for 2017 at afprøve Ny Finansieringsmodel i en toårig periode på en 20 udvalgte afdelinger fordelt på regionens 5 sygehuse. (Region Syddanmark, 2016)

Modellen indebærer, at de udvalgte afdelinger ikke er underlagt et aktivitetskrav, men i stedet sættes fri til i højere grad at afprøve innovative løsninger, udviklingstiltag og at tilrettelægge patientforløb med afsæt i patienternes behov – som det skrives "fra mere til bedre og med patienten i centrum".

Det er implementering af denne nye styringsmodel for sundhedsvæsenet i form af Ny Finansieringsmodel i Region Syddanmark, der vil være emnet for denne masterafhandling.

Ny finansieringsmodel er i sin substans et Performance Management system (PM), der igennem en ny fordeling af beslutningsrettigheder, nye former for præstations-/evalueringsmål og nye typer belønning/straf skal bidrage til at realisere organisationens mål om et paradigmeskifte i sundhedsvæsenet (Friis/Hansen, 2013).

Det er derfor naturligt at undersøge og analysere Ny Finansieringsmodel indenfor den teoretiske ramme Performance management (PM), som beskrevet af Friis og Hansen (Friis/Hansen, 2013).

Det jeg finder særligt interessant at følge med indførsel af Ny Finansieringsmodel er hvordan den bliver implementeret ude på sygehusene og hvordan den vil lykkes med at indfri alle de

mangefacetterede overordnede målsætninger for sundhedsvæsenet, som modellen forventes at bidrage til (Petersen, K.M., 2017-2)(Højgaard, B., Trap,R.W og Bech,M., 2016).

For der er mange bogholderier der skal føres parallelt ude på sygehusene i Region Syddanmark i forbindelse med implementeringen af Ny Finansieringsmodel:

Koordinationsudfordringen	Hvordan balanceres alle disse incitamenter/mål/forventning i implementeringen af den nye model?
Motivationsudfordringen	Hvordan oversættes det nye til medarbejderne helt ude i fronten, så de går i den nye retning?
Adfærdsudfordringen	Hvordan vil man ude tæt på patienten modtage det nye?
Effektudfordringen	Hvordan vil den nye finansieringsmodel bidrage til de indbyggede målsætninger?

Det er nogle af de centrale udfordringer, der illustrerer de spændinger i den nuværende situation i overgang fra et kendt til et nyt men endnu ikke præcist defineret styringskoncept. Det er det der motiverer mig til at skrive en master om denne on-going transition, der potentielt vil få stor indflydelse på patienter og pårørendes oplevelser, personalets dagligdag og arbejdsvilkår og være en kæmpe strategisk udfordring for både den overordnede ledelse i regionerne og sygehusledelserne i de næste mange år (Grøn, C.H, Hansen, H.F. og Kristiansen, M, 2014)

Problemformulering

For at blive klogere på effekterne af Ny Finansieringsmodel i Region Syddanmark, som det eksempel på de nye styringssystemer det er og implementeringsudfordringerne knyttet til det skifte, vil jeg i masterafhandlingen se på:

1. Hvilke effekter har Ny Finansieringsmodel i den konkrete case på organisationens målopfyldelse?

Konkretisering/afgrænsning/udmøntning af problemformuleringen.

Målopfyldelse vil blive afgrænset til at handle om vurdering af modellens effekter på de 3 overordnede mål defineret for modellen, som også udgør opgavens undersøgelsesspørgsmål, der konkretiseres yderligere i efterfølgende afsnit med henblik på at danne grundlag for indsamling af data til opgaven (Center for Kvalitet, 2017). De 3 målsætninger der måles effekter op imod er:

at "skabe rammerne for et paradigmeskifte, hvor sygehusene sættes fri til i højere grad, at afprøve innovative løsninger og tilrettelægge patientforløb med afsæt i patientens behov. Derfor bliver fokus på patientoplevelsen, patienttilfredsheden og værdi for patienten helt centrale dimensioner i styringsmodellen".

"at der gives muligheder for nye løsninger og kreativitet i forhold til f.eks. telemedicin, samspil med praksis-sektor og kommuner mv. idet en lang række af sådanne aktiviteter indebærer et behov for redefinering af aktivitet".

"højere motivation hos medarbejderne" i sammenhæng med "at fagligheden hos personalet sættes mere i spil".

Når det gælder afgrænsning af hvilke effekter, der indsamles data på, så vil der på grund af det meget tidlige stadie i forsøget med Ny Finansieringsmodel ikke være adgang til valide og dækkende kvantitative data fra de iværksatte opfølgningssystemer for målbare konkrete effekter af Ny Finansieringsmodel (Center for Kvalitet, 2017). I mangel af direkte målbare effekter vil det derfor primært dreje sig om indhentning af oplevede effekter ude hos de berørte medarbejdere og sygehus gennem fokusgruppeinterviews.

Opgavens genstandsfelt er implementering af Ny Finansieringsmodel i Region Syddanmark, som et eksempel på de nye styringssystemer der afprøves i sundhedsvæsenet i DK i disse år. I forhold til Ny Finansieringsmodels validitet som eksempel på den nye styringsdagsorden for sundhedsvæsenet, er modellen isoleret set et finansieringssystem og kun er en del af et samlet styringssystem, der indeholder en lang række øvrige styringselementer på kvalitet mv. (Petersen, K.M., 2017-2)(Højgaard, B., Trap,R.W og Bech,M., 2016).

Men Ny Finansieringsmodel skal i praksis og i denne opgavesammenhæng ses i sammenhæng med 2 andre styringselementer, der er iværksat tidsmæssigt samtidig med. Det handler om 8 Pejlemærker for regionen baseret på de nationale mål for sundhedsvæsenet (Region Syddanmark, 2016)(Sundheds- og ældreministeriet, KL mfl, 2016) og indførelse af den syddanske forbedringsmodel til at sikre mere sundheds for pengene med kvalitet og patient i centrum for fremtidig udvikling (Safarkhanlou, S, 2016). Samlet set sikrer det et tilstrækkeligt overlap mellem Region Syddanmarks Ny Finansieringsmodel i denne udvidede forståelse og det nye og fortsat ikke fast definerede styringskoncept på landsplan, hvor der er flere ikke økonomiske/finansielle elementer med, som centrale elementer. (Danske Regioner, 2016))(Højgaard, B., Trap,R.W og Bech,M., 2016).

En anden væsentlig afgrænsning af genstandsfeltet er, at opgaven vil analysere implementering af Ny Finansieringsmodel på 1 ud af de 20 afdelinger, der gennemfører forsøget i Region Syddanmark. Det giver naturligvis en stor og væsentlig begrænsning i hvor meget undersøgelsens resultater kan bruges til at generalisere om modellens effekter på målopfyldelsen på regionsniveau og implementeringsudfordringerne. Der vil være repræsentationsudfordringer, når der kun ses på 1 ud af 20 afdelinger, hvor forskelle fx mellem sygehuse, mellem typer af afdelinger, mellem størrelser på afdelinger, mellem personalemæssige og økonomiske udgangspunkter for at gå ind i forsøget for sygehuse og afdelinger, vil være forskelle der ikke kan tages højde for i undersøgelsen og i tolkning af resultaterne. Det ligger dog ikke indenfor denne opgaves scope at gennemføre en bredere dataindsamling og vil håndtere begrænsningerne både i diskussionen og perspektiveringen af resultaterne.

I forhold til denne masterafhandling, så er ambitionen gennem en analyse af indførslen af et bud på nyt styringssystem i sundhedsvæsen (Ny Finansieringsmodel) på en konkret afdeling at få indsigt i udfordringer med implementering af nyt styringssystem i en så kompleks organisation som sundhedsvæsen/sygehusene er med så mange og mangefacetterede dagsordner og mål de skal bidrage til.

Det skulle samlet gerne udmønte sig i en situationsrapport for hvor vi står lige nu mht. at få et nyt styringssystem, der kan levere på alle de forskellige mål for skiftet i styringssystem. På den måde håber jeg at opgaven vil bidrage til det videre udviklingsarbejde med indhold og implementering af det nye styringssystem først og fremmest i min egen region, men forhåbentlig også på landsplan.

Introduktion til Ny Finansieringsmodel

Den Ny Finansieringsmodel er kørt som et forsøgsprojekt siden 2016 på 20 sygehusafdelinger fordelt på regionens 5 sygehuse og på forskellige specialer (Region Syddanmark, 2016). På baggrund af 2 års

erfaringer og en evaluering i 2018 (Center for kvalitet, 2017) skal den endelige model iværksættes for hele sygehusvæsenet i Region Syddanmark fra 2019.

Udgangspunktet for udvikling af modellen har været et ønske om, at kunne håndtere det forventede pres på sundhedsvæsenet i form af den demografiske udvikling med flere ældre, krav om kvalitet m.v., set i forhold til den forventede begrænsede vækst i ressourcer til sundhedsvæsenet de næste mange år. Dagsordenen for forsøget kan samles i 3 primære målsætninger som den nye finansieringsmodel er tænkt som et middel til at opnå (Center for Kvalitet, 2016) (Region Syddanmark, 2016):

at "skabe rammerne for et paradigmeskifte, hvor sygehusene sættes fri til i højere grad, at afprøve innovative løsninger og tilrettelægge patientforløb med afsæt i patientens behov. Derfor bliver fokus på patientoplevelsen, patienttilfredsheden og værdi for patienten helt centrale dimensioner i styringsmodellen".

"at der gives muligheder for nye løsninger og kreativitet i forhold til f.eks. telemedicin, samspil med praksis-sektor og kommuner mv. idet en lang række af sådanne aktiviteter indebærer et behov for redefinering af aktivitet".

"højere motivation hos medarbejderne" i sammenhæng med "at fagligheden hos personalet sættes mere i spil".

Den ny Finansieringsmodel er ikke i sig selv en samlet styringsmodel, da finansieringsmodellen kun udgør et element af den samlede fremtidige styringsmodel for Region Syddanmark (Region Syddanmark, 2016). Afprøvning af den Ny Finansieringsmodel kommer tidsmæssigt ovenpå og parallelt med 2 andre styringsinitiativer i regionen, der er sat i verden for også at bidrage til opfyldelse af de 3 ovenstående målsætninger:

Regionens 8 pejlemærker: Regionsrådet godkendte i november 2016 8 pejlemærker, som værende den overordnede ramme for regionens styring og fokus i de kommende år. Pejlemærkerne afspejler ligeledes de nationale mål for sundhedsvæsenet. Pejlemærkerne er udmøntet i konkrete målepunkter, der via opfølgningssystemer følges op på løbende politisk og administrativt. De pejlemærker, der er relevante i denne opgavesammenhæng i sammenhæng med Ny Finansieringsmodel er: <i>1.Region Syddanmark er borgernes og patienternes region</i> <i>2.Region Syddanmark stræber efter at gøre det bedste for borgere og patienter</i> <i>3.Region Syddanmark prioriterer udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen</i>	Den syddanske forbedringsmodel - metoden, der tager udgangspunkt i LEAN-tankegangen, arbejder med at forbedre sygehusets aktiviteter med fokus på, hvad der giver værdi for patienten uden at forhøje omkostningerne og med tyngde i innovation helt ude i fronten. Forbedringsarbejdet sker blandt andet gennem workshops, systematiske opfølgninger på initiativerne, minimering af spild, standardisering af rutiner og stærke udviklingshold tæt på klinikken. Den er indført på alle sygehuse i regionen fra 2016. Metoden indebærer et meget stærkt fokus på ledelse af forbedringsarbejdet og omfattende ledelsesuddannelse af ledere på alle niveauer i sygehusvæsenet
---	--

Ny Finansieringsmodel kan derfor ikke isoleres fra disse 2 styringselementer, da de påvirker og dele heraf er forudsætninger for at Ny finansieringsmodel kan bidrage til opfyldelse af de 3 målsætninger. Derfor vil elementer fra de 2 styringselementer også indgå i beskrivelsen og forståelsen af Ny Finansieringsmodel i denne opgavesammenhæng.

Da det er et forsøgsprojekt er der ikke udviklet et komplet sæt målings-, opfølgings- og belønningssystemer, men nogle mere afgrænsede og mindre formaliserede systemer, som det fremgår nedenfor i gennemgangen af elementerne i Ny Finansieringsmodel. I den endelige udgave af den fremtidige samlede styringsmodel, vil der indgå et udbygget sæt af formaliserede kontrakter, procedurer, opfølgningssystemer, ledelsesinformation, økonomiske incitamenter m.v. (Region Syddanmark, 2016)

Finansieringsmodellen tager afsæt i følgende principper:

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

(Region Syddanmark, 2016)

Derfor vurderes det, at en rammestyringsmodel med et indbygget populationsansvar er det mest hensigtsmæssige til at fremme denne dagsorden.

De 2 vigtigste elementer i forsøgsmodellen, der skal bidrage til at målene nås er derfor:

1. 100 % Ramebudget uden årlig 2 % produktivitetsudvikling
2. Populationsansvar

I tabellen nedenfor vil de 2 hovedelementer blive uddybet:

100 % rammebudget uden årlig 2 % produktivitetsudvikling	Populationsansvar
I rammestyringsmodellen fjernes kravet om en årlig 2 % produktionsudvikling. Der vil dog være en forventning om, at afdelingerne i fremtiden vil kunne håndtere en stigende efterspørgsel. Som incitament for og redskab til dette nævnes at "dette kan ske ved at udnytte de redskaber, der ligger i den syddanske forbedringsmodel i form af optimale patientforløb, reduktion af spild og brug af andre behandlingsformer f.eks. telemedicin og telepsykiatri". I den nye model vil der fremadrettet ikke være fokus på aktivitet, men på om populationsansvaret overholdes. Modellen tilskriver, at der derfor vil skabes større muligheder for løsninger, som kan virke som bolværk mod aktivitetspres og samtidig vil kunne honorere kravet om mere kvalitet med fokus på værdi for patienten og patienten i centrum (i tråd med og understøttet af regionens pejlemærker).	Populationsansvar indebærer, at man har en forpligtigelse til at sikre alle borgere i ens population den sygehusbehandling, de har behov for og ret til. Dvs. også ansvar for at patientrettighederne f.s.v.a. udrednings- og behandlingsretten. Populationen forstås som den andel af patienter, i forhold til specialet på den enkelte afdeling, som sygehuset tidligere har betjent. Populationsansvaret medfører ligeledes, at man ikke sender egne patienter videre til andre sygehuse, garantiklinikker eller andre regioner. Modellen påpeger ligeledes, at populationsansvaret kan være en tilskyndelse til fokus på forebyggelse og samarbejde på tværs af sektorer, således at der kan ske en forskydning af opgaver til primærsektor, hvis de løses bedst der. I og med, at der ikke længere afregnes for meraktivitet får sygehusledelserne nye opgaver i forhold til at flytte ressourcer internt, hvis nogle afdelinger ikke kan leve op til populationsansvaret.

(Region Syddanmark, 2016)

Som en del af forsøget med den nye finansieringsmodel vil afdelingerne særligt blive monitoreret i forhold til overholdelse af budget, populationsansvar og patientrettigheder, samtidig med øvrige igangværende opfølgningssystemer som kvalitetsdatabaser, samarbejde med praksis/kommuner, regionens pejlemærker, MTU, patienttilfredsmålinger mv.

I nedenstående tabel gennemgås kobling mellem målsætninger og elementer i modellen med fokus på den forståelse af sammenhæng mellem element og målsætning og angivelse af eksempler på de opfølgningssystemer, der bruges til at måle på om målene nås.

Målsætning	Element i Ny Finansieringsmodel	Sammenhæng til målsætning	Opfølgningssystemer – eksempler
Paradigmeskifte – kvalitet og patient i centrum	100 % rammebudget og ingen 2 % årlig produktivitsudvikling	Uden aktivitetskrav skabes frirum til nye og mere hensigtsmæssige forløb fra patientvinklen understøttet af regionens pejlemærker (gøre det bedste for patienten/patienternes region)	Budgetoverholdelse Kvalitetsdatabaser Patienttilfredsheds målinger – årlige status (LUP) og løbende målinger (PRO)
	Populationsansvaret	Fravær af aktivitetskrav skaber et stærkere incitament til at optimere patientforløb (gøre dem kortere, mere komprimerede og færre opfølgninger)	Måling på patientrettigheder Omfang af viderevisitation til andre sygehuse Måling på henvisninger, antal kontroller og forløbslængder.
Nye løsninger og innovation og tværsektorielt fokus	100 % rammebudget uden 2 % årlig produktivitsudvikling	Uden aktivitetskrav skabes frirum til nye og mere hensigtsmæssige forløb fra patientvinkel. Den Syddanske forbedringsmodel katalysator for innovationsdelen understøttet af regionens pejlemærke (styrke det nære sundhedsvæsen)	Omfang af ikke direkte patientrettede aktiviteter Omfang af tværsektorielt samarbejde Omfang af brug af syddansk forbedringsmodel
	Populationsansvaret	Incitament til forebyggelse og udbygget samarbejde med andre aktører	
Højere motivation og faglighed i spil	100 % rammebudget uden 2 % årlig produktivitsudvikling	Uden aktivitetskrav sætter det fagpersoner mere fri til at vælge det patientforløb som giver fagligt bedst mening uden skelen til antal besøg mv. Sammen med den syddanske forbedringsmodel gør det at frontmedarbejderen får flere handlemuligheder/-kompetencer og	Medarbejdertilfredshed.- MTU'er Sygefravær Antal medarbejdere involveret i forbedringsinitiativer under den syddanske forbedringsmodel

		valgmuligheder	
	Populationsansvaret	Sammen med regionens pejlemærker skaber det forstærket grobund for en mere holistisk og tværsektoriel tilrettelæggelse af patientforløb, hvorunder regionens specialister i højere grad stiller sig til rådighed for andre aktører. Bedre anvendelse af sin ekspertviden.	

I denne opgave baseres vurderinger af modellens effekter på en gennemført kvalitativ undersøgelse. Det skyldes at det ikke indenfor opgavens tidshorisont har været adgang til valide kvantitative data, da forsøget lige nu er midt i en evalueringsproces og den kvantitative analyse endnu ikke er offentliggjort.

2. Metode

Dette kapitel har til hensigt at beskrive opgavens videnskabsteoretiske udgangspunkt samt forklare den metodiske fremgangsmåde.

Masteropgavens videnskabsteoretiske kontekst tager udgangspunkt i den kritiske realisme. Ontologien i den kritiske realisme hævder grundlæggende at virkeligheden eksisterer både udenfor, før og uafhængigt af de erkendelser og iagttagelser, vi gør os. Den indeholder elementer fra flere forskellige videnskabsteoretiske ståsteder men tager afstand fra både den rene realistiske videnskabsteoretiske forståelse (at der er én virkelighed) og den rene konstruktivistiske videnskabsteori ('virkeligheden', som værende determineret af erkendelsen, og som derfor menes kun at eksistere inde i vores hoveder, i relationer eller i kraft af vores definitioner). (Danermark et al, 1997).

