

Ny styring i et patientperspektiv



Resultater fra følgeforskning

DE[®]
FACT
UM

DEFACTUM

Ny styring i et patientperspektiv. Resultater fra følgeforskning

©DEFACTUM, Region Midtjylland og Aarhus Universitet.

Udgivet af: DEFACTUM®, Region Midtjylland, december, 2018.

Format: PDF

Version: 1

Forsidefoto: Yiran Ding

ISBN: 978-87-92400-98-7

Følgeforskningsprojektet i *Ny styring i et patientperspektiv* er finansieret gennem strategiske forskningsmidler fra Region Midtjylland samt medfinansiering fra Aarhus Universitet.

Forfattere til denne rapport

Stina Bollerup, DEFACTUM

Lotte Groth Jensen, DEFACTUM

Viola Burau, DEFACTUM, nu Aarhus Universitet

Rikke Søgaard, Aarhus Universitet

Morten Bonde Klausen, Aarhus Universitet, nu VIVE

Claus Bossen, Aarhus Universitet

Peter Danholt, Aarhus Universitet

Mads Leth Jakobsen, Aarhus Universitet, nu VIVE

Martin Bækgaard, Aarhus Universitet

Camilla Palmhøj Nielsen, DEFACTUM

Denne publikation citeres således

Bollerup S, Jensen LG, Burau V, Søgaard R, Klausen MB, Bossen C, Danholt P, Jakobsen ML, Bækgaard M, Palmhøj Nielsen C.

Ny styring i et patientperspektiv. Resultater fra følgeforskning.

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Henvendelse vedrørende denne publikation kan ske til:

DEFACTUM

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk, søg under udgivelser.

Forord

Denne sammenfatning af forskningsprojektet *Ny styring i et patientperspektiv* samler resultater og læringspunkter fra delprojekterne i det samlede følge-forskningsprojekt. Region Midtjylland besluttede i 2014 at afprøve en ny styringsmodel for regionens hospitaler. Samtidig blev det bestemt at afprøvningen skulle følges af en forskergruppe, der ud fra forskellige perspektiver skulle belyse konsekvenserne og effekterne af at implementere en ny styringsmodel. DEFACTUM, Region Midtjylland blev udpeget som forskningskoordinator for følgeforskningsprojektet, og det var fra starten en ambition, at forskningsprojektet skulle gennemføres af et tværfagligt forskningsteam. Da styring indenfor sundhedsvæsenet er yderst komplekst, var det vigtigt at belyse denne afprøvning fra så mange forskellige vinkler som muligt. I projektet er blandt andet undersøgt de politiske processer, de organisatoriske processer og personalets arbejde med den nye styringsmodel. Derudover har man undersøgt de kliniske, kvalitetsmæssige og økonomiske forskelle mellem afdelinger udvalgt til *Ny styring i et patientperspektiv* og kontrolafdelinger i og uden for Region Midtjylland. Udover det tværfaglige forskningsteam er forskningsprojektet gennemført i løbende dialog med Koncernøkonomi i Region Midtjylland, som har bidraget med viden, information og har skabt adgang til data, personer og relevante afdelinger.

Konstellationen af forskellige forskningstraditioner og vidensmiljøer har skabt et unikt forskningsmiljø, hvor de forskellige discipliner har arbejdet tæt sammen om at fortolke og forstå de resultater, som er fremkommet i løbet af processen. Med denne sammenfatning af forskningsresultater og læringspunkter fra de forskellige delprojekter ønskes det at formidle projekternes resultater til en bredere kreds, men også at formidle den fælles forståelse og fortolkning, der er fremkommet på tværs af det fælles forskningsteam. I rapporten vil der være henvisninger til de enkelte projekters forskningspublikationer, hvis der er interesse for at gå mere i dyden med de enkelte forskningsresultater.

Forskningsgruppen ønsker at takke de mange personer, der gjorde dette forskningsprojekt muligt. Det vil først og fremmest sige de ni afprøvningsafdelinger og deres personale og ledelse samt sammenligningsafdelingerne i Region Midtjylland, som har stået til rådighed for dataindsamling.

Håbet er, at forskningsresultaterne fra *Ny styring i et patientperspektiv* kan være med til at kvalificere og informere den regionale og nationale debat omkring styring af hospitalerne i Danmark og give inspiration til kommende forskningsprojekter vedrørende styring af sundhedsvæsenet.

