

Fra aktivitetsbaseret til værdibaseret styring i det danske hospitalsvæsen – et spørgsmål om ledelse?

Mikkel Malby Schoos, født d. 19.04.1979

Master of Public Governance. Mastermodulet. Afsluttende Masterforløb, 12 ECTS, efterår 2018

Vejleder Allan Hansen, Ph.D., Professor (mso) Copenhagen Business School

Afhandlingens længde fra abstract til perspektivering: 53 sider, 133.713 antal ansalg (med mellemrum)

1 INDHOLDSFORTEGNELSE

2	Abstract	4
3	Introduktion.....	5
4	Problemformulering	6
5	Metode	7
5.1	Dataindsamling.....	7
5.2	Dataanalyse: Grounded Theory.....	8
5.3	Videnskabsteori	9
6	Teori.....	9
6.1	Laboratory life	9
6.2	Havbiologer og kammuslinger.....	11
6.3	Aktørnetværks teori	12
7	Analyse	13
7.1	Diskurs analyse diskurs analyse om styring i den danske sundhedssektor	13
7.1.1	En samfundsdiskurs bliver til sundhedspolitik	13
7.1.2	Styringsparadigmer.....	14
7.1.3	Takststyring.....	15
7.1.4	Ledelseskommissionen	16
7.1.5	Effektive forvaltninger	17
7.1.6	Nationale mål for sundhedsvæsenet.....	18
7.1.7	Økonomiaftaler.....	20
7.1.8	Aftalen om den patientansvarlige læge	21
7.1.9	Værdibaseret styring	21
7.2	Empirisk analyse: Case 1. Udviklingshospitalet Bornholm	24
7.2.1	Økonomiske implikationer af styringsskiftet.....	24
7.2.2	Kliniske implikationer af styringsskiftet.....	31
7.2.3	En sandkasse at bygge slotte i	32
7.2.4	Det fleksible ambulatorium	32
7.3	Empirisk analyse: Case 2. Ortopædkirurgisk afdeling, Farsø Sygehus.....	41
7.3.1	Patientinddragelse og anvendelse af patient rapporterede data	41
7.4	Empirisk analyse: Case 3. Rigshospitalets Hjertecenter	45
7.4.1	Fritagelsen fra aktivitetsbaseret styring tænder ny ledelsestanker	45
7.5	Lægelig ledelse i et værdibaseret sundhedsvæsen	47
7.5.1	Essensen i værdibaseret styring	48

7.5.2	Lægelig ledelse og patientinddragelse	49
7.5.3	Lægelig ledelse og faglig udvikling mellem specialerne	50
7.5.4	Lægelig ledelse og konstruktion af ledelsesstruktur	51
8	Diskussion	53
9	Konklusion	55
10	Perspektivering	56

2 ABSTRACT

The Danish healthcare system is publicly financed and operates across three levels: the state, the regions and the municipalities. While the state holds the regulatory and supervisory functions, five regions are responsible for the hospitals, the general practitioners and for psychiatric care. The municipalities are responsible for primary healthcare services and elderly care. Regional financing of healthcare expenditure is secured by a block grant, an activity-based subsidy from the government and co-financing from the municipalities. The activity-based subsidy from the government is based on the amount of patient related activity within the hospitals of the region. Health care systems are increasingly challenged by megatrends that act as fundamental drivers of escalating healthcare costs. They include an ageing population, greater prevalence of chronic multi-morbidity, expenditures for medicines, improved treatment possibilities and increased treatment demand. For these structural reasons, publicly financed healthcare based on activity steered subsidies is in a midterm perspective economically unsustainable. A reform of healthcare delivery is needed and hospital systems in Denmark are currently testing value-based health care concepts, based on Michael E Porter's strategies for health care reform.

This is a qualitative study based on semi-structured interviews with central healthcare agents engaged with hospital based projects that exempts healthcare delivery from the standard activity-based healthcare financing model. Instead, selected hospital entities receive block grants without commitments to levels of patient related activity. The project results indicate that non-activity based financing of health care delivery may entail increased outpatient clinical activity with a subsequent decreased need for acute hospital admission. For this reason, hospital bed capacity can be reduced, while maintaining equal or improved quality of health care delivery. These results are achieved through health care innovation with the development of flexible outpatient clinics. The outpatient clinics are enabled by subacute day-to-day scheduling for selected diagnoses in patients treated in affiliated emergency rooms, who thereby avoid admittance, secondly by increased use of telecommunication for medical consultation, both between patients and hospitals based specialists and between general practitioners and hospitals based specialists. Third, digital risk adjusted models, based on patient reported outcome measures, improve patient selection for treatment regiments. The exemption from activity-based healthcare financing has furthermore removed an

explicit management frame for health care managers, which through decades has delineated medical leadership and now opens a leadership vacuum. The value-based Danish healthcare reform therefore calls for an intensified focus on medical professionals as healthcare governors that unite innovative healthcare management with clinical insight to steer a needed structural and cultural healthcare reform.

3 INTRODUKTION

Sundhedsvæsenet skal sættes fri, lød overskriften da formanden for Danske Regioner Stephanie Lose rammesatte årets økonomiforhandlingerne mellem regering og regioner. Hun ønsker sig en kulturændring i styringen af sundhedsvæsenet, hvor fokus er flyttet fra incitamenter til indhold. Sundhedsvæsenet skal gå fra at være aktivitetsstyret til at være defineret af et populationsansvar, hvor regioner og andre aktører på tværs af sektorer forsøger at finde de bedste løsninger uden at skele for meget til økonomiske incitamenter. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) bakkede op ved at påpege at styringen af hospitalsvæsenet med statslige produktivitetskrav og aktivitetspuljer er blevet en barriere for regionerne, når det kom til at gøre det rigtige.¹

Udtalelserne grunder i to centrale forhold. For det første er de økonomiske aktivitetsincitamenter, der har været den hidtidige norm i sundhedsvæsenet, i tiltagende grad et uhensigtsmæssigt styringsværktøj på grund af uomgængelige strukturelle udgiftsdrivere. Aldrende befolkningsdemografi, øget forekomst af kronisk sygdom, stigende medicinudgifter og forbedrede behandlingsmuligheder kan endnu ikke opfanges af sundhedsteknologiske forbedringer. Denne klynge af megatrends skaber en aktivitetsspiral med et udgiftspres hvor velfærdssamfundet fremover vil få svært ved finansiere et offentligt sundhedsvæsen med en aktivitetsbaseret afregningsmodel.² Dette er en tungtvejende bevæggrund for Danske Regioners overordnede strategi. Sundhedsvæsenet skal udvikles fra en ren aktivitetsbaseret tankegang til også at involvere værdibaseret styring. Fokus skal flyttes fra produktivitet til effektivitet.³

For det andet har Sundheds- og ældre ministeriet, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening i fællesskab indført otte nationale mål for sundhedsvæsenet som en del af Det Nationale Kvalitetsprogram.⁴ Patientinddragelse, systematisk anvendelse af patient rapporterede outcome

(PRO) data og et national ledelsesprogram er bærende elementer i opnåelsen af de nationale sundhedsmål. Forventningen er at værdibaseret styring kan forene patientinddragelse og effektivitet. Inspirationen til et tilsigtede paradigmeskift mod værdibaseret styring kommer fra Harvardprofessoren Michael E. Porters teori om Value Based Health Care (VBHC),⁵ som igennem syv nationale projekter forsøges oversat til en dansk hospitalskontekst.ⁱ

På en diskursanalytisk baggrund af aktuelle sundhedspolitiske medie- og forvaltningstekster, vil denne afhandling ud fra empirisk interviewmateriale med centrale sundhedsaktører fra tre forskellige danske hospitaler, foretage nedslag i udvalgte nationale projekter, der forsøger at implementere elementer af værdibaseret styring. Med et analytisk udgangspunkt i aktør-netværk teori diskuteres strategioversættelse af værdibaseret styring til en dansk hospitalskontekst, ved at belyse opnåede resultater og oplevede barrierer ifm. implementeringsforsøgene, samt muligheden for varig kulturel forankring af værdibaseret styring i en dansk hospitalskontekst.

4 PROBLEMFORMULERING

Introduktionen opridser problemfeltet om en sundhedspolitisk styringsagenda, der i stigende grad fokuserer på at aktivitetsincitamenter bliver udskiftet med en intention om at opnå mere værdi for borgeren. Et videre centralt træk ved de nye styringstanker er et markant fokus på ledelse.

I ambitionen om skabe et effektivt og borgercenteret sundhedsvæsen, tegner sig det centrale spørgsmål, om internationale teorier om værdibaseret styring kan oversættes til en dansk hospitalskontekst og hvilke konsekvenser det har for lægelig ledelse. Min problemformulering skal derfor vejlede en redegørelse og diskussion af værdibaseret styring, samt evaluere gældende fortolkninger af fænomenet i en dansk hospitalskontekst. Formål er at vurdere om oversættelsen af styringskonceptet kan lykkes og hvilken betydning dette paradigme skift indebærer for lægelig ledelse, når den vante aktivitetsoptimering indenfor lægefaglige specialesøjler skal erstattes af en tværgående forståelse for ressourceforbrug og patientnære effektmål i hospitalsvæsenet.

ⁱ Danske Regioner har syv projekter i gang. De fordeler sig på flg. Sygdomsområder: Region Nordjylland: hofter/knæ og diabetes. Region Midtjylland: apopleksi. Region Syddanmark: Prostatakræft. Region Sjælland: Epilepsi. Region Hovedstaden: Angst/depression og hjertes.

Hvordan oversættes paradigmeskiftet fra takststyring til værdibaseret styring i en dansk hospitalskontekst og hvordan påvirkes det lægelige ledelsesrum derved?

Ledelsesrum defineres i denne sammenhæng som lægefaglig ledelse af personale, faglighed og behandlingskvalitet i en hospitalskontekst.

Problemformuleringen arbejder med 3 guidende underspørgsmål:

1. Hvilken indflydelse har den sundhedspolitiske diskurs på det tilsigtede styringsskifte?
2. Hvad er aktivitetsbaseret og værdibaseret styring, hvad er deres styrker og svagheder og hvordan fortolkes disse styringsformer i en dansk hospitalskontekst? – Redegørelsen er baseret på dokument analyser i international og dansk sundhedslitteratur, samt en diskussion baseret på med empirisk materiale fra dokument, medie samt struktureret interview analyse.
3. Hvilke konsekvenser har værdibaseret hospitalsstyring for lægelig ledelse? - En vurdering baseret på interview empiri fra ledende sundhedsaktører, og en analyse baseret på ledelses, og organisationsteori med afsæt i oversættelses strategier.

5 METODE

5.1 DATAINDSAMLING

Empirien i denne afhandling er baseret på 5 semi-strukturerede interviews og 1 telefoninterview, der er udført i oktober og november 2018. Interviewguiden er præsenteret i bilag 1. Samtalepartnerne til de semi-strukturerede interviews arbejder alle i hospitalssektoren og er ansat i tre forskellige organisationer. Fire ud af fem interviewpartnere er sundhedsfagligt uddannet med aktivt behandlingsansvar og patientkontakt i hverdagen og samtalerne har haft karakter af ekspertinterviews. De er udvalgt på baggrund af deres omfattende berøringsflade med hospitalsledelse i almindelighed og styrings paradigmerne i form aktivitetsbaseret og værdibaseret styring i særdeleshed. Alle er ansat i organisationer der er udvalgt til afprøvning af værdibaseret styring og alle har i minimum 1 år beskæftiget sig med forskellige vinkler og praktisk implementering af værdibaseret styring. Alle har været ansat i deres nuværende organisationer i flere år, nogle igennem årtier, og har grundigt kendskab til deres organisationskultur. Interviewpersonerne er nøje udvalgt fordi de repræsenterer forskellige ledelsesniveauer og faggrupper. Derudover afspejler de

forskellige refleksions virkeligheder i processen fra diskurs over strategi og implementering til en mærkbar klinisk forandring for patienterne. Følgende fem fagpersoner blev udvalgt på baggrund af de ovenstående kriterier.

1. Centerdirektør fra Rigshospitalet
2. Ledende overlæge fra medicinsk afdeling
3. Ledende overlæge fra kirurgisk afdeling
4. Registreringsansvarlig og tidligere ledende og DRG ansvarlig overlæge fra medicinsk afdeling, aktuelt med patientansvar, men uden formelt ledelsesansvar
5. Tidl. ledende afdelingssygeplejerske og nu patient flowkoordinator, aktuelt med patientansvar, men uden formelt ledelsesansvar

Derudover blev der udført et opfølgende telefoninterview med en tidl. hospitalsdirektør fra Rigshospitalet, til afklaring af opståede forskningsspørgsmål under den foregående dataindsamling og analyse.

5.2 DATAANALYSE: GROUNDED THEORY

Empirien i form af de semistrukturerede interviews er analyseret ved hjælp af Grounded Theory (Charmaz K, 2016).⁶ Grounded Theory er en emergent og induktiv analysemetode der bygger på kodning af transskriberede interviews. Tekstkodningen af de transskriberede interviews udføres ved en indledende linje til linje kodning, eller en kodning af mindre tekststykker, der har til hensigt at syntetisere data med enkelte ord, der tjener som retningsgivende eller meningssamlende koder for den pågældende tekstdel. I den efterfølgende fokuserede kodningsfase grupperes de hyppigste eller vigtigste koder i begreber, små citater, der kaldes in-vivo koder, eller syntetiseres til korte sætninger. De enkelte begreber eller små sætninger bruges til identificering af tværgående tankemønstre og er anvendt i udarbejdelsen af koncepter. Disse kodegrupperinger kan ophøjes til konceptuelle kategorier, hvor man med narrative udsagn i små memoer giver mening til kodningsprocessen. Grounded Theory udgør en analyse strategi, der tjener simultan dataindsamling og –analyse, idet memoerne løbende kan revideres, afhængigt af hvilke andre meninger der måtte fremkomme fra senere interview materiale. Analyse metoden er løbende blevet brugt til at fokuserede interview guiden og identificere yderligere interviewpartnere.

5.3 VIDENSKABSTEORI

Denne afhandling er en kvalitativ undersøgelse af styringsparadigmer i sundhedssektoren. Afhandlingens gennemgående analytiske fundament er aktør-netværk teorien og forfatteren har i udgangspunktet ingen forventning om at analysegenstanden i form af styringsparadigmerne har en iboende objektiv essens, der er autonom og uberørt af den omgivende komplekse sundhedsvæsen, hvori fænomenet eksisterer. Problemformuleringen har derfor et vejledende underspørgsmål, der ønsker at undersøge den sundhedspolitiske diskurs, og om den leder til ambitionen om et paradigmeskift af styringsværktøjerne. Der er overordnet tre videnskabsteoretiske perspektiver, positivisme eller realisme, fænomenologi og konstruktivisme. Perspektiverne rammesætter de grundlæggende ontologiske og epistemologiske antagelser og erkendelsesinteresser i kvalitative analysemetoder.⁷ En sundhedspolitisk diskursanalyse bygger i udgangspunktet på den antagelse, at erkendelsen af virkeligheden i en eller anden grad er en konstruktion af virkeligheden. Denne ontologi er konstruktivistisk og ligeledes er aktør-netværk teorien beslægtet med konstruktivismen. Afhandlingens analysegenstand er som fænomen placeret i hospitalsvæsenet og berører lægestanden. Denne verdens virkelighedsopfattelse og videnskabsteori er ganske anderledes. Lægevidenskabelig videnskabsteori og medicinsk filosofi er dybt forankret i et realistisk og empiristisk standpunkt. Realismen er den ontologiske position, at den ydre verden har en uafhængig essens, den er virkelig og består uafhængigt af os, imedens empirismen er den epistemologiske position, at al viden til syvende og sidst stammer fra sanseerfaring.⁸ Konstruktivisten Bruno Latour, der er en af ophavsmændene til aktør-netværk teorien, tager udgangspunkt i en verden med en på overfladen ren realistisk virkelighedsopfattelse - det naturvidenskabelige laboratorium. Latours teoriunivers bliver dermed attraktiv for denne afhandling, der med et konstruktivistisk perspektiv, bevæger sig ind i et fagbureaukrati, der i egen forståelse er objektivt erkendende og handlende.

6 TEORI

6.1 LABORATORY LIFE

Den franske filosof og antropolog Bruno Latours etnografiske feltarbejde ved Salk-laboratorierne i La Jolla i Californien blev til bogen *Laboratory Life* (1979), forfattet sammen med Steve Woolgar.⁹ Bogen er en detaljeret fremstilling af laboratoriernes praktiske videnskabelige arbejde.

Beskrivelserne har et procesorienteret fokus på laboratoriet, der anskues som en maskine der har et input og et output.

Laboratory Life er grundlaget for Latours kritik af videnskabssociologi, der forsøger at forklare viden gennem den sociale kontekst, hvori den formuleres. Han kritiserer at sociologiske forklaringer af viden overser den rolle, som objekter spiller i tilblivelsen af viden. Latour er ikke positivist og hævder ikke at alt viden er objektiv, men siger at viden er objektivt konstrueret. Den er resultat af en møjsommelig, arbitrær og kunstig proces, hvor objekter manipuleres. Et laboratorium med naturvidenskabelige forsøg, hvor objekter som forsøgsmateriale, computere og måleudstyr er afgørende for konstruktion af viden, er det bedste eksempel. Videnskab manipulerer også den objektive virkelighed ved at udvikle og udbrede nye teknologier. Et historisk eksempel er Pasteurs laboratorium opdagelse af bakterien, der dannede nye objektive rammer for menneskers liv. Folkesundheden blev forbedret ved at etablering af kloakker, gader og bygninger blev sløjfet for at skabe luft, bydele ændrede form og nye organisationer i form af forvaltningsapparater blev skabt til at administration.