Mit videnskabsteoretiske ståsted afspejler sig på forskellig vis i opgaven belyst ud fra de 3 domæner tilstede i den kritiske realisme:

Det generative domæne	Det faktuelle domæne	Det empiriske domæne
I min opgaveformulering vil jeg undersøge effekter af indførsel af nye strukturer – her postuleres der at disse strukturer besidder kræfter, der former eller producerer faktiske hændelser	Der indgår kvantitative data (få) i vurdering af effekterne af den Ny Finansieringsmodel, hvori der postuleres at en konkret faktuel observerbar hændelse er et resultat af den nye strukturs kræfter også selvom den ikke er erfaret af de involverede medarbejdere	En stor del af den viden jeg vil lægge til grund for vurdering af om den Ny Finansieringsmodel har haft effekt på målopfyldelsen kommer fra individers individuelle perception og refleksion af de faktuelle begivenheder

Med afsæt i opgavens videnskabsteoretiske ståsted i den kritiske realisme og valg af emne og problemformulering i opgaven følger det naturligt at vælge den abduktive metode som opgavens analysestrategi til at skabe koblingen mellem empiri og teori (Danermark et al, 1997).

Ved abduktion søges efter en forklaring på empirien gennem koblingen mellem de indsamlede data og den teoretiske ramme. Den abduktive strategi sikrer vekselvirkningen mellem teori og empiri, og åbner dermed mulighed for en redefinering af fortolkningen gennem hele analyseprocessen. Den abduktive strategi forudsætter et teoretisk blik på det, man undersøger empirisk, og sigter mod en bevægelse fra det observerede til nye hypoteser om, hvordan genstandsfeltet ser ud (Danermark et al, 1997). I denne opgave håber jeg fx på at analysen kan ende ud med nyt bud på årsagssammenhænge mellem Ny Finansieringsmodel og målopfyldelse (i form af realisering af de opstillede 3 målsætninger). Til forskel fra deduktion så er slutningen på analysen ved abduktion imidlertid ikke en konklusion, som følger logisk af præmisserne, men derimod en ny tolkning, som er rimelig ud fra den givne tolkningsramme.

Valget af denne mere cirkulære procestilgang og kontinuerlige undren, der ligger i abduktion følger også naturligt af valget af emne og problemfelt, hvor det drejer sig om model på forsøgsstadiet og hvor både den regionale og nationale styringskontekst den indgår i fortsat er under udvikling. Det er derfor ikke realistisk eller formålstjenligt at have en ambition om mere håndfaste konklusioner (som ved en deduktiv tilgang).

Casestudiet som metodestrategi – med primært kvalitative kilder

Opgaven bygger på en empirisk undersøgelse af et muligt paradigmeskifte i styring af sundhedsvæsenet belyst gennem et casestudie af et af de igangsatte forsøgsinitiativer indenfor det nye styringsparadigme. Det danner afsæt for problemformuleringen.

Valget af casestudie som forskningsdesign følger naturligt af opgavefeltet og problemformuleringen, der sætter fokus på igangsatte aktiviteter indenfor det nye styringsparadigme og på årsagssammenhænge. Valget af casestudiemodellen frem for alternativt en surveybaseret undersøgelse begrundes primært med

1.	Case-modellen giver bedre og dyberegående og mere nuanceret indsigt i årsagssammenhænge i forhold til mere surveybaserede undersøgelser
2.	Ny Finansieringsmodel er på et tidligt forsøgsstadium, hvor kun et relativt lille udsnit af sygehusets afdelinger deltager – det reducerer i sig selv et evt. surveybaseret undersøgelse udsagnskraft i forhold til helheden (som ellers er fordel ved surveys i forhold til casemodellen)
3.	I denne konkrete opgavesituation så er der heller ikke adgang til tværgående kvantitative data for de deltagende afdelinger og endelig ligger det udenfor opgavens scope at undersøge flere afdelingers brug af Ny Finansieringsmodel

Casestudiet vil blive gennemført ved brug af kvalitativ metode. Opgaven vil næsten udelukkende basere sig på kvalitative data fremkommet via analyse af skriftlige kilder og analyse af data fra gennemførte interviews.

Både ud fra opgavens videnskabsteoretiske grundlag og opgavens store fokus på at få en dyberegående indsigt i forskellige årsagssammenhænge og forklaringer på hændelser i forbindelse med indførsel af Ny Finansieringsmodel giver brug af den kvalitative metode god mening. Kvalitative metoder lægger vægt på kontekst og dybtgående dataanalyse med henblik på begrebsudvikling og forklaring af konkrete hændelser, og forcen ved det kvalitative interview er derfor dets stærke forklaringskraft. Det er altså overvejende gennem de kvalitative metoder, hvor hændelser studeres i en specifik kontekst, at de kausale mekanismer, jf. opgavens videnskabsteoretiske grundlag (kritisk realisme), kan identificeres (Tanggaard, L og Brinkmann, S., 2010).

Dataindsamlingsmetode

Den overordnede case er implementering af Ny Finansieringsmodel på et sygehus i region Syddanmark. Den vil blive analyseret via indsamlede data fra semistrukturerede interviews på et udvalgt sygehus og en enkelt afdeling suppleret med øvrig tilgængelig skriftligt materiale om Ny Finansieringsmodel i Region Syddanmark. Konkret undersøges Psykiatrisygehuset og mere specifikt psykiatrisk afdeling i Odense.

Da det er forholdsvis præmaturog tidligt i processen mht. overgang til nyt styringsparadigme og det nye paradigme fortsat ikke har fået en klar autoritativ udgave, så foreligger der fortsat meget begrænset litteratur om emnet.

Dataindsamlingsmetode og refleksion over validitet og reliabilitet vedr. dette fremgår af nedenstående afsnit.

Af mulige kvalitative dataindsamlingsmetoder er der valgt det semistrukturerede interview. Definitionen på det semistrukturerede interview er; "et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener" (Kvale,

2000: 19). Der er tale om en kvalitativ metode, i form af en samtale, med en struktur og et formål, der defineres og kontrolleres af forskeren.

Formen og struktureringen af interviewet giver plads til frihed og gør det muligt at forfølge meninger, der fremkommer, hvilket spiller fint sammen med den valgte abduktive forskningsstrategitilgang og opgavens virkelighedsforståelse jf. kritisk realisme. Det semistrukturerede interview bevarer en åbenhed og den dertil udarbejdede interviewguide kan samtidig sikre, at man undersøger og stiller de relevante spørgsmål

Forud for afholdelse af interviewene er der udarbejdet en interviewguide. Interviewguiden er med til at sikre, at man holder sig til de spørgsmål, der er lavet på forhånd og er med til at sikre, at der spørges om det, der er hensigten og formålet med undersøgelsen. Interviewguidens spørgsmål er udarbejdet, så der er en vis struktur på interviewet samtidig med, at det tillader en vis fleksibilitet, så det er muligt at spørge ind til andre områder (Hermananowicz, J.C., 2002).

Denne fleksibilitet sikrer, at der er plads til at forfølge interessante emner, der ikke på forhånd er overvejet. Yderligere kan det semistrukturerede interview bruges til at belyse og sammenholde den brugte metode med den bagvedliggende teori, hvilket gør det muligt at sammenkoble teorien med ny data.

På baggrund af disse antagelser vælges det semistrukturerede interview, da det kan benyttes til at undersøge og belyse de emner, der bygger på en persons erfaringer og derved forforståelse (Tanggaard og Brinkmann, 2010)

Selve interviewet

Forud for interviewet vil der være en kort forklaring af interviewets indhold og struktur af interviewansvarlig, ligesom der er mulighed for at respondenterne kan få afklaret eventuelle spørgsmål. Herefter blev der blevet placeret en optager på bordet mellem respondenterne og interviewansvarlig, som har optaget interviewet.

Opfølgning på interviewene

Forud for transskriberingen af interviewene er der udarbejdet en transskriptionsstrategi, for at sikre at alle transskriptioner overholder samme retningslinjer, som har til formål at sikre, at der ikke går mening fra interviewene tabt gennem anvendelse af forskellige metoder i transskriptionen.

Transskriberingen vil blive foretaget således, at lydfilerne for interviewene bliver afspillet i en medieafspilningssoftware, samtidig med indholdet af interviewene blev noteret i et tekstbehandlingsprogram.

Validitet og reliabilitet – refleksioner

For at sikre validiteten af undersøgelsen, er der blevet udarbejdet en interviewguide. Baggrunden for dette er at sikre, at de spørgsmål der bliver stillet, under interviewene har sammenhæng med de emner, der ønskes belyst i undersøgelsen (Kvale, 2005).

Ved brug af en kvalitativ tilgang opnås de enkelte individers subjektive meninger og holdninger. Det gør resultaterne svære at generalisere. Opgavens forfatter er dog af den holdning, at der i dette tilfælde opnås den bedste undersøgelse ved hjælp af en primær kvalitativ fremgangsmetode, da der netop søges efter de forskellige personers individuelle oplevelser af og syn på verden. Samtidig suppleres den kvalitative fremgangsmåde med enkelte skriftlige kilder, som kan sætte kontekst for de individuelle oplevelser og som de kan spejle kritisk op imod.

En anden ulempe ved en kvalitativ undersøgelse er, at den er mindre struktureret end en kvantitativ undersøgelse, hvilket kan resultere i mistede informationer. For at reducere denne ulempe er interviewene

udført efter en semistruktureret fremgangsmetode (Kvale, 2005) ud fra en forud fastlagt interviewguide, hvilket alt andet lige sikrer en vis systematik i dataindsamlingen og en større sikkerhed for at komme rundt om problemstillingen til alle interviews. Muligheden for supplerende spørgsmål, der ligger i det semistrukturerede interviewdesign anses endelig for at have en positiv påvirkning på troværdigheden af svarene, da der er mulighed for at emnerne i spørgeguiden bliver belyst mere dybdegående.

Der er valgt at gennemføre interview med de 2 øverste niveauer i sygehus-hierarkiet – sygehusledelsen og afdelingsledelsen – samt interviewet medarbejdere helt ude i fronten. De er valgt ud fra at de alle 3 niveauer er nødvendige at indsamle data fra for at kunne dække problemstillingen af. Sygehusledelsen er centralt i forberedelsen af indførslen af den nye model, oversættelsen fra regionstoppen og ud til afdelingerne og deres ledelsesmæssige indsats i forbindelse med implementering og opfølgning.

Afdelingsledelsen er central mellemlid og filter for modellens overgang fra overordnet modelapparat til praktisk virkelighed ude i fronten. Med en opgave hvor motivation er en central del, så giver det god mening at nå helt ud til fronten i sygehuset og spørge medarbejderne. Det er dog udfordrende på det her tidspunkt i processen, hvor forsøget primært har haft et liv på afdelingsledelses og sygehusledelsesniveau. Der vil dog blive gennemført et interview med 3 medarbejdere, der har indgået i forberedelsen af forsøgsprojektet på den konkrete afdeling.

Der er kun gennemført forsøg på en af de psykiatriske afdelinger og derfor kan resultaterne af analysen siges at have en høj generaliserbarhed til psykiatriområdets brug af Ny Finansieringsmodel. Til gengæld så vil undersøgelsens resultater have begrænset anvendelighed i forhold til hvordan situationen generelt er på sygehusområdet i Region Syddanmark som helhed. Her udgør psykiatrisk afdeling kun 1 ud af 20 afdelinger der har gennemført projektet.

Generaliserbarheden af resultater af interview med medarbejderniveauet er også begrænset, da der kun er gennemført interviews med 3 ud af 200 medarbejdere i afdelingen. De 3 udspurgte er ikke repræsentative i den forstand at de er særligt vidende og engageret i forsøget med Ny Finansieringsmodel. Det vil alt andet lige være en risiko for at de vil være positivt biased i forhold til modellen og have et betydeligt større vidensniveau (og med hensyn til oplevelse af betydning af den nye model) end den øvrige medarbejderstab.

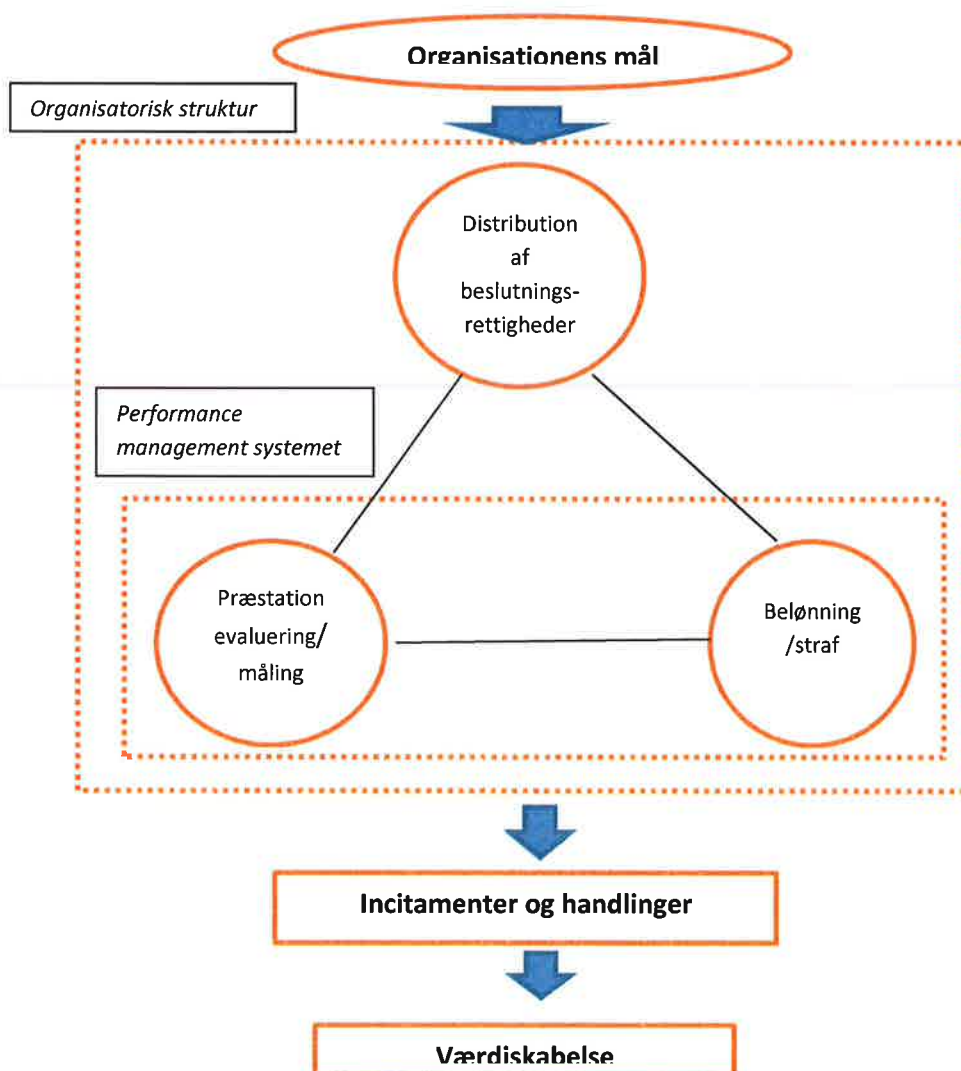
4. Teoriafsnit

Teori-apparater, der anvendes i opgaven bruges primært til at skabe præcise fokuspunkter og spørgsmål, der skal guide analysen og indsamlingen af data gennem generelt at agere prismen jeg anskuer empirien igennem. Ud af analyserne af empirien vil jeg kunne udsige noget om anvendeligheden/styrken af de enkelte teoretiske begrebsapparater til forståelse af problemfeltet.

Performance management teori – opgavens teori ramme

Ny finansieringsmodel er i sin substans et Performance Management system (PM), der igennem en ny fordeling af beslutningsrettigheder, nye former for præstations-/evalueringsmål og nye typer belønning/straf skal bidrage til at realisere organisationens mål om et paradigmeskifte i sundhedsvæsenet.

Det er derfor naturligt at undersøge og analysere Ny Finansieringsmodel indenfor den teoretiske ramme Performance management (PM), som beskrevet af Friis og Hansen (Friis, I og Hansen, A. 2013). PM-systemet er illustreret nedenfor.



Figur xx: Performance Management-systemet (Friis/Hansen, 2013/14, s. 120)

PM peger på, at for at forstå hvordan ledelse kan skabe værdi i organisationer, så er det relevant at se på koordination og motivation, som de 2 grundlæggende ledelsesproblematikker. PM bliver altså værdiskabende i den enkelte organisation, når den forbedrer koordinationen og motivationen.

Koordination:

Koordination defineres i PM, som det at få de rigtige mennesker til at gøre de rigtige ting. Det understreger betydning af at målings-, evaluerings- og incitamentssystemer afspejler, kommunikerer og skaber opmærksomhed omkring de aktiviteter og opgaver der er værdiskabende for organisationen.

Koordinationsaktiviteter har en værdiskabende rolle gennem at dirigere de ansatte i den rigtige retning.

Koordinationsproblemer opstår jf. Friis/Hansen(Friis, I og Hansen, A. 2013), når de ansatte (på fx sygehuse) kun fokuserer på at producere så meget som muligt og tilsidesætter/nedprioriterer kvalitet, samarbejde og andre former for værdiskabende aktiviteter. Det er netop det system som Ny Finansieringsmodel skal skubbe sygehusene væk fra.

Friis og Hansen(Friis, I og Hansen, A. 2013) peger på at denne type koordinationsproblemer skal forsøges håndteret ved at meritbaserede målinger prioriteres højt – dvs. målinger på kvalitet, output/outcome, omfang af innovation og samarbejde vægtes højt i den samlede belønning af afdelingen/den enkelte. Det er netop denne retning, som er en af de fundamentale intentioner med Ny Finansieringsmodel.

Motivation:

I forhold til motivationsdelen i PM vil jeg tage afsæt i Ryan & Deci Selvbestemmelsesteori (SDT), herunder ikke mindst begreber om indre og ydre motivation og Crowding out (Ryan, R.M. og Deci, E.L., 2000).

Indre motivation og SDT:

Ryan og Deci deler i deres Self-Determination Theory motivation op i to typer:

"The most basic distinction is between intrinsic motivation, which refers to doing something because it is inherently interesting or enjoyable, and extrinsic motivation, which refers to doing something because it leads to a separable outcome." (Ryan, R.M. & Deci, E.L., 2000, s. 55).

Denne distinktion søger at gøre op med ideen om, at motivation blot er et spørgsmål om en gradbøjning af mere eller mindre motivation. Således er hensigten med inddelingen i indre og ydre motivation, at forstå ikke hvor kraftig motivationen nødvendigvis er, men snarere hvorfra denne motivation stammer.

Ryan&Deci (Ryan, R.M. og Deci, E.L., 2000) bygger deres definition af indre motivation op på de psykologiske behov, som underliggende/grundlag for indre motivation. Det drejer sig primært om:

- Autonomi - handler om at være sin egen herre og vigtigheden af at handle ud fra ens egen overbevisning i stedet for at blive dikteret og adlyde andres ordre.
- Kompetence - handler om at have viden og troen på at man er i stand til at udføre en given handling

Udover fokus på de indre drivkræfter anerkender Ryan&Deci også, at det kan være af nytte at se på opgaveegenskaber og deres potentielle indre interesse, da det kan fremme bedre opgave design og derigennem styrker motivation.