Camilla Palmhøj Nielsen
December 2018

Indhold

1 Ny styring i et patientperspektiv	5
1.1 Prøvehandlingen.....	5
2 Følgforskning i Ny styring i et patientperspektiv	7
2.1 Tilgang og organisering	8
2.2 Data	9
3 Hvad var idéen bag Ny styring i et patientperspektiv?.....	10
4 Virkede Ny styring i et patientperspektiv?	13
5 Hvordan virkede Ny styring i et patientperspektiv?	16
5.1 Organisatorisk og arbejdspraksis	16
5.2 Intern og læringsorienteret resultatstyring.....	20
6 Hvad kan man lære af Ny styring i et patientperspektiv?.....	23
6.1 Læringspunkter	24
Taksigelser.....	26
Referencer	27

1 Ny styring i et patientperspektiv

Styringen af sundhedsvæsenet er et omdiskuteret tema i både Danmark og udlandet. Især aktivitetsstyring efter DRG-værdi er blevet fremhævet som uensigtsmæssig og inkompatibel med et værdibaseret sundhedsvæsen [1]. Det er i den forbindelse blevet påpeget, at styringens fokus bør flyttes fra udelukkende at omhandle høj aktivitet til i højere grad at omhandle kvalitet. Regeringen nedsatte i 2012 *Udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet*. Udvalget havde til formål at undersøge den eksisterende incitamentsstruktur for det danske sundhedsvæsen. I 2013 udkom udvalget med en rapport, som fremhævede en række udfordringer ved den eksisterende styringsmodel samt en række anbefalinger [2]. Anbefalingerne pegede blandt andet på nødvendigheden af, at styringsmodeller for hospitalerne blev nytænkt. Region Midtjylland var en af de første regioner til at igangsætte afprøvning af styringstiltag.

Region Midtjylland valgte i 2013 at igangsætte måludviklingsprocessen til en prøvehandling med en ny styringsmodel for en række hospitalsafdelinger. Prøvehandlingen¹ blev kaldt: *Ny styring i et patientperspektiv*. Efter beslutning fra regionsrådet i Region Midtjylland i januar 2014 blev styringen efter de nye mål påbegyndt og strakte sig over en treårig periode frem til 31. december 2016. Den politiske målsætning med projektet var at undersøge, om en anderledes styringsmodel kunne bidrage til at skabe mere sundhed for pengene og øget fokus på kvalitet i behandlingen.

1.1 Prøvehandlingen

Prøvehandlingen *Ny styring i et patientperspektiv* bestod i, at ni udvalgte hospitalsafdelinger afprøvede en anderledes styringsmodel. Dette indebar, at afdelingerne blev fritaget fra aktivitetsstyring efter DRG-værdi. Derudover skulle de ni afdelinger fastsætte nye kvalitetsmål, som afdelingerne i stedet skulle styre efter. Afdelingerne var dog fortsat forpligtede på at leve op til de service-, økonomi- og kvalitetsmål, som var fastsat i det givne budgetår. Der blev tillige fulgt op på antallet af unikke CPR-numre for at holde øje med, hvorvidt aktiviteten faldt. Dette betød, at de udvalgte hospitalsafdelinger vendte tilbage til tidligere tiders rammebudget med tillæg af de nye selvvalgte mål for den enkelte afdeling.

¹ Konceptet *prøvehandling* dækker over en type handling, som forsøger at afprøve idéer i virkeligheden. Prøvehandling er defineret som "*en systematisk undersøgelse midt i den daglige drift af noget, man ikke ved, hvordan virker*" (Duvald I, Jensen K E, Astrup P W. *Prøvehandling* – en let innovationsmetode. København: Gyldendal, 2015). Det er en metode, der anvendes i forbindelse med afprøvning af innovative tiltag i en mindre skala.