Latour fremhæver som følge heraf to centrale pointer. Viden er refleksiv, denne dialektik ses ved at viden ikke kun er skabt af dens sociale eller kulturelle kontekst, men at viden også omformer denne, Det andet centrale aspekt involverer inddragelsen af objekter og teknologi: Videnskab er præget af den objektive virkelighed, som i laboratoriet udgøres af måleinstrumenter og forsøgsapparat, men videnskabens resultater præger fortløbende også selv denne virkelighed, præger naturen og udvikler nye laboratorieinstrumenter. Her er Latour inspireret af en af Foucaults centrale indsigter, at viden leder til systemer af praktikker.¹⁰

Bøje Larsen har fortolket Latour, hvor forskeren (lederen) lever i en situation med 4 ydre opgaver (eller 'cirkler'), der er forbundet med en femte, indre opgave. Den 1. opgave i videnskabens blodomløb er at *mobilisere verden*, dvs. mobilisere forskningsudstyr, data, lokaler, respondenter, biblioteker, forskningsassistenter og rejser, sv.t. laboratoriet. Alt dette udgør forskningens logistik. Parallellen til ledelsesteknologi er at etablere teknologiens tekniske og sociale apparat. Den 2. opgave er at *mobilisere kolleger*, uden modtagere, ingen forskning, at man er god til at etablere systemer og data er ikke ensbetydende med at man kan overbevise kolleger. Den 3. opgave er at sikre alliancer. Hvem skal betale? Forudsætningen herfor er at de andre 2 opgaver er etablerede. Den 4. opgave er den generelle verdens opbakning, f.eks. igennem PR. Endelig er der den 5. indre

cirkel, der handler om den 'egentlige forskning', de nye resultater og begreber. Uden henvisning til forskningsresultater der kan fremholdes som viden af vigtighed, kan man næppe overbevise kolleger, bevillingsgivere og den almene offentlighed, og så har man heller ikke et grundlag for forskningens logistik. Det er her, Latour løser den gordiske knude ved et kvantespring. Han siger at når viden går fra at være praksis bunden til en personlig og social kontekst til at være *ren kode*, der er løsnet fra kontekst, så står den som noget der er essentielt, noget der ligger i naturen. Enhver vaklen fra denne essentialistiske linje, svækker viden i de andre cirkler.¹¹

6.2 HAVBIOLOGER OG KAMMUSLINGER

Michel Callon er en fransk sociologi professor, der har en lignende tilgang til erkendelse og social konstruktion som Latour. Han har udviklet en række analytiske begreber, som tager udgangspunkt i en historie om lokale fiskeres behov for at øge bestanden af kammuslinger i den franske St. Brieuc bugt.¹² Tre havbiologer fremlagde på en konference deres metoder til at øge bestanden af kammuslinger, der stammede fra Japan, hvor man havde succes med at dyrke dem ved at man lagde et begrænset antal larver i en kollektor, en teknologi konstrueret af torve og net, som kammuslingelarverne kunne gro i beskyttet. Forud for konferencen var der ingen forbindelse mellem havbiologerne, fiskerne og kammuslingerne, men kun få år senere var der produceret videnskabelig viden om udviklingen af kammuslinger til gavn for biologer og fiskere, samt at fiskerne i bugten var blevet organiseret i et socialt netværk, og der var etableret videns netværk i form af specialist grupper vedr. udviklingen af dyrkningsmetoder. Callon analyserer dette forløb ved at følge de tre havbiologer, som hjembragte den japanske dyrkningsidé. Han identificerer fire afgørende begivenheder som han kalder '*moments of translation*'.

Første begivenhed handler om identiteter og *obligatoriske passagepunkter*. Callon identificerede fiskerne, som var interesserede i at opretholde kammuslingernes bestand, videnskabsmænd som var interesserede i et eksperiment i et naturligt habitat udenfor laboratoriets begrænsende rammer, og endelig kammuslingerne som de væsentlige identiteter, med andre ord både humane og non-humane aktører. Det obligatoriske passagepunkt blev identificeret som kammuslingernes evne til at gro ifølge den japanske dyrkningsidé. Dette var det centrale punkt som alle aktørerne måtte forholde sig til, for at opnå deres mål om hhv. bæredygtigt fiskeri, ny videnskabelig indsigt, samt mangfoldiggørelsen af den ny vundne viden. En væsentlig pointe for Callon er at såvel det

obligatoriske passagepunkt som aktørernes identitet blot er det, han kalder en *problematisering*, en formodning som fremsættes og som sidenhen kan blive bekræftet eller transformeret.

Den anden begivenhed følger når aktørerne er identificeret og handler om *interessekonstruktion* (eng. *interessement*). Projektets identiteter låses fast i forskellige roller ved hjælp af en interessekonstruktør (device of *interessement*). Det er den proces hvorigennem en aktør definerer en anden aktørs tilbøjelighed. Aktør A (oversætteren) forsøger at skabe en forbindelse til aktør B ved samtidig at svække eller afskære de forbindelser som måtte findes mellem B og enhver anden aktør, som måtte definere B anderledes, end hvad A tilstræber.¹³ Interessekonstruktøren kan være human, men udgøres ofte af en teknisk anordning.

Den tredje fase handler om *indrulling*, som er en definering og koordinering af roller ved en lang række af forhandlinger som transformerer den indledningsvise interessekonstruktion til faktisk deltagelse og indrulling. I Callons fortælling om kammuslingerne handler disse forhandlinger om at *lokke* kammuslingerne (ved havbiologiske meningsfulde tiltag) til at gro på en bestemt måde, faglige kollegaer (andre biologer) *overtales* ved konferencer og kollegaernes indrulling sikres ved at de eksplicit anerkender succeserne ved de nye japanske dyrkningsmetoder.

Den sidste begivenhed i Callons metafor er *mobiliseringen af allierede*. I fortællingen om St. Brieuc bugtens fiskere og havbiologer er der indtil videre kun interesseret og indrullet nogle få individer eller aktører: Nogle repræsentanter for fiskerne i bugten, nogle biolog kolleger på en konference og et begrænset antal larver i en kollektor (= *interessement device*). Det afgørende spørgsmål er om masserne, dvs. alle franske kammusling fiskere, det videnskabelige samfund, nationalt og internationalt, og alle kammuslingerne i denne og andre bugter vil følge deres repræsentanter. Processen drejer sig om at sikre koblingen mellem talsmænd og de entiteter de taler på vegne af.

6.3 AKTØRNETVÆRKS TEORI

Bruno Latours *Laboratory Life* og Michel Callons studie af havbiologerne er to meget omtalte og citerede værker og bliver begge anset som grundstenene til Aktør-netværksteorien, også kaldet ANT. ANT beskæftiger sig hovedsageligt med heterogene aktør-netværk, hvori der indgår relationer mellem humane og non-humane aktører. En aktør, kaldet en aktant, identificeres ved en handling og kan derfor både være mennesker, teknologier, artefakter eller dyr. Ud fra teorien kan eksempelvis et artefakt, en teknologi, en non-human aktør, som for eksempel målstyring baseret på

behandlingsaktivitet være en aktør, der definerer en handling og der tilskynder andre aktører i netværket, mennesket - den sundhedsfaglige leder, lægen, sygeplejersken, der underligger teknologien, til handling. Teorien udfordrer dermed de sædvanlige individualistiske forestillinger om mennesket som et uafhængigt, frit tænkende subjekt, da det enkelte menneske, f.eks. sundhedspersonen skal opfattes ud fra de fællesskaber (netværk) som mennesket indgår i. Translation med de af Callon beskrevne faser, er et helt centralt ANT begreb. Fremgangsmåden kan bruges strategisk og som implementeringsværktøj og understreger betydningen af at inddrage de væsentlige aktører, således at problem samt løsning kan oversættes igennem optimal formidling.

7 ANALYSE

7.1 DISKURS ANALYSE DISKURS ANALYSE OM STYRING I DEN DANSKE SUNDHEDSSEKTOR

7.1.1 En samfundsdiskurs bliver til sundhedspolitik

De følgende nedslag i den aktuelle forvaltningsdiskurs og sundhedspolitik har til formål at vise, at en nytænkning af hospitals styring er uafværgelig og at et nyt sundhedspolitisk styringsparadigme i til stadighed tydeligere grad må distancere sig fra taksstyring og et ensidigt aktivitetsfokus.

1. Nyere offentlige styringsregimer bevæger sig fra overvejende anvendelse af incitamenter til anvendelse af værdi baseret styring og inddragelse af samfundsmæssige aktører.
2. Takststyring i sundhedsvæsenet kan placeres i et New Public Management regime grundet et eksplicit fokus på incitamenter.
3. Bedre sundhedsledelse er sat på dagsordenen med udviklingen af et nationalt ledelsesprogram som understøttelse af det National Kvalitetsprogram i Sundhedsvæsenet.
4. Ledelseskommissionen insisterer på at ledelse skal fylde mere og styring mindre. Den offentlige leders aktive stof er værdibaseret ledelse.
5. Rigsrevisionen vægter resultatstyring og aktivitetsstyring forskelligt i deres modeller for revision af offentlige organisationer.
6. Økonomiaftalerne mellem stat og regioner introducerer værdiladede nye styringsbegreber som nærhedsfinansiering.
7. Lægefaglige arbejdsgange står foran omfattende kulturændringer helt ned på individniveau med konceptet om den patient ansvarlige læge som eksempel.

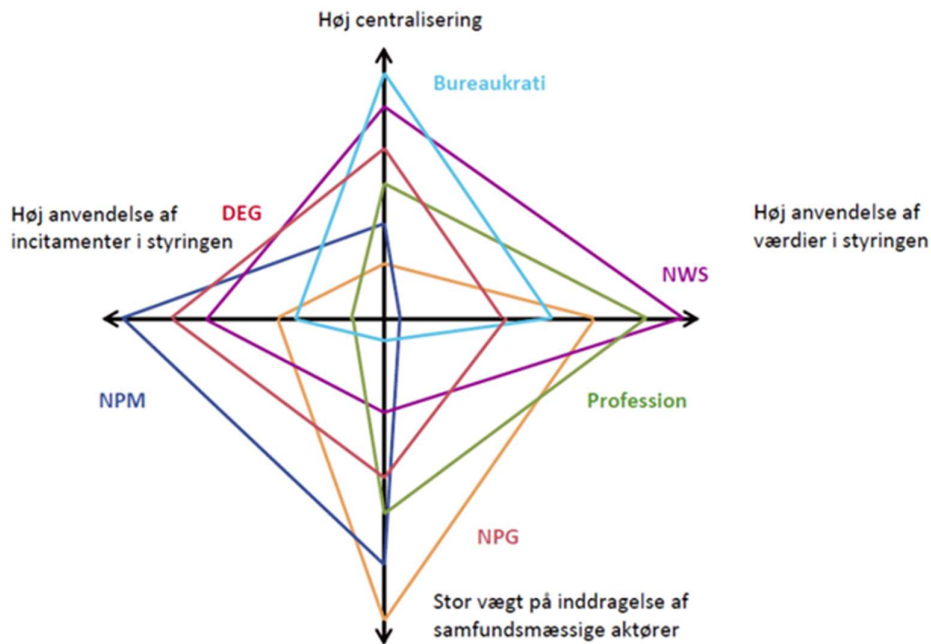
8. Værdibaseret styring med inspiration fra Michael E Porter introduceres som det styringsværktøj, der skal forene de sundhedspolitiske agendaer i et paradigme.

Fra offentligt styringsparadigme til sundhedsfaglig individ synes der dermed en tydelig rød tråd der handler om bedre ledelse, mere inddragelse af borgeren, mere tværgående kollektivitet i udformning af ydelser, mere effekt, mere nytteværdi. En afsøgning i sundhedsvæsenet af alternative styringsformer til aktivitetsafregning er derfor en oplagt konsekvens og en forudsigelig sundhedsreform.

7.1.2 Styringsparadigmer

Styringsparadigmer er sammenhængende forestillinger om, hvordan den offentlige sektor skal organiseres, styres og ledes. Efter det 20. århundrede har været domineret af styrings tankegange fæstnet først i weberiansk bureaukrati, dernæst professionsstyre og sidenhen New Public Management, er nyere styrings strømninger som New Public Governance, New-Weberian State og Digital Era Governance løbende kommet til, uden at de gamle er forsvundet. Konsekvensen er en kompleks styringsvirkelighed i den offentlige sektor med flere relevante styringsparadigmer. Seks styringsparadigmer med relevans for det danske velfærdssamfund er grafisk fremstillet i styringsdiamanten (figur 1).¹⁴ Akserne går fra lav til høj centraliseringsgrad i den offentlige styring, fra begrænset til omfattende anvendelse af værdi baseret styring, fra begrænset til omfattende inddragelse af samfundsmæssige aktører, fra lille til stor tiltro til incitamentsstyring. Eftersom sammensætningen af styringsstrømninger er kontekstafhængig og definerer rammevilkår, skal den

offentlige leder være i stand til at navigere og balancere de forskellige styringshensyn.



Figur 1 Styringsdiamanten. Kilde: Lotte Bøgh Andersen, Carsten Greve, Kurt Klaudi Klausen og Jacob Torfing. *Offentlige styringsparadigmer. Konkurrence og sameksistens*. DJØFs Forlag 2017. Følgende offentlige styringsparadigmer er repræsenteret: Professionsstyre, Bureaucrati, New Public Management (NPM), Neo-Weberian State (NWS), Digital Era Governance og New Public Governance (NPG).

Styringsdiamanten er udtryk for den bevægelse der ses i nyere offentlige styringsparadigmer, hvor tyngdepunktet af styringsværktøjet forskyder sig væk fra anvendelse af incitamenter og henimod anvendelse af værdier i styringen og inddragelse af samfundsaktører.

7.1.3 Takststyring

Et udvalg under Indenrigsministerier (Produktivitetsudvalget) påpegede allerede i 1984 at en ansvarliggørelse af professionerne i hospitalsvæsenets dekomplekse styringsform var en nødvendighed. Hidtil var den lægefaglige autonomi ikke blevet modsvaret af et tilsvarende ansvar for de økonomiske konsekvenser af deres dispositioner. Følgelig foreslog udvalget en kobling af den økonomiske og faglige styring igennem nye ledelsesmodeller.¹⁵ Siden 1996 har det danske sundhedsvæsen været takststyret med et system baseret på Diagnose Relaterede Grupper (DRG). Grupperingen i DRG-systemet bliver valideret i samarbejde med de kliniske selskaber, der sikrer at grupperne skal være klinisk meningsfulde. Det vil sige, at patienter i samme gruppe skal have et sammenligneligt sygdoms- og behandlingsforløb. Derudover skal grupperne være så ressourcehomogene som muligt, samtidigt med at antallet af DRG grupper for overskuelighedens

skyld ikke må være for højt. Takststyring i det danske hospitalsvæsen kaldes også aktivitetsstyring eller aktivitetsbaseret afregning. Taksterne er et landsgennemsnit af udgifterne til behandling af patienter på offentlige sygehuse og er et redskab til at fokusere på prisen for en given diagnose eller operation. Den information bruges til fordeling af medarbejdere og penge mellem hospitaler og afdelinger. Dermed er der på danske hospitaler et stærkt produktivitetsfokus og ressourcefordeling på hospitalsafdelingsniveau er i dag styret af behandlingsvolumener.

7.1.4 Ledelseskommisionen

Ledelseskommisionen blev nedsat af regeringen og præsenterede i juni 2018 sine anbefalinger til indsatser, der skal understøtte bedre ledelse i den offentlige sektor. Hensigten er at en karakterisering af offentlige ledere og deres styrker, rammevilkår og udfordringer, skal levere konkrete anbefalinger, der kan styrke ledelseskvaliteten i den offentlige sektor. Kommisionens arbejdet resumeres i centrale 7 budskaber, der handler om at borgeren skal i centrum, politikerne skal have tillid til ledelse, samarbejdet skal forenkles, forvaltningschefer skal lede driften og udviklingen af driften, og ledere skal sætte retning, sætte holdet og udvikle sig.¹⁶ De 7 budskaber understøttes af konkrete og praktiske initiativer der kan støtte den offentlige leder i opnåelsen af ovenstående mål. En central anbefaling er *at ledelse skal fylde mere og styring skal fylde mindre* og at den offentlige leders *aktive stof er værdibaseret ledelse*. Kommisionen uddyber at værdibaseret ledelse, i modsætning til begrebets bløde konnotation, er en hård disciplin, idet værdibaseret ledelse handler om det *grundlag som organisationen bygger på, igennem konkrete, begribelige og brugbare handleanvisninger*. Værdier der giver en retning og der reducerer kompleksiteten.

I lyset af den aktuelle diskurs om produktivitet og effektivitet, illustrerer kommissionen deres pointe om at værdier skal fylde mere med et tankevækkende eksempel om omkostningsbevidsthed. Argumentet er, at hvis denne værdi var tilstrækkelig forankret i den offentlige sektor, så ville der ikke være samme behov for dokumentationskrav, hvilket ville medføre frihedsgrader, spillerum og mulighed for selv at medvirke til at skabe de rigtige løsninger for samfund og borgere. Her sidestilles altså værdien omkostningseffektivitet, eller undgåelse af unødvendig aktivitet, med frihedsgrader og spillerum. Med andre ord, frihed i arbejdstilrettelæggelse, frihed til udvikling på faglige præmisser, øget ledelsesrum. Sidestillingen er interessant idet den også kan ansues fra et modsat perspektiv, hvor man kan fremføre at værdierne er på kollisionskurs. Omkostningseffektivitet (kan nærmest defineres som sparsommelighed) er en mål-middel rationalitet, altså en *økonomisk værdi*,

som finder sin modsætning i *demokrativærdierne* hos statskundskabsforskerne - svenske Lennart Lundquist og danske Torben Beck Jørgensen.¹⁷ De tillægger begrebet demokrativærdi naboværdier som frihed, gensidighed, dialog og ansvar, der igen er centrale omdrejningspunkter i f.eks. det nyere styringsparadigmet NPG. Pointen er, at i ledelseskommisionens formulering kan *værdibaseret* ledelse med eksempelvis omkostningsbevidsthed nærmest direkte og kausalt omsættes til øgede frihedsgrader og mere værdi for borgeren. Den ovenfor opstillede antagonisme af Lundquist og Beck Jørgensen viser, at omsætningen ikke nødvendigvis er så direkte og vil kræve *oversættelse* eller *translation*.