Præmis for Ryan & Deci's studie af hvad der forstærker hhv. underminerer den indre motivation er, at den indre motivation er tilstede i alle/er en tilbøjelighed i organismen og er katalyseret (mere end forårsaget) når individer er under betingelser der skubber den indre motivation frem. Så omgivelserne/miljøets ageren er væsentlig for motivationen i denne teori. Det gør den særligt relevant i denne opgavesammenhæng omkring Ny Finansieringsmodel, hvor analysen vil gå på tilstedeværelse eller mangel på samme af motivationsfremmende handlinger og aktiviteter fra ledelsens side i organisationen (Ryan, R.M. og Deci, E.L., 2000).

Det som styrker jf. Ryan&Deci motivationen er interpersonelle begivenheder og strukturer (belønninger (fx i sammenhæng med præstationsmålinger), kommunikation og feedback), som fremmer følelse af kompetence. Forhold som fx optimale udfordringer, effectance promoting feedback, fri for nedgørende evalueringer er kendt for at facilitere og øge den indre motivation (Ryan, R.M. og Deci, E.L., 2000).

Men følelse af kompetence vil ikke udbygge den indre motivation med mindre den er akkompagneret af en følelse af autonomi, dvs. en indre oplevelse af at være aktivt deltagende/den som bidrager til aktiviteten.

Autonomi komponenten går også igen hos PM i deres motivationskomponent i form af Albert Banduras begreb "Self-efficacy" – eller handlingskompetence, som det er oversat til hos Friis/Hansen (Friis, I og Hansen, A. 2013). Handlingskompetence handler om, i lighed med autonomi komponenten hos Ryan&Deci, at hvis ikke et individ tror på at det kan producere den ønskede effekt eller forhindre de uønskede så har den ringe motivation for at handle. Det er troen på egen formåen, der har betydning for valg af mål og udfordringer, hvor megen indsats der investeres i det og hvor lang tid de vil kæmpe for det, hvis der viser sig udfordringer.

Crowding out - begrebet:

Det er vigtigt at fremhæve, at ydre håndgribelige belønninger kan underminere den indre motivation. Det kan også trusler, deadlines, direktioner, konkurrence pres – de opleves som controller af deres adfærd. Det er Crowding out, der her er på spil (Andersen. L.B, 2012)(Le Grand, J., 2003).

Alle former for belønninger underminerer og reducerer ifølge Ryan&Deci den indre motivation, da de vil blive opfattet som kontrollerende og ødelægge fornemmelsen af selvbestemmelse. Det betyder ikke at mål- og resultatmålinger er helt ubrugelige, men sætter fokus på at denne form for styring skal indrettes/formidles mv på en måde så det bliver internaliseret af individet (med det samme eller over tid). Dvs. accepteres af individet og ikke fremstår som en ekstern kontrollerende kraft.

Derfor skal performance management systemer opleves som informerende og ikke kontrollerende. En anerkendende feedback proces kan være et vigtigt element i at sikre det ikke opfattes som kontrollerende.

Det vil være naturligt i denne sammenhæng at se på i hvilket omfang de nye former for belønninger og adfærdsregulerende tiltag opleves primært som kontrollerende eller motiverende for den enkelte medarbejder/leder – dvs. i hvilket omfang Crowding out er på spil.

Operationalisering af de teoretiske begreber

Da målet med opgaven er at belyse effekter af den nye styringsmodel på organisationens målopfyldelse, vil undersøgelsen og analysen blive struktureret omkring de 3 overordnede målsætninger, der er formuleret for sygehusene i forbindelse med denne nye intervention.

Nedenfor vil jeg derfor for hver målsætning operationalisere teorirammen mundende ud i fokuspunkter for undersøgelse og analyse for hver målsætning og samlet set udvikle opgavens undersøgelsesdesign/model.

Målsætning 1: paradigmeskifte og patienten i centrum

"skabe rammerne for et paradigmeskifte, hvor sygehusene sættes fri til i højere grad, at afprøve innovative løsninger og tilrettelægge patientforløb med afsæt i patientens behov. Derfor bliver fokus på patientoplevelsen, patienttilfredsheden og værdi for patienten helt centrale dimensioner i styringsmodellen"

Koordinationsudfordringen består jf. Friis/Hansens PM -forståelsesramme i om man får kommunikeret og skabt opmærksomhed omkring de opgaver der med den nye styringsmodel fremadrettet vil være værdiskabende for organisationen.

Målsætningen sætter fokus på følgende elementer, som det nye styringssystem skal fremme:

- Facilitere paradigmeskifte
- Patientrettede aktiviteter

I forhold til facilitering af paradigmeskifte vil det i lyset af koordinationsudfordringen i PM-modellen, være relevant at se på dels hvordan den nye styringsmodel direkte kan bidrage til at paradigmeskiftet sker og hvordan ledelsen får forløst potentialet i den nye model i den konkrete implementering.

Her vil jeg have fokus på to centrale præmisser for en succesfuld forandringsproces, som et paradigmeskifte fordrer – organisatoriske kapaciteter i form af organisatorisk parathed og forandringsparathed generelt. Dette fokus kan også relateres til opgavens teoriramme - PM-modellen. Set fra det psykologiske perspektiv er distribution af beslutningsrettigheder i PM-modellen grundlaget for selvbestemmelse og individet kan gøre én forskel (autonomi). For at det lykkedes skal medarbejderne gøres i stand til at håndtere det ansvar der følger med. Her bliver det interessant hvordan det lykkes ledelsen at facilitere paradigmeskiftet gennem dialog og læring.

Det trin på vejen handler på mange måder om at gøre medarbejderne i stand til at håndtere de nye forventninger/krav til handling ude i yderste led. Det handler både om opbygning af organisatoriske kapaciteter og innovative kompetencer, der kan matche de nye frihedsgrader og om forventninger om mere individuelt tilrettelagte forløb med udgangspunkt i den enkeltes patients behov.

At tilpasse de ansattes adfærd til i højere grad at understøtte målet om mere involvering af patienter og sætte patienten mere i centrum er en anden af de koordinationsudfordringer jf. PM-modellen, som sygehusene står over for.

Dette element tager også fat i komponenten distribution af beslutningsrettigheder i PM. Specifikt det der handler om at udnytte den lokale viden og på den måde skabe en mere effektiv beslutningstagning lokalt. Det ser man bl.a. i forbindelse med i højere grad at inddrage patienternes behov i beslutningstagningen. Det handler om lokalt (men også centralt) at inddrage patienterne i tilrettelæggelse af aktiviteterne. For at måle på hvilke effekter den nye styringsmodel får på dette område, vil fokus være på de 2 områder, som regionens gældende patient og pårørendepolitik (Region Syddanmark, 2015) også primært fokuserer på:

- Den individuelle patientinddragelse - dialog, respekt og information
- Inddragelse på organisatorisk niveau – systematisk inddragelse, brugerråd, feedback paneler mv

Målsætning 2: Innovation og tværsektorielt samarbejde

"at der gives muligheder for nye løsninger og kreativitet i forhold til for eksempel telemedicin, samspil med praksis-sektor og kommuner mv. idet en lang række af sådanne aktiviteter indebærer et behov for redefinerende af aktivitet".

I forhold til PM-modellen sætter det i lighed med målsætning 1 fokus på koordinationsudfordringen i et PM-system, som den nye styringsmodel. En udfordring, der skal søges håndteret gennem sikring af, at der er de rette meritbaserede målingssystemer til stede og der sker den rette fordeling af beslutningsrettigheder til at understøtte implementering af de ønskede målsætninger, der her primært handler om:

- Iværksættelse af nye og kreative løsninger
- Udviklingsaktiviteter på tværs af sektorer

I forhold til iværksættelse af nye og kreative løsninger sætter det i den her sammenhæng fokus på innovationskulturen og -kraften i organisationen, som jeg vil måle på gennem tre forhold, som Bendix et al (Bendix, H.W et al, 2012)) fremhæver som centrale for udbygning af innovation på sygehusene/afdelingerne:

- Hverdagsinnovation i form af lærings- og refleksionsrum helt ude i front -refleksion og undren over daglige rutiner
- Tilbagevendende italesættelse af vision og mission
- Medarbejdernes engagement og høje faglige standarder og lyst til at videreudvikle deres samfundsmæssige nytte – sammenhæng mellem innovation og forbedret faglig kvalitet.

Ledelsens opgave med at sætte rammerne for idéudvikling, læring og kreativitet og løbende sikring af at den rette viden er til rådighed for den enkelte i forhold til at træffe de rette værdiskabende valg – her har vi fat i koordinationsproblematikken i PM.

En anden af ledelsens opgaver omkring innovation omhandler vedvarende italesættelse af vision og mission med afdelingens/sygehusets innovative strategi – det tager fat i motivationskomponenten i PM-modellen. Det gælder også den motivationsforbedrende effekt, der kommer af når innovation bruges til at forbedre den faglige kvalitet. Her er det så interessant at se på motivationseffekten, når innovation bruges til udvikling, der ikke forbindes med øget faglig kvalitet.

Den anden del af målsætning 2 er, at Ny Finansieringsmodel skal give mulighed for samspil med eksempelvis praksissektor og kommuner, hvilket betyder et tværsektorielt samarbejde.

Særligt elementerne i PM-modellen "distribution af beslutningsrettigheder" og "opsætning af målingssystemer" er udfordrende i relation til det tværsektorielle felt. For at lykkes med netværk så handler det jf. Koppenjahn&Kleijn om at begrænse usikkerhed på 3 fronter: på indholdssiden (den substantielle), på spillet (processer) og på rammerne (den institutionelle del) (Koppenjan, J. & Kleijn, E.-H., 2004). I denne opgavesammenhæng vil der pga. det meget tidlige stadie for paradigmeskiftet ikke blive set på spillet (det kræver et længere tidsspænd og gentagelser for at vurdere på dette), men på rammer og indhold.

Det indebærer samlet set følgende fokuspunkter:

1. Tilstedeværelsen af en fælles netværksvision/kerneopgave som ramme (reducere den institutionelle usikkerhed)
2. Omfang og indhold af igangsatte/planlagte tværsektorielle udviklingsaktiviteter mhp. at reducere den indholdsmæssige usikkerhed

Målsætning 3: Motivation og faglighed

"højere motivation hos medarbejderne" og "fagligheden hos personalet sættes mere i spil".

Det sætter fokus på:

- Motivation og
- Faglighed i spil

Når et af målene for ledelsen i regionen i dette tilfælde med implementering af Ny Finansieringsmodel er at gennemføre et paradigmeskifte fra kvantitet og kvalitet bl.a. gennem at højne motivationen, så handler det i lyset af teorier om indre og ydre motivation og Crowding out om empowerment (følelse af magt og kontrol) hos personalet (og mellemledere). Ledelsestiltag skal have fokus på at styrke selvbestemmelsesbehov eller tro på handlingskompetence – ellers styrker det magtesløsheden.

4 faktorer nævnes hos Friis/Hansen med henvisning til Conger (Friis, I og Hansen, A. 2013) som afgørende i empowerment processer. Udover den allerede omtalte faktor handlingskompetence, så handler det, i tråd med behovskomponenterne kompetence og autonomi hos Ryan&Deci, om:

- mening (forstår en opgaves værdi i lyset af egne værdier, ideer og standarder),
- valg (det er dem selv der vælger at gøre noget – ikke påduttet) og
- påvirkning (at man tror på at ens handling har gjort en forskel i forhold til løsning af opgave/opnåelse af et mål).

I forhold til det andet led i PM-modellen – koordinationsudfordringen – i form af målingsinstrument elementet, så skal der for at reducere risiko for crowding out og mindske af motivation, være fokus på:

1. arbejdet med at opstille og skabe opbakning til mål og
2. processen med at give feedback på præstationer.

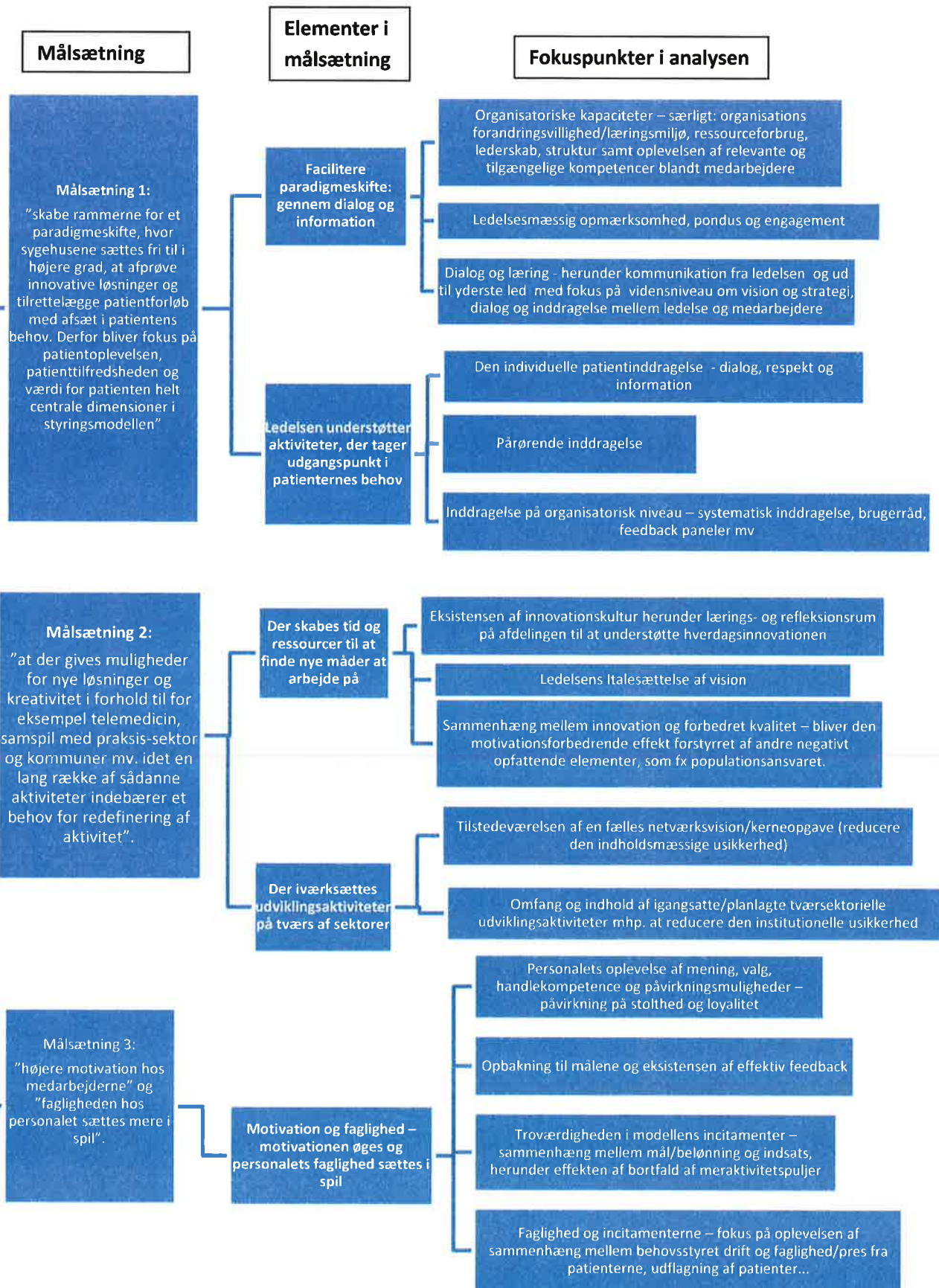
Lotte Bøgh Andersen fremhæver ligesom Ryan&Deci endvidere, at incitamenters troværdighed kan være årsag til, at den tilsigtede effekt udebliver. Et incitament kan være utroværdigt hvis belønning og indsats ikke hænger sammen (Andersen, L.B., 2012). Troværdigheden i de incitamenter, der eksisterer i Ny Finansieringsmodel, har derfor betydning for effekten.

I relation til crowding-out problematikken så falder der med Ny finansieringsmodel gamle negativt opfattede aktivitetsreguleringer væk, der jf. Lotte Bøgh Andersen har været oplevet kontrollerende og inkongruent med den herskende faglighed og derfor nedbrydende for den indre motivation og samtidig kommer der nye belønningssystemer frem i den nye model. Det er derfor interessant at se på dels om de gamle systemer faktisk forsvinder og hvilken effekt det opleves at have og dels interessant hvordan de nye belønningssystemer indrettes og implementeres og i sidste ende opfattes (kontrollerende eller motiverende) (Le Grand, J. 2003 og 2010).

Opsamling på operationalisering af teori - undersøgelsesmodellen

Modellen nedenfor viser opgavens operationalisering af problemformulering styret af de 3 målsætninger for opgavens case og omsat via en operationalisering af opgavens teorigrundlag helt ud til de handlinger og incitamenter, der skal være fokus for den konkrete case undersøgelse og styrende for den efterfølgende analyse.

Organisationsmål



5. Analyse

Del 1 - målsætning 1: paradigmeskifte og patienten i centrum

"skabe rammerne for et paradigmeskifte, hvor sygehusene sættes fri til i højere grad, at afprøve innovative løsninger og tilrettelægge patientforløb med afsæt i patientens behov. Derfor bliver fokus på patientoplevelsen, patienttilfredsheden og værdi for patienten helt centrale dimensioner i styringsmodellen"

Facilitere paradigmeskifte gennem dialog og information

Ser man på organisationens forandringsvillighed, så opleves den tilstede på alle niveauer når det gælder implementering af Ny Finansieringsmodellen (NF-modellen). Materialet giver ikke grundlag for at vurdere den generelle forandringsvillighed tilstede i organisationen, men der er tydeligt en stor lyst til at gennemføre lige præcis paradigmeskiftet med NF-modellen. Skiftet fra ensidig fokus på aktivitet til hvad der giver værdi og mening for patienterne fremhæves på alle niveauer i organisationen, som den primære driver for forandringsvilligheden og motivationen.

(citater - sygehusledelse): Jamen der var rigtig meget der motiverede os. Altså jeg synes jo, vi har jo i psykiatrien været ramt af i årevis en faglig modstand mod at tale aktivitet. Det giver ikke faglig mening.

(citater - afdelingsledelse): Der er det, at det skal give værdi for patienten og så er der frit slag i bolledejen nærmest.

(citater - medarbejdere): Det jeg i hvert fald først og fremmest blev meget begejstret over det er, at vi ikke behøver tage den her ydelsessnak hele tiden

Når det gælder ledelsen, både på sygehus- og afdelingsniveau, så er der bevidsthed om at den nye model indebærer en ny distribution af beslutningsrettigheder i form af større frihedsgrader ud i medarbejderledet og ændret lederrolle.

(citater-sygehusledelse): "...nu har man været i det der new-management, ej, du ved hvad jeg mener, regime så det der med at ligge så meget beslutningsret tilbage til medarbejderne.."

(citater-afdelingsledelse): Mange synes jo, at det har været en jagt rundt i et hamsterbur, men at give dem (personalet red.) lidt muligheden for at tænke kreativt igen og se på, hvad kunne være godt for den her patient

(Citater - afdelingsledelse): Jeg synes for os, at den store (nye red) opgave har været, at få dem til at se mulighederne i det her ikke.