Det politiske sigte med prøvehandlingen var at undersøge, hvilke mål der kunne understøtte den ønskede styring mod mere sundhed for pengene og øget fokus på kvalitet i behandlingen samt at undersøge konsekvenserne af at fritage afdelingerne for at blive målt på DRG-værdi. I alt indgik ni hospitalsafdelinger på det somatiske område i projektet, fordelt over alle Region Midtjyllands fem hospitalsenheder:

- Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Randers
- Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg
- Akutafdelingen, Hospitalsenheden Vest
- Øre-, Næse- og Halsafdelingen, Aarhus Universitetshospital
- Øjenafdelingen, Aarhus Universitetshospital
- Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
- Neurokirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
- Neurologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
- Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Horsens

Både hospitalerne og administrationen i Region Midtjylland deltog i udvælgelsen af, hvilke afdelinger der skulle deltage. Afdelingerne blev udvalgt med bred repræsentation i sigte.

Udviklingen af nye kvalitetsmål

Prøvehandlingen medførte, at de udvalgte hospitalsafdelinger skulle fastsætte nye kvalitetsmål i et patientperspektiv, som man ønskede at styre efter. Hospitalerne skulle fungere som primære projektledere og havde ansvaret for både at implementere og drive projektet. Det var samtidig de enkelte hospitalsafdelinger, som stod for udvælgelsen af mål. Målundvælgelsesprocessen havde sin opstart i slutningen af 2013, hvor de udvalgte afdelinger påbegyndte en måludvikling i samarbejde med repræsentanter fra administrationen i Region Midtjylland. Der blev i den forbindelse nedsat en tværgående projektgruppe bestående af medarbejdere fra de udvalgte hospitalsafdelinger samt stabsafdelinger i regionen (Sundhedsplanlægning, Kvalitet og Data samt Koncernøkonomi). I regi af denne tværgående projektgruppe blev der afholdt en række møder, som var med til at facilitere og understøtte måludviklingen.

Den indledende proces med valg af mål var relativt kort, men udviklingsprocessen strakte sig ind i projektperioden, hvor afdelingerne havde mulighed for at revurdere deres selvvalgte kvalitetsmål. Prøvehandlingen endte ud i et væld af forskelligartede mål med varierende fokus. Eksempelvis valgte nogle afdelinger kvalitetsmål som overholdelse af kliniske guidelines, strukturel omorganisering, reduktion af procestid (fra henvisning til aftale), optimering af serviceudbud og ventetid per patient, mens andre havde fokus på behandlingsresultat i et samfundsmæssigt perspektiv, som f.eks. at flere patienter kom hurtigt tilbage til arbejde efter operation.

2 Følgeforskning i Ny styring i et patientperspektiv

For at kunne undersøge effekterne af prøvehandlingen samt kvalificere diskussion om indretningen af styringsmodeller i en dansk kontekst blev det besluttet i Region Midtjylland, at *Ny styring i et patientperspektiv* skulle ledsages af følgeforskning. Formålet med følgeforskningen var at beskæftige sig med de forskelligartede konsekvenser af at anvende en ny og anderledes model til styring i hospitalsvæsenet. Hermed var forskningens sigte at informere beslutningstagere i forbindelse med fremtidens styring af sundhedsvæsenet.

Følgeforskningen fik sin forankring i DEFACTUM, Region Midtjylland, som stod for administration og koordination af forskningsprojektet. I den forbindelse indgik DEFACTUM et tæt samarbejde med en række forskere inden for forskellige discipliner for at kunne belyse prøvehandlingen fra forskellige perspektiver.

Der blev således etableret et samarbejde med forskningsgrupper på tværs af DEFACTUM samt fakulteterne Arts, BSS og Health, Aarhus Universitet med henblik på at sikre både kvalitet og bredde i forskningen, hvor fire forskningsgrupper blev etableret.

De fire forskningsområder har haft fast én forskningsleder, som har haft ansvaret for den faglige kvalitet og gennemførelse af forskningen:

- Viola Desideria Burau, seniorforsker ved DEFACTUM og lektor ved Aarhus Universitet, som forskningsleder for *Beslutningstagning*.
- Claus Bossen, lektor ved Institut for Æstetik og Kommunikation, Aarhus Universitet, som forskningsleder for *Organisation*.
- Mads Leth Jakobsen, lektor ved Institut for Statskundskab (nu VIVE), som forskningsleder for *Resultatbaseret styring*.
- Rikke Søgaard, professor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, som forskningsleder for *Sundhedsøkonomi*.

Camilla Palmhøj Nielsen, forskningschef ved DEFACTUM, har fungeret som forskningsleder for den tværgående forskningsgruppe med ansvar for koordinering af følgeforskningen.