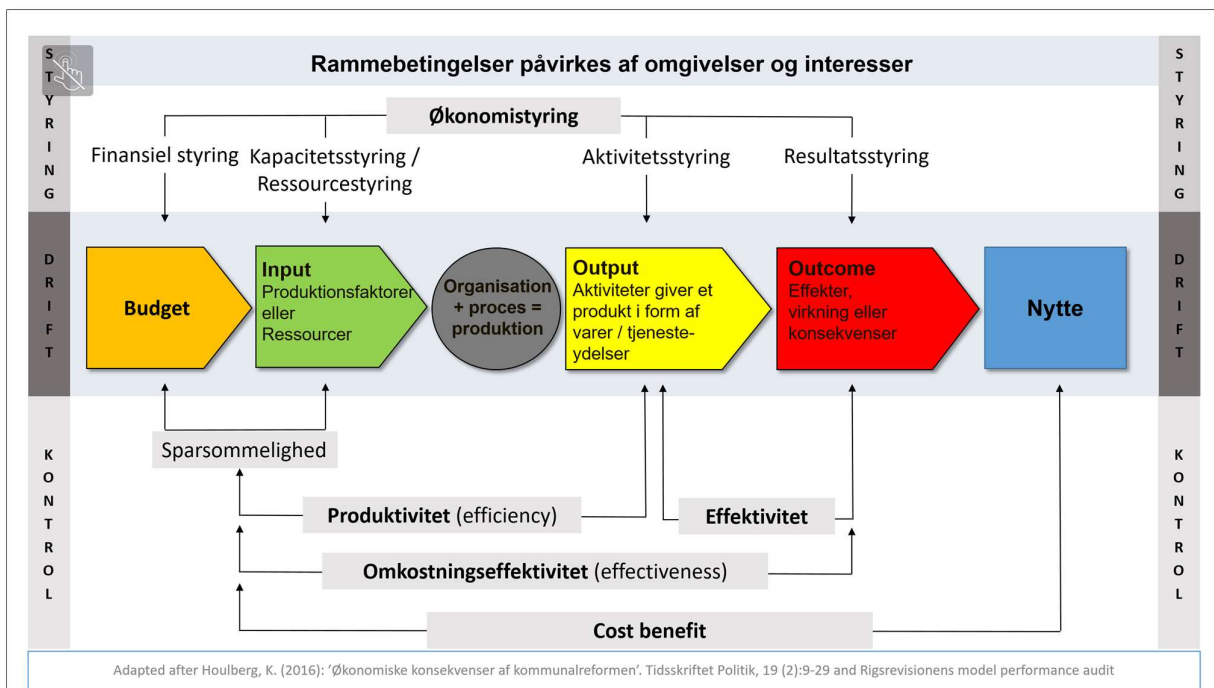
En videre praktisk anbefaling er at finde holdånden frem. Dermed indrammes, at nok er det den høje faglighed baseret på systematisk viden og evidens, der kendetegner den danske offentlige sektor, men kommissionen insisterer på at denne faglighed er kollektiv, ikke individuel. Særligt når problemer er komplekse, som det ofte er tilfældet i den offentlige sektor, vil løsninger uvægerligt gå på tværs af strukturer og fagligheder, hvor intern rivalisering indenfor fagligheder er misforstået konkurrence og spild af ressourcer og udviklingsmuligheder. Teamet om tværfaglig ledelse og kollektiv viden går igen hos Porter og i værdibaseret styring.

Derudover forefindes en klar anvisning om fokus på driften og kontinuerligt at søge holdbare driftsforbedringer, at øge effektiviteten. Dette skal opnås ved klare mål, handlekraft og tydeligt lederskab, en personlig ledelse der konstant bør udvikles. Alt den ledelse skal foregå med borgeren i centrum, og lederens fremmeste opgave er det at *oversætte* overordnede målsætninger, så de giver mening på arbejdspladsen.

7.1.5 Effektive forvaltninger

I rigsrevisionens model for forvaltningsrevision (performance audit) og VIVEs analyse af offentlige virksomheder skelnes der eksplicit mellem aktivitet (output) og effekter (outcome) (Figur 2). Økonomistyringen af rammebetingelserne svæver både i figuren og i virkeligheden over forvaltningen som betingelsen for driften. Driftens afledte konsekvenser for mødet mellem den offentlige organisation og dens eksistensberettigelse – kvalitets oplevelsen for borgeren, kan inddeles i 4 overordnede styringsprincipper. Den finansielle styring, der planlægger budgettet, kapacitetsstyringen, der kontrollerer produktionsfaktorer og ressourcer, aktivitetsstyringen, der regulerer produktiviteten af outputtet – varer og tjenesteydelser, og endelig resultatstyring, der måler virkning eller konsekvenser af produktionen og som skal udmønte sig i nytte i form af bedst

tænelige kvalitet for borgeren. Sammenhæng mellem output og outcome, dvs. omsætningen af tjenesteydelser til virkning og dermed nytte for individ og samfund betegnes effektivitet og det er præcis den forskel som Micheal E Porter og hans paradigme om værdibaseret sundhed interesserer sig for. Det forhold at både landets øverste instans for budgetkontrol, og det nationale analyse institut for velfærd i deres virke tydeligt fremhæver forskellen mellem aktiviteter og effekter er diskursskabende blandt politiske beslutningstager.



Figur 2. Principper for økonomistyring og offentlig forvaltnings revision ifølge Rigsrevisionen og det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd (VIVE). Grafen er tilpasset af forfatter med inspiration fra Kurt Houlberg (VIVE) og Rigsrevisionens model for performance audit.

7.1.6 Nationale mål for sundhedsvæsenet

Sundheds- og ældre ministeriet, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening indførte i fællesskab i 2016 de otte nationale mål for sundhedsvæsenet som en del af Det Nationale Kvalitetsprogram. De nationale mål for sundhedsvæsenet for 2018 er præsenteret grafisk i bilag 2. Målene og kvalitetsprogrammet bliver løbende opdateret. Det Nationale Kvalitetsprogram består også af andre hovedelementer: Nationale netværk af lærings- og kvalitetsteams, der består af klinikere og ledere fra relevante afdelinger samt en ekspertgruppe, er blevet etableret. Teamene skal understøtte forbedringer på udvalgte områder, hvor kvaliteten ikke er tilfredsstillende (f.eks. vedr. pleje og behandling af uhelbredeligt syge eller rationel anvendelse af antibiotika). Disse

lærings- og kvalitetsteams skal bidrage til, at erfaringer med kvalitetsforbedringer spredes hurtigere fra fagperson til fagperson til gavn for den enkelte patient. Et videre element er et nationalt ledelsesprogram, der ved en nyoprettet ledelsesuddannelse i regionalt og kommunalt regi har til formål at styrke de lokale driftsleders kompetencer i forhold til kvalitets og forbedringsarbejde.

De 8 nationale mål markerer sammen med de øvrige dele af Det Nationale Kvalitetsprogram et skifte væk fra proces- og registreringskrav (f.eks. tidligere akkreditering igennem den internationale model med Joint Commission International), til i højere grad at fokusere på fagligt meningsfulde resultatmål. Indikatorerne under de nationale mål er dynamiske og udvikles løbende for at understøtte den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet og belyse den værdi, som sundhedsvæsenet skaber for den enkelte patient. Fokus er rettet mod effekt og aktivitetsstyring nævnes ikke med et ord Det Nationale Kvalitetsprogram.

Figur 2 viser alle de styringskoncepter og indsatsområder der skal understøtte opfyldelsen af de nationale mål for sundhedsvæsenet.



Figur 3. Det nationale kvalitetsprogram med understøttende initiativer omkring de otte nationale sundhedsmål

Figuren viser de områder der berøres i denne afhandling, så som værdibaseret styring, den patientansvarlige læge, patient inddragelse, systematisk inddragelse af patienterne ved PRO (patient rapporteret outcome) data, bedre brug af data samt et tydeligt ledelsesfokus, alle sammen er centrale understøttende elementer der skal fremme opfyldelsen af de nationale mål, kernen i

Regeringens, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening nationale strategi for det danske sundhedsvæsen.

7.1.7 Økonomiaftaler

Økonomiaftalerne mellem stat og regioner understøtter ovenstående nationale sundhedspolitik. De sidste år har løbende budt på økonomiaftaler mellem stat og regionerne, som udover at definere de økonomiske rammer for det regionalt styrede sundhedsvæsen også har indeholdt tydelige værdiladede signaler om retningen for fremtidig sundhedspolitik og hospitalsstyring.

Økonomi aftalen for 2019 ¹⁸ afskaffer således det igennem snart 2 årtier gældende produktivitetskrav på 2 pct. på sygehusområdet, samt den statslige aktivitetspulje, der er en betinget finansiering bundet op på aktivitetsvækstkrav. Aftalen introducerer også en ny styringsmodel for sundhedsområdet, der kaldes nærhedsfinansiering, der erstatter den nuværende aktivitetspuljes fokus på sygehusaktivitetsvækst. Det skal sikre sammenhæng for patienten og samtidig give plads til lokale løsninger. Nærhedsfinansieringen udgør 1,5 mia. kr. af regionernes finansiering, som betinges af, at regionerne leverer på de aftalte mål.

Kriterier i den ny nærhedsfinansiering for 2019

Kriterierne i den ny nærhedsfinansiering har primært fokus på den aktivitet der foregår inde på sygehuse. Nærhedsfinansieringen skal dermed understøtte en styrket sammenhæng i sundhedsvæsenet, så borgerne modtager den rette behandling det rette sted. For den enkelte borger kan det betyde at man oftere behandles via digitale løsninger og i det nære sundhedsvæsen, herunder af en udgående sygehusfunktion, i almen praksis eller i kommunerne, fremfor på en sygehusafdeling.

- Reduktion i antal sygehusforløb pr. borger
- Reduktion i DRG-værdi pr. kroniker med KOL og/eller diabetes
- Reduktion i andelen af indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse indenfor 30 dage
- Stigning i andel af virtuelle sygehusforløb
- Implementering af digitale løsninger til sammenhæng for patienten (implementeringsplan for systemtilpasninger til datadeling)

Figur 3. Kriterier i den ny nærhedsfinansiering der skal opfyldes for at regionerne kan modtage puljemidler

Efterregulering, dvs. andelen af puljen der forbliver i regionerne, styres af andelen af opfyldte mål for den nye nærhedsfinansiering. Ved opfyldelsen af 4 eller

flere af de i boksen anførte kriterier udbetales 100%, ved 3 opfyldte mål er det 75% og for hvert mål forringes efterreguleringen med 25%. I økonomiaftalen fra 2019 offentliggør Regeringen og Danske Regioner derudover seks målsætninger for den fremadrettede styring:

1. Hurtig udredning, behandling af høj, ensartet kvalitet og sammenhæng på tværs af aktører.
2. Opgaveløsning på det mest effektive sted og styringsskift, så et mekanisk fokus på sygehusaktivitet flyttes til et bredere fokus målrettet et bæredygtigt sundhedsvæsen.
3. Sammenhæng i patientforløbene og omstilling af behandling fra sygehusene til tilbud tættere på patienten.
4. Realisering af løbende gevinster fra nye behandlingsmetoder og ny teknologi

5. Styringen skal sikre rum for at videreudvikle nye lokale løsninger med værdi for patienten.
6. God ledelse: Styringen skal have en stærk organisatorisk og ledelsesmæssig forankring. God ledelse er en forudsætning for et godt arbejdsmiljø, god arbejdstilrettelæggelse og medarbejdertilfredshed. Det stiller krav til ledelsespraksis.¹⁹

7.1.8 Aftalen om den patientansvarlige læge

Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner indgik i november 2016 en aftale sammen med de faglige interesseorganisationer (Overlægeforeningen, Yngre Læger og Dansk Sygeplejerskeråd) og to centrale patientforeninger (Danske Patienter og Kræftens Bekæmpelse).²⁰ En national model for den *patientansvarlige læge* er baseret på et løfte i regeringsgrundlaget. Aftalen skal øge patienternes tryghed og kvaliteten i behandlingen i det danske sygehusvæsen. Patienter i det danske sygehusvæsen må ikke være i tvivl om, hvem der er ansvarlig for deres behandlingsforløb, og hvem de skal opsøge. Især patienter med komplicerede forløb skal have en patientansvarlig læge, der tager ansvar og skaber en oplevelse af sammenhæng, tryghed og kontinuitet ved at minimere svigt og forglemmelser i overgange mellem afdelinger, sygehuse og sektorer. Danske Regioner har derudover skabt *Borgernes Sundhedsvæsen*, en vision der ønsker en kulturforandring, hvor borgernes viden, behov og ønsker anerkendes i behandling, forløb og organisering.²¹

7.1.9 Værdibaseret styring

Begrebet værdibaseret styring bygger på Harvard Business School professoren Michael E. Porters koncept om 'value based healthcare' (VBHC).²² Porters primære mål er at levere behandling med værdi for patienterne. Værdi defineres som opnåede sundhedsrelaterede effekter af behandling divideret med omkostningerne til at opnå disse effekter. VBHC fokuserer således ikke kun på hvilke indsatser der giver den største effekt, men også på ressourceforbrug, som kræves.

"The purpose of the health care system is not to minimize costs but to deliver value to patients, that is better health per dollar spent"

$$\text{Patient value} = \frac{\text{Health outcomes that matter to patients}}{\text{Cost of delivering those outcomes}}$$

Michael E. Porter uddyber sin teori om VBHC i følgende 6 centrale komponenter:

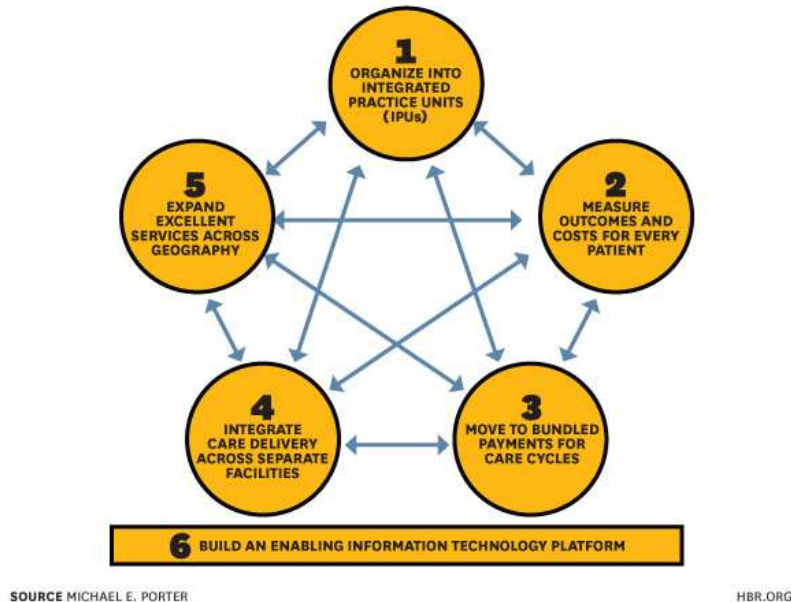
1. Komponent: *Integrated practice units (IPUs)*. Behandlingsindsatsen skal organiseres i integrerede enheder og skal organiseres omkring den enkelte patientgruppes behov, i

modsætning til den nuværende siloorganisering af sundhedsydelser med udgangspunkt i lægefaglige specialer. En hyppig forekommende konsekvens af siloorganisering er fragmenterede behandlingsindsatser, med mange overgange af behandlingsansvar mellem afdelinger og sektorer. Indsatsen kræver repræsentation og tværgående samarbejde af alle relevante sundhedstilbud, der ideelt set samles i en enhed, hvor alle patientgruppens behov imødekommes.

2. Komponent: *Measure outcome and costs for every patient*. Sygdomsspecifikke resultater (outcome) og behandlingsomkostninger skal opgøres for hver enkelt patient og baseres på individuelle patient risikoprofiler der foreligger ved behandlingsstart, så der kan foretages risiko justering i forhold til patientens risikoprofil og det ønskede kort- og langtidsresultat.
3. Komponent: *Bundled payments for care cycles*. Samlet betaling for hele patientforløb, frem for betaling for enkeltydelser, medfører en samlet betaling for ressourceforbruget på tværs af enheder. Formålet er at fremme samarbejde, effektivisere ved at undgå unødvendige procedurer og levere behandling med stor værdi.
4. Komponent: *Integrate care delivery across separate facilities*. Et integreret sundhedsvæsen koordinerer og samler behandlingsydelser for en patientgruppe på få antal udbydere. Omfanget (simple versus komplekse behandlinger), placering (primær versus sekundær sektor) og geografi af ydelsestilbud der skal leveres, er præcist defineret. Behandlinger, der varetages på forskellige lokaliteter eller varetages tværsektorielt, integreres.
5. Komponent: *Expand excellent services across geography*. Geografiske optageområder udvides, så der sikres et tilstrækkeligt patientgrundlag til at opretholde kvaliteten i den leverede behandling og dermed en mere omkostningseffektiv anvendelse af ressourcerne.
6. Komponent: *Build an enabling information technology platform*. Opbygning af relevant it-plattform, som gør det let for behandleren at udtrække resultater af det enkelte patientforløb og udveksle relevante data, der dermed understøtter det kliniske arbejde og sikrer omkostningseffektiv behandling.

THE VALUE-BASED SYSTEM

The strategic agenda for moving to a high-value delivery system has six interdependent elements.



Figur 3. Michael E Porters styrings model for værdibaseret sundhed (value-based health care) er baseret på 6 komponenter. Kilde: Michael E. Porter and Thomas H. Lee. *Why Health Care Is Stuck — And How to Fix It*. Harvard Business Review September 17, 2013

Michael E. Porter beskriver også operationaliseringen af effektmålingerne.²³ Han har udviklet et effektmålingshierarki, hvor outcome, der har betydning for patienterne inddeles i tre niveauer. Det øverste niveau beskriver de vigtigste generelle effekter, såsom overlevelse, funktions- og smerte niveau. Mortalitetsrater og diagnosekoder er tilgængelige i nationale registre, i form af CPR registeret og landspatientsregisteret, men informering af eksempelvis funktions- og smerteniveau skal findes i journalsystemer. De lavere niveauers effekter indebærer en progression af resultater, som er betinget af succes på de højere niveauer. Michael E. Porter anbefaler, at måling af effekter som minimum består af mindst et effektmål fra hvert niveau (Niveau 1: Opnået eller bevaret sundhedsstatus, Niveau 2: Helbredelsesprocessen, Niveau 3: Bæredygtigheden af sundhedstilstanden) (se bilag 3). Effektmålingshierarki tydeliggør hvor omfattende en opgave der ligger i dataindsamlingen i Porters værdibaseret styringsmodel. Styringskonceptet er afhængig af journal- og register systemer og lovgivning, der muliggør datatræk. Den nuværende danske datalovgivning, tillader aktuelt ikke en sammenføring af sundhedsdata og arbejdsmarkedsdata.

Dette udgør en afgørende barriere for impleenteringen af Michael E. Porters effektmålingshierarki, idet parameter om helbredelsens processen i form af tilbagevending til normal aktivitet på arbejdsmarkedet ikke kan kobles til behandlingsresultater.