En bevægelse der generelt omtales i positive vendinger for så vidt angår de øgede frihedsgrader til medarbejderne, men også med en vis nysgerrighed grænsende til bekymring for de nye ledelsesopgaver der følger af modellen. Her er der fokus på de udfordringer kombinationen af populationsansvaret, den fortsatte overholdelse af ventetids- og udredningsretten og et rammestyret budget uden aktivitetsmidler stiller ledelsen på afdelings- og sygehusniveau. Udfordringerne italesættes fra begge ledelseslag, men der beskrives ikke konkrete initiativer eller planer for at facilitere løsninger på disse udfordringer.

(citater-sygehusledelse): Så der kommer jo nogle ledelsesmæssige opgaver og den dag vi har flere afdelinger med, hvor vi som sygehus kan se nogle områder, hvor efterspørgslen falder og andre områder, hvor efterspørgslen stiger har vi ikke en automatisk model, der bare regulerer forholdene. Så det giver nogle ændrede ledelsesmæssigt at forholde sig til.

Der er ikke taget initiativer til at definere nye strukturerede opfølgingsparadigmer tilpasset den nye model og/eller sat nye målepunkter op for opfølgning på modellen mellem sygehus og afdeling. Der følges for tiden kun op via mundtlige drøftelser på bilaterale møder mellem sygehusledelse og afdeling. Det forklares

med at det kun er et afgrænset forsøg (kun en del af sygehus og afdeling) og med henvisning til en forestående mere systematisk evaluering i regionalt regi.

(citater – sygehusledelser): "så har vi sådan set langt hen af vejen ladet det være op til afdelingsledelsen og facilitere det videre ud i afdelingen i Odense. Det har vi gjort ud fra den betragtning, at her var det jo den faglige mening, der skulle genopfindes".

På afdelingen er det lagt ud til medarbejderne at definere hvilke konkrete initiativer der tages i regi af den nye model. Ud fra medarbejdernes beskrivelse så er der lagt en meget løs defineret ramme for hvad der kan igangsættes i regi af den nye model. Denne løse ramme er modtaget både positivt og negativt fra medarbejderne. Positivt med de frihedsgrader det gav og negativt, da der har hersket noget usikkerhed og brugt noget energi omkring hvad den nye model egentlig indebar og hvad der reelt kunne defineres ind under modellen.

(citater – medarbejdere): Altså jeg synes, at vi har haft utroligt frie rammer

(citater-medarbejdere): Jeg synes helt praktisk, at det har været lidt svært at gennemskue, hvad kan vi få go for og hvad kan vi ikke få go for.

Initiativerne har skullet dokumenteres på afdelingens fællesdrev, men der er ingen systematisk opfølgning på resultater på grundlag af på forhånd fastlagte målepunkter hverken ude i afdelingen eller på sygehusniveau.

(citater-medarbejdere): Det eneste jeg synes der har været et krav om er, at vi formulere det og får det dokumenteret

I forhold til kommunikation og forståelses komponenten, så er forståelsen af den nye strategi (NF-modellen) central for at sikre at organisationen jf. PM-modellen agerer adækvat på det nye paradigme og en vigtig indikator på kommunikation fra ledelse ud til det udførende led. Analyse af interviewdata viser at følgende overordnede forståelse af hvad NF indebærer, er fremherskende på tværs af respondenterne:

- Fokusskifte fra aktivitet til værdi og mening for patienter
- Sætter fagligheden fri
- Ingen produktivitetskrav
- Skal styrke det tværsektorielle samarbejde med nye samarbejdstiltag
- Populationsansvar (særligt ledelseslagene)
- Fortsat overholdelse af udrednings- og behandlingsrettigheder (særligt ledelseslagene)

Omvendt så står fx innovationskomponenten relativt svagt i den formidlede forståelse af modellen.

Samtidig er det interessant, at det som fylder mest i den første bølge af nye initiativer igangsat under den nye model, ikke er direkte patientrettede ydelser, men mere indirekte ydelser rettet mod ikke mindst kommunerne.

(Citater-afdelingsledelse): Ellers har en stor del af vores ting været rettet udad mod praktiserende læger og mod kommunen samt mod pårørende. Der har vi en hel del projekter.

(citater-medarbejdere): "Jeg synes også man kunne imødekomme nogle samarbejdspartnere, som man ikke kunne imødekomme tidligere, hvor man nu faktisk kunne sige, jamen det kan vi måske godt for vi er overgået til en anden styring". Jeg kan huske, apropos det her med, at det var lidt svært lige helt at finde ud, for det var noget med at patienten skulle i fokus, men samtidig var det ikke den direkte kontakt med patienten. Det har været svært. Så det er det arbejde der ligger udenom, som kommer til gavn for patienten".

Målt på det vidensniveau medarbejderne agerer på tegner det et billede af en lidt snæver og ikke fuldt

dækkende forståelse af det nye paradigme og dets muligheder. Vision og strategi for gennemførelse af det nye paradigme fremstår, belyst ud fra medarbejdernes tilbagemeldinger, meget løs og unuanceret.

I forhold til ledelsens investering i implementering af det nye paradigme, så beskrives afprøvning af den nye model hos begge ledelsesslag som et højt prioriteret emne på dagsordenen. Der beskrives dog ikke, at der dedikeres særlige ressourcer til gennemførelse af forsøget, men at opgaven integreres i de forskellige allerede eksisterende mødefora og strukturer.

(cit-at-afdelingsledelse): "Jeg synes det har været integreret på de møder vi har holdt på en eller anden måde og så kommet ind, som noget ekstra der."

(cit-at-sygehusledelse): "Jamen altså det har været absolut højt prioriteret", "...så er det jo kun én afdeling i vores sygehus, så det er også at holde balancen ind i, at alle de andre afdelinger de jo stadigvæk er styret efter den gamle model. Så for meget innovativ kraft og for meget hype, så ville nogle af de andre afdelinger sige, jamen burde der ikke have været lidt større volumen med"

Der efterspørges ikke mere ledelse eller engagement fra hverken sygehusledelse eller afdelingsledelse i forhold til gennemførelse af forsøget. Der gøres meget ud af at forklare, at det er en bevidst strategi at ledelsen holder sig til en begrænset rammesættende involvering og en så begrænset involveret i definering af indhold i forsøget. Det er nemlig en selvstændig pointe, at fagligheden og medarbejderne skal sættes fri og der skal igangsættes det der giver fagligt mening hos dem der skal afprøve det (medarbejderne).

(cit-at-sygehusledelse): "...så har vi sådan set langt hen af vejen ladet det være op til afdelingsledelsen og facilitere det videre ud i afdelingen i Odense. Det har vi gjort ud fra den betragtning, at her var det jo den faglige mening, der skulle genopfindes."

Oplevelsen hos medarbejderne er lidt mere blandet. På den ene side sættes der stor pris på de frihedsgrader der ligger i de udprægede frihedsgrader til at definere af indhold i initiativet, men på den anden side så efterspørges der lidt mere klarhed og mere respons på de gennemførte initiativer dvs. mere ledelsesrespons og involvering.

(cit-at-medarbejdere): "...men ellers så synes jeg faktisk at det har føltes virkelig frit. Altså man er ikke i tvivl om, at der er nogle der holder øje med hvad vi laver, men jeg føler egentlig ikke på nogen måde, at der er nogen der har...." Jeg tænker nogen gange.... Altså min usikkerhed kan gå på om vi egentlig gør det rigtigt, for hvad nu hvis vi bare slæber endnu flere patienter til?

I forhold til tilstedeværelse af de nødvendige innovative kompetencer for at gennemføre innovationen – paradigmeskiftet – så vil jeg her se på hvad data siger om tilstedeværelse af den nødvendige viden, færdigheder og kompetencer tilstede og tilstedeværelsen af frontløbere på dette område.

Helt overordnet så er meldingerne fra både ledelse og medarbejdere at de ikke ser et mismatch mellem kravene til at gennemføre paradigmeskifte og de tilstedeværende innovative kompetencer. Der fremhæves fra ledelserne at den måde at arbejde på som det nye paradigme fordrer ligger mere naturligt til psykiatrien end det gamle mere aktivitetsfokuserede fokus.

(cit-at-afdelingsledelse). "Meget af de vi har sat i værk var noget af det vi gjorde før vi begyndte aktivitetsafregningen. Så mange af os, der er gamle nok, har jo prøvet at arbejde på den her måde før og haft fokus på det tværsektorielle og hvordan vi gør det."

Fra medarbejdernes side beskrives at de allerede havde mange ideer i skuffen der faldt i tråd med det nye paradigme og som bare ventede på at komme i gang.

(Cit-at-medarbejdere): "Vi havde jo allerede gjort nogle tanker, så det kom faktisk ind på et rigtig godt tidspunkt."

Den umiddelbare viden, færdigheder og kompetencer der skulle til at for at tage fat på det nye paradigme kan derfor siges at være til stede.

Ser man på de i første omgang igangsatte aktiviteter er der dog en overvægt af ikke direkte patientrettede aktiviteter, hvilket kan ses som et udtryk for en snæver og ikke dækkende forståelse af den nye models indhold og muligheder. Brug af nye måder at gennemføre patientforløb, udnyttelse af ny teknologi, mere patientinvolverende behandlingsmetoder, nye redskaber til prioritering på tværs af behandlingsgrupper og afdelinger mv, som der lægges op til i det nye paradigme, er udpræget fraværende både i de skriftlige og mundtlige kilder.

Medarbejderne peger selv eksplicit på at de her dele ikke indgår i deres nuværende arbejde med det nye paradigme, men er bevidste om at det burde de måske.

Den sidste del omkring facilitering af det nye paradigme er at se på dialogen mellem de forskellige led i organisationen i forbindelse med indførelse af det nye paradigme og inddragelsen af medarbejdere/lokal ledelse i hvordan paradigmet skulle afprøves.

Det som overordnet kendetegner dialogen omkring dette nye paradigme er at den primært er foregået mundtlig og der er relativt begrænset skriftlighed på sagen både på sygehusniveau og ude i afdelingen. Der er ikke udarbejdet særskilte beskrivelser/oversættelser af indførelse af paradigmet i det konkrete sygehus, men anvendt de overordnede og ikke sygehuspecifikke regionale beskrivelser af forsøgsprojektet.

(citatsygehusledelse): "Så vi har lagt op til en meget åben proces, hvor det er afdelingen selv, der definerer, men ud fra at vi jo har lavet et lille skriv til en start"

De afledte konsekvenser af denne begrænsede skriftlighed kan ses i dels en erkendelse hos ledelsen om begrænsning i den kommende evaluering af forsøgsprojektet (kan kun blive en kvalitativ vurdering) og dels en konstateret uklarhed/usikkerhed ude hos medarbejderne omkring hvad der egentlig hører ind under dette nye paradigme.

(citatafdelingsledelse): "Der er jo ingen ramme lagt og jeg tænker også, at vi får det svært i vores evaluering, for den vil jo blive meget kvalitativ."

Iværksættelse af forsøgsprojektet har været en top-down proces, dvs. et ledelsesinitieret projekt – også på informationssiden. Sygehusledelsen har informeret afdelingsledelseskredsen om projektet, afdelingsledelserne har involveret de lokale funktionsledere og i sidste ende (efter udvælgelse af forsøgsafdelingen i Odense) efter beslutning om gennemførelse af forsøget involveret medarbejderne i udmøntning af det nye paradigme.

Processen er også kendetegnet ved høj grad af medarbejderinvolvering og indflydelse på indholdet af den konkrete implementering af paradigmet. Det har udpræget og bevidst været lagt ud til de udførende medarbejdere at definere hvad der skulle indgå i denne implementering indenfor den overordnede ramme for det nye paradigme.

Ledelsen understøtter aktiviteter, der tager udgangspunkt i patienternes behov.

Det generelle billede der kan udledes af de tilgængelige data er, at den nye finansieringsmodels primære effekter i forhold til at sætte værdi for patienten i centrum for behandlingen er, dels at understøtte (og forstærke) de allerede igangsatte aktiviteter på området og dels muliggøre mere individuel tilrettelagt forløb under hensyntagen til den enkelte patients særlige behov.

Patienten i centrum var allerede højt på dagsorden i regionen generelt og psykiatrien specifikt forud for indførelse af den nye finansieringsmodel. Udover forskellige politikker, mødefora og tilfredshedsmålninger er der iværksat en række kulturelle og kompetenceudviklende tiltag fra sygehusledelsen for at understøtte denne udvikling, herunder ikke mindst indførelse af Den syddanske forbedringsmodel, der skal sikre at værdi for patienten bliver sat i centrum for alle udviklingsprocesser i sygehuset.

Man kan sige at den nye finansieringsmodel på dette felt skubber en åben dør ind, men den nye model bidrager også selvstændigt til at i højere grad muliggøre at føre intentionen om at sætte patientens behov i centrum. Det sker primært gennem fraværet af aktivitetskrav/aktivitetspres og derigennem i højere grad muliggøre valg af ydelser i et patientforløb, der ikke direkte kan faktureres ydelser på, som fx netværksmøder, undervisning af kommunale medarbejdere mv, når det vurderes det rigtige i det enkelte patientforløb.

(citater – afdelingsledelse): "Og så er der mange initiativer til kommunen og til somatikken, som vi ikke havde gjort ellers, som helt klart er fordi vi har været mere åbne udadtil og budt os mere til. Vi har tænkt, at hvis vi opkvalificere dem, så kan de måske løse en opgave på en god måde, så patienten ikke behøver komme ind i psykiatrien."

Det rigtige valg i det enkelte patientforløb bliver gjort nemmere. Der bliver jf. sygehusledelsen mere plads til fornuften/det fornuftige valg for den enkelte medarbejder. Dog er der fortsat den begrænsning i forhold til helt individuelle forløb at der fortsat er forventning om at man følger den gyldne standard på de områder hvor der er defineret pakkeforløb, men med plads til fornuftige individuelle hensyn/tilpasninger.

(citater-sygehusledelse): at den der sunde fornuft man som faglig dygtig medarbejder, hver dag i den grad skal have med sig på arbejde, hvordan gør vi dem kompetente og dygtige ind i, at kunne stå på benene støttet af pakkerne, men også ud fra patientens ønsker og behov kan vælge til og fra.

Afdelingsledelsen italesætter også denne udfordring omkring pakkeforløbene, men peger på at den nye finansieringsmodel netop letter muligheden for at lave det fornuftige valg selv indenfor pakkeforløbene.

(citater-afdelingsledelse): "men man kunne godt omkring sådan noget som pakkeforløb kigge på, at skal alle partout i en pakke eller er der nogen man kan tilbyde et kortere forløb ikke. Altså gå ind og gøre den mere individuel, så tror jeg egentlig, at det ville blive et fint match og sige, at man har nogle krav her og så kan man tænke lidt kreativt på nogle andre ting. Jeg tror det vil være godt for patienterne også, at man ikke kommer ind i de der standardløsninger."

Der ligger en indbygget spænding her, som medarbejderne også peger på med henvisning til at de "heldigvis" ikke er omfattet af pakkeforløb, men står frit. Det vil have besværliggjort deres muligheder for patienttilpassede forløb.

Det som trækkes frem fra ikke mindst afdelingsledelse og medarbejdere i forhold til ønsket om at sætte patienten i centrum med denne model er primært de forbedrede muligheder for personalet for at tilrettelægge individuelle forløb, at lave ikke direkte patientrettede aktiviteter, at involvere patient og pårørende på mere overordnet/generel organisatorisk niveau, mens det mere individuelle patient- og pårørendeperspektiv og herunder hvordan forløb i højere grad kan bygge på viden om den enkelte patients og pårørendes behov, ikke fylder i de tilgængelige data.

Data tegner samlet set et billede af et veludviklet patient- og pårørende inddragelse på overordnet/generelt organisatorisk niveau i psykiatrien, en stadig større vifte af aktiviteter tilgængelig for pårørende og patienter, udbyggede handlemuligheder for personalet til at handle på informationer de har

til rådighed fra patient og pårørende, men når det kommer til målet om en udbygget relation mellem patient og behandler baseret på dialog, respekt og patientindflydelse på egen behandling, så kan det ikke konstateres i data tilgængelig for denne opgave. Tværtimod, så italesætter sygehusledelsen den udfordring der er når det kommer til den dybe og mere udbyggede patientinvolvering og indflydelse på behandlingsforløbet. Det skyldes både nogle iboende udfordringer i relationen mellem patient og behandler i psykiatrien (manglende sygdomserkendelse og udøvelse af tvang over for patienter) og dels nogle kulturelle forhold (tidligere tiders begrænsede patient og pårørendeinddragelse lever videre).

(citater –sygehusledelse): "Så ved vi godt, at vi arbejder på et område, hvor vi også har rigtig mange (patienter red.), som ikke er tilfredse fordi vi gør noget med dem og mod dem, som de ikke synes om fordi vi også stadigvæk, selvom vi arbejder på at begrænse det, udøver tvang og så videre."" jeg synes stadigvæk, at man nogle gange godt kan komme ud i nogle af vores afdelinger og så går der nogle forbi og ligger ikke mærke til nødvendigvis at man er der. Det er jo på de der helt små baner vi også hører vores patienter- og pårørende"

Delkonklusion på målsætning 1:

Analysen indikerer at indførsel af NF har en direkte effekt på paradigmeskiftet over til hvad der giver værdi og mening for patienten. Det er ikke mindst elementet i NF, der omhandler fjernelse af aktivitetskravet, som bidrager til og faciliterer paradigmeskiftet.

Den nye distribution af beslutningsrettigheder der ligger i paradigmeskiftet, hvor frontmedarbejdere sættes mere fri og lederrollen ændres i retning af øget tværgående prioritering og koordinering kan genfindes i casen. Der er ikke iværksat særlige aktiviteter for at understøtte medarbejderne i at varetage de nye opgaver/håndtere den større autonomi i opgavevaretagelsen, hvilket begrundes i at der opleves et grundlæggende match mellem de nye opgaver/muligheder og de tilstedeværende ressourcer og kompetencer i organisationen.

I forhold til de væsentlige elementer i at håndtere koordinationsudfordring i en PM-model, som NF i denne opgave karakteriseres som, kan følgende konkluderes:

1. Kommunikation og forståelse for det nye paradigme: Der er overordnet en meget bred og dyb forståelse af den nye model og dens muligheder i organisationen på alle niveauer, men innovationselementet bliver dog ikke italesat
2. Opfølgningssystemer, der sikrer at der måles på de nye målsætninger og distribueres viden om effekter – udover en lille begrænset database med beskrivelse af aktiviteter, så er der ikke iværksat nye dokumentationsinitiativer på nogen niveauer i organisationen. Ingen mål/kriterier er fastlagte
3. Effektive feedbacksystemer – der beskrives meget løse og begrænsede opfølgningsaktiviteter og tilbagemeldinger ned igennem organisationen
4. Dialog og medarbejderinddragelse i implementering af den nye model og facilitering af nyt paradigme - selve modellen (NF) har der ikke været dialog om eller inddragelse omkring indholdet af, men medarbejderne er sat meget fri i forhold til implementering af modellen ud fra et ønske om at det skulle være medarbejderforankrede aktiviteter, der skulle bære det nye paradigme igennem

Effekterne af implementering af NF på koordinationselementet, som beskrevet i PM-modellen, er overordnet begrænset, men når analysen alligevel efterlader et billede af at indførsel af NF på trods af disse mangelfulde håndtering af koordinationsopgaven har en faciliterende effekt på paradigmeskiftet, så hænger det formentlig sammen med at psykiatrien organisatorisk, kompetencemæssigt var forandringsparat og allerede var gearet og motiveret til at gennemføre paradigmeskiftet og i hvert fald høste de lavest hængende frugter. Noget andet er om dette kan bære igennem hele vejen også når organisationen på et tidspunkt presses af stigende aktivitet, der skal håndteres uden merbevilling. Her kan

den manglende fornemmelse for innovationsdelen i NF muligvis give bagslag. Innovationsdelen indgår desuden i analysen af målsætning 2 nedenfor.