Følgeforskningsgruppen har gennem hele forløbet jævnligt mødtes til fællesmøder, hvor projekterne og projekternes resultater blev diskuteret på tværs. Dette gav en unik mulighed for at forstå de enkelte projekters resultater i sammenhæng med de øvrige projekter og danne en fælles forståelse og fortolkning. Midtvejs i følgeforskningsprojektet blev der ligeledes afholdt en todages workshop med deltagelse af alle involverede forskere samt nationale og internationale eksperter, som var inviteret til at kommentere på metode, resul-

tater og projektet som helhed. På denne workshop blev alle projekter og resultater præsenteret og diskuteret i en bred international kontekst.

2.1 Tilgang og organisering

Følgeforskningen i *Ny styring i et patientperspektiv* blev gennemført ved anvendelse af en bred vifte af designs og metoder til at belyse de mangeartede komponenter og effekter, som prøvehandlingen havde. Styring og styringsmodeller er komplekse fænomener med en lang række forskelligartede organisatoriske og adfærdsmæssige effekter. For at kunne indfange denne kompleksitet valgte man at undersøge *Ny styring i et patientperspektiv* gennem et tværfagligt forsknings-setup. Gruppen af forskere fulgte prøvehandlingen fra dens opstart og gennem de efterfølgende tre år med henblik på at kunne bidrage med viden om hele processen i *Ny styring i et patientperspektiv*. Denne overordnede forskningsorganisering var ikke blot gunstig for at undersøge effekten af interventionen, men også for at pege på mulige forklaringer på de fundne effekter. Dette tværfaglige design skulle muliggøre en indsigt i styringsmodellens komplekse komponenter og deres indbyrdes relationer. Forskningsgruppen var organiseret i separate forskningsgrupper:

Forskningsgruppen vedrørende *Beslutningstagning* beskæftigede sig med beslutningstagningsprocessen forud for, at prøvehandlingen blev vedtaget. Denne forskningsgruppe har gennem dokumentanalyse samt interview med nøglepersoner bidraget med viden om, hvilke politiske processer og forståelser der lå forud for, at *Ny styring i et patientperspektiv* blev vedtaget som en prøvehandling.

Forskningsgrupperne *Organisation* og *Resultatbaseret styring* beskæftigede sig med implementeringen og de organisatoriske effekter af prøvehandlingen for de udvalgte hospitalsafdelinger ud fra forskellige metoder. Forskningsgruppen *Organisation* har gennem kvalitativ og etnografisk metode belyst modtagelsen og oversættelsen fra visionen bag *Ny styring i et patientperspektiv* til udviklingen af nye kvalitetsmål på de enkelte afdelinger. Derudover har gruppen undersøgt betydningen af it-systemer og infrastruktur for implementeringsprocessen. Forskningsgruppen *Resultatbaseret styring* har undersøgt implementeringen og de organisatoriske effekter af prøvehandlingen gennem sammenligning med syv kontrolafdelinger. Ud fra spørgeskemaundersøgelser af medarbejderne og interviews har denne forskningsgruppe haft fokus på den ledelsesmæssige reaktion på prøvehandlingen, og hvilke konsekvenser den nye styringsmodel havde for medarbejderne og deres motivation.

Rationalet for forskningsgruppen *Sundhedsøkonomi* har været at evaluere, hvorvidt man i Danmark ville få mere sundhed for pengene med *Ny styring i et patientperspektiv* end med den sædvanlige styring. Evalueringen har fulgt en

tretrinsstrategi, hvor første trin var at forstå den nye styring og de planer, de enkelte afdelinger havde med ny styring gennem et feltstudie baseret på observation, interviews og dokumenter. Næste trin var at evaluere de deltagende afdelinger på de mål, som de selv havde valgt, gennem analyse af de ni afdelingers præstation over tid. Sidste trin var at sammenligne præstationerne mellem de deltagende afdelinger i *Ny styring i et patientperspektiv* og sammenlignelige afdelinger under den sædvanlige styring. Dette var den endelige og overordnede evaluering, som baserede sig på forskellige mål, der kunne udtrykke værdi for patienten (f.eks. akutte genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser, eller hvorvidt en procedure har været udbudt uden indlæggelse, hvis dette har været en mulighed).