7.2 EMPIRISK ANALYSE: CASE 1. UDVIKLINGSHOSPITALET BORNHOLM

Den empiriske analyse tager til dels udgangspunkt i skriftlige projektgrundlag, gennemgang af evalueringsrapporter og deltagelse i evalueringsmøder, men er primært baseret på semi-struktureret interviewmateriale med centrale aktører i de henholdsvis cases. Casene er udvalgt med henblik på at belyse forskellige vinkler af problemformuleringen. I den første case om Bornholms Udviklingshospital koncentrerer empirien sig om de følgende to overordnede spørgsmål:

1. Hvad er erfaringerne med at udskifte taksstyring/aktivitetsstyringen med værdibaseret styring i en dansk hospitalskontekst?
2. Hvad er de praktiske implikationer af styringsskiftet og hvordan er de strategiske projektoplæg blevet oversat til en klinisk hverdag?

7.2.1 Økonomiske implikationer af styringsskiftet

7.2.1.1 *Betydning af en ændret økonomisk rammemodel i en kvantitativ analyse*

Værdibaseret styring bliver i disse år afprøvet som styringsparadigme i hospitalssektoren i forskellige udformninger, både nationalt og internationalt. Udviklingshospitalet Bornholm udgør et af disse forsøg i Region Hovedstaden. Bornholms hospital er fra 2016 til 2018 fritaget fra takststyring og der er defineret 8 delprojekter der skal afprøve forskellige former for nytænkning af patientforløb. Hypotesen er at fritagelsen fra takststyring vil reducere indflydelsen af aktivitet som styringsmål og at den ændrede styringsmodel fra takststyring til rammestyring vil skabe et ledelsesrum, der fremmer innovation og forandring af indgroede strukturer for behandlingsforløb. Denne case beskrivelse af Bornholms Udviklingshospital tager afsæt i kommunernes og regionernes analyseinstitut (KORA) evaluering af Udviklingshospitalet Bornholm fra 2017.²⁴

Evalueringen er både en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse. Den kvantitative del er udført som en komparativ undersøgelse. Udviklingshospitalet Bornholm sammenlignes med Nordsjællands Hospital i Hillerød i perioden 2015 til 2016, hvor Bornholm fritages fra takststyring og Hillerød fortsat styres efter aktivitets afregning. Den kvantitative evaluering viser at der sker en opbremsning i aktiviteten på Bornholms Hospital i sammenligning med Hillerød Hospital. Der ses således en

reduktion i produktionsværdien for akutte stationære behandlinger (= akutte indlæggelser), i modsætning til Hillerød Hospital, hvor produktionsværdien for akutte indlæggelser fortsat stiger. Denne reduktion i produktionsværdien resulterer fra et fald i antallet af unikke CPR-numre indenfor akutte stationære behandlinger, dvs. færre patienter bliver akut indlagt. I den samme periode stiger antallet i unikke behandlede ambulante patienter mere på Bornholm end på Hillerød Hospital. Udviklingen kunne dermed tyde på at nogle patienttyper i observationsperioden er konverteret fra en stationær til en ambulant behandling på Bornholms Udviklingshospital. Indlæggelse må antages at udgøre en væsentlig større behandlingsbyrde for patienten end ambulant behandling og indlæggelser er mere omkostningstunge. Den reducerede omkostning og den reducerede patientbyrde virker således synergetisk i Porters værdibrøk og kan tolkes som øget værdi skabelse for patienten. Derudover er udviklingen i produktionsværdi per unik patient med ambulant besøg på Hillerød steget, imedens den er stagnerende på Bornholm. Øget produktionsværdi per unik ambulant patient kan ligeledes tolkes som øget behandlingsbyrde for patienten (flere kontrol besøg, flere undersøgelser), og dermed forringet værdi, givet at behandlingsresultatet er ens.

Fundene bekræfter umiddelbart hypotesen om at aktivitetsafregning skaber incitament til øget produktion af sundhedsydelser uden nødvendigvis at skabe bedre værdi for patienten, hvorimod rammestyring i dette materiale har den modsatte effekt. Resultaterne tyder på, at fritagelsen fra aktivitetsafregning fremmer værdi for patienten og indicerer, at de ændrede økonomiske rammer har en styringsmæssig betydning for den ændrede aktivitet.

Min opfølgende interviewempiri fra 2018, ca. 1 år efter evalueringsrapporten udkom, viser en konkret konsekvens af ovenstående fund: Den gennemsnitlige belægningsprocent er faldet og nogle afdelinger har kunne reducere sengekapaciteten til akutte indlæggelser, på trods af et næsten stationær befolkningstal og en aldrende demografi med en tung sundhedsprofil på Bornholm.

7.2.1.2 Betydning af en ændret økonomisk rammemodel i en kvalitativ analyse

Den ovenfor beskrevne kvantitative analyse af aktivitetsdata for Udviklingshospitalet Bornholm peger på potentielle sundhedsøkonomiske og patientvenlige forbedringer der ligger i nytænkningen af den ambulante aktivitet. Jeg har spurgt mine interviewpartnere om deres mening om aktivitetsbaseret finansiering af sundhedsvæsenet på basis af takstafregning med DRG point.ⁱⁱ Deres

ⁱⁱ Interviewempiri fra alle deltagerne (ikke kun fra Udviklingshospitalet Bornholm, men også fra Rigshospitalet og Farsø Sygehus) indgår, idet spørgsmålene om stillingtagen til aktivitetsstyring i interviewguiden var formuleret som generelt gældende for hospitalsvæsenet og ikke begrænset til Udviklingshospitalet Bornholm.

svar rummer flere vigtige aspekter. Den første centrale pointe er at taskstyring af danske hospitaler sidder i sundhedsorganisationernes mure og vægge. På de højeste ledelsesniveauer opfattes DRG systemet som et godt og brugbart system, som man skal værne om, idet det tilbyder en værdiansættelse af de sundhedsydelser der bliver produceret.

'DRG er en bitcoin for det vi laver i sundhedsvæsenet. Det er valutaen for de ydelser vi præsterer, når man skal prøve at gøre det op i kroner og ører. På den måde er der ikke noget galt med DRG-systemet, ', 'Alle kender det, alle kender taksterne, alle ved hvad det kan bruges til. '

Takststyring har været et aktivitetsincitament, f.eks. igennem aktivitetspuljer, i en periode op til omkring 2010, hvor hospitalerne underpræsterede i forhold til de ressourcer der var placeret i sundhedsvæsenet. DRG systemet havde ret dramatisk betydning for at ventelisterne faldt og kapacitetsudnyttelsen blev bedre. Til gengæld er hospitalsdriften nu nået til et sted, hvor aktivitetsstyringen har nået sine grænser.

'Man godt kan betvivle om vi for alvor på den strukturelle side kan kapacitetsudnytte vores organisation meget mere end vi allerede har gjort. '

Fem megatrends udfordrer det danske sundhedsvæsen i fremtiden. De omfatter et voldsomt demografisk pres i form af den aldrende befolkning, den stigende betydning af kronisk sygdom, samt den velsignelse og forbandelse, som klinisk teknologisk udvikling og forbedring medfører (medicinpriser, diagnostisk- og behandlingsudstyr osv.). Derudover vil den nye sundhedsforbruger og informationsrevolutionen stille nye og større krav til sundhedsvæsen end tidligere.²⁵ Det logisk følgende og påtrængende spørgsmålet bliver derfor, at når der bliver mere af det hele – antal patienter, antal leveår, antal kroniske sygdomme, antal behandlingsmuligheder, antal behandlingskrav og antal sundhedsteknologier, har vi så råd til et offentligt sundhedsvæsen baseret på aktivitet? Svaret fra mine interviewpartnere er nej. Ikke i den aktuelle form. DRG har sammen med andre aktivitetsdrivere i form af lovfæstende patientrettigheder med udrednings- og behandlingsgarantier (tidsmål) og udvidet frit sygehusvalgⁱⁱⁱ, skabt et sundhedsvæsen, der er dyrere end det behøver at være. Disse rettigheder er blevet til et ekstremt fokus på proces og performance

ⁱⁱⁱ Hvis en patient er henvist til behandling på et hospital i sin bopælsregion eller på et af de hospitaler, regionen samarbejder med, udvides patientens valgmuligheder, hvis ventetiden er mere end 1 måned (30 dage) på selve behandlingen, efter patienten er udredt. Patienten kan så vælge at få foretaget behandlingen på et privat aftalesygehus.

mål, som i ikke har noget at gøre med behandlingskvalitet, men med patientens vej mod behandlingsresultaterne. Hensigtsmæssigheden i at styre et sundhedsvæsen på garantier, der ligger i forlængelse af aktivitet, kan diskuteres.

' Hvorfor skal varicer i benet have den samme udredningsgaranti som kræftsygdomme? Vi har konstrueret et sundhedsvæsen, der mere eller mindre skærer alt over en kam og hvor man har tilsidesat de lægefaglige skøn, hvorved vi kommer til at prioritere forkert. '

Dertil kommer selektion. Vi har indenfor mange sygdomsenheder gode behandlingsmuligheder, hvor vi med sikkerhed kan identificere den patientkategori, der får et godt behandlingsresultat og den patientgruppe der ikke får gavn af behandlingen, men der resterer en stor intermediær gruppe, hvor vi reelt er i tvivl om de får en behandlingsgevinst.

'Ikke fordi det lægefaglige skøn i situationen er påvirket af økonomien, men det [stof], der sidder i organisationen, det [stof] der sidder i murerne, har trukket i en anden retning, end det der måske giver værdi for patienterne. Der tror jeg, at incitamenterne og styringsmodellerne i sundhedsvæsenet har været medvirkende til at prioriteringen måske ikke altid sidder lige i skabet. '

'DRG favoriserer produktivitet, men ikke kvalitet. Du får penge for at operere, men du får sådan set også penge for at operere selvom, at du laver fejl. Du bliver egentlig belønnet for en fejl, fordi du får faktisk flere penge for at lave en ny operation. Der er ikke noget incitament til at lave en høj kvalitet fra starten, fordi det vil faktisk betyde, at du får færre DRG-kroner til rådighed næste år i dit budget. Så den har favoriseret steder, som har fokuseret meget på produktivitet. Dem, der laver kvalitet bliver ikke belønnet for det, som det er i dag. '

Det sidste udsagn er selvsagt en ren styringsteknisk anskuelse, men incitamenterne har den utilsigtede virkning, at man teknisk set bliver belønnet for fejloperationer eller for visitation til operation af patienter med høj komplikationsrisiko. En for patienten værdifuld selektionsproces, vil jeg vende tilbage til under afsnittet der diskuterer patient inddragelse i et værdibaseret styringsregime i form af patient relaterede outcome (PRO) data. Indtil videre indrammer interview empirien således et meget centralt tema: Takststyring er fortsat en nødvendighed, idet den repræsenterer en monetær værdiansættelse af sundhedsydelser, men den er sammen med andre aktivitets drivere en fordyrende omstændighed, der skaber et sundhedsvæsen vi pga. demografiske udfordringer ikke har råd til i fremtiden. Derudover så kan et aktivitetsfokus kollidere med

hensigtsmæssig prioritering og behandlingsselektion, som i sig selv er fordyrende og kan betyde, at lægelige skøn i bliver tilsidesat.

Et videre tema er at aktivitetsbaseret styring generelt opleves som en snærende spændetrøje. De følgende citater stammer fra både ledende overlæger og speciallæger med deres dagligdag i den almindelige kliniske drift og illustrerer deres holdninger til et takststyret hospitalsvæsen.

'Jeg synes det er rigtigt, det er det først ord der falder mig ind. Det gør at man bliver tvunget til i mange sammenhæng at handle uhensigtsmæssigt, altså ikke i patientens favør eller i det overordnet samfunds interesse. Det har altid skuret mig i ørene. Der er kassetækning, man tilrettelægger sit arbejde ud fra nogle rammer som ikke passer til den mest optimale måde at drive en organisation på. Det kan jeg give rigtig mange eksempler på. '

'Jeg været DRG ansvarlig overlæge i afdelingen. Det fylder rigtig meget at få kollegaer til at forstå systemet, så de i hvert fald ikke dummer sig, når man sætter koder på. Det er irriterende, at man skal gå og rumme det som læge, i stedet for kun at være fokuseret på det faglige. '

Taksstyring opleves altså som et rigtigt og dominerende styringssystem, der irriterer og fjerner fokus fra det faglige. Men aktivitetsbaseret afregning står også i vejen for innovation. I mange tilfælde er patient venlige forbedringer ikke blevet realiseret fordi de undergraver afdelingens budget. Nogle af ledelsens eller medarbejdernes ideer er ikke forsøgt implementeret, fordi det ikke har kunnet svare sig i aktivitets afregningens tankegang:

'Jeg har syntes at man skulle øge antallet af telefon konsultationer og måske udvikle det videre til video eller Skype samtaler, men da det ikke er et takststyrings koncept, duer det ikke, fordi en telefon konsultation giver meget mindre end en fremmøde konsultation. '

'Aktivitetsafregning har stået i vejen for innovation, altså helt tydeligt. Vi har været bundet af de her [styrings]rammer, og jeg synes at de rammer er firkantede. '

Til gengælde viser det følgende citat at takststyring opfattes som et meget eksplicit og logisk performance mål, det er let at måle og let at forstå. Det er velkendt og tryghedsskabende og giver et letforståeligt overblik og ro i en omskiftelig klinisk og sundheds politisk verden, hvilket omvendt gør en ufuldstændig defineret værdibaseret styring usikkerhedsskabende.

'Vi bliver styret uanset hvad, men vi vil gerne kende og forstå præmisserne for hvordan vi bliver styret. '

'Jeg kan godt lide sådan et logisk system med [diagnose relaterede] grupper og jeg har bare arbejdet så meget med det, at jeg føler mig tryk i det. '

Den empiriske delkonklusion er at aktivitetsbaseret afregning er et eksplicit og velkendt styringsværktøj med en logisk og let forståelig værdiansættelse af sundhedsydelser, der skaber tryk for både ledelse og personale. Empirien peger også på at taksstyring i hospitalsvæsenet er et fordyrende styringsværktøj der hæmmer innovation og ikke altid understøtter det faglige skøn. Imidlertid kan denne delkonklusion om aktivitetsstyring ikke stå alene, fordi - som nogle af de samme interview deltager også påpeger:

'Nogle gange har aktivitetsstyring været det lette argument for ikke at gøre noget [skabe forandring] og argumentationen om at manøvrerummet er for lille og at det er incitamentene der styrer os, har fået lidt for meget gas. '

Spørgsmålet rejses om de sundhedsprofessionelle i almindelighed og lægerne i særdeleshed er for autoritetstro, om vi tør udfordre nok? Denne problemstilling vender jeg tilbage til under ledelsesafsnittet.

I et makroperspektiv tilbyder en aktør-netværk teoretisk tilgang til styringsdilemmaet flere interessante observationer. Central for ANT er oversættelses begivenhederne (moments of translation), når ide og strategi skal omsættes til handlekraft. Første begivenhed er en *problematisering* af analyseobjektet, hvilket indebærer en kortlægning af væsentlige aktører samt en identifikation af det obligatoriske passagepunkt. Væsentlige aktører er talrige. Udover patienterne og sundhedspersonalet og deres ledelser på alle niveauer, markerer sig stærke non-humane aktanter. Den buldrende demografi eller den dominerende aktivitetsstyring kan allegorisk tolkes ind i Callons fortælling i form af det bølgende tidevand og overfiskningen i St. Brieuc bugten, der ødelagde kammuslingernes bestand, men identifikationen af det beskyttende net og de japanske dyrkningsteknikker tilbyder sig ikke entydigt. Allerede her bliver det svært, for nu står jeg som formidler, som oversætter foran et essentielt valg – hvad er mit obligatoriske passagepunkt, som vil definere de videre oversættelses begivenheder? Det ville være nærliggende at vælge værdibaseret styring som det obligatoriske passagepunkt. Derved menes konceptets essens,

udgangspunktet i Michael E Porters vigtige teorier, der har skabt et mulighedsvindue. De 6 komponenter for 'value-based health care' og hans hierarki af effekt mål. Det ville udgøre en gribende interessekonstruktør over for aktanterne. Men dette obligatoriske passagepunkt er kompliceret og skrøbeligt. Terminologien er allerede ved at ændre sig til værdibaseret sundhed - der foretrækkes blandt de hospitals ansatte for at distancere styringsvirkeligheden og inddrage kernopgaven sundhed. Styringseffekterne er nærværende for de interviewede ledere, men for både den almene overlæge og sygeplejerske uden aktuelt ledelsesansvar er den primære tilgang at levere god behandlingskvalitet, for dem er de beskrevne overordnede styringseffekter sekundære:

'Når jeg er i klinikken og har med patienter og pårørende at gøre, er det ikke sådan at jeg tænker, "tje-tjing", der var penge i kasseapparatet – det har jeg aldrig tænkt, men som et styringsredskab og som et ledelsesredskab, tænker jeg at den er svær, den er lidt dobbelt. Selvfølgelig skal vi have styr på hvad får vi lavet for pengene på den ene side, men kvalitet bonger altså også ud. '

'Altså generelt i hverdagen, i det kliniske arbejde, går jeg ikke og tænker væsentlig meget på DRG point, det må jeg så sige. '

Medarbejdere, der ikke er tilknyttet et af delprojekterne, agerer afventende i forhold til hvilke ledetråde og ledelses retninger der måtte udkrystallisere sig fra delprojekterne. Opstartsåret 2016 har været præget af at formulere og implementere delprojekterne, samtidig med at andre væsentlige strukturelle forandringer på hospitalet uden direkte tilknytning til Udviklingshospitalet, så som implementering af Sundhedsplatformen og en ny akut modtagelse, har fjernet fokus fra værdibaseret styring som nyt ledelseskoncept. Personalet er derfor skeptiske overfor den kausale sammenhæng mellem paradigmeskiftet fra aktivitetsafregning til værdibaseret styring og de ændrede aktivitetsmønstre som effekt af den ændrede økonomiske styringsmodel.

Hvad sker der med momentum hvis projekterne fejler? Hvad sker der med momentum når omtalen forsvinder? Værdibaseret styring er ikke nødvendigvis på alles læber. De seneste økonomiaftalerne har allerede videreudviklet begrebspaletten og italesætter nu 'nærhedsfinansiering' som fremtidigt styringsværktøj for sundhedssektoren. I en således omskiftelig sundhedspolitisk virkelighed skal det obligatoriske passagepunkt være et andet. Desuden er værdibaseret styring kun en af flere strategier, der skal understøtte de nationale sundhedsmål (jvf. figur 3). Spørgsmålet bliver derfor om værdibaseret styring opleves tvingende nok til at udgøre et obligatorisk passagepunkt, og uden

dette kan vi et i ANT perspektiv ikke med rimelighed forvente en succesfuld implementeringsproces med de senere faser i form af mobilisering af masserne, der bærer tanken frem som *ren kode*²⁶ - at værdibaseret styring utvivlsomt er løsningen.