I forhold til opprioritering af patientinvolveringen, så er der ikke som følge af den nye finansieringsmodel iværksat nye tiltag til at sætte værdi for patienten i centrum, men implementeringen af NF har forstærket de allerede igangsatte aktiviteter.

Der er ikke i denne case i regi af indførsel af NF-modellen gennemført tiltag i form af nye kompetenceudviklingsaktiviteter eller indført nye måleredskaber/opfølgingsprocedurer for sikring af at behandling i højere grad bygger på værdi for patienten/patientens behov, men de allerede igangsatte initiativer på denne front forventes at ville kunne sikre, at behandlingen i endnu højere grad i fremtiden vil bygge på patientens behov og hvad der er værdi for dem. Dog er der fortsat nogle generelle barrierer i psykiatrien mod at nå helt i mål på dette felt. Modellens primære direkte positive effekt på denne dagsorden er at den muliggør valg af mere netværksunderstøttende og ikke kun direkte patientrettede aktiviteter.

Målsætning 2: Innovation og tværsektorielt samarbejde

"at der gives muligheder for nye løsninger og kreativitet i forhold til for eksempel telemedicin, samspil med praksis-sektor og kommuner mv. idet en lang række af sådanne aktiviteter indebærer et behov for redefinering af aktivitet".

Der skabes tid og findes ressourcer til at finde nye måder at arbejde på

Bendix et al. (xx) fremhæver tre forhold, der kan være igangsættere for innovation på sygehusene/afdelingerne:

	Igangsættere for innovation på sygehuse mv
1	Pres fra omverdenen og krav til omstilling.
2	Medarbejdernes engagement og høje faglige standarder og lyst til at videreudvikle deres samfundsmæssige nytte.
3	Tilfældige møder der bidrager til refleksion og undren over daglige rutiner – lærings- og refleksionsrum (10).

I denne case kan pkt. 1 og 2 genfindes i de tilgængelige data.

Den nye finansieringsmodel udgør i sig selv et pres fra omverdenen og krav om omstilling. Dette pres og krav oplevedes også med den hidtidige aktivitetsfokuserede finansieringsmodel. Men til forskel fra den gamle model så giver den nye model grundlæggende bedre faglig mening og dermed indeholder et mere positivt motivationselement til at gå ind og nytænke sin praksis. For nogen er det at vende tilbage det som altid har givet bedst mening i psykiatrien. Dvs. et samlet set oplevet positivt pres og krav til omstilling, der i den grad vækker faglig genklang hos de udførende i organisationen.

citat-afdelingsledelse): "Jeg tror vi har den fordel i psykiatrien, at vi har gjort lidt af det før. Altså for mange af os er det her jo gammel vin på nye flasker et eller andet sted"

Samtidig har valget af model for processen i form af den manglende stramme ledelsesmæssige indholdsstyring af initiativer skubbet innovationsopgaven ned til det udførende led i organisationen og stimuleret hverdagsinnovations-kulturen. Denne påvirkning af hverdagsinnovationen kommer parallelt med

indførelse af Den syddanske forbedringsmodel, der har det samme mål om at stimulere innovationskapaciteten ude i det udførende led.

Tilstedeværelse af medarbejdernes engagement og lyst til at videreudvikle deres samfundsmæssige nytte genfindes tydeligt i den hurtige og omfattende eksekvering af initiativer i regi af den nye finansieringsmodel, som omtalt i tidligere afsnit. Det anerkendes fra både sygehusledelse og afdelingsledelse og genfindes i den tilgang medarbejderne har haft til indførelse af modellen. Mht. bidrag fra høje faglige standarder til igangsætning af innovation giver data ikke mulighed for en vurdering af dette.

Mht. tilstedeværelse af lærings- og refleksionsrum i organisationen – formelt og uformelt – så fremstår det ikke som et eksisterende element i den nuværende organisation. Det omtales ikke af nogen i organisationen.

For at udvikle afdelingens evne til at være innovativ skriver Bendix et al om opbyggelse af en innovationskultur, hvor en eksperimenterende tilgang med dertilhørende fejlslagne forsøg anerkendes som trin på vejen til forbedring. Data tegner ikke et billede af at psykiatrien har den type hverdags innovationskultur i udgangspunktet for indførelse af den nye model.

Fra afdelingsledelsen kommer det til udtryk gennem konstatering af generel manglende innovation nedefra indtil nu. Nye ideer udspringer og udvikles oftest i ledelseskredsen på afdelingen eller kommer ovenfra.

(cit-at-afdelingsledelse): Jeg synes faktisk det har været svært at løbe i gang. Det har været noget, hvor man hele tiden skal ud og sige, jamen i har nogle andre muligheder nu

Det begrænsede innovationsislæt nedefra tilskrives dog også den tidligere finansieringsmodel, der i udtalt grad ikke gav faglig mening set fra et medarbejderperspektiv. Derfor har afdelingsledelsen positive forventninger til at indførelse af den nye finansieringsmodel vil give et skub til hverdagsinnovation nedefra i organisationen, og dermed en forbedret evne til at agere innovativt. Opstart af forsøgsprojektet med den lange række af nye aktiviteter defineret nedefra bekræfter dette billede.

(cit-at-afdelingsledelse): Så det tager tid det her, men jeg tænker, at det kræver af os, at vi er mere kreativt tænkende i stedet for fastlåst på ydelser, at vi også slipper lidt fri og gå med den idé og se hvor den bærer hen.

Sygehusledelsen deler denne optimisme omkring forbedret innovationskultur men bygger dette også på den parallelle indførelse af Den Syddanske Forbedringsmodel i psykiatrien, som på sigt skal skabe en hverdagsinnovationskultur helt ude i de yderste udførende led i organisationen.

I forhold til ledelsens tilbagevendende italesættelse af mission og vision for den nye innovative strategi fremgår det af interviewdata at den nye finansieringsmodel er et tilbagevendende tema på dagsordenen både i afdelingsledelseskredsen og på afdelingen i både funktionslederkredsen og i møder mellem afdelingsledelse og de enkelte afsnit/teams. Samtidig arbejder sygehusledelsen på italesættelsen på overordnet niveau i organisationen igennem fx tema om modellen i personaleblad, drøftelse i FMU og sætte det på dagsordenen for møder med den samlede funktionslederkreds i regionen.

Det giver et billede af at den nye model vies en vis opmærksomhed overordnet i organisationen og i forsøgsafdelingen.

Der italesættes en oplevelse af træghed i forhold til udvikling af nye initiativer, dvs. innovation. Dels fra afdelingsledelsens side i forhold til et time lag fra præsentation af modellen og efterspørgslen efter nye initiativer til der skete noget og dels fra sygehusledelsen i forhold til afdelingsledelsen, hvor der var en oplevelse af at der gik relativt lang tid før der skete noget og der måtte følges op fra sygehusets side.

(cit-at-sygehusledelse):” at der gik jo nærmest et halvt års tid før de (afdelingsledelsen red) overhovedet sådan

fandt ind i, jamen hvad skal vi overhovedet finde på"

Der hejses et lille flag fra ikke mindst afdelingsledelse og sygehusledelse om at det væsentlige innovationsstimulerende element i den nye finansieringsmodel og personalets positive engagement i omstillingen og innovationsarbejdet primært knytter sig til afskaffelsen af det ensidige aktivitetsfokus og den afledte frisætning af fagligheden igen. Indtil nu har afdelingen kunnet fastholde aktiviteten, holdt budgettet og overholdt af udrednings- og behandlingsretten efter 1 år med den nye finansieringsmodel viser data fra sygehuset. Men dette konstruktive og engagerede medløb fra medarbejderne forventer ledelsen ikke nødvendigvis i en fremtidig situation med stigende efterspørgselspres fra populationen uden adgang til ekstra budget, hvor der virkelig bliver efterspørgsel efter innovation for at løse udfordringen og hvor det bliver nødvendigt at prioritere endnu hårdere mellem indsatsområder indenfor sygehuset og indenfor den enkelte afdeling.

(cit-at-afdelingsledelse): **"..så står du faktisk med noget, hvor du får flere patienter ind og skal overholde udrednings- og behandlingsretten, men kan egentlig ikke ansætte mere personale, fordi du har ikke flere kroner. Så der har den ulempen i forhold til den gamle model. Så skal man jo tænke smart ikke. Så skal man jo til at tænke, jamen er der så nogle andre ting vi kan gøre anderledes. Det tænker jeg er en kæmpe proces. Vi er jo ikke i hus for et år er ingenting i det her."**

Der iværksættes udviklingsaktiviteter på tværs af sektorer

Afprøvning af den nye finansieringsmodel har affødt en række nye tværsektorielle initiativer fra afdelingen. Det drejer sig på forskellig vis om at afdelingen stiller deres ekspertise til rådighed i højere grad og på nye måder i forhold til ikke mindst kommunerne, men også i forhold til praksissektoren. Både på overordnet niveau og i relation til konkrete patientforløb.

(cit-at-afdelingsledelse): **Altså vi har jo lavet et samarbejde med bosteder og bostøtte samt afsnittene, der går ud på at udveksle erfaring til fælles temadage og også udveksling af personale. Det er inde på sengeafsnittene. Så har vi ude i det ambulante lavet flere forskellige med kommunerne. Vi er ude og undervise kommunerne i psykisk sygdom. Der var 140 i Odense Kommune til undervisning sidst. Vi har lavet noget mere omkring de enkelte patienter og patientgrupper. Vi har lavet nogle familiehuse. Det hele står på de sedler du får alt det vi har lavet. Så har vi også været på Arbejdsmedicinsk Klinik, fordi der er noget omkring PTSD og depressioner og får dem de har derovre den rette behandling**

Målsætningen fra afdelingen er primært at løfte kommunens og praksis evne til at løse opgaverne med de psykiske syge bedre, intervenere tidligere og mere effektivt – alt sammen for at sikre et bedre og mere meningsfyldt behandlingsforløb for patienterne, men også en forhåbentlig bedre brug af de specialiserede ressourcer i regionen ved at det i endnu højere grad kun bliver de sværest syge, der ender i psykiatrien og bedre sammenhængende indsats og bedre overgange mellem sektorerne.

(cit-at-afdelingsledelse): **"Vi har tænkt, at hvis vi opkvalificere dem (kommuner og prakt. Læger red) , så kan de måske løse en opgave på en god måde, så patienten ikke behøver komme ind i psykiatrien.**

Initiativerne er født ud af behov oplevet af afdelingen og ikke ud fra en fælles netværksvision for samarbejdet med kommuner og praksis. Initiativerne er iværksat uden overordnet koordinering mellem afdeling og interessenter men iværksat decentralt i afdelingen ude i det udførende led. Det bliver forklaret med forsøgskarakteren af den nuværende model, men både sygehusledelse og afdelingsledelse anerkender at det formentlig ville være gavnlig i det videre forløb, hvis den nye model bliver permanentgjort at få skabt et fælles grundlag (vision og mål) for initiativerne på det tværsektorielle område for at sikre et fælles ejerskab. Det er ikke holdbart i længden at det er en parts behov der er styrende for hvad der initieres af initiativer på dette felt.

(cit-at-sygehusledelse): **"..og det kunne godt have været, at vi skulle have gjort noget mere fælles, altså slået os**

fælles med nogle kommuner og nogle bestemte praksis og allerede fra starten sige, nu kan vi det her.”, ” Jeg tror godt det også kunne have taget udgangspunkt i vores samarbejdspartners ønsker.”

Medarbejderne oplever det meget meningsfuldt og tilfredsstillende at kunne dele ud af sine kompetencer og viden – og den anerkendelse og de bedre patientforløb det afføder. Det er nok forklaringen på at der indtil nu har været et fravær af kritiske røster omkring dette skifte – både inde på afdelingen og ude i kommuner og praksis (på trods af fravær af central koordination og fælles vision for de nye initiativer).

Men medarbejderne kan godt se udfordringerne fremadrettet med denne nye tilgængelighed. Der er mange ude i kommunerne der har fået øjnene op for mulighederne ved involvering af regionens medarbejdere og det har skabt et stigende efterspørgselspres. Det har indtil nu kunnet håndteres, men der er en frygt for at det ikke kan fortsætte med alle de øvrige patientrettede opgaver medarbejderne skal løse nu og i fremtiden. Der vil blive brug for en prioritering i samarbejde med ledelsen indenfor den nærmeste fremtid.

(citater-medarbejderne): Det bruger man jo rigtig meget tid på, som vi jo ikke rigtigt registrere nogle steder, for der er ikke noget at registrere det på, så det er tiden ved siden af de andre patientforløb vi har. Det kan godt blive problematisk på et tidspunkt. Det breder sig også mere end man måske helt kan – sådan lidt ukontrolleret – for lige pludselig slår det nogle ringe i vandet.”, ” Og så kan vi godt få sved på panden, men indtil videre har det så fungeret okay. Ud over den ekstra kontakt vi får via de samarbejdspartnere er der jo også en del forberedelsesarbejde, som vi sætter tid af til og som også tager tiden fra patientforløb.”

Strategien på dette felt har været ”at lade de små blomstre blomstre” (citater-afdelingsledelsen) nedefra uden en overordnet koordinering med eller involvering af interessenterne i det tværsektorielle felt. Indholdet af de nye initiativer har primært handlet om at regionen tilbød sig med øget hjælp/nye ydelser uden direkte aftalte modbydelser/honorering, hvilket nok forklarer den manglende modstand fra de tværsektorielle interessenter mod de nye initiativer på trods af de manglende fælles rammer for den nye regionale satsning ude i det tværsektorielle samarbejde (og dermed en fortsat institutionel usikkerhed tilstede i samarbejdssituationen). Det ensidige regionale bidrag ind i det tværsektorielle samarbejde, sammen med det trods alt relativt begrænsede omfang de nye aktiviteter har i det samlede tværsektorielle samarbejdsbillede, har formentlig holdt den indholdsmæssige usikkerhed nede og betydet at det ikke har mødt modstand højere oppe i kommunerne og affødt reaktioner på overordnet organisatorisk niveau.

Delkonklusion på målsætning 2:

Den nye finansieringsmodel har gennem fjernelse af aktivitetskrav og målsætning om fokus på hvad der har værdi for patienten skubbet en åben dør ind i psykiatrien og har haft en direkte effekt på iværksættelse af nye udviklingsaktiviteter (og dermed effekt på organisationens målopfyldelse).

Analysen giver dog et blandet billede mht. tilstedeværelse af den nødvendige innovationskultur i psykiatrisygehuset, der skal sikre den løbende udvikling af nye aktiviteter og løsninger. Ledelseslagene mener implementering af NF viser at der er innovationskraft tilstede, men samtidig peger de på at det går langsomt med innovationen og den skal drives hårdt frem. Nødvendige daglige redskaber i en innovationskultur som lærings- og refleksionsrum og den stadige og vedvarende ledelsesmæssige italesættelse af vision og mission er ikke synlig i denne case.

Når det gælder håndtering af koordinationsudfordringen i PM-modellen, så viser analysen at der som også anført i analysen under målsætning 1, er sket en ny distribution af beslutningsrettigheder i form af uddelegering af kompetence og udvide frontmedarbejdernes autonomi for at understøtte den nye NF

model, men til gengæld er der ikke opsat meritbaserede belønningssystemer i relation til innovationsopgaven.

I forhold til motivationseffekter så afspejler analysen den mulige positive sammenhæng med innovation og forbedret kvalitet – her og nu uden et efterspørgselspres skaber innovationen kun forbedret faglig kvalitet og mening, hvilket booster motivationen og engagementet hos medarbejderne, men tvivl om den positive sammenhæng vil holde hvis innovation bruges til tiltag, der ikke fremmer faglig kvalitet.

Fjernelse af ydelsesfokus i den nye model og dermed mulighed for at prioritere ikke patientrettede aktiviteter på linie med patientrettede aktiviteter uden at blive straffet økonomisk har været den store facilitator for væksten i tværsektorielle aktiviteter i forsøgsperioden. Næsten alle igangsatte aktiviteter i regi af den nye finansieringsmodel er ikke patientrettede tværsektorielle udviklingsaktiviteter – der er derfor arbejdet på at reducere den substantielle usikkerhed i netværksorganisationen.

Denne øgede satsning på den tværsektorielle indsats er ikke båret af eller faciliteret af en fælles vision for det tværsektorielle samarbejde og sikring af sammenhæng i forløbene på tværs af sektorer. Der er derfor ikke taget hånd om den institutionelle usikkerhed jf. teorien om netværksledelse. Ledelserne er helt klar på at det skal der tages hånd om i den videre proces for at sikre en fortsat udvikling af samarbejdet og mulighed for at flytte aktiviteter mellem parterne i det tværsektorielle samarbejde, som er nødvendigt for at målsætningerne for NF-modellen kan realiseres fuldt ud.

Del 3 – målsætning 3: højere motivation og faglighed i spil

"højere motivation hos medarbejderne" og "fagligheden hos personalet sættes mere i spil".

Motivation og faglighed – motivationen øges og personalets faglighed sættes i spil

Helt overordnet er der på alle niveauer i organisationen en oplevelse af at paradigmeskiftet øger motivationen og sætter personalets faglighed endnu mere i spil.

(cit-at-medarbejdere): "man går ind og selvstændigt planlægger, hvordan sådan nogle forløb skal foregå og selvfølgelig skal de lige cleares, men kreativiteten ligger der og friheden også. Det gør rigtig meget for min motivation i hvert fald. Det giver mig et frirum til at gøre det jeg brænder for og være kreativ med det."

(Cit-at-afdelingsledelse): Så jeg tænker, at fagligheden bliver brugt på en anden måde i det her, men også på en måde, som folk gerne vil ikke. Og gerne vil udvikle. Det er jeg ikke i tvivl om

(cit-at-medarbejdere): "man går ind og selvstændigt planlægger, hvordan sådan nogle forløb skal foregå og selvfølgelig skal de lige cleares, men kreativiteten ligger der og friheden også. Det gør rigtig meget for min motivation i hvert fald. Det giver mig et frirum til at gøre det jeg brænder for og være kreativ med det."

(cit-at-sygehusledelse): Jamen jeg tænker helt klart, at det og blive sat fri af aktivitet, det giver en motivation til at opleve, at man har indflydelse på eget arbejde. At man har indflydelse på, hvordan vi tilrettelægger det for vores patienter.