2.2 Data

Datagrundlaget for rapporten er mangfoldigt og beror sig på en bred palet af data, som har fulgt udviklingen i projektet over tid. Således har man indsamlet data i forskellige faser af projektet. Datagrundlaget for rapportens analyser indbefatter følgende: Policy, proces og evalueringsdokumenter, som er anvendt til dokumentanalyse. Observationsdata fra projektets opstart og løbende udvikling: Observationsdata fra opstartsmøder mellem repræsentanter fra Region Midtjylland og afdelingsledelser, workshops samt løbende statusmøder mellem repræsentanter fra administrationen i Region Midtjylland og de inkluderede afdelinger. Dertil er der løbende udført interview med afdelingsledelserne på de ni afdelinger, centerledelsen fra Aarhus Universitetshospital samt medarbejdere i Business Intelligence-enheden, ligesom man har udført interviews med en række regionale og nationale eksperter. Dertil er der udført en spørgeskemaundersøgelse af personalet fra de ni afdelinger samt syv kontrolafdelinger ved baseline et år og to år inde i projektet. Data om den månedlige udvikling i performance på de selvvalgte indikatorer fra 2012 til 2016 på afdelingsniveau blev ligeledes udtrukket. Slutteligt har man anvendt landspatient-registerdata og DRG-data for alle somatiske hospitaler i Danmark fra 2011 til 2016. For en mere detaljeret beskrivelse af de enkelte projekter henvises til de enkelte projekters forskningspublikationer.

3 Hvad var idéen bag Ny styring i et patientperspektiv?

Forskningsprojektet forankret i DEFACTUM, Region Midtjylland:
Viola Burau, DEFACTUM (nu Aarhus Universitet), Lotte Groth Jensen,
DEFACTUM, Stina Lou, DEFACTUM og Hanne Marlene Dahl, Roskilde Universitet.

Forskningsspørgsmål og interesse

Dette forskningsprojekt har undersøgt, hvordan alternative styringsmodeller til aktivitetsbaseret styring opstod i Region Midtjylland. Besvarelsen af dette spørgsmål er vigtigt, fordi forskningsprojektet hermed giver dybdegående viden om, hvordan en vidtgående ændring i hospitalsstyring kan blive til, og hvilke mekanismer der er på spil i italesættelsen af denne ændring. Denne viden kan give inspiration til politiske og administrative beslutningstagere i forbindelse med at støtte forandring i sundhedsvæsenet mere generelt.

Baggrund og metode

Ny styring i et patientperspektiv er ét eksempel på en ny model for styring af sundhedsvæsenet, som bygger på samarbejde, selvregulering og tiltag, der skal motivere de sundhedsprofessionelle. Der findes en del af disse styringsinitiativer på tværs af industrilande. Et kendt eksempel er 'Hospital Value-Based Purchasing' indført af Medicare i USA. Modellen fordeler 2-3 procent af det samlede sygehusbudget ud fra den samlede præstation målt på bl.a. proces, patientoplevelser, sikkerhed og efficiens. Derudover er Michael Porter en kendt fortaler for Value-Based Care, og regionerne i Sverige har f.eks. eksperimenteret med Value-Based Care, hvor omkostninger relateres til effekter. De nye modeller for hospitalsstyring er i overensstemmelse med forandringer i styring af sundhedsvæsenet mere generelt, men vi ved meget lidt om, hvordan disse modeller bliver til. Det var udgangspunktet for dette forskningsprojekt, og formålet var at undersøge, hvordan det lykkedes i Region Midtjylland at udfordre den længe fremherskende diskurs om aktivitetsbaseret styring.

Diskursanalyse giver indsigt i, hvordan styringsparadigmer udfordres. Der findes en omfattende teoretisk litteratur om sundhedsreformer, som bygger på en antagelse om, at ændringer i sundhedspolitik er en mere eller mindre direkte respons på de problemer, sundhedsvæsenet står overfor. Med en diskursanalytisk tilgang sættes der spørgsmålstejn ved, om problemer og løsninger altid er i direkte overensstemmelse. I dette perspektiv stilles der skarpt på, hvordan opfattelser af sundhedsvæsenets udfordringer udvikles og forandres over tid. Metodisk bygger analysen på dokumentanalyse af centrale administrative dokumenter og indlæg fra den offentlige debat fra 2011 til 2014 samt gennemførelsen af 11 interview med strategisk udvalgte nøglepersoner. Inter-

viewpersonerne repræsenterer både det administrative og det politiske niveau i Region Midtjylland og nationalt.