7.2.2 Kliniske implikationer af styringsskiftet

Styringsgevinsterne som interessekonstruktør synes skrøbelige og spørgsmålet er om denne kan styrkes ved at identificere implementeringssucceser i en analyse af de praktiske implikationer af styringsskiftet og hvordan de strategiske projektoplæg er blevet oversat til en klinisk hverdag? Analysen af empirien i et ANT perspektiv antyder, at de økonomiske fordele ved værdibaseret styring ikke er tilstrækkelige virkelighedsnære for det kliniske personale til at udgøre en stærk interessekonstruktør, der kan mobilisere faggrupperne.

De 8 delprojekter, der udgør rygraden værdibaseret styring på Bornholms Udviklingshospital, nævnes her kort, idet de forklarer konsekvenserne for den kliniske hverdag.

1. Fælles og fleksible ambulatorier (samle konsultationer på én dag, fremmøde konverteres til telefontider, subakutte tider i ambulatorier, koordinering på tværs af specialer, 10% reduktion i antal ambulante besøg)
2. Ny visitationsform for akutte patienter (f.eks. 50% reduktion af 1-,2-,3-dages indlæggelser for udvalgte patientgrupper med kroniske sygdomme)
3. Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse af ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis (10% reduktion af forebyggelige indlæggelser)
4. PRO (patient rapporteret outcome) – selvrapporterede helbredsoplysninger
5. Bedre bestilling og brug af diagnostik (reduktion af forbrug af blodprøver, scanninger etc.)
6. Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår
7. Patients vej igennem hospitalet (servicekultur, parkeringspladser, reception, skiltning, design, forplejning)
8. Følg patientens præference i den sidste levetid

Denne afhandling vil i casen om Udviklingshospitalet Bornholm primært fokusere på de første fire delprojekter, der handler om skabelsen af fælles og fleksible ambulatorier, bedre visitation og patientinddragelse.

7.2.3 En sandkasse at bygge slotte i

Fritagelsen fra aktivitetsbaseret styring er et forsøg på at fjerne den, i et ANT perspektiv, dominerende non-humane aktant, som taksstyring hidtil har udgjort. Det foregående afsnit har vist hvordan takststyring opleves som en hindring for innovation. Håbet er at frisætte den kliniske ledelse på hospital- og afdelingsniveau til at ændre fastkørte arbejdsgange, så de ikke behøver at blive defineret ud fra et volumen perspektiv, men kan forandres til patientens fordel. Scenen er sat for at skabe værdi for patienten i Porters forstand, at skabe patientforløb der øger patientvenlig effektiviteten og ikke nødvendigvis produktiviteten, imedens man realiserer en omkostningsreduktion. Dermed reguleres både i nævneren og tælleren af Porters værdibrøk.

'Jeg tænkte, at være fritaget for DRG giver mulighed for at udvikle mange spændende modeller, uden at man hele tiden skal tænke på begrænsninger i forhold til DRG point, og det synes jeg var sindssygt godt. Vi fik en sandkasse hvor man kunne lege i lige pludselig, og man havde både skovl og spand og man kunne lave slotte, så den ide syntes jeg var fantastisk. At få en pause fra DRG systemet, netop bare at tænke ud af boksen og kun tænke på hvad det var godt for patienten. Det synes jeg er super fint. Jeg tror mange gode ideer tidligere er forsvundet, netop fordi de er kommet ind i rammerne med DRG point, det kan vi ikke tåle hvis vi mister den indtægt... lige pludselig kan man så bare lege frit. Det synes jeg er fantastisk.'

I det følgende vil jeg konkretisere hvilke initiativer aktivitetsfritagelsen hidtil har medført. Udviklingshospitalet Bornholm har primært forsøgt at forandre patientforløb igennem 8 delprojekter. Jeg vil anskueliggøre forandringerne ved at lave nogle nedslag i disse delprojekter og i et micro-perspektiv præsentere en ANT analyse af både en succesrig og en mindre succesrig forandringsstrategi i form af udviklings koncepterne *det fleksible ambulatorium* (delprojekt 1: fælles og fleksible ambulatorier) og *videokonferencen* (delprojekt 3: fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse af ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis).

7.2.4 Det fleksible ambulatorium

Det fleksible ambulatorium har arbejdet med flere forskelligartede tiltag der griber ind i hinanden. Tiltagene præsenteres i det følgende med konceptbeskrivelser og refleksioner, leveret igennem citater fra de involverede parter, med formålet om at levere et nuanceret indhold til en ANT analyse.

7.2.4.1 *Samme dag under samme tag*

Denne del handler om at hospitalet koordinerer aftaler, så flere ambulatorie besøg klares på en dag. I dette eksempel er opfattelsen at takststyring har stået i vejen for udvikling. Koordinering af ambulante besøg for patienter med multiple kroniske sygdomme er en omfattende opgave, som lægesekretær gruppen har fået ansvar for. Desuden har Udviklingshospitalet Bornholm indført en ny stillingstype, der varetages af en erfaren sygeplejersker med tidligere ledelsesansvar og som kender hospitalet og optageområdets tilbud i primær sektoren indgående. Denne stilling betegnes forløbskoordinator, som er et nyt begreb i hospitalsvæsenet.

Et af formålene med indførslen af det nye digitale journalsystem Sundhedsplatformen var ellers at realisere en betydelig besparelse af personale omkostninger ved at foretage en opgaveglidning fra sekretærer til læger, ved at lade lægerne selv skrive deres journalnotater, udføre bookninger af fremmødeaftale, administrere håndtering af prøvesvar og mm., og dermed mindske det fremtidige behov for lægesekretærer. Det viser sig imidlertid at denne strategi er i diametral modstrid med de nye styringsvindes fokus på patientvenlige forløb. Ambitionen om at spare på lægesekretær funktionen er skiftet til sin modsætning indenfor kun et par år. Koordination er blevet et nøgleord og lægesekretæren en nøgleperson, som nu forsøges yderligere styrket af en forløbskoordinator.

'Et eksempel kunne være en patient der er tilknyttet to ambulatorier. En diabetes patient, der også har et kardiologisk problem, som går i begge ambulatorier. Hvis vi ønskede at sige, at det ville være smart for patienten at komme ind og blive set af både diabetes lægen og kardiologen, så er det ikke hensigtsmæssigt, fordi det vil give os 1 DRG afregning, hvorimod hvis han kommer på 2 dage, så vil vi få 2 DRG afregninger. Det er oplagt ikke i patientens interesse, men jeg vil miste nogle penge, hvis jeg sagde at du kan komme hos begge læger på tirsdag. '

Efter fritagelsen for aktivitetsbaseret afregning, forsøger lægesekretærer at koordinere aftalerne for multisyge patienter, der ofte har forløb i mange ambulatorier, så flere undersøgelser og konsultationer kan udføres på samme dag. Det er en besværlig opgave, som lægesekretærene har fået at vide at de skal prioritere:

'Lægesekretærene synes jo det er lidt besværligt, men sådan er det. Medejerskab! Du er nød til at spørge dem, hvordan det kan lade sig gøre... Det giver så meget værdi og det kan de jo godt se, jeg tror ikke folk har noget imod at gøre noget ekstra hvis de kan se at det giver værdi. Værdi for

patienten. Dem der sådan mumler lidt, jamen så går vi hen og taler med dem... Det bliver løst i mindelighed. Jeg fornemmer ikke surhed og irritation over at man skal gøre det. De var involveret fra starten... Vi havde ikke så travlt med at komme i gang. Vi var mere sikre på hvad vi ville, hvordan vi ville gøre det, og så var vi åbne for at justere vores mål hen af vejen. Jeg har haft nogle delmål oppe i en overordnet styregruppe adskillige gange, hvor jeg har sagt at vi er nødt til neddrog de her delmål fordi det er ikke realistisk. Hvis man bare argumenterer godt nok for det, så bliver det taget imod og så bliver det jo en succes i stedet for at stræbe efter noget der er urealistisk. Hvis du ikke har folk med, og sætter et mål, jamen så tror jeg folk mister modet. '

7.2.4.2 Konvertering af fremmøde- til telefonkonsultationer

Det fleksible ambulatorium arbejder også med at konvertere fysiske fremmøde konsultationer til telefonkonsultationer for patienter der har givet samtykke til ordningen. Der er typisk yngre og erhvervsaktive patienter, der derved undgår at tage fri fra arbejde. I et samfundsmæssigt perspektiv kan man spare tabt arbejdsfortjeneste og transportomkostninger, samtidig med at det er et patientvenligt tiltag, der mindsker sygdomsbyrden i patientens hverdag ved at minimere tidsforbruget på hospitalet. Udviklingshospitalet Bornholm har over det sidste år øget antallet af ambulante telefonkonsultationer efter fritagelsen for aktivitetsafregning. Før fritagelsen var det i et budget perspektiv uhensigtsmæssigt idet fremmøde konsultationer giver en væsentlig højere takstafregning. Budget incitamentet for unødvendige fremmøder er således fjernet. Hjertecenteret har arbejdet med et lignende projekt og kalder det 'Åbent Ambulatorium'. I en interview og spørgeskemaundersøgelse fra 2017, der evaluerer åbent ambulatorium, har hjertetransplantationspatienter i stabil tilstand fået tilbudt telefonkonsultationer. Samtlige deltager har følt at udbyttet var godt eller meget godt, og at udbyttet er det samme, som hvis de havde haft et besøg i ambulatoriet.²⁷

'Det er jo dejligt, fordi ambulatorierne bliver ikke straffet for at ringe til patienterne, i stedet for at patienterne sidder overfor dem. Men vi har også lavet en anden telefonservice, som består i at den praktiserende læge hver dag kan ringe til en speciallæge [på hospitalet] og få et godt råd... Vi har konverteret en del planlagte indlæggelser, hvor den praktiserende læge ikke ved hvad han skal gøre. Så er det jo tit endt med en indlæggelse: Indlæggelse på medicinsk afdeling til udredning. Men nu kan man så ringe ind til en overlæge hver dag, og få et godt råd. Og det gode råd vil meget tit bestå af noget andet end en akut indlæggelse... Den overlæge der sidder med telefonen har ret

til at overrule ambulatorierne: der kommer en patient i morgen - vedkommende skal have tid! Det er et fuldt booket ambulatorium - der skal skaffes en tid! Så bliver der en ekstra tid. Der kan man igen sige, der var vi i gamle dage blevet DRG straffet, fordi vi går jo glip af en indlæggelse. Den CT scanning og den ultralyds scanning af hjertet og alt det, der nu bliver lavet ambulant, vil man jo have haft patienten indlagt til førhen, og det vil have givet os nogle helt andre DRG point. '

Det fleksible ambulatorium har dermed ikke kun skabt telefonkonsultationer for patienterne, men også en rådgivnings hotline for de praktiserende læger. Igennem kun én adgang kan den praktiserende læge få subakutte ambulante speciallæge tider på hospitalet, som kan mindske behovet for akutte indlæggelser. Dette tilbud er en nyskabelse for øens praktiserende læger. Når speciallægen har fået tildelt autoriteten til at booke subakutte patienter fra primær sektoren på morgendagens ambulatorie program, er det indlysende at det medfører ekstra arbejde for de lægesekretærer der administrer dagsprogrammer, men interviewene viser at der er respekt om den funktion.

Ovenstående er tiltag, der i en takststyret tankegang forringer afdelingens produktionsværdi, men som er effektivt ud fra et samfundsøkonomisk og patientvenligt perspektiv. Tanken om det fleksible ambulatorium ligger i forlængelse af Portes 1. komponent (Integrated practice units). Eksemplet integrerer fremmøde behovet for multisyge på tværs af specialer, øger fleksibiliteten ved telekonsultationer og reducerer overgangen mellem de praktiserende læger og hospitalet. Det er derfor nærliggende at forvente en integrerende effekt mellem sektorerne på Bornholm, der kan skabe bedre sammenhæng i patientforløbene.

7.2.4.3 Den patient ansvarlige læge og frihed i tilrettelæggelse af lægeligt arbejde

Et andet markant sundhedspolitisk tiltag indenfor de sidste par år er konceptet om den patient ansvarlige læge, som er præsenteret under den indledende diskursanalyse. Konceptet om den patient ansvarlige læge er på Bornholms Udviklingshospitalet blevet tilknyttet det fleksible ambulatorium, som en udvidelse af delprojekt 1. Porters forestilling om et integreret sundhedsvæsen er nær beslægtet med tankegodset om kontinuitet og patientnærhed i konceptet om den patient ansvarlige læge, hvor én fast læge tilknyttes til komplekse patient forløb. Et fleksibelt ambulatorie med øget brug af telefonkontakter eller videokonferencer, samt en digital markering af prøvesvar med den patient ansvarliges læges navn, der bevirker en direkte besked i lægens 'Inbasket' (besked i til lægens inbox i det digitale journalsystem Sundhedsplatformen), muliggør en

tilknytning af én patient ansvarlig læge til patientens prøvesvar og telefontider. Med en hjemme adgang til journal systemet er lægen ikke engang længere afhængig af at være tilstede på hospitalet og kan kommunikere med patienten om prøvesvar og videre udredningsplaner, når det passer patienten og lægen bedst. En sådan ordning vil både fremme kontakt og kontinuitet i patientforløb, hurtigere udredning og opfølgning, men tjener også som ledelses værktøj for rekruttering idet det skaber større frihed i tilrettelæggelse af lægeligt arbejde. Præcis sådan en løsning er blevet skabt som en direkte konsekvens af fritagelsen for aktivitetsafregning i Udviklingshospitalet Bornholm. En ordning som medicinsk afdeling er ved at udvide.

'Vi har vores medicinske gastroenterolog, der er en konsulent der kommer fra Bispebjerg. Han bliver honoreret for tre fremmøde dage om måneden, men han har kun to. Han kan tilgå Sundhedsplatformen hjemmefra, han ringer til patienterne og laver notater, han følger op på alle prøvesvar. Det er så aftalen at den administrationstid er fleksibel for ham. Og han gør det. Altså det bliver ryddet fint op... Det er virkelig en god løsning det her.'

Delprojektet 1 har betydet en omfattende omstrukturering af ambulatorierne med målet om at centrere patientens behov i arbejdsgangene. Projektet har implementeret flere forandringer i form af 'samme dag under samme tag' konceptet, konvertering af fremmøde- til telefonkonsultationer, en rådgivende speciallæge hotline til de privat praktiserende læger, indførslen af subakutte ambulante tider for at forebygge indlæggelser og tilknytningen af konceptet om den patient ansvarlige læge. Den medicinske afdeling ledelse kalder delprojekt 1 for en succes:

' Det kører godt. Vi har være gode til at tilpasse vores mål, vi har undervejs taget dem op med den overordnede styregruppe og har tilpasset urealistiske mål. Vi har holdt fast, der hvor vi har troet på det, og jeg synes vi har mange små succeser. '

I en ANT analyse af det fleksible ambulatorium er det tydeligt at problematiseringen af strategien med en grundig interessant analyse og det centrale forandringsbehov - det obligatoriske passagepunkt, blev identificeret korrekt ved rettidigt aktør inddragelse og meningsskabelse: *En koordinerende funktion* er den konkrete og handlingsanvisende egenskab, som projektet ikke kan være foruden, personificeret i tre centrale roller som arbejder mod det samme mål om sammenhæng i komplekse patientforløb. De tre roller er den koordinerende lægesekretær, den forløbskoordinerende sygeplejerske og den patientansvarlige læge. Disse roller udgør

interessekonstruktørerne, når projektet skal skaleres, de forbinder aktørerne og fastlåser dem i hensigtsmæssige roller omkring patientens forløb og konceptet kan eksporteres og udbredes via faglige fora i de relevante netværk.

7.2.4.4 Videokonference projektet

Delprojekt 3, som i daglig tale på Udviklingshospitalet Bornholm kaldes videokonference projektet, handler om at styrke kontakten i trekanten der består af hospital, almen praksis og kommune. Sektorovergangen, når patienterne bliver udskrevet, har altid været en Achilleushæl i sundhedsvæsenet, hvor forløbs kontinuiteten afbrydes og informationer går tabt. Et videokonference projekt der bringer de 3 sundhedsparter til bordet for at optimere informationsudveksling burde have særdeles gode forhold på Bornholms Hospital frem for på andre hospitaler. Bornholms Hospital har kun én regionskommune at forholde sig til. Et tilsvarende projekt på eksempelvis Bispebjerg Hospital, som er et hospital med et meget stort akut indtag og et bredt favnende optag område, skal ved udskrivelsen samarbejde med >15 kommuner.

' Hvis det her skulle lykkes, så burde det være her [på Bornholm]. '

'Der bliver i forvejen lavet udskrivningsrapporter ved sygeplejerskerne, epikriser og medicinlister ved lægerne, men det er stadigvæk et svagt sted. Det kunne typisk være en kronisk syg patient, med mange indlæggelser. Er det fordi man fra primær sektoren har et urealistisk mål om hvad man kan opnå? Sådanne nogle ting kunne man afklare. Det er jo fint og det lyder så rigtigt. Så blev der udviklet et krypteret videokonference system, som kunne tilgås på en iPad i almen praksis, i hjemmeplejen og på hospitalet, men det blev ikke lavet ret mange, og det har været en stor skuffelse. Jeg mener ikke det var blevet forankret. Kun halvdelen af øens 28 praktiserende læger har overhovedet ønsket at indgå i projektet. De andre ville slet ikke engang have den iPad. De skal have et ret pænt honorar for hver eneste videokonference de deltager i. Hjemmeplejen har sat nogle meget rigide mål for hvilket tidsrum det skal være i og man kommer ikke til at tale med den sygeplejerske der tager imod patienten, men vedkommendes leder, der sidder et andet sted. Min egen lægegruppe har haft svært ved at se ideen i det. Altså hvad tilfører det af værdi? Så det halter ligesom på alle 3 ben i den trekant. Det mener jeg skulle være blevet forberedt bedre. Man skulle have brugt meget mere tid på at tale med lægegruppen, både de praktiserende læger, men også hospitalslægerne om, hvad er det, det her skal være. Hvad forventer man skal opnås med indlæggelsen? Hvem skal deltage, skal patienten være med, skal pårørende have mulighed for at

logge sig på? Så derfor er det endt på et meget lavt niveau, en meget lav gennemførselsprocent.