De friere ikke aktivitetsdikterede rammer for tilrettelæggelse af patientforløb med fokus på hvad der giver værdi for patienterne forstærker mening med arbejdet på alle niveauer i organisationen.

Netto opleves den nye model at øge valgmulighederne på alle niveauer i hverdagen. Det at medarbejdere (og afdeling og sygehus) ikke kun måles på og afregnes for direkte patientrettede aktiviteter med den nye model giver dem nogle flere valgmuligheder i forbindelse med tilrettelæggelse af de enkelte patientforløb.

Den direkte sammenhæng mellem modellen og oplevelsen af flere valgmuligheder forstærkes yderligere af valget af en bottom-up model for implementering af modellen med få ledelsesmæssige rammer for indholdet af iværksatte aktiviteter, som er tidligere omtalt. Valget af denne implementeringsmodel med en relativt svag ledelsesmæssig involvering/styring på indholdssiden har dog nogle afledte effekter på hvor langt man når på andre dele af modellen (innovation, reel patientindflydelse, det tværsektorielle mv), som omtalt tidligere i analysekapitlet.

Afdeling og sygehus er dog stadig underlagt at skulle leve op til udrednings- og behandlingsretten og følge den gyldne standard på de områder, der er fastlagt et pakkeforløb for. Udrednings- og behandlingsretten italesættes af ledelsen som en helt naturlig meningsfuld og integreret del af at arbejde i dagens sundhedsvæsen/psykiatri og som noget der ikke begrænser de fornuftige faglige valg. Pakkeforløbene derimod italesættes i afdelingsledelsen og ikke mindst hos medarbejderne som en faktor der begrænser valg, mening og påvirkningsmuligheder i hverdagen. Budskabet er overordnet at pakkeforløbene som minimum reducerer effekten af fjernelsen af det ensidige aktivitetsfokus.

Kun sygehusledelsen vil ikke undvære disse pakkeforløb, da de anser dem for et centralt styringsinstrument netop i relation til den nye finansieringsmodel.

(citatsygehusledelse): "Det jeg er rigtig glad for i forhold til timingen med værdibaseret styring det er, at vi har fået udviklet pakkeforløb på langt de fleste diagnoseområder....Uden det så tror jeg, at det havde været langt sværere"

Sygehusledelsen anerkender de potentielt motivationsbegrænsende effekter af pakkeforløbene, hvis de følges blindt og med hovedet under armen. Det er og har dog aldrig været meningen med pakkeforløbene og den nye finansieringsmodels frisætning af aktiviteten gør netop at der er flere valgmuligheder i forhold til tilpasning af forløbene til den enkeltes behov.

(citatsygehusledelse): "For her er der sådan set en ramme vi gennemsnitligt skal arbejde ud fra, men så kan vi også netop med den her model lade den sunde fornuft råde, der hvor der er brug for lidt mere. Eller der hvor det ikke giver mening at fortsætte fordi behandlingssigtet er uden værdi."

Denne forskel i forståelse, accept af og opbakning til pakkeforløbsinstrumentet mellem medarbejder og sygehusledelse peger på en koordinations- og formidlingsudfordring for sygehuset, der skal løses fremadrettet for at reducere pakkeforløbenes motivationsbegrænsende effekt.

Medarbejderne giver generelt udtryk for at de med den nye model i endnu højere grad oplever at de kan gøre en forskel for patienterne. De giver udtryk for at de oftere med den nye finansieringsmodel går tilfredse hjem fra arbejde efter at have leveret fagligt meningsfulde behandlingsindsatser, der gør en forskel.

(citatsmedarbejdere): "Jeg tænker jo også, at man jo måske har gået i flere år og set et behov, som man ikke kunne gøre noget ved og haft lidt dårlig samvittighed også fordi man ikke føre den helt til dørs. Det gør sig rigtig godt her og så får man lige pludselig lov til det. Det er jo dejligt. Så går man jo hjem og synes, at det var godt arbejde det der. Så det er meningsfuldt ikke."

De fleste direkte tilkendegivelser fra medarbejderne går på den forskel de har gjort for deres kommunale samarbejdspartnere igennem styrkelse af deres kompetence og evner til at løse den opgave de står med i forhold til psykiatriens målgruppe, dvs. en mere indirekte vej til at gøre en forskel for patienten.

Den oplevelse af forbedrede påvirkningsmuligheder knytter sig for alle niveauer i organisationen udelukkende til det mål i modellen der handler om at sætte patienten i centrum og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde. Andre væsentlige mål i modellen om overholdelse af populationsansvar, mere innovation og overholdelse af udrednings- og behandlingsgarantierne bliver ikke italesat, som noget man kan gøre en større forskel i forhold til. Tværtimod bliver det for nogle af målene fx populationsansvar udtrykt bekymring for i sygehusledelse og afdelingsledelse om de vil kunne gøre den nødvendige forskel i forhold til at opnå målene – i hvert fald med de nuværende redskaber de har adgang til og i hvert fald vil det være med en væsentlig forsinkelse at de vil kunne handle på det.

(citater fra sygehusledelse): **Så der kommer jo nogle ledelsesmæssige opgaver og den dag vi har flere afdelinger med, hvor vi som sygehus kan se nogle områder, hvor efterspørgslen falder og andre områder, hvor efterspørgslen stiger, har vi ikke en automatisk model, der bare regulerer forholdene. Så det giver nogle ændrede ledelsesmæssigt at forholde sig til.” så vil der jo gå noget tid når vi nu ikke styrer på aktiviteter, men styrer på ramme før vi vil finde ind i, at henvisningerne er steget”**

Samlet set og her og nu opleves den nye model netto at øge handlekompetencen hos ledelse og ikke mindst medarbejdere. Interviewdata peger entydigt på at medarbejderne med den nye models frisætning i forhold til aktivitetsræset helt overordnet føler sig endnu bedre i stand til at skabe den ønskede effekt og forhindre de uønskede.

(citater-medarbejdere): **”.. fx de cases vi tager op giver mening og vores samarbejder bliver forstærket, så kvaliteten, at det vi kan tilbyde patienterne bliver bedre. Det er da helt klart også noget der holder motivationen. At man kan se, at det man har gjort og det arbejde man har lagt i det, også bære frugt med sig.”**

Der er dog også en usikkerhed at spore hos medarbejderne mht. om de har de relevante kompetencer til alle de nye muligheder og dels om det kan fastholdes over tid. Enkelte medarbejdere italesætter at de bliver meget udfordret fagligt i forhold til at varetage nogle af de nye roller/opgaver de er kastet ind i/har kastet sig ind i. Det gælder bl.a. supervisionsopgave, uddannelsesopgaver mv i forhold til kommunale interessenter.

(citater-medarbejdere): **” Altså jeg oplevede, at jeg på et tidspunkt havnede i en situation, hvor jeg synes, at jeg agerede lidt som en supervisor og det er jo ikke der mine kompetencer ligger – fordi det lukkede op for nogle ting de der cases vi tog op og personalets egen følelse af deres værdi i relationer og så endte vi et sted, hvor det blev noget andet, men der tænker jeg, at det er min egen opgave, at gøre meget klart og tydeligt, hvad det er jeg er her for. Så det ikke løber afsted i en anden retning”**

Desuden så er der en frygt blandt medarbejderne for at de i takt med en stigende efterspørgsel fra kommunerne efter de nye ikke patientrettede aktiviteter (i takt med de bliver kendte) og en samtidig stigende henvisning af patienter uafhængigt af de nye tiltag vil presse dem tilbage til start, hvor overholdelse af udrednings- og behandlingsgarantierne og de aktiviteter, der knytter sig her til vil få forrang. Det vil risikere at bringe handlekompetencen tilbage til status qua fra før indførelse af modellen.

Der hersker desuden en generel usikkerhed i ledelseslagene omkring deres muligheder for i en fremtidig men pt ikke eksisterende presset situation for sygehuset/afdelingen at håndtere populationsansvaret både på den enkelte afdeling og på sygehuset generelt. Det handler både om en oplevelse af ikke at have kontrol over at populationsansvaret kommer under pres (efterspørgselspres skabes af andre end sygehuset) og dels utilstrækkelige redskaber til at løse opgaven når den udfordres. Den relativt svage tro på egen formåen i forhold til at løse den udfordring er måske det der afspejler sig i at dette mål ikke arbejdes med eller forfølges direkte i den konkrete udmøntning af modellen i sygehuset.

Opbakning til målene og eksistensen af effektiv feedback

Ud af materialet kan der overordnet udledes, at der jf. tidligere afsnit i hele organisationen er en positiv opbakning til målene omkring værdi for patienten i centrum og styrkelse af det tværsektorielle samarbejde. Der er en mere neutral accept af udrednings- og behandlingsgarantien, som et vilkår, mens der på forskellig vis er tøven/manglende accept af fx vilkåret populationsansvaret og instrumentet pakkeforløbene.

(citerer-afdelingsledelse): ”..altså jeg er ikke i tvivl om, at udrednings- og behandlingsretten skal vi have, men man kunne godt omkring sådan noget som pakkeforløb kigge på, at skal alle partout i en pakke eller er der nogen man kan tilbyde et kortere forløb ikke”

Der har ikke været gennemført en særskilt proces omkring opstilling af mål og skabelse af opbakning til særlige mål for sygehuset i relation til indførelse af den nye finansieringsmodel. Sygehuset har adapteret de overordnede regionalt formulerede mål for den nye finansieringsmodel. Disse er ifølge sygehusledelsen i høj grad udviklet i en somatisk kontekst og proces, hvor psykiatrisygehuset først efterfølgende er kommet med i styregruppen. Dette forhold har dog ikke afstedkommet et selvstændigt arbejde med at formulere målene ind i en psykiatrikontekst.

Sygehusledelsen er meget bevidst om at opbakning til modellen ikke er entydig eller dækkende i hele sygehuset. Der er flere afdelinger, der fx vil blive hårdt ramt, hvis de skulle miste muligheden for meraktivitetsfinansiering.

Udover en mere struktureret og involverende målfastsættelsesproces, så fremhæves sikring af nødvendig efteruddannelse, finde rollemodeller og støttende formidling af medarbejdernes evne til at klare målet, som væsentlige målepunkter i forhold til at opnå maksimal opbakning og accept af målene og derigennem styrke motivationen hos medarbejderne.

Fra ledelserne gives der udtryk for at der opleves et match mellem medarbejdernes kompetencer og de nye aktiviteter, der skal gennemføres for at nå målene i modellen. Der er derfor ikke igangsat nye uddannelsesaktiviteter i regi af modellen.

(citat-afdelingsledelse): ”..det er medarbejderne selv der vælger, hvad er det for nogle initiativer vi vil have, så vil de jo stadig have kompetencerne til det tænker jeg.”

Denne opfattelse deles langt hen ad vejen af medarbejderne, men der hejses dog et mindre flag for at nogle af de nye opgaver i det tværsektorielle samarbejde ligger lige på grænsen af hvad de har af kompetencer fx i forhold til at agere som underviser/supervisor.

I forhold til ledelseslagene, så udtrykkes der en vis bekymring for om deres muligheder og evne til at løse udfordringen med populationsansvaret, men her er det primært efterspørgsel efter nye og bedre måleredskaber, der som tidligere omtalt italesættes mere end kompetenceudvikling.

Det er dog centralt at bemærke at de løse rammer i forhold til implementering af modellen, herunder begrænset fokus på skriftlighed omkring mål og systematisk opfølgning indebærer et relativt løst grundlag for at vurdere og formidle successen i form af konkret målopfyldelse.

En effektiv feedback på mål og performance fremhæves som væsentlig for at fastholde og om muligt booste motivationen hos medarbejdere og i hvert fald reducere evt. crowding out effekter af de valgte målesystemer.

Det samlede billede mht. feedback processer og indhold er at det har et meget begrænset omfang, er relativt usystematisk/lettere tilfældigt og fra ledelsens side tales ned i relevans med henvisning til at det er et forsøgsprojekt for en afgrænset del af sygehuset og at der laves en mere overordnet regional evaluering på et senere tidspunkt.

Medarbejderne konstaterer at der er meget begrænset feedback men omvendt heller ikke efterspørger det i stor stil og tager de manglende tilbagemeldinger som udtryk for passiv opbakning fra ledelsen.

(citater fra medarbejdere) "... Jeg har ikke mærket det ret meget (til feedback red.). Til gengæld har vi jo ikke hørt noget negativt vel, så det kan jeg jo heller ikke sige, men som sagt har der været tillid til det vi har sat i verden. Jeg synes ikke der har været den store sådan synlige bevågenhed på, hvad vi har lavet. Vi har bare fået et rum og det har vi taget."

Dette generelle billede skal ses i lyset af at der netto er reduceret i antallet af betydningsfulde målinger/sammenligninger i den nye model, ikke mindst aktivitetstallet er ude på afdelingen forsvundet ud af hverdagen ude i afsnittene. Samtidig er der endnu ikke kommet nye opfølgingsregimer ude på afdelingen (eller i sygehuset) som følge af den nye finansieringsmodel, da mange af elementerne er gengangere fra den tidligere finansieringsmodel (fx ventetider og budgetoverholdelse).

Der kan ikke genfindes formelle målfastsættelsesplaner, systematiske præsentationer af feedback, systematiske feedback med fokus på præstationsforbedringer/performance og tiltag til performanceforbedringer i denne case – elementer, der i motivationsteorien tillægges en positiv betydning for at fastholde og udbygge motivationen hos medarbejdere eller som minimum reducere den negative motivationseffekt af de nødvendige målesystemer.

På den anden side så viser ovenstående repræsentative citat fra medarbejderne, at den feedback der trods alt kommer bidrager positivt til motivationen igennem den udtalte opbakning til de igangsatte og foreslåede aktiviteter.

Troværdighed af modellens incitamenter:

Målt på data fra opgavens case, så har incitamentet til at lave mere individualiserede behandlingsforløb med afsæt i patientens behov (som oplevet af personalet) og i øget tværsektorielt samarbejde virket og haft nogle af de ønskede effekter. Det drejer sig bl.a. om øget brug af flere typer ikke-patientrettede interventioner og øget tværsektorielt samarbejde omkring patientforløb/generelt oprustning af kompetencer ude i primærsektor mhp. varetagelse af behandlingsopgaven i større udstrækning og dermed flytning af behandlingsopgaver fra region til kommune på sigt.

Med en oplevet klar sammenhæng mellem indsats og belønning har dette incitament en høj troværdighed, hvilket afspejler sig i de ønskede effekter.

I den anden ende af skalaen kan der ikke påvises de store effekter af fx opfordring til at tænke grundlæggende nyt og gennemføre omfattende innovative tiltag. Det kan formentlig tilskrives at dette incitament i høj grad knytter sig an til at løse udfordringen med og presset fra at overholde populationsansvaret – en udfordring som caseafdelingen/sygehuset ikke har stået over for i forsøgsperioden.

Det fører over til et centralt element i modellen, hvis det skal fungere som en fremtidig finansieringsmodel for sundhedsvæsenet uden præcis aktivitets- og produktivitetskrav – det er incitamentet til overholde

populationsansvaret. Det handler om hvorvidt sygehusene (og medarbejderne) reelt oplever et incitament til at tage denne opgave på sig og tilpasse og udvikle aktiviteterne i sygehuset for at overholde denne del.

Ser man på belønnings- og strafsiden for overholdelse/manglende overholdelse af populationsansvaret, så er det uafklaret om og hvilken straf, der vil komme hvis fx ventetiderne stiger på sygehuset. Når det gælder indsatsiden, så hersker der usikkerhed og bekymring på sygehus og afdelingsniveau om dels hvad sygehuset kan og skal gøre for at sikre overholdelse af dette ansvar og dels hvordan de kan blive påvirket af andres valg, som de er uden indflydelse på.

(citater fra sygehusledelse): den her model (....) kræver jo, at vi har en afdelingsledelse lokalt, som kan formå, når nu det affektive område det vækster og geronto-området eksempelvis faldt, (...), jamen så skal de jo omfordele ressourcerne inden for deres eget område

(citater fra afdelingsledelse): "Så hvis man med populationsansvaret siger, nu får vi udvidet vores optageområde, men så får vi jo pengene for det optageområde, så er der ingen problemer i det, men problemet er, at hvis man har udvidet og siger at i skal dække en speciel diagnosegruppe fra et andet sted og så kommer der rigtig mange af dem, så er der et problem"

I casen kan der ikke påvises effekter af dette incitament, men det kan jf. den positive situation sygehuset er i derfor ikke tages som udtryk for en faktisk manglende troværdighed i incitamentet. Der italesættes kun usikkerhed om incitamentets potentielle troværdighed.

Når det gælder sammenhæng eller potentiel konflikt mellem modellens incitamenter og fagligheden er incitamentet til behovsstyret drift, som er meget central for modellen, interessant. Casen viser som tidligere omtalt et klart billede af at det giver en rigtig god faglig mening at arbejde behovsstyret og mere individuelt på det ambulante område. Fagligheden understøtter dette incitament – i hvert fald på den måde incitamentet er oversat og praktiseret i casen. Her er den oversat til mulighed for at vælge andre veje frem til løsning af de enkelte behandlingsopgaver. Det som behovsstyret drift også indbefatter – nemlig at behandlingsforløb kan være kortere end tidligere – bliver derimod ikke italesat i casen fra nogle af parterne.

Der ligger og lurder en mulig fremtidig konflikt mellem fagligheden og incitamentet, der kan reducere den indre motivation. Det italesættes hos medarbejderne som problematisk at det bliver svært at fastholde de nye aktiviteter, der fremhæves som faglige meget meningsfulde, i det nuværende omfang, hvis efterspørgselspresset i form af antal patienter i behandling stiger.

(Citat - medarbejdere): Hvis man får gjort sig alt for synlig får man også en stor arbejdsbyrde på den. Hvis det så ikke ligesom følger med ned (....) Den der tilgang af patienter, så kan jeg se, at så vil man tidsmæssigt komme i nød.

Snakken om denne mulige uheldige situation bliver ikke fulgt op af en italesættelse af de andre elementer i modellen, der er tænkt til at bidrage til at løse denne udfordring (nye innovative måder at arbejde på, tilpasning af patientforløb mv). Det efterlader derfor et indtryk af en potentiel fremtidig reduktion i den ellers øgede motivation ved den nye model. Der kan ske en crowding out effekt når personalet konfronteres med det udefrakommende krav om overholdelse af ventetidsrettigheder uden tilførsel af ekstra midler som tidligere var muligt. Det vil alt andet lige lægge et nedadgående pres på omfanget af de nye igangsatte fagligt meningsfulde aktiviteter iværksat i regi af den nye model.

Casedata giver ikke grundlag for en vurdering af de i teori afsnittet omtalte potentielle incitamentsudfordringer i form af defensiv medicin og effekten af pres fra patienter, der ikke oplever at få det behandlingsomfang som de forventer/tidligere har fået.

Delkonklusion på målsætning 3:

Analysen indikerer helt overordnet at indførsel af NF har haft en klar motivationsfremmende effekt og har sat fagligheden på spil, der hvor organisationen er i implementeringen af modellen. Analysen indikerer overordnet at der med NF sker en styrkelse af empowerment (magt og kontrol) hos ledere og medarbejdere. Den primære motivationsfremmende komponent i NF er også her fjernelse af aktivitetskravet og fokus på hvad der giver værdi og mening for patienterne, mens andre komponenter som fx patientinddragelse, innovation mv ikke tillægges en motivationsfremmende effekt.