Det diskursanalytiske perspektiv er især relevant for de dele af sundhedsvæsenet, hvor et enkelt og stærkt policy-paradigme som aktivitetsbaseret styring er fremherskende. Antagelser omkring problemer med DRG- og aktivitetsbaseret styring har været kendt længe, uden at det har ført til store ændringer af styringsmodellen for hospitalerne i Danmark. Derfor var det nødvendigt med en radikal ændring af italesættelsen af hospitalsstyringen med henblik på for alvor at kunne udfordre diskursen om aktivitetsbaseret styring. Forskningsprojektet identificerede fire mekanismer for denne italesættelse i processen frem mod afprøvningen af *Ny styring i et patientperspektiv*. De fire mekanismer præsenteres nedenfor.

En klar og enkel problemdefinition

I forbindelse med *Ny styring i et patientperspektiv* lykkedes det at promovere en meget klar og enkel opfattelse af, hvad problemet med hospitalsstyringen var. Aktivitetsbaseret styring kom til at fremstå som Sorteper og udsigten til forbedringer gik gennem en ændring af denne styringsmekanisme. Argumentet var, at aktivitetsbaseret styring udelukkende belønner aktivitet i sig selv, og at dette har utilsigtede negative konsekvenser for hospitalet og sundhedsvæsenets patientorientering mere generelt. Problemdefinitionen er genkendelig fra tidligere diskussioner i politik og forskning, men dens enkelhed er ikke desto mindre bemærkelsesværdig og blev ikke i ret stort omfang modsagt af centrale aktører. Samtidig var aktørerne bekendt med diskussioner om hospitalsstyringens kompleksitet.

Antagelser om det problematiske ved aktivitetsbaseret styring

Problemdefinitionen for aktivitetsbaseret styring byggede på to modstridende, men tæt forbundne antagelser. For det første blev aktivitetsbaseret styring fremstillet som højst problematisk, da det blev opfattet som et meget indflydelsesrigt styringssystem og ikke kun en fordelingsmekanisme for finansielle ressourcer. Man antog således, at der var en vis sandsynlighed for, at hospitalsaktører ville handle uhensigtsmæssigt ud fra et patientperspektiv for at optimere udbyttet af aktivitetsbaseret styring. For det andet blev aktivitetsbaseret styring italesat som forældet, da presset på de offentlige budgetter – i forlængelse af finanskrisen – krævede noget helt andet end fokus på forøget aktivitet. Derfor blev et fokus på aktivitet stemplet som amoralsk, da det kunne forhindre at systemet ydede sit bedste for patienterne.

Et bredt alternativ blev formuleret

Disse antagelser om aktivitetsbaseret styring dannende grundlag for, at *Ny styring i et patientperspektiv* blev formuleret som et bredtfavnende alternativ. Styringsmodellen i dette nye alternativ havde ikke kun et snævret fokus på

aktivitet; den havde også fokus på mening, kvalitet og samarbejde. Modellen udvidede også forståelsen af kvalitet som noget, der defineres lokalt af enkelte hospitalsafdelinger. Endelig var *Ny styring i et patientperspektiv* meget procesorienteret og fremhævede vigtigheden af at involvere de sundhedsprofessionelle og at teste modellen i 'den virkelige verden'.

Bred formidling af problemdefinitionen og alternativet

Italesættelsen af problemdefinitionen og det nye, formulerede alternativ foregik i et netværk af processer på regionalt og nationalt plan. En række af regionale ledelsesseminarer fra 2012 og frem var det centrale forum for problemdefinitionen og formuleringen af det nye alternativ. Disse ledelsesseminarer kørte over en længere periode med alle hospitalsledelser og administrative ledelsespersoner og skulle formulere nye måder at levere hospitalsservice på. Denne proces mandede ud i, at den samlede ledelse i Region Midtjylland besluttede at forsøge at finde et alternativ til aktivitetsbaseret styring og gerne et alternativ, der fokuserede på