Men jeg vil så sige at dem der bliver gennemført har meget høj kvalitet. '

'Lægegruppen på hospitalet siger det er spil af tid. Man kan sige det burde jo være en win, win, win, men det kan projektlederne sige at det er. Når du spørger sygehuslægegruppen, så siger de, jamen hvad får vi ud af det? Vi har en travl hverdag, vi skal gå stuegang på mange patienter og pludselig skal vi også sætte os ind og lave en videokonference. Vi har jo skrevet i journalen, hvad planen er, vi har skrevet i epikrisen hvad planen er, nu skal vi så gentage det hele til en videoskærm. Det synes de ikke er tiden værd. Det giver ikke nok værdi. Jeg synes man skal gå tilbage og spørge hvad er det vi vil. Fordi det blafrer lidt, vi vil så meget! '

' Der er ikke medejerskab i de 3 ben og det gælder også min egen gruppe. Vi har virkelig prøvet at genstarte det her forsøg flere gange, der har været forskellige projektledere på. Det skulle have været grebet anderledes an fra starten af. Måske skulle man have sat folk i et rum med nogle PLO (praktiserende lægers organisation) repræsentanter, nogle hjemmeplejerepræsentanter og nogle læger, og så ikke nogle ledere, men nogle klinikere, og spørge hvordan kan det her give værdi. '

Påstanden er at man har forpasset det punkt hvor man skaber glæde og initiativ og så bliver de involverede modvillige, selvom man med det samme projekt aldrig var blevet det, hvis man havde været involveret fra starten af. Flere læger har det svært med videokonference konceptet:

' Videokonferencer er ikke mig, jeg hader dem. Det har jeg ikke noget imod at sige. Vores videokonferencer er jo mellem læge og sygeplejersker. Som oftest er patienten og de pårørende ikke med. Jeg synes tit der kan være behov for at levere nogle informationer frem og tilbage vedrørende patienterne, men det kan jeg gøre på andre måder end at sidde der og vente på at 4 eller 5 mennesker samles på samme tidspunkt, og sidder og glor på hinanden. Jeg ringer enorm tit til praktiserende læge. Jeg synes det er overdrevet at behøve at lave sådan et set-up, som alle synes er tungt. Det er jo ikke den tekniske begejstring der skal overdøve det man egentlig skal bruge det til, og for mig er det vigtigste at patienten og de pårørende er med til det. Jeg synes det er underligt, når vi skal lave udvikling med patienten i fokus, at så lige præcis det projekt overhovedet ikke har. Jeg kunne godt tænke mig at de gik de her skridt videre. Så, jeg laver ikke videokonferencer. '

I eksemplet om det hidtil mislykkede forsøg om at implementere videokonferencer som udskrivningsværktøj for at forbedre sektorovergangen, peger empirien på forhindringerne, der tydeliggøres i en ANT analyse. For det første er der allerede ved planlægningen af konceptet en utilstrækkelig identifikation af aktørerne i netværket. Godt nok er læger og sygeplejersker i både primær og sekundær sektoren, samt det kommunale hjemmeplejetilbud repræsenteret i konceptet, men den væsentligste aktør, patienten, er slet ikke tænkt ind. Til gengæld er den non-humane aktant, teknologien, i dette tilfælde iPad 'en, meget central placeret som det obligatoriske passagepunkt. Men hensigterne i videokonference konceptet er uklare og klinikerne, som skal anvende konceptet i hverdagen, synes at den tekniske begejstring overdøver det egentlige formål. Det obligatoriske passagepunkt for klinisk succes er i dette tilfælde ikke artefaktet – en teknologisk aktant i netværket, som halvdelen af øens praktiserende læger end ikke ville have mod betaling. Det forsømte obligatoriske passagepunkt i netværket er snarere det medejerskab i projektet, der aldrig blev etableret blandt det kliniske personale. Det utilstrækkelige medejerskab kommer til udtryk i en manglende inddragelse af de relevante aktører, en manglende definition af formålet med videokonferencen - var det en indlæggelses-, midtvejs-, eller udskrivelses konference, en manglende definition af konferencedeltagerene, patientfraværet og et manglende hensyn til praktikalitet - hjemmesygeplejersken der kender patienten, er ikke den person der deltager. Med andre ord fejler i videokonference casen allerede det første element i en strategisk ANT analyse - problematiseringen af strategien, med en identifikation af aktørerne og et obligatorisk passagepunkt der er mangelfuld. Deraf følger at interessement fasen, hvor aktørerne skal fastlåses i strategiens roller og i et netværk der er meningsfuldt for dem, er svækket fra starten pga. den manglende identifikation og inddragelse af de relevante aktører. Interessekonstruktøren, den krypterede videokonference på iPad' en, er svag og bliver snarere opfattet som en forhindring, end et teknologisk vehikel, der formår at løsne aktørerne (især lægerne) fra deres hidtidige vaner, f.eks. epikriser (udskrivningsbreve etc.), og styre dem mod forandring. Som følge deraf bliver den tredje fase, *indrullering*, aldrig en realitet. Den kontinuerlige koordinering af rollerne i netværket, der skal styrkes ved en lang række af forhandlinger, som transformerer den indledningsvis interessekonstruktion til faktisk deltagelse, fejler i kimen, fordi der mangler succeser der eksplicit kan anerkendes og der kan overbevise kollegaer ved faglige møder om konceptets anvendelighed. Det sidste fase, mobilisering af masserne, udbredelse af konceptet i et større perspektiv, er pga. den

manglende succes i det indledende faser, irrelevant. Man må derfor konkludere at videokonference konceptet fejler i alle fire af Callons oversættelses øjeblikke. Det gentagne forsøg med at nystarte projektet ved at udskifte forskellige projektledere fører derfor heller ikke til implementeringssucces.

'Det skulle have været grebet anderledes an fra starten af. 'Man skal have lægerne involveret. De skal føle medejerskab for det, ellers bliver det aldrig en succes. Man kan godt sige til lægerne, du skal gøre det – men så sker det uden empati. Hvis man spørger dem, hvordan kan det her give mening for dig, så får man medejerskab og så får man noget der fungerer. Med Udviklingshospitalet var man for hurtig til at ville have nogle politiske udmeldinger om at det er dét her vi vil. Den fase skulle man have dvælet lidt mere ved, så man var mere skarp på hvad man vil. Hvad er realistiske mål og hvad er tidshorisonten for at nå de mål? Jeg ser det i hvert fald nu her bagefter, at der er nogle af delprojekterne som ikke har fået det ejerskab. Det gør, at det er godt nok vanskeligt at få det hevet op. '

Projekt 4 på Udviklingshospitalet Bornholm, der havde til hensigt at opbygge en praksis med indsamling af selvrapporterede helbredsoplysninger - patient rapporteret outcome, er lagt ned pga. udfordringer med dataindsamlingen.

'Den udvikling eksploderer jo i øjeblikket. Du kan jo ikke have en smartphone uden at den måler hvor mange gange du går på trapper og hvor mange skridt du går per dag. Teknikken er der jo, men jeg tror ikke det kommer til at gå helt så hurtigt som man måske tænker når man er systemudvikler. Vi taler altså om en patientgruppe som ikke er vokset op med de her digitale muligheder. At ligefrem at forestille sig at en 80 årig der går i 3 forskellige ambulatorier skal taste data inde og være online, det kommer til at vente lidt. '

Den digitale udviklingsdel af Udviklingshospitalet Bornholm står efter de ansvarliges eget udsagn stille og empirien bevægede sig derfor mod en anden case for at belyse en vigtig komponent i Porters værdibaseret sundhedsvæsen, patientinddragelse i form af patient rapporteret outcome.

Alligevel har resultaterne indtil videre været så overbevisende at Udviklingshospitalet Bornholm nu er permanent fritaget fra aktivitetsafregning, men på trods af succesoplevelserne med f.eks. det fleksible ambulatorium er der stadig en vej at gå for initiativerne fra projektfase til rygmarvsdrift.

7.3 EMPIRISK ANALYSE: CASE 2. ORTOPÆDKIRURGISK AFDELING, FARSØ SYGEHUS

7.3.1 Patientinddragelse og anvendelse af patient rapporterede data

I den kvalitative evaluering af Udviklingshospitalet Bornholm fylder aktivitetsafregning fortsat meget som styringsredskab og det rangeres højere end andre styringsmål som f.eks. driftsmål, ventetidsgarantier og kvalitetsstandarder. Aktivitetsafregning er en tryk og meget eksplicit styringsparameter fordi målet er så simpelt. Ledelserne er skolet i at bruge aktivitetsopgørelser og afvigelser fra aktivitetsbudgetter opfattes som irrationelt ikke at bringe i balance. Samtidig bevirker den uklare definition af værdibaseret styring at der endnu ikke foreligger alternative performance mål som afdelingsledelserne kan stræbe efter som legitimering af ændret aktivitet. Dette vil skabe ledelsesmæssig usikkerhed indtil nye performance mål kan etableres. Undersøgelsen af oversættelsesmekanismerne i Udviklingshospital Bornholms delprojekter udkrystalliserede dermed et yderligere fokuspunkt for afhandlingens empiri. Den videre dataindsamling fokuserede på behovet for mulige nye og relevante styringsmål, set fra en patientnær praktisk vinkel. Til dette formål anvendes casen om det elektive ortopædkirurgiske tilbud på sygehuset Farsø i Region Nordjylland.

Porters 2. komponent i VHBC siger at sygdomsspecifikke resultater og behandlingsomkostninger skal opgøres for hver enkelt patient og baseres på individuelle risikoprofiler der foreligger ved behandlingsstart, så der kan foretages justering i forhold til patientens profil og resultat. Et studie fra et svensk universitetshospital²⁸ tager udgangspunkt i denne 2. komponent af Porters VHBC og pointerer, hvordan forståelsen af værdi formes af den biomedicinske forforståelse og det som sundhedsprofessionelle *tror* er værdi for patienterne. Samtidig bliver værdi defineret i funktion af hvad der er praktisk muligt at måle og det, der er tradition for at måle. Det er nærliggende at målstyring baseret på effekt parameter defineret ud fra fagspecifik forforståelse, tradition og pragmatisme ikke nødvendigvis skaber bedre patientinddragelse, folkesundhed og en bæredygtig sundhedsøkonomi.

Ortopædkirurgisk afdeling på Farsø sygehus er en del af Aalborg Universitetshospital og er af Region Nordjylland udvalgt som forsøgsafdeling for styringskonceptet værdibaseret sundhed. Afdelingen består af 10 kirurger og udfører årligt 1200 hofte- og knæoperationer samt 4000 ambulante besøg. Mellem 5–15% procent af hofte- eller knæopererede patienter oplever ikke at få den ønskede effekt af deres operation. Den kliniske udfordring er, at kirurgerne hidtil ikke har kunne forudsige hvilken

patienttype der risikerer en dårlig effekt af operation, og i stedet ville have gavn af et ikke-operativt, f.eks. fysioterapeutisk tilbud.

Afdelingen har i samarbejde med KMD (it- og softwarevirksomhed) udviklet et nyt dataindsamlings- og prædiktionsystem kaldet 'ERVIN' (Effekt og Risiko Ved Indgreb), der på baggrund af tidligere patienters indrapporteringer forudsiger, hvordan det vil gå patienten, hvis hun bliver opereret. Igenennem de seneste år har afdelingen oparbejdet en database på omkring 5000 besvarelser af patientspørgeskemaer, hvor patienterne vurderer deres egen sundhedstilstand og som beskriver patientrelaterede risikofaktorer forud for operation. Derudover har en ekspertgruppe inden for knæ- og hofteområdet fra hver region identificeret 68 forskellige risikofaktorer, der kan påvirke resultatet af en operation, hvorfra der udover alder, køn og BMI, er udvalgt 20 sygdomstilstande, der ifølge international forskning viser at have størst indflydelse på resultaterne efter indsættelse af hofte- eller knæproteser. Ved hjælp af logistisk regressions analyse har man derved fundet frem til en risiko justeringsmodel, der baseret på outcome data fra landpatients register (LPR) og de kliniske kvalitetsdatabaser fra Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKPP), prædiktivt kan levere en grafisk spådom til kirurgen og patienten om den forventede effekt af en operation. Denne grafiske fremstilling, som er udviklet i samarbejde med KMD og patientforeninger, præsenteres på en skærm mellem kirurg og patient ved den præ-operative ambulante samtale. Modellen tjener, udover røntgen billedet af det gigtramte led, patienthistorien og den objektive undersøgelse, som et tidstro dialogværktøj til forventningsafstemning samt visitations-, informations-, beslutningsstøtte med den individuelle operationskandidat. Flere bachelor projekter indenfor sundhedsøkonomi og statskundskab har dokumenteret stor patienttilfredshed med den illustrative grafiske fremstilling af prædiktionsmodellen. Programmet ligger som et ikon på lægens computer og ikonet kan også integreres i diverse elektroniske patientjournal systemer. Med andre ord behøver lægen kun at indtaste et CPR nummer for at få vist den grafiske fremstilling af prædiktionsmodellen. Systemet er ved at blive videreudviklet, så det ikke længere er afhængig af et fremmøde i en patientkiosk forud for lægesamtale, men at patienten kan udfylde skemaerne elektronisk hjemmefra. Derved kan prædiktionsmodellen i teorien også bruges i almen praksis og tjene som visitationsstøtte, så kun reelt egne patienter kommer til ambulant samtale med kirurgen forud for operation.

Det er også en styringsmekanisme. Vi får optimeret patientgruppen, vi bruger vores ekspertise bedst muligt, så der er færrest muligt, der kommer med en irrelevant henvisning. For fem år siden var der kun ca. 20% af dem vi så i vores ambulatorium, der skulle opereres. Så har vi lavet en hel masse tiltag siden, med praksiskoordinatorer, hvor vi er ude og undervise [i primær sektoren] og nu ligger vi på 40-50% hit-rate. Vi har mere end fordoblet det antal patienter, der skulle opereres, i forhold til vores ambulatorium kapacitet. Og det er jo ressourcemæssigt kanon godt. Det gør, at man allerede har arbejdet mentalt med ting som slår igennem. Denne her model kan så være med til at understøtte den proces og måske gøre den endnu bedre, så vi kommer op på 70%. '

Derudover er systemet en kvalitetsudvikling for kirurger. Systemet giver den ledende overlæge et redskab, som hidtil ikke har været tilgængeligt i det danske hospitalssektor. Han kan lave månedsrapporter over den enkelte kirurgs operationsresultater. Dette har han hidtil præsenteret i anonymiseret form, men kirurgerne er begyndt at efterspørge deres egne resultater.

'Der er et helt klart ønske, kirurgerne vil gerne se deres eget resultat, for at kunne bruge det forbedringsmæssigt - Og det er jeg jo helt klart fortaler for. '

Baseret på tidligere erfaringer fra en neurokirurgisk afdeling, forventer den ledende overlæge at ordningen i fremtiden ikke længere skal være anonym.

'Hvis vi kører det videre, så kommer kirurgerne og siger til mig at de godt vil have navne på alle sammen, fordi de vil gerne vide hvem de skal have fat i for at blive bedre - hvem er det jeg skal ind og operere med for at få nogle tips and tricks for at forbedre mig? Jeg synes helt klart at det er en chance for at få et kvalitetsløft. Der er ikke nogen, der har lyst til at ligge i bunden. Vi er jo lidt konkurrencemennesker, ikke? Det bliver indirekte en konkurrenceparameter. Det er en kulturforandring af en anden verden og et kanon styringsværktøj. Ordningen er ikke på frivillig basis, det er min ledelsesret, fordi det har en selvregulerende effekt, uanset om det er anonymiseret. '

Lederen er i denne sammenhæng også kompromisløs på ikke at involvere hospitals- eller regionsledelsen.

'Vi har ikke fortalt dem, at vi har udviklet et ledelsesværktøj bagved. Jeg er ikke fortaler for at den øverste ledelse, som ikke har en klinisk indsigt eller sundhedsfaglig indsigt skal bruge de her data.

De kan blive misbrugt - I svær grad. Og set i lyset af, at der ikke er nogen i det danske sundhedsvæsen, som ønsker en smileyordning på lægeniveau, så skal vi ikke være de første, der indirekte får lavet sådan en smileyordning denne her vej rundt, som ingen vil bryde sig om, og som er fuldstændig uselektet. Jeg ved godt hvem af mine kirurger, der har de svære cases, som alt andet lige rummer en større risiko for at resultatet ikke bliver helt så godt, men stadigvæk kan det godt være at patienten føler, at det er gået kanon godt, fordi de bare har løftet sig lidt. Det har jeg mulighed for og korrigere for inde i mit hoved. '

Der vil på individuelt operatør niveau kunne konstateres om der en fællesnævner for dårlige operationsresultater, som f.eks. kunne skyldes en kirurg praksis med operations visitation af for risikofyldte patienter, der i sidste ende også er et styringsværktøj i form af forbedret visitation.

Prædiktionsmodellen ERVIN formidler et kvalitets- og effektivitetsløft ved at udgøre en selektionsmodel for operationstilbud og en konkurrence parameter for kirurgerne. Denne tankegang er ikke ny. En af det tyvende århundredes førende ledelsesteoretiker, Peter F. Drucker, giver allerede i 1990'erne et eksempel, der handler om 25 ortopædkirurger fra et amerikansk universitetshospital.²⁹ Drucker er, efter industrirevolutionens vej til videnssamfundet, optaget af teknologens produktivitet. En teknolog definerer han som viden medarbejder, der også er afhængig af manuelt arbejde, og optimering af deres produktivitet betegner han som det 21. århundrede største ledelses udfordring. Teknologer arbejder selvstændigt og er beslutningstager over hvad produktets kvalitet bør være. En kirurg er det oplagte eksempel. Drucker forklarer hvordan ledelse af kirurggruppen forbedrer deres produktivitet ved at koordinere inddragelsen af narkoselæger og operationssygeplejersker, bookingen af operationsstuer og indkøbet af operationsudstyr. Herved optimeres driften. Mere centralt er de lægefaglige interne læringsmøder, hvor gruppen hver tredje måned gennemgår hinandens operationsresultater. Pointen er at operationsresultaterne løbende undergår en kvalitets- eller effektivvurdering, der styrker den individuelle kirurg, men frem for alt systemet af kirurger. Systemets kvalitet og læringsevne forankres dermed i organisationen. Systemet skaber og gør sig i nogen grad uafhængig af det individuelle talent på en og samme tid, og gør sig robust mod at det enkelte talent skulle forlade organisationen. Prædiktionsmodellen skaber dermed et system af praktikker, som Latour fremhæver det i Laboratory Life.