Styrkelse af mening er den af de fire elementer i at styrke den indre motivation hos personalet, som primært fremhæves af fagfolkene og ledelsen i casen, når de skal forklare hvilken motivationseffekt NF har haft indtil nu. Men analysen indikerer også en positiv effekt af NF på de 3 andre motivationsfremmende komponenter, som valgmuligheder, påvirkningsmuligheder og styrkelse af handlekompetence fremhæves, men her kan det være vanskeligt at skille det fra den motivationsforbedrende effekt af selve implementeringsstrategien, der er valgt i casen.

Analysen indikerer at i forhold til crowding out-problematikken, så forsvinder en meget motivationsreducerende adfærdsregulering væk (det ensidige aktivitetsfokus) og de nye reguleringsmekanismer i NF vurderes ikke umiddelbart negative. Dog er der en vis frygt for de negative konsekvenser for de øvrige positive incitamenter i NF af at skulle håndtere populationsansvaret.

I forhold til koordinationseffekter, så indikerer analysen at NF er implementeret på en måde der har skabt opbakning ude hos medarbejderne og afdelingsledelseslaget til den version af modellen (og de dele af NF-modellen), som de arbejder efter. Der er ikke etableret en effektiv feedback model i forhold til NF, men det italesættes ikke som et stort problem for motivationen.

Troværdighed i incitamenter er central for motivationen. I forhold til incitamenter i NF-modellens troværdighed, så indikerer analysen en høj troværdighed for den del der handler om behovsstyret effekt og øge samarbejde med kommuner og praksissektoren. Til gengæld så indikerer resultatet af analysen at der ikke er høj troværdighed omkring øvrige incitamenter i NF-modellen.

Elementet behovsstyret drift i NF skaber i den oversættelse, der laves i caseorganisationen, en stærk sammenhæng mellem faglighed og incitamenter i NF og dermed potentielt en motivationsforbedrende effekt. Analysen viser dog også at den effekt ikke nødvendigvis kan bibeholdes i en for organisationen mere efterspørgselspresset situation, hvor andre elementer i behovsstyret drift potentielt kan reducere eller fjerne denne motivationsforbedrende effekt gennem pres for at tage ikke-fagligt velbegrundede og meningsfulde valg i behandlingen.

6. Diskussion

Analysen indikerer overordnet at NF har nogle overordnede positive effekter på organisationens målopfyldelse på en række områder. Der kan også konstateres væsentlige positive motivationseffekter fra NF-modellen, der hvor organisationen er nu i processen, med den måde det er implementeret på og med de elementer fra modellen, der har været i fokus. Fjernelse af aktivitetskravet er det enkeltelement i NF-modellen, der har den største faciliterende indflydelse på både målopfyldelse og motivationsforbedringerne. Andre elementer står væsentlig svagere og der udtrykkes en frygt for at der er elementer i modellen (særligt populationsansvaret og redskabet pakkeforløbene), der direkte vil kunne have en crowding out effekt på sigt i en mere presset situation og en mere fuldt implementeret NF-model. Koordinationsudfordringen er for så vidt angår distribution af beslutningsrettigheder håndteret gennem en næsten laissez-faire agtg tilgang fra ledelsen i form af frisætning af medarbejderne i forhold til udfoldelse og forståelse af NF-modellen og igangsætning af nye aktiviteter indenfor NF-modellens rammer. Til gengæld kan koordinationselementet i form af målfastsættelse, meritbaserede målingsinstrumenter og effektiv feedbacksystemer ikke genfindes i nævneværdig omfang i casen.

Udover de umiddelbare synlige effekter på målopfyldelse, som analysen indikerer, så peger analysen dermed på:

1. Rækkevidden af effekter i tid og rum	Det er en meget afgrænset udgave af NF der er implementeret i organisationen, hvor centrale elementer ikke er forfulgt endsige implementeret endnu, hvilket i stort omfang måske kan henføres til den konkrete organisations særlige udgangspunkt. Det vil derfor være interessant at diskutere rækkevidden af de konstaterede effekter både i tid og rum - holder de på sigt? Og rækker de ud over caseorganisationen??
2. Andre forklaringer på de oplevede effekter	Det kan på nogle punkter være svært skelne effekter af implementerings strategi fra effekter af NF modellen og effekterne af andre NF-model uvedkommende samtidige forhold, der er i spil for og i organisationen. Det vil derfor være interessant at diskutere om det er modellen, der skaber effekterne eller det er andre forhold der slår igennem?

Jeg vil i diskussionsafsnittet komme rundt om disse to elementer.

Rækkevidden af effekter i tid og rum:

Situationen for psykiatrisygehuset forud for indførsel af NF-modellen med fuld overholdelse af ventetidsrettighederne, med styr på økonomien på sygehusniveau og på den konkrete afdeling og ingen konstaterede væsentlige kvalitetsmæssige udfordringer betød fravær af et pres fra dele af NF-modellen som populationsansvaret, innovationspresset og rammestyringen (fast budget uanset aktivitetsniveau). Denne situation kan bidrage til forståelsen for at der formidles de ønskede positive effekter af NF på målopfyldelse og herunder motivation, som der gør uden at der kan konstateres et stærkt fokus på elementer i NF som innovation/udvikling af nye tiltag, uden oprustning af den direkte patientinddragelse, uden udbygget målingsregimer og effektive feedback systemer og uden fokus på populationsansvaret i dagligdagen mv. Det rejser også en nysgerrighed på om de positive effekter af NF-modellen kan fastholdes i en situation, hvor de pt fraværende elementer i NF-modellen pludselig kommer i spil. Interviewdata indikerer en opmærksomhed på de mulige udfordringer for målopfyldelse og crowding out på motivationen i en fremtidig situation, hvor efterspørgslen på behandling stiger uden mulighed for tilførsel af yderligere ressourcer (rammestyringen), hvor der vil komme et pres for at tilpasse behandlingsforløb/aktivitetsomfang i de enkelte forløb mv for at få enderne til at nå sammen. Det vil alt andet lige blive oplevet som begrænsende for de enkelte medarbejders valgmuligheder og begrænsende

for handlekompetencen og hvor en svag (til fraværende) klar innovationskultur med fokus på løbende udvikling af nye tiltag vil betyde manglende bidrag til at løse krydspresset mellem øget efterspørgsel og konstant budget. Fravær af systematiske målopfølgningssystemer, som pt ikke opleves som værende en hæmsko for implementering af NF-modellen (nærmere tværtimod), er sygehusledelsen også meget bevidst om vil udfordre sygehuset i forhold til at få indsigt i efterspørgslen rundt i sygehuset rettidigt og præcist nok til at kun agere som sygehus og flytte ressourcer rundt i forhold til hvor presset. I det hele taget at gennemføre denne flytten rundt på ressourcer på tværs af selvstændige afdelinger forventer sygehusledelsen vil påvirke de positive effekter af NF-modellen, da det vil indføre en reguleringsmodel, der vil påvirke motivationsdelen negativt og vil være svær at indrette uden det vil ende med at belønne de afdelinger, der har gjort mindst for at effektivisere og forbedre behandlingsforløbene (Ryan&Deci, 2000).

Man kan sige at i gode tider (hvor populationsansvaret/efterspørgselssiden ikke presser sygehuset) virker væsentlige dele af modellen motivationsfremmende og fravær af elementer i NF-modellen har ingen mærkbare konsekvenser for effekten på målopfølgningen og motivationen, mens det i dårlige/pressede tider kan forventes at være udfordrende at undgå et dyk i motivationen med de incitamenter, der fylder i den nye model og hvor effekten af de manglende/mangelfulde udviklede elementer i NF-modellen kan forstærke de negative konsekvenser.

Ser vi på rækkevidden af de oplevede effekter i forhold til generaliserbarheden til det øvrige sundhedsvæsen vil jeg kort spejle resultaterne af denne case i hovedkonklusionerne i en endnu ikke offentliggjort kvalitativ evaluering af NF på andre sygehusafdelinger i Region Syddanmark, som jeg har fået indsigt i resumeet af her ved afslutningen af masterafhandlingsprojektet (Center for Kvalitet, 2018).

Der er en lang række sammenfald i de 2 analyser.

Sammenfald mellem regional undersøgelse og opgavens case	Afviigelser i den regionale undersøgelse i forhold til opgavens case
Der er en grundlæggende positiv stemning omkring NF-modellen og ikke mindst oplevelsen af at blive hørt i form af at sætte fagligheden i spil, give arbejdsro og fjerne aktivitetskravet	Ventetidsrettigheder opleves i den regionale undersøgelse som et særligt aktivitetspres,
Rammestyringen opleves grundlæggende som meningsfuld og fornuftigt og understøttende for bevægelsen fra produktions til kvalitetsfokus	I den regionale undersøgelse er der grundlæggende en positiv opfattelse af meraktivitetskrav og tilhørende finansiering – ses som en hæmsko for NF-modellen at det er væk.
Modellens patientforløbsfokus og rammestyring fremmer nye aktiviteter og øger samarbejde med kommune og praksis – indirekte patientaktiviteter straffes ikke mere	En incitamentsudfordring for modellen omkring garantiklinikkens funktion fremhæves i den regionale undersøgelse – bliver de (imod hensigten) til ventilen for håndtering af populationsansvaret?
Bekymring og usikkerhed omkring populationsansvaret og det aktivitetspres den del (sammen med patientrettigheder) giver kommer frem i begge undersøgelser.	Det er ikke kun den gamle finansieringsmodel der var aktivitetsdrivende – kliniske retningslinier, pakkeforløb mv var det også og de bidrager fortsat til aktivitetsregulering..
Samtidigheden i flere forskellige forbedringstiltag og dermed på visse områder vanskelighed ved at adskille effekterne af NF fra de andre parallelle tiltag (fx indførsel af Den Syddanske Forbedringsmodel og	NF Modellen driver i sig selv ikke flere nye arbejdsgange/udviklingsaktiviteter frem viser den regionale undersøgelse – det foregik også under det gamle system

På en række væsentlige parametre som øget motivation, fravær af aktivitetspres, positiv bidrag fra NF til forløbsfokus og øget samarbejde med kommune og praksis genfindes de indikerede effekter af NF på målopfyldelsen i den regionale undersøgelse. Samtidig deles ikke mindst bekymringen for rækkevidden af populationsansvars elementet i NF. Afvigelserne bunder i dels en række forhold, der har rod i de forskellige driftsvilkår der er mellem somatik og psykiatri og udgangspunkter ved indførsel af NF – fx garantiklinikker, der ikke eksisterer i psykiatrien, dels en række udfordringer, der pt. ikke fylder noget i psykiatrien, men som der dog fremkommer en bekymring omkring (handler om ventetidsrettigheder, hvor somatikken har en meget lavere opfyldelse i dag end psykiatrien og om de andre aktivitetsregulerende systemer (fx pakkeforløb) og endelig dels en række punkter, hvor der forskelligt syn mellem psykiatri og somatik (handler om de positive sider af meraktivitetsmulighed og vurdering af effekten af fjernelse af 2% produktivtidskravet på nye arbejdsgange mv)

Andre forklaringer på de oplevede effekter??

I denne opgave er der anlagt et grundlæggende rationelt styringsperspektiv nedover casen, hvor NF ud fra et mål middel rationel tilgang og et optimistisk styringssyn, bliver interventionsløsning på et designproblem i det gamle styringssystem (Grøn, Hansen og Kristiansen, 2014). I analysen er der taget forbehold for validiteten af resultaterne – de konstaterede effekter- i forhold til det spinkle datagrundlag, men udover denne type forbehold, så kan det jo heller ikke udelukkes at der er andre ting på spil end NF, der genererer de oplevede/konstaterede effekter.

Hvis jeg forbliver indenfor rammen af det rationelle styringsperspektiv, så er der indlejret effekter af andre tiltag end den rene NF-model. I denne opgavesammenhæng er parallelle og overlappende styringstiltag som Den Syddanske Forbedringsmodel og de 8 pejlemærker for regionen gennemført næsten samtidig og som beskrevet i introduktionen til modellen, så vil jeg i denne opgavesammenhæng betragte de 3 elementer som en samlet intervention. Det indebærer naturligvis at det ikke er muligt at adskille effekterne af de enkelte elementer.

For at supplere (og udfordre) de konklusioner, der her er draget af analysen af casen, ud fra det anlagte rationelle styringsperspektiv, så vil jeg kort overordnet belyse casen ud fra et symbolsk styringsperspektiv. Her vil fokus være på at organisationer som Region Syddanmark hele tiden er legitimitetssøgende og ønsker at tilpasse sig omverdenens modernitetsforståelse. Det gamle system med aktivitetsfokus, stor dokumentationsbyrde, kvantitet frem for kvalitet var delegitimeret og andre mere moderne styringsredskaber pressede sig på generelt i samfundet og specifikt i sundhedsvæsenet (patienten i centrum, forløb, kvalitet, faglighed frem for produktivitet, effektfokus mv.) og blev pushet af ikke mindst faglige organisationer, men også politisk (Grøn, Hansen og Kristiansen, 2014)(Danske regioner, 2016). NF er løsningen i Region Syddanmark, der skal sikre mere legitimitet i organisationen og i offentligheden og være mere i synk med moderne styringsdagsprincipper. Det fremgår klart af både denne case og den regionale undersøgelse at der overordnet fra sygehusene (både ledere og medarbejdere) kvitteres for at NF er et bedre svar på sundhedsvæsenets udfordringer og at man nede i organisationen føler sig hørt/lyttet til. En mere legitim styring kan alt andet lige forventes at have en positiv indflydelse på motivationen gennem styrkelse af meningskomponenten, hvilket også kan genfindes i opgavens case. I et symbolsk styringsperspektiv er et succeskriterie for en ny styringsmodel mere at gøre modspillere i organisationen til medspillere jf Grøn, Hansen og Kristiansen (2014) typologi over medarbejdertyper i organisationen end blive målt på de konkrete effekter af styringssystemet på organisationens målopfyldelse, som følger det rationelle styringsperspektiv (som er forudsat i opgavens case).

Ud fra dette symbolske styringsperspektiv virker indførelse af NF som en umiddelbar succes og har tjent sit formål (øget legitimiteten og ledelse mere i synk med tiden) så er de konstaterede manglende/mangelfulde implementering af elementer i modellen og begrænsede effekter på enkelte af målepunkterne mindre væsentlige.

Afhængig af dit afsæt for forståelse af NF vil analysens konklusioner guide dig i forskellige retninger i forhold til det videre arbejde. Set fra et rationelt styringsperspektiv, så vil de oplevede positive effekter af NF relativt ukritisk føres tilbage til de implementerede elementer i NF og fx de manglende/ufuldstændige målopfølgningsinstrumenter vil blive italesat som både en forklaringsfaktor for den manglende fuldstændige effektopnåelse og som et centralt indsatsområde. Fra den udkigspost vil man risikere at misse den indsigt at den alafgørende forskel NF har gjort og som afspejler sig i de oplevede effekter jf. det symbolske perspektiv ikke kan kobles på konkrete instrumenter der virker, men grundlæggende kan føres tilbage til organisationens øgede legitimitet/en ledelse mere i synk med tiden, der både har øget motivationen hos medarbejdere og flyttet folk fra modspillere til medspillere. Omvendt vil det symbolske perspektiv overse effekterne af de konkrete elementer og incitamenter i NF på motivation og på de valg der tages i organisationen og dermed ikke får indsigten til at korrigere incitamenter og elementer i modellen rettidigt inden den genvundne legitimitet sættes over styr.

7. Konklusion og perspektivering

Masterafhandlingen satte sig for at besvare følgende problemformulering:

Hvilke effekter har Ny Finansieringsmodel (NF) i den konkrete case på organisationens målopfyldelse??

Overordnet konklusion

Opgaven indikerer generelt, at NF har nogle overordnede positive effekter på organisationens målopfyldelse på en række områder. Der kan også konstateres væsentlige positive motivationseffekter fra NF-modellen, der hvor organisationen er nu i processen, med den måde det er implementeret på og med de elementer fra modellen, der har været i fokus.

Fjernelse af aktivitetskravet er det enkeltelement i NF-modellen, der har den største faciliterende indflydelse på både målopfyldelse og motivationsforbedringerne på tværs af alle 3 målsætninger. Andre elementer i NF står væsentlig svagere /er ikke umiddelbart implementeret og der udtrykkes en frygt for at der er elementer i modellen (særligt populationsansvaret og redskabet "pakkeforløbene"), der direkte vil kunne have en crowding out effekt på sigt i en mere presset situation og en mere fuldt implementeret NF-model.

På baggrund af den valgte analyseramme i opgaven, performance management-modellen (PM), har opmærksomhederne været på hhv. koordinationseffekter og motivationseffekter af indførsel af NF. Koordinationsudfordringen er for så vidt angår distribution af beslutningsrettigheder håndteret gennem en næsten laissez-faire-artig tilgang fra ledelsen i form af frisætning af medarbejderne i forhold til udfoldelse og forståelse af NF-modellen og igangsætning af nye aktiviteter indenfor NF-modellens rammer. Til gengæld kan koordinationselementet i form af målfastsættelse, meritbaserede målingsinstrumenter og effektiv feedbacksystemer ikke genfindes i nævneværdig omfang i casen. I forhold til motivationseffekter er der fundet meget klare tegn på at NF har haft meget direkte effekt på motivationen igennem styrkelse af ikke mindst både menings og handlekompetence komponenterne.

Der er i diskussionsafsnittet peget på usikkerhed om de oplevede effekter af NF vil holde på sigt. I gode tider (hvor populationsansvaret/efterspørgselssiden ikke presser sygehuset) virker væsentlige dele af modellen motivationsfremmende og fravær af elementer i NF-modellen har ingen mærkbare konsekvenser for effekten på målopfyldelsen og motivationen, mens det i dårlige/pressede tider kan forventes at være udfordrende at undgå et dyk i motivationen med de incitamenter, der fylder i den nye model og hvor effekten af de manglende/mangelfulde udviklede elementer i NF-modellen kan forstærke de negative konsekvenser.

På væsentlige områder er der sammenfald mellem fundene i denne opgave og i en endnu ikke offentliggjort regional undersøgelse jeg har haft adgang til at se konklusionerne på. Der er stort sammenfald omkring den generelle positive opfattelse af NF og forskellene handler om forskel mellem somatik og psykiatri, forskel i driftsvilkår og forskellig syn på driftsvilkår. Samlet set så viser sammenligningen at resultaterne af casen kan på centrale områder generaliseres indenfor og udover psykiatrisygehuset.

Hvorvidt de oplevede effekter kan føres tilbage til NF har været til diskussion. Der er jo arbejdet ud fra en rationel styringslogik i opgaven og i opgaven problematiseres hvorvidt der ikke kan peges på andre mulige forklaringer på de oplevede effekter – ud over at det kan være effekter af andre parallelle styringstiltag

effektueret samtidig, så vil man også kunne forklare og forstå effekterne hvis man lagde fx en symbolsk styringsperspektiv ned over casen.