Prædiktionsmodellen er på en og samme tid et styrings-, selektions- og beslutningsværktøj. Det inkluderer kirurgens faglighed samt patientens objektive og subjektive sundhedstilstand og skaber handlingsanvisende viden, der vil være rekursiv i udvælgelsen af operationskandidater. I et ANT perspektiv er problematiseringsbegivenheden med interessant analysen grundig og tydelig i form af et flerårigt forarbejde med indsamling af PRO data om den patient oplevede sundhedstilstand, en inddragelse af nationale ekspertgrupper i udvælgelsen af risikoparametre, universitetet i udarbejdelsen af algoritmer, patientforeninger til optimering af grafisk fremstilling og en IT leverandør i et offentligt-privat samarbejde. ERVIN som obligatorisk passagepunkt og interessekonstruktør har været en succes og løsningen er skalerbar til andre sygdomsenheder, specialer og regioner.³⁰ Afdelingen har ikke taget patent på modellen og KMD giver aktuelt tilbud til Herlev og Gentofte Hospital om etableringen af systemet. Mobiliseringsfasen er begyndt, hvor modellen ERVIN i oktober 2018 vandt en innovationspris ved en konference for digitale løsninger i sundhedsvæsenet (E-Sundhedsobservatoriets 'E-sundhedsbattle').³¹ Mobilisering af masserne i de faglige netværk igennem interessekonstruktøren og dens talsmænd og -kvinder er dermed oplagt.

I den næste case om værdibaseret sundhed i Hjertecenteret på Rigshospitalets efterlyses lignende selektionsværktøjer, og bedre visitation til hjertecenteret er identificeret som en af Hjertecenterets fire kerneopgaver, der skal forbedres under projekt fasen med værdibaseret styring. Men mobiliseringsfasen for ERVIN er langt fra afsluttet. En væsentlig udfordring for den videre udvikling er at kunne knytte lægemiddel og recept registre og arbejdsmarkeds data til den nuværende prædiktionsmodel, idet det vil kræve lovændringer vedrørende data adgang og samkørsel.

'Det har vi fokuseret meget på i denne styringsdebat. Man skal bruge det her som en løftestang til at få ændret lovgivningen således, at der bliver adgang til nogle databaser, som kan give os klinikere et bedre billede og give patienterne en bedre behandling - fordi vi føler at lovgivningen låser det meget, og sundhedsdata forordningsloven er blevet trukket skarpt op det seneste.'

7.4 EMPIRISK ANALYSE: CASE 3. RIGSHOSPITALET'S HJERTECENTER

7.4.1 Fritagelsen fra aktivitetsbaseret styring tænder ny ledelsestanker

Det kan være svært at omsætte den frihed som fritagelsen fra aktivitetsafregning giver, til forandring. Værdibaseret styring er uklart defineret i en dansk hospitalskontekst og kræver fortsat oversættelse og konkretisering. Aktivitetsafregning er en tryk styringsparameter og samtidig

mangler der alternative performance mål som afdelingsledelserne kan stræbe efter som legitimering af ændret aktivitet. Det vil kræve en stor indsats at fylde de langt mere frie rammer ud; det er behov for ledelseskompetencer, der involverer forandrings- og innovationsledelse og som er uvante for læger efter mange år med en silotænkende model. Værdibaseret styring har skabt et mulighedsvindue og et ledelsesrum for nytænkning og en forventning om nye måder at organisere patientforløb på, men også usikkerhed, fordi der opfordres til forandring og opgør med indgroede arbejdsvaner. Med afsæt i den næste case vil jeg vurdere de ledelsesudfordringer som værdibaseret styring medfører. Følgende empiri er primært dækket af personlige interviews med centerledelsen og en tidligere hospitalsdirektør, samt indholdet fra et evalueringsforedrag for det første år med værdibaseret styring i Hjertecenteret med tilstedeværelse af VIVE som konsulent og oplægsholder.

Rigshospitalets Hjertecenter er fritaget for aktivitetsbaseret styring i en periode på 3 år fra 2017 til 2019. Værdibaseret styring i Hjertecenteret forventes at kunne skabe øget faglig og patientoplevet kvalitet samt styrke sammenhæng i patientforløbene, samtidig med at fokus på effektivitet og de samlede omkostninger fastholdes. Derudover skal Hjertecenteret bevare sin status som Danmarks og Nordeuropas førende højtspecialiseret hjertecenter, som det fremgår i projektgrundlaget for værdibaseret styring fra 2017.³² Projektgrundlaget fremhæver eksplicit Michel E Porters principper som inspirationskilde til indsatserne, men der eksisterer ikke en ambition om at indføre elementer om økonomisk honorering for kvalitet, som ellers er en af Portes komponenter. I Hjertecenteret har man i denne fase af fritagelse for aktivitetsafregning fokuseret på 4 indsatser i projekt regi:

1. Afprøvning af en værdibaseret styringsmodel
2. Re-design af patientforløb
3. Styrket samarbejde med visiterende og modtagende hospitaler
4. Formaliseret patientinddragelse

I praksis har Hjertecenteret ud fra en patientvolumen betragtning udvalgt og kortlagt 65 patientforløb og beregnet den tilkoblede økonomi. Man har udviklet en datamodel der simulerer konsekvenserne af omlægninger af patientforløb. Omlægningerne er bl.a. informeret af patient inddragelse igennem patient feedback møder, som har resulteret i mindmaps modeller der skal pege på forandringsmuligheder. Formålet er at reducere patientovergangene, idet en tilbagevendende patient bekymring har været antal af overgangene mellem de forskellige klinikker i samme center,

når eksempelvis en patient i et indlæggelsesforløb på 6 uger pga. en stafylokok betændelse i hjerteklapperne flyttes fra kardiologisk afsnit, hvor diagnose og operationsindikation stilles, til kirurgisk afdeling, hvor hun opereres med indsættelse af en ny hjerteklap, til anæstesiologisk afdeling hvor hun tilbringer nogle opvågningsdøgn på intensiv, og så tilbage via kirurgisk afdeling til kardiologisk afdeling, hvor efterbehandlingen finder sted. Patienterne forstår ofte ikke overgange mellem sengeafsnittene, der hver gang betyder nye arbejdsgange, nye sygeplejersker, nye læger og er forbundet med utryghed. Hyppige overgange med skiftende omgivelser kan øge forekomsten af delirøse tilstande hos svært syge patienter. Konsekvensen er en pågående proces med sammenlægning af kardiologiske og kirurgiske sengeafsnit og forekomsten af delirøse tilstande er således blevet et effektmål i projektfasen. I forbindelse med kortlægningen af patientforløbene er det blevet tydeligt at forandringsambitionen ikke kun er et re-design projekt, men i lige så høj grad er et kulturprojekt i Hjertecenteret. Hjertecenterets organisering består af en overordnet centerledelse og 3 klinikledelser, der leder 1 hjertemedicinsk (kardiologisk) klinik, herunder 6 afsnit med hver sin afsnitsledelse, 1 thoraxkirurgisk klinik, 4 afsnit med hver sin afsnitsledelse og 1 thorax anæstesiologisk klinik, 2 afsnit med hver sin afsnitsledelse.

'Der er behov for at begynde at arbejde med vores organisation, fordi hvis man kigger til udlandet, så foregår den faglige udvikling lige nu rigtig meget i mellem specialerne, hvor vi i Hjertecentret qua kulturforskelle og måske også qua en vis konservatisme, har haft to separate spor [kardiologi og hjertekirurgi], der ikke har talt særlig godt sammen, på trods af, at patienterne ofte har været en fælles mængde. Vi har taget fat i at kigge på organisationen og kører nogle projekter i klinikledelse med hvilken ledelse vi skal have i Hjertecentret for at understøtte det vi gerne vil? Hvordan ser en centerledelse ud, der bedst understøtter den virkning og udvikling. Skal vi blive ved med at have tre klinikker for tre specialer? Eller skal vi prøve og tænke det anderledes? Så derfor er det et projekt, der er blevet lidt mere kultur, ledelse og organisering også, udover at det har været fokus på styrket visitation, patientinddragelse og det, der giver værdi for patienterne. '

7.5 LÆGELIG LEDELSE I ET VÆRDIBASERET SUNDHEDSVÆSEN

Jeg har spurgt mine interviewpartnere om de mener at der behov for et styringsskifte i det danske sundhedsvæsen, med det forbehold at de alle er hospitalsansatte og dermed anvender deres vinkel fra hospitalssektoren. De er enige om at der er behov for nytænkning, at sundhedsvæsenet som det

er konstrueret, ikke er bæredygtigt på lang sigt. At incitaments strukturen er forkert, men at de nye overvejelser vil medføre uvante og svære situationer og mange vanskelig valg.

7.5.1 Essensen i værdibaseret styring

I min aktør-netværk analyse af det værdibaserede styringsparadigme har jeg udpeget flere aktanter som obligatoriske passagepunkter eller interessekonstruktører, som i det mulighedsvindue, i det momentum, som værdibaseret styring eller værdibaseret sundhed har skabt, kan skabe vellykket implementering og vedvarende forandring i sundhedsvæsenet. Jeg har rejst det spørgsmål om værdibaseret styring i sig selv kan være vedvarende interessekonstruktør, en aktant der er så central at den kan afløse aktivitetsstyring som dominerende diskurs i det danske sundhedsvæsen.

' Værdibaseret styring er en ny italesættelse af hvad sundhedsvæsenet og sygehusvæsenets opgave er, at skubbe lidt til balancen, det har gjort at nogle af de her ting er blevet lettere at tale om og lettere at tage op, selvom de stadigvæk fører en masse modstand med sig og en masse kritik, så er det alligevel lettere nu end det var for tre år siden. '

Hvad er i grunden så essensen af værdibaseret styring? I empirien fremgår en tydelig og gentaget holdning, at den manglende ingrediens til forandring ikke har været et nyt styringskoncept:

'Med hånden på hjertet, så kunne vi havde gjort det før. Det er ikke noget i rammefinansieringen, der gør at råderummet er blevet dramatisk større. Der har måske været et politisk vindue og en stemning i samfundet og hos politikerne, der gør, at det er kommet mere på dagsordenen. Det legitimerer i højere grad, at man tager fat i nogle ting, der har været lidt svære at tage fat på før. '

Værdibaseret styring *'giver et stød i organisationen og det er en kulturrejse'*, men ovenstående udsagn tyder også på at værdibaseret styring ikke er den interessekonstruktør, som hospitalsvæsenet har ledt efter for at skabe et bæredygtigt alternativ til aktivitetsstyring:

'På en eller anden måde er der en ledelsesmæssig umodenhed i vores organisation. Selvom man var leder, så havde man i min optik ikke været vant til at bedrive ledelse. Man havde været vant til at få nogle ting til at ske, men at bedrive ledelse var ikke altid det, der havde fyldt mest. Jeg tror det kommer til at tage lang tid, fordi det er en kulturforandring af en anden verden. Jeg skal hilse og sige, at gå ind til en hjertekirurg for at tale om, hvordan man agerer i forhold til sine omgivelser, og prøver at stille coachende spørgsmål..., det kræver noget overvindelse... '

Er det obligatoriske passagepunkt manglen på lægelig ledelse?

7.5.2 Lægelig ledelse og patientinddragelse

Lægelig ledelse står tydeligere end nogen siden før overfor det eksistentialistiske valg, der kan sammenfattes i forskellen mellem kliniske retningslinjer og patientpræferencer. Fremtiden, set i lyset af værdibaseret ledelse, vil pludselig stille nogle andre forventninger til de kliniske ledelser: Hvad er det egentlig, der er vigtigst? Rigshospitalet har ifm. implementeringsprocessen for værdibaseret styring holdt møder med deltagelse af deres Advisory Boards, hvor ledende fagkræfter og patientforeninger har deltaget. Centralt i diskussionerne har været, at den lægelige ledelse vil stå overfor helt nye udfordringer: Hvor ligger balancen mellem et sundhedsvæsen, der på den ene side er stramt reguleret af systematisk indsamlet viden og evidensbaserede kliniske retningslinjer, møjsommeligt opbygget over mange forsknings generationer og på den anden side patientpræferencen? Hvad er det rigtige valg i lyset af patientens livssituation og hendes personlige præferencer?

‘Hvor mange æg skal vi lægge i kurven, der hedder den dokumenterede behandling – guldstandarden, og hvor mange æg skal vi lægge i patientpræferencen? Er det at vælge en procedure, som er guldstandarden med den bedste prognostiske værdi? Eller er det at vælge det næstbedste behandlingstilbud, der gør at hun kan komme hjem til hunden - Og måske i en periode på 4-5 år kan klare at gå op og ned af trapperne? Og det er det, der er vigtigst for hende. ’

Et videre indsatspunkt er den styrkede visitation, hvor man forsøger at styrke konferencen mellem afdelinger i Hjertecenteret og mellem Rigshospitalet og henvisende hospitaler i Region Hovedstaden og Region Sjælland, hvor behandlingsindikationen for eksempelvis hjertekirurgi stilles. Ofte har de tilstedeværende kardiologer og kirurger ikke selv set patienten, og der indføres derfor bl.a. en ny frailty score (patient skrøbelighed) og risiko score vurdering, for at identificere patienter hvor afklarende samtaler forud for evt. operation med fælles beslutningstagen er relevant. En styrket visitationsindsats gælder også selektionsprocessen blandt omkostningstunge kateterbaserede behandlinger af sygdom i kranspulsårerne, hjerteklapper eller hjerterytme forstyrrelser, hvor ikke alle henviste patienter nødvendigvis drager den samme ønskede effekt af behandlingen. Patientværdi forsøges også bedret ved et øget rehabiliteringsfokus med styrket faglig udredning med krisepsykologer og ergoterapeuter til hjertestops overlevende.

Er patienten i alle situationer i stand til at træffe de valg? Det opfattes som urealistisk og spørgsmålet bliver således om det er en ny slags beslutningsstøtte og visitation og understøttende kultur for behandlingsforløb vi skal tilbyde patienterne? Den patient ansvarlige læge, den forløbskoordinerende sygeplejerske og koordinerende lægesekretær, det fleksible behovsstyrede ambulatorie med subakutte tider og telekommunikative løsninger og en styrket visitation som den digitale prædiktionsmodellen ERVIN eller Hjertecenterets patient skrøbeligheds score vurderinger er alle samt gode eksempler på lovende fremtidige løsningssvar på praktisk og effektiv patientinddragelse med øget nytte værdi og omkostningseffektivitet for alle involverede aktører. Løsninger der er omsættelige og langtidsholdbare, fordi de både tilgodeser patientinddragelse og lægefaglighed og repræsenterer procesoptimeringer.

7.5.3 Lægelig ledelse og faglig udvikling mellem specialerne

Hvilken afdelingsledelse-, klinik- og centerledelse struktur skal man stræbe efter? Dette spørgsmål vil jeg i de følgende afsnit forsøge at belyse. Inddelingen af sundhedsvæsenet i lægefaglige specialer er på mange måder en nødvendighed, men har også fremdyrket en regelret fragmentering af sundhedsvæsenet i separate spor med utilstrækkelig interaktion og en ledelsesmæssig konservatisme inden for specialerne. Der har ligget en velkendt systematik i at arbejde i et aktivitetsbaseret sundhedsvæsen. Opgaven har været klar og sikkerheden omkring ens rolle i organisationen har været stor. Lægelig ledelse er opdraget til at optimere i søjlen, vedligeholdelse eller øgning af aktivitet i egen søjle har været performance målet, gerne med fastholdelse af god klinisk kvalitet, det har man fået ledelsesmæssigt ros for. Der eksisterer ikke nogen tydelig incitamentsstruktur til at starte tværgående programmer.

'Vi er ikke præget af en organisation på Rigshospitalet, eller generelt mellem sygehusvirksomheder i Region Hovedstaden, hvor tilliden på tværs af specialer og klinikker og tilliden mellem sygehusene er enorm. Det helt væsentlige er, at vi på alle niveauer skal etablere en forståelse af fælles mængden, og en tillid til at det er fællesmængden man arbejder for, og ikke søjleoptimeringer.'

Det er oplagt, at lægelig ledelse af udviklingen mellem fagspecialerne er en nødvendighed for at understøtte ønsket om bedre patientinddragelse i behandlingsforløbene.

7.5.4 Lægelig ledelse og konstruktion af ledelsesstruktur

Kulturforskellene er ikke kun fremherskende mellem de lægefaglige specialer, de eksisterer også mellem faggrupperne. Jeg vil i det følgende forsøge at illustrere denne forskel og begrænse den til de ledelsesmæssige implikationer. Der er karakteristisk for læger er at de er uinteresserede i ledelse, i modsætning til sygeplejerskerne. Det er sigende at det i langt tid har heddet administrerende overlæge og ikke ledende overlæge.

'Det bliver en kæmpe udfordring særligt for lægerne, fordi lægerne er måske dem, der har været mindst klar på at tale ledelse og organisation og nogle af de bløde værdier. Ledelse fylder ikke særlig meget i den lægelige uddannelse og videreuddannelse, men den fylder en hel del hos sygeplejerskerne. Og der er det altså vigtigt, at vi får lægerne med. Vi kan også se, at vores lægelige teamledelser aldrig rigtig har fået tur. De har jo aldrig rigtig fået et ansvar. Vi har sådan en konstruktion på lægesiden, hvor vi har læger og klinikchefer. Så kan det godt være, at der er overlæger, men i virkeligheden så har vi bare læger og klinikchefer. Og der er ikke rigtig noget derimellem. I min optik har vi fået lavet en konstruktion, hvor det er svært for læger at øve sig på ledelse undervejs til at blive speciallæger. Selv når de er blevet overlæger eller teamleder i Hjertecentret er man lidt usikker på, hvad det er for et ansvar man egentlig er delegeret. Det tror jeg, vi kommer til at arbejde sindssygt meget med, og det er der, hvor vi kommer til at få det svært.

Borum og kolleger beskriver allerede i 2004³³ på baggrund af et omfattende forskningsprojekt om ledelse og organisering i det danske hospitalsvæsen, at sygehusene er opsplittet i specialer, uden noget organisations- eller ledelsessprog og er organiseret omkring professioners hierarkier, karrieresystemer og fora og ikke omkring formelle organisatoriske enheder, processer eller patientforløb.

*'Et sygehus er en paradoksalt organisation, hvor især professionernes faglige nonner og daglige rutiner holder produktionen oppe og den organisatoriske og ledelsesmæssige fornyelse nede.'*³²

Den lægelige identitet tager afsæt i professionen med en formel, langvarig og forskningsbaseret uddannelse som adgangskriterium, anvendelse af teoretisk abstrakt viden som arbejdsgrundlag, interne etiske kodekser der regulerer professionelt adfærd, anerkendt samfundsmæssigt monopol og autonomi i forhold til eget arbejde. En anden vinkel er det professionelle projekt, hvormed en profession forsøger at kontrollere et videnområde, og vedligeholde eller udbygge denne position i

forhold til andre professioner. Målet er at monopolisere et videnområde med tilhørende serviceydelser, opnå høj status og social anerkendelse af egen professions værdier og normer. Denne professionelle udvælgelse og socialisering fremmer udviklingen af uafhængige, konkurrenceorienterede individer som foretrækker selvstændige beslutninger. Individualisme og manglende interesse for kollektiv og organisatorisk handling synes at være en sideeffekt.³⁴

Ledelse er simpelthen fremmed for den lægelige kultur, mener en tidligere direktør for Rigshospitalet. Da han skulle hyre centerdirektører til den nyetablerede center konstruktion sagde han til de lægelige kandidater:

‘Hvis de tager dette job, så har de gået deres sidste dag i en hvid kittel, de har set deres sidste patient og de har skrevet deres sidste videnskabelige artikel.’

De fleste læger betakkede sig og da direktøren i 90’er gjorde op med den dobbelte ledelsesstruktur, dvs. tandem ledelsen på center niveau hvor både en ledende overlæge og en ledende sygeplejerske stod i spidsen for et center, for at erstatte den med enhedsledelse, skete det under stor modstand fra danske sygeplejeråd, hvor den daværende formand Kirsten Stallknecht havde orkestreret at alle ledende sygeplejersker på Rigshospitalet skulle aktionerer kollektivt og deponerede deres opsigelser. En realisering af denne trussel havde gjort driften af hospitalet fra den ene dag til anden umulig. Heldigvis skete det aldrig, centerdirektionsstrukturen med enhedsledelse blev en realitet, men fejringen blev stille og ledelsesposterne blev i tiltagende grad besat af DJØF ’er, imedens en trojka ledelse på direktionsniveau og tandem konstruktionen på klinik og afdelingsniveau til dato er opretholdt.

‘Kirsten Stallknecht generationen af sygeplejersker, var en generation af intelligente og ambitiøse kvinder, der i dag måske var gået direkte ind på en akademisk uddannelse og som utvungent påtog sig ledelseshverv i sundhedsvæsenet, de skabte præcedens for den sygeplejefaglige ledelseskultur.’

Betegnelsen sygeplejerskelev blev til sygeplejerskestuderende, og uddannelsen er i stigende omfang blevet akademiseret). Afdelingssygeplejersker har personale ansvar, ikke sjældent forholdsvis tidligt i karrieren. Pointen er, at i modsætning til læger, har sygeplejersker en inkluderende selvforståelse overfor fagledelse og de har en tidlig træningsbane, ikke mindst i personale ledelse. Læger under ledende overlæge niveau derimod beskæftiger sig med team ledelse eller faglig ledelse uden personale ansvar eller endelig beslutningskompetence, og har ofte ikke selv

valgt ansvaret. Kombinationen af disse forhold, den manglende lægelige ledelseserfaring og interesse og et ambitiøst sygeplejerskefag har skabt en organisationskultur i hospitalsvæsenet med en tandemledelsesstruktur op til klinikniveau (klinikker er typisk sammensat af flere afsnit eller afdelinger og har flere hundrede ansatte og budgetter på flere hundrede millioner kroner), der kan kritiseres for til tider at være ineffektiv. En konstruktion som ikke findes mange andre steder i lignende organisationsstørrelser og som kan gøre beslutningsgange træge og modsætningsfyldte. Professionalisering af lægelig ledelse er derfor fortsat et uafsluttet projekt.

8 DISKUSSION

Den centrale bekymring forbliver: Hvordan får vi skubbet til balancen uden at skylle barnet ud med badevandet?

'Man har haft oplevelse af, at sundhedsvæsenet har været lidt selvtilstrækkeligt, at der har været nogle meget professionstunge værdier, som man på en eller anden måde gerne ville skubbe til. Jeg tror man har været enormt usikker på, hvordan man skubbede til det, og det er stadigvæk min bekymring, at skylle barnet ud med badevandet. Når jeg siger, at vi skal udfordre specialerne i forhold til, hvordan vi bedriver ledelsesopgaven, så er min bekymring hele tiden, at rygraden i vores sundhedsvæsen på en måde er specialerne, rygraden er alt det evidensbaserede vi har opbygget over generationer. Rygraden er vores guidelines. Hvordan får vi ledelsesmæssigt få skubbet til den balance uden, at vi taber det på gulvet? Det har jeg simpelthen ikke noget særlig godt, klart svar på. Jeg er selv enormt søgende på, at hvis jeg stiller en hel masse krav til at [lægerne] skal være totalt refleksive og coachende, og at de skal kigge på organisationen som tværgående, løfter jeg dem så ud af alle de vigtige ledelsesopgaver de også har, der gør, at maskinen bare kører. Vi leverer super god kvalitet, vi leverer forskning i verdensklasse og en ny professor hver måned. Så hvordan får vi skubbet til alt det der?'

I lighed med den konstruktivistiske aktør-netværk teori tilbyder Edgar H Schein³⁵ et perspektiv til afdækning af kulturniveauer i en organisation. Kulturniveauerne opdeler han i artefakter, som er synlige organisatoriske strukturer og processer, men som kan være vanskelige at tyde. Derunder ligger skueværdierne, eller de synlige værdier som er organisationens strategier, mål og filosofier.

Dybest er de underliggende og grundlæggende antagelser, det er de ubevidste 'tages-for-givet' anskuelser, opfattelser, tanker og følelser, der er den ultimative kilde til værdier og handlekraft.

Al gruppeindlæring afspejler oprindeligt en eller anden persons opfattelse eller værdi om hvordan forholdene burde være. Gruppen har ingen fælles viden inden den har gennemført noget i fællesskab og har oplevet resultatet af handlingen. Først hvis dette resultat er ønskværdigt, vil gruppen kunne udvikle et fælles grundlag for opfattelsen af succes og at noget er godt. Det vil kunne starte en gradvis kognitiv transformationsproces, hvor i første omgang succesopfattelsen transformeres til en fælles værdi eller tro, der i yderste konsekvens kan blive en fælles antagelse. Det forudsætter, at den tilgrundliggende handling bliver ved med at være effektiv og opleves rigtig og dermed afspejler virkeligheden. Værdibaseret styring er på en tilsvarende rejse fra artefakt til skueværdi, hvor det nu gælder om at fastholde succeserne til videre gruppeindlæring, til at opnå konsensus gennem en social valideringsproces. En parallel hertil er aktør-netværk teoriens mobiliseringsfase, eller det Bøje Larsen²⁴ som en fortolkning af Latour kalder ren kode - den grundlæggende antagelse hos Schein: Den begrebslige udviklingen fra vi *tror* værdibaseret styring virker til at *værdibaseret styring virker!* Uden forbehold. Dette er tidligere sket for aktivitetsbaseret styring, der *sidder i væggene* og har længe været ren kode i sundhedsvæsenet. Vi begynder at tro at vores natur virkelig fungerer på den måde. Der er en tæt parallel til Latours laboratorie med måleinstrumenterne der definerer vores erkendelse: Instrumentet skaber objektivitet, der fæstner viden, som skaber diskurs, der skaber instrumenterne - Latour kalder det reflektiv viden.

Den reflektive viden hos Latour, den gradvise kognitive transformationsproces for gruppen hos Schein, hvor succesopfattelse transformeres til en fælles værdi og i yderste konsekvens til en fælles antagelse, kan begge perspektiveres i lyset af et tredje teori univers, der handler om tankekollektiver. Ralph Stacey³⁶ gør i kompleksitetsteorien op med forståelsen af organisationer som faste størrelser og lukkede systemer, der kan ændres og styres af bestemte agenter – lederne. En idé der ifølge Stacey blev født med taylorismen og scientific management tilbage i 1930'erne, der skabte tanken om lederen, der med arbejdsprocesanalyse, styringsredskaber og planlægningsteknikker kan flytte organisationer og planlægge forandringer. Organisationer består af mennesker, som alle har egne agendaer og intentioner, der hele tiden påvirker hinanden. Ifølge Stacey bliver planlægning af fremtidige handlinger svær, når man ikke kender morgendagens kontekst, der er præget af uforudsigelige handlinger i en menneskelig responsiv interaktion, som

ikke er foregået endnu. Stacey mener derfor at ledelse er en kontinuerlig udførelse af en masse små dagligdags handlinger, ikke gennem krystalklare visioner, men ved at improvisere og ved at lære folk, hvordan man tilpasser sig skiftende omstændigheder og uforudsete problemstillinger. Det handler om tale først lidt med den ene og siden lidt med den anden medarbejder, mens man prøver at improvisere, guide og inspirere ved reagere på uforudsete hverdagsudfordringer og bære de små succeser frem, puffe til udviklingerne. Der er et stort behov for at få justeret den moderne ledeses selvopfattelse, der ikke skal bruge så meget energi på langsigtede visionære beretninger, men opfatte strategier som retoriske greb for at skabe tryk i en kompleks verden og i stedet udvikle deres evne til at lytte intenst. Værdibaseret styring, værdibaseret ledelse eller værdibaseret sundhed er et sådan retorisk greb – essensen, der skal drive forandringerne er en modning af responsiv lægelig ledelse, der lytter intenst. Det følgende konklusionsafsnit vil forsøge at opsummere de små succeser denne ledelsesudvikling skal tage afsæt i.

9 KONKLUSION

Værdibaseret styring i sundhedsvæsenet er en naturlig forlængelse af en generel international og dansk styringsdiskurs, der bevæger sig fra høj anvendelse af incitamenter og centralisering mod høj anvendelse af værdier i styring og vægt på inddragelse af samfundsaktører. Michael E Porters teori er et vigtigt afsæt for værdibaseret styring i en dansk hospitalskontekst, men forandringskoncepterne er kun løst koblet til teorien og ikke alle komponenter i Portes teori ønskes oversat. Der findes endnu ingen etableret tilknytning af økonomi til kvalitet i en dansk hospitalssammenhæng. Værdibaseret styring og fritagelse for aktivitetsafregning har skabt et mulighedsvindue for afprøvning af struktur- og kulturforandringer i hospitalsvæsenet. Forandringsprojekterne under værdibaseret styring synes at have reduceret antal af akutte indlæggelser til fordel for ambulant aktivitet, hvilket kan medføre et mindre behov for sengekapacitet. Udvalgt ambulant aktivitet kan konverteres fra fremmødekonsultationer til telefonkonsultationer eller kommunikation via digitale løsninger, som patienterne er positive overfor. Dette mindskede behov for akutte indlæggelser og ambulant fremmødeaktivitet er omkostningsbesparende, både i et patient- og samfundsperspektiv. Forandringsprojekterne har også fremmet innovation i form af organisatoriske og digitale selektionsværktøjer der styrker effektiv visitation til omkostningstunge behandlingstilbud og øget patientinddragelsen. Frem for alt,

har værdibaseret styring blotlagt behovet for lægefaglig ledelse og manglen på samme. Lægefaglig udvikling er nødsaget til at omfavne ledelsesfaget i langt højere grad, hvis den vil bevare fagprofessionel indflydelse på sundhedspolitiske beslutninger og skabe forandring til fordel for patienterne og egen stand. Sundhedspolitiske strategier vil i den sammenhæng kun være retningsvisende, det er lægefagets eget ansvar at give styringsparadigmerne et meningsfuldt indhold.

10 PERSPEKTIVERING

Værdibaseret styring er en aktuel diskurs i hospitalsvæsenet, men nye koncepter som nærhedsfinansiering og sundhedsklynger står allerede klar som afløsere og nye byggesten i en dynamisk styringsvirkelighed. Fremtrædende meningsdannere i sundhedsvæsenet i form af politikere, sundhedsøkonomer, og fagprofessionelle ledere fremfører at Regionerne har udspillet deres rolle efter centralisering med de nye sygehusplaner er effektueret og at sundhedsklynger skal træde i deres sted.³⁷ Sundhedsklyngerne skal etableres omkring landets 21 akuthospitaler. De skal have det overordnede populationsansvar for en sammenhængende sundhedsindsats i det geografiske optageområde omkring hospitalet. Sundhedsklynger og deres tværgående økonomi med sundheds tilbud fra hospital, kommune og praktiserende læger, skal ledes af professionelle bestyrelser der består af repræsentanter fra fagprofessionerne fra både den primære og sekundære sektor - om de politiske lag fra Regionsrådene skal bortfalde er aktuelt meget omdiskuteret. Et tilsvarende sundhedsvæsen vil også i en sådan sammenhæng have behov for kvalificeret lægefaglig ledelse - for samfundet, patienterne og professionens skyld.

-
- ¹ Sundhedsvæsenet skal sættes fri. Dagens Medicin nr.8 fredag d. 4 maj 2018, s.6.
- ² Betina Højgaard og Jakob Kjellberg. Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen. 2017.
- ³ <http://www.regioner.dk/sundhed/tema-vaerdibaseret-sundhed>
- ⁴ Nationale mål for sundhedsvæsenet. Sundheds- og ældreministeriet, KL og Danske Regioner. 2018.
- ⁵ <https://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/Pages/default.aspx>
- ⁶ Kathy Charmaz. Grounded Theory. Qualitative Psychology. A Guide to Research Methods. 2016. Sage Publications. 3.udg.
- ⁷ Lise Justesen og Nanna Mik-Meyer. Kvalitative metoder i organisations og ledelsesstudier. 2010. Hans Reitzels Forlag. 1.udg. 7. Oplag.
- ⁸ Henrik R Wulff, Stig Andur Petersen og Raben Rosenberg. Medicinsk Filosofi. 2001. Munksgaard. 1.udg. 7. Oplag.
- ⁹ Bruno Latour & Steve Woolgar. Laboratory Life. The construction of scientific facts. 1979. Sage Publications.
- ¹⁰ Jakob Arnoldi. Aktørnetværkteori: A-moderne (sociologisk?) teori. 2006.
- ¹¹ Bøje Larsen. 'Implementering' – det værste vrøvleord i mands minde. Teori & praksis : Skandinaviske perspektiver på ledelse og økonomistyring : en bog til Preben Melander. Redaktører Sten Jönsson, Bøje Larsen. 2001. København Djøf Forlag
- ¹² Michel Callon. Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay First published in J. Law, Power, action and belief: a new sociology of knowledge? 1986. Routledge, pp.196-223
- ¹³ T. Elgaard Jensen. Aktør-netværksteori—en sociologi om kendsgerninger, karakter og kammuslinger. 2003. Papers in Organization, No. 48.
- ¹⁴ Lotte Bøgh Andersen, Carsten Greve, Kurt Klaudi Klausen og Jacob Torfing. Offentlige styringsparadigmer. Konkurrence og sameksistens. 2017. DJØFs Forlag.
- ¹⁵ Bendixen m.fl. Hospitalsledelse – ledelse af fagprofessionelle. 2008. 1. udgave 1. oplag s. 65-78
- ¹⁶ Ledelseskommisionen. Sæt borgeren først. Ledelse i den offentlige sektor med fokus på udvikling af driften. Anbefalinger fra Ledelseskommisionen. Ledelseskommisionen 2017-2018.
- ¹⁷ På sporet af en offentlig identitet – værdier i stat, amter og kommuner. Redigeret af Torben Beck Jørgensen. 2003. Aarhus Universitetsforlag.
- ¹⁸ <https://www.fm.dk/nyheder/pressemeddelelser/2018/06/ny-oekonomiaftale-med-danske-regioner-er-paa-plads>
- ¹⁹ Aftale om regionernes økonomi for 2019 · Juni 2018
- ²⁰ <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2016/November/Aftale-om-patientansvarlig-laege-paa-plads.aspx>
- ²¹ <http://www.regioner.dk/sundhed/tema-borgernes-sundhedsvaesen>
- ²² Michael E. Porter and Thomas H. Lee. Why Health Care Is Stuck — And How to Fix It. Harvard Business Review 2013, September 17.
- ²³ Michael E. Porter. What is the value of health care? New England Journal of Medicine 2010;363;26.
- ²⁴ Marie Henriette Madsen, Iben Bolvig, Betina Højgaard og Jakob Kjellberg. Evaluering af Udviklingshospitalet Bornholm – Betydning af en ændret økonomisk rammemodell. Kommunernes og regionernes analyseinstitut (KORA). 2017

-
- ²⁵ Betina Højgaard og Jakob Kjellberg. Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen. KORA og forfatterne, 2017
- ²⁶ Bøje Larsen. 'Implementering' – det værste vrøvleord i mands minde. Teori & praksis : Skandinaviske perspektiver på ledelse og økonomistyring : en bog til Preben Melander. Redaktører Sten Jönsson, Bøje Larsen. 2001. København Djøf Forlag
- ²⁷ Patienternes oplevelse af åbent ambulatorium. En interview- og spørgeskemaundersøgelse blandt patienter i Åbent Ambulatorium i Hjertecenteret på Rigshospitalet. Februar 2017.
- ²⁸ Erichsen Andersson et al. Understanding value-based healthcare – an interview study with project team members at a Swedish university hospital. Journal of Hospital Administration. 2015;4:64-72.
- ²⁹ Peter F. Drucker. Knowledge-Worker Productivity: The Biggest Challenge. California Management Review. (Winter 1999), 79-94
- ³⁰ <https://www.kmd.dk/Indsigter/Ny-it-loesning-og-data-skal-hjaelpe-laeger>
- ³¹ <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:6453565473102528512/>
- ³² Værdibaseret styring i Hjertecenteret. Projektgrundlag. Juni 2017.
- ³³ Frederik Borum et al.: Forskning i sygehuse under forandring. Hovedpointer fra fem års studier i ledelse og organisering. Nyt fra Samfundsvidenskaben. 2004.
- ³⁴ Bendixen m.fl. Hospitalsledelse – ledelse af fagprofessionelle. 2008. 1. udgave 1. oplag. s. 65-78
- ³⁵ Edgar H. Schein. Organisationskultur og ledelse. Kapitel 2 – Afdækning af kulturniveauer. S. 24-34.
- ³⁶ Ralph D. Stacey Strategic Management and Organisational Dynamics: The Challenge of Complexity. 5th. edition. Pearson Education.
- ³⁷ <https://www.altinget.dk/artikel/regeringen-vil-tvinge-sygehuse-laeger-og-kommuner-til-samarbejde>