Særligt vedr. målsætning 1 (facilitere paradigmeskifte og patienten i centrum).

Analysen indikerer at indførsel af NF har en direkte effekt på paradigmeskiftet over til hvad der giver værdi og mening for patienten. Den nye distribution af beslutningsrettigheder der ligger i paradigmeskiftet, hvor frontmedarbejdere sættes mere fri og lederrollen ændres i retning af øget tværgående prioritering og koordinering kan genfindes i casen.

I forhold til opprioritering af patientinvolveringen, så er der ikke som følge af den nye finansieringsmodel iværksat nye tiltag til at sætte værdi for patienten i centrum, men implementeringen af NF har forstærket de allerede igangsatte aktiviteter.

Særligt vedr. målsætning 2 (øget innovation og tværsektorielt samarbejde):

Den nye finansieringsmodel har gennem fjernelse af aktivitetskrav og målsætning om fokus på hvad der har værdi for patienten skubbet en åben dør ind i psykiatrien og har haft en direkte effekt på iværksættelse af nye udviklingsaktiviteter (og dermed effekt på organisationens målopfyldelse).

Analysen indikerer at NF og implementering af denne har dermed overordnet haft en direkte effekt på organisationens målopfyldelse i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Samlet set så indtager afdelingen i dag en anden mere udadvendt og tilgængelig rolle i det tværsektorielle samarbejde.

Særligt vedr. målsætning 3 (højere motivation og faglighed i spil):

Analysen indikerer helt overordnet at indførsel af NF har haft en klar motivationsfremmende effekt og har sat fagligheden på spil, der hvor organisationen er i implementeringen af modellen. Analysen indikerer overordnet at der med NF sker en styrkelse af empowerment (magt og kontrol) hos ledere og medarbejdere. Analysen viser dog også at den effekt ikke nødvendigvis kan bibeholdes i en for organisationen mere efterspørgselspresset situation, hvor andre elementer i behovsstyret drift potentielt kan reducere eller fjerne denne motivationsforbedrende effekt

Perspektivering – andre synsvinkler på sagen:

Motivation er centralt for casen og for implementering af nye styringsmodeller. Casen peger overordnet på at NF har en motivationsforbedrende effekt. Det kunne være interessant at komme nærmere på hvordan det virker og hvad i modellen der virker mest og bedst. Desuden så kunne man med fordel dyrke yderligere hvordan der i det videre forløb med NF sikres at de forskellige elementer i modellen omsættes til gennemskuelige, troværdige og afbalancerede incitamenter i modellen. Herunder hvordan mere effekt og værdibaserede målesystemer kan håndteres sammen med hardcore økonomiske instrumenter. Man kunne evt. analysere det ved brug af Charlotte Grøn mfl.'s model med- og modspillere, ressource svage/stærke og den forskellige effekt de forskellige traditionelle styringsværktøjer (tillid, regler og normer, økonomiske instrumenter mv), som alle også indgår i NF, kan siges at have afhængig af din placering på de 2 kontinuum (Grøn, 2017).

Appliceringen af PM-modellen på opgavens case blotlægger nogle udfordringer for modellen. En central del af koordinationselementet i PM-modellen – målsætningsdannelse, meritbaserede opfølgningssystemer og effektive feedback systemer – er næsten fraværende i casen og implementeringen af NF og alligevel peger analysen i retning af at centrale målsætninger i NF-modellen er blevet styrende for organisationens arbejde, der er effekter af den nye model på målopfyldelsen og flere af målene er internaliseret og blevet styrende for

medarbejderne, samt haft en stor positiv motivationseffekt. Det gør det interessant at diskutere PM-modellen i lyset af disse findings og ikke mindst sammenhængen og afhængigheden mellem de enkelte elementer i modellen. Hvad har størst betydning? Og er der en bestemt rækkefølge, der er vigtig for at opnå en effekt/succesfuld implementering? Herudover så spiller omverdenen for organisationen (her ikke mindst kommuner og praksis) en central rolle for at forstå den effekt en ny styringsmodel som NF vil kunne få. Denne omverdenkomponent og dets effekter på målopfyldelsen fanges ikke umiddelbart direkte op af elementerne i PM-modellen. Her kunne der med fordel analyseres med hjælp af mere netværksledelsesredskaber som Koppenjahns og Klejn (2004)

Casen indikerer at NF umiddelbart har positive effekter på det paradigmeskifte for sundhedsvæsenet, som de nye forsøg med værdibaseret styringssystem/styringselementer, som NF-modellen er et af, ønsker at skabe. Men er NF i sin kerne et værdibaseret styringssystem, som det defineres af M. Porter, der er founding father for dette koncept? (Porter, 2010) Og med en M. Porter optik vil NF og andre nye lignende styringssystemer kunne levere på alle de dagsordner, som de nye styringskoncepter er født ud af og som paradigmeskiftet omfatter?? Og er der overhovedet tale om et paradigmeskifte eller er der tale om flere aktive styringsparadigmer der er aktive på samme tid (Lerborg, 2017) og Røviks lag-på-lag billede af styringsperspektiver, der ligger sig ovenpå hinanden (Røvik, 2011)??

8. Ledelsesmæssig udvikling gennem MPG-studiet, herunder Masterprojektet

Min refleksion over min ledelsesmæssige udvikling gennem MPG uddannelsen vil blive struktureret gennem opfølgning på de 3 udviklingsmål i LPG-udviklingsplanen. De 3 mål var:

1. Øget faglig viden indenfor ledelse i offentlig kontekst
2. Udvikle mig selv som leder
3. Gøre anlægssekretariatet klar til nutidige og fremtidige udfordringer

I opfølgningen på de 3 mål vil indgå påvirkninger fra ændringer i jobbet/virksomheden/omverdenen og anvendelse af redskaber og inspiration fra MPG-fagene.

Øget faglig viden indenfor ledelse i offentlig kontekst.

MPG var mit første lederkursus efter i praksis at have fungeret som leder i mere end 10 år. Målet med MPG var derfor ikke mindst at få styrket og fyldt værktøjskassen op med ledelsesfaglige værktøjer. Vel at mærke værktøjer, der kunne omsættes til konkret praksis i min organisation og understøtte udvikling af organisationen og bidrage til at vi nåede vores mål.

Der er en lang række eksempler fra perioden på MPG-studiet på at redskaber fra MPG-studiet har været bragt i anvendelse i organisationen. Bare for at nævne et par stykker:

Fag	Redskaber	Anvendelse
Personligt lederskab og coaching	Dialogisk coaching	Brugt til at understøtte en vellykket fusionsproces mellem 2 byggeorganisationer i 2016
Strategisk HRM i det moderne arbejdsliv	Strategisk selvledelse og kerneopgave	Værktøjerne har skabt et fælles referencepunkt i den ovennævnte fusion og bragt den meget sammenbragte flok sammen om et fælles 3.
Strategisk ledelse	Netværksledelse, wicked problems	Værktøjet og dets fokus på ledelse af grupper uden strukturel magtbase har været bragt i anvendelse som analyse-/screeningsværktøj forbindelse med alle mine byggeprojekter, hvor jeg uden direkte ledelsesbeføjelser over medlemmer i projektgruppen skal lede folk frem mod et fælles mål

Samlet set har redskaber fra MPG-studiet bidraget til at min organisation står betydeligt stærkere, mere fokuseret, mere professionel og med bedre styr på dokumentationen. Både den nuværende og tidligere ledelse har kvitteret ved MUS-samtaler i løbet af MPG-perioden på de fremskridt der er sket på både den faglige front (gennemførsel af byggeprojekter) og organisationsudviklingsfronten. Endelig så er alle de afsluttede anlægsprojekter i perioden blevet afsluttet indenfor den afsatte økonomiske ramme, med den aftalte kvalitet og næsten til tiden, hvilket var defineret som et andet af målepunkterne i LFG udviklingsplanen.

Udvikle mig selv som leder.

Det personlige ledelsesudviklingsprojekt har når jeg ser tilbage været mindst lige så central for mig i MPG forløbet, som det ledelsesfaglige element.

Mit udviklingsfokus blev i Indersiden af PUF-projektet beskrevet som:

- Hvordan kommer jeg hen til i højere grad at give slip og reelt lede gennem andre?
- Hvordan sikrer jeg mig det fulde og rette strategiske fokus bevares hos mine projektledere, der står derude i orkanens øje??

Min udfordring før og under studiet i forhold til at for alvor at kunne slippe opgaverne og sætte medarbejderne på arbejde og ikke mig selv er den manglende accept og mangelfuld håndtering af centrale ledelsesparadokser.

I forhold til håndtering af paradokser har studiet bidraget med redskaber både i forhold til at lede op af (ledelsesrum, PUF) og lede ned af (coaching (1.-3. generation) og strategisk selvledelse).

MPG-studiet har på den måde bidraget til i Weicks terminologi at skabe mening for både mig som leder og for organisationen. Hvor jeg tidligere ikke har håndteret ledelsesparadokserne og derfor har forsøgt at skabe mening ud fra en lederidentitet som supersagsbehandler/ekspertleder, så har MPG understøttet en rejse over mod mening gennem en strategisk lederidentitet, hvor jeg accepterer og håndterer ledelsesparadokserne. I forhold til medarbejderne, så har MPG understøttet en meningsskabelse gennem en række coaching-redskaber og strategisk selvledelses elementer.

Gøre anlægssekretariatet og mig selv klar til nuværende og fremtidige udfordringer.

Den sidste og, i forhold til de andre 2, den mindste del som MPG-uddannelsen skulle bidrage til var at skabe både en personlig og organisatorisk afklarethed og parathed i forhold til de fremtidige udfordringer.

I forhold til det personlige afklaringsprojekt, så handlede det om hvorvidt jeg skulle gå i retning af en mere driftsorienteret overordnet ledelsesposition eller jeg skulle tage et skridt op til en mere strategisk ledelsesposition.

PUF'en og herunder både NeoPIR og 360 graders evalueringen pegede klart i retning af at jeg havde potentialet (både de faglige og personlige kvaliteter) til at tage det næste skridt op til en strategisk direktørstilling i organisationen.

Undervejs i studiet har det så maget sig sådan at jeg i 2 omgange af 1 års varighed har været konstitueret som direktør og medlem af den øverste strategiske ledelse i regionen. Undervejs i de 2 perioder som direktør trak jeg meget på analyseinstrumenter tillært på MPG-studiet, som fx Klaudi Klausens Arenaer, Koppenjahn/Klejn's netværksledelse og deres begreb Wicked problems.

Så der hvor jeg står nu efter MPG-studiet er at jeg er afklaret på at ville søge en direktør stilling og parat til det, når den rette mulighed opstår.

I forhold til den organisatoriske afklarethed og parathed, så har jeg undervejs gennemført en fusion af 2 mindre projektorganisationer på anlægsområdet, hhv. den jeg allerede var chef for på psykiatriområdet og en lignende pendant på det øvrige sundhedsområde.

Sammenfatning på den ledelsesmæssige udvikling gennem MPG-studiet

MPG-uddannelsen og Masterprojektet har været en rejse mod en stærkere ledelsesforståelse og afklaret ledelsesståsted med en stadig tungere ledelsesværktøjskasse på et fagligt højt niveau. En rejse hvor de teoretiske input har bidraget med en stærkere bevidstgørelse og indsigt i hvorfor jeg står og agerer som leder som jeg gør, en mere struktureret tilgang til ledelsesudvikling og samtidig en lang række redskaber/løsningsmuligheder, at bruge af afhængig af den ledelsesmæssige kontekst. Samlet har forløbet gjort mig til en mere kongruent og afklaret leder med flere teoretisk og praktisk funderede skud i lederbøssen. Med mod på at tage endnu flere modige skridt ud af ledelsesvejen.

Litteraturliste:

- Andersen, L. B. (2012): "Konference om "Ledelse, Motivation og Produktivitet i den offentlige sektor" Baggrundspapir – Styring af den offentlige sektor: incitamenter, motivation og normer. Produktivitets Kommissionen
- Bendix, H. W., et al., 2012, Hospitalsledelse – organisatorisk fænomen og faglig disciplin. 1. udgave, Gyldendal
- Danermark, B. et al, 1997: Att forklara samhället. Studentlitteratur. 2 oplag, s. 88-95.
- Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse. Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet. Maj 2013.
- Danske Regioner (2016): "Rammepapir – fortællingen om det tværregionale projekt om værdibaseret styring (fortroligt) (bilag)
- Danske Regioner (2015): "Styring efter værdi for Patienten", Den tværregionale Task Force, 2015 – (bilag)
- Danske regioner (2017): "Arbejdspapir: beskrivelse af afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret styring", København, 2016 (bilag)
- Friis I./Hansen A. Performance Management i et tværdisciplinært perspektiv, side 113-151 i Økonomistyring & Informatik, 29. årgang 2013/14 nr 2
- Grøn, C.H, Hansen, H.F. og Kristiansen, M. red: "Offentlig styring: Forandringer i krisetider", København, Reitzels forlag, 2014
- Grøn, C. H (2017): "Oplæg på seminar i Offentlig Styring den 1.3.2017", obligatorisk seminar på MPG, CBS
- Hansen, B. og Stenbæk, J.P. (2017): "Mindre regneark – mere værdi" (Debatindlæg i Dagens Medicin, 31.3.2017) - vedlagt
- Hermanowicz, J. C. (2002): "The Great Interview: 25 strategies for Studying People in Bed", Qualitative Sociology, Vol 25, No. 4, 2002
- Højgaard, B, Trap, R.W. og Bech, M. (2016): "Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring – en kortlægning af regionale forsøg og ordninger" Kora, 2016
- Jacobsen, D. Ingvar & Thorsvik, J (2014): "Hvordan organisationer fungerer – en indføring i organisation og ledelse" 3. udgave, Kbh.: Hans Reitzels Forlag
- Jørgensen, D & Just, R. (2017): "Friere rammer på sygehuse gavner patienterne", Jydske vestkysten 19.8.2017 (bilag)
- Just, R. & Jørgensen, D. (2017): "Politikere bifalder succesfuld sygehusforsøg" Jydske Vestkysten, 20.8.2017 (bilag)
- Koppenjan, Joop & Klijn, Erik-Hans (2004): "Managing Uncertainties in Networks. A Network Approach to Problem Solving and Decisionmaking" London, Routledge.

- Kvale, S.: "InterView" København. Hans Reitzels Forlag, 2000.
- Le Grand, J., 2003. Motivation, agency and public policy. Oxford University Press
- Le Grand, J. (2010): "Knights and Knaves Return: Public service motivation in the delivery of Public Services", *International Public management Journal*, 2010, s. 56-71
- Lerborg, L. (2017): "Oplæg på seminar i Offentlig Styring den 22.2.2017", MPG-seminar, CBS
- Pedersen, K. M. (2017): "Er værdibaseret styring fremtiden?", kronik i SDU-blad, februar 2017
- Pedersen, K. M (2017): "Værdibaseret styring. Er det smitsomt? Cohere Discussion paper no. 3/2017, SDU (bilag)
- Porter, M. E (2010): "What is value in Health Care?" *The New England Journal of Medicine* (s. 2477-81)
- Porter, M. E & Teisberg, E. O (2006): "Redefining Health Care" Harvard Business Review Press (2. 84-88)
- Regeringen, Danske Regioner (2015): "Aftale om regionernes økonomi for 2016" Regeringen & Danske Regioner; 2015.
- Region Syddanmark (2016): "Forslag til ny finansieringsmodel for sygehusene (somatik og psykiatri) i Region Syddanmark". Sundhedsøkonomi. 1. december 2016.
- Region Syddanmark (2017): "Pejlemærker for Region Syddanmark". 2017. (bilag)
- Region Syddanmark (2014): "Din viden, min viden – bedre sammen, Region Syddanmarks strategi for patient- og pårørendeinddragelse 2015-2018" (bilag)
- Ryan R.M/ Deci E.L. (2000): "Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions", s. 54-66 I *Contemporary Educational Psychology*, år 2000
- Røvik. K. A (2011): "From Fashion to Virus: An Alternative Theory of Organizations handling Management Ideas" *Organizations Studies* (32(5)) , 631-655
- Saccia et al., 2015. "A practical implementation science heuristic for organizational readiness". *Journal of Community Psychology*, Vol 43, no. 4, p. 484-501
- Safarkhanlou, S (2016): "Model skaber bedre patientforløb", Region Syddanmark, 31.05.2016
- Sundheds- og ældreministeriet, KL og Danske Regioner: "Nationale mål for sundhedsvæsenet", Sundheds- og Ældreministeriet, København, 2016 (bilag)
- Tinggaard, Lene og Brinkmann, Svend: "Kvalitative metoder", København, Reitzels forlag, 2010.

Bilagsgliste:

Bilag 1: Interviewguide

Bilag 2: Interviews, transskriberede

Bilag 3: Evalueringsrapport Ny Finansieringsmodel, Center for Kvalitet, Region Syddanmark, udkast, resume s. 3-8

Bilag 4: Oversigt over aktiviteter igangsat i forbindelse med forsøg med Værdibaseret styring på psykiatrisk afdeling i Odense (2017)

Bilag 5: Styringsskema for psykiatrisk afdeling Odense (2017) – opfølgning på aktivitet, rettigheder mv. i forbindelse med deltagelse i forsøg med værdibaseret styring

Bilag 6: Danske Regioner (2016): "Rammepapir – fortællingen om det tværregionale projekt om værdibaseret styring

Bilag 7: Danske Regioner, Den tværregionale Task Force: Styring efter værdi for Patienten, 2015

Bilag 8: Region Syddanmark (2016): "Pejlemærker for Region Syddanmark". 29. november 2016. 16/3459.

Bilag 9: Region Syddanmark, Din viden, min viden – bedre sammen, Region Syddanmarks strategi for patient- og pårørendeinddragelse 2015-2018

Bilag 10: Danske regioner (2016): "Arbejdspapir: beskrivelse af afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret styring", København, 2016

Bilag 11: Hansen, B. og Stenbæk, J.P. (2017): "Mindre regneark – mere værdi" (Debatindlæg i Dagens Medicin, 31.3.2017)

Bilag 12: Sundheds- og ældreministeriet, KL og Danske Regioner: "Nationale mål for sundhedsvæsenet", Sundheds- og Ældreministeriet, København, 2016

Bilag 13: Pedersen, K. M (2017): Værdibaseret styring. Er det smitsomt? Cohere Discussion paper no. 3/2017, SDU

Bilag 14: Pedersen, K. M. (2017): "Er værdibaseret styring fremtiden?", kronik i SDU-blad, februar 2017

Bilag 15: Jørgensen, D & Just, R. (2017): Friere rammer på sygehuse gavner patienterne, Jydske vestkysten 19.8.2017

Bilag 16: Just, R. & Jørgensen, D. (2017): "Politikere bifalder succesfuld sygehusforsøg" Jydske Vestkysten, 20.8.2017

Bilag 17: Safarkhanlou, S (2016): "Model skaber bedre patientforløb", Region Syddanmark, 31.05.2016

Bilag 18: Region Syddanmark (2016): "Forslag til ny finansieringsmodel for sygehusene (somatik og psykiatri) i Region Syddanmark". Sundhedsøkonomi. 1. december 2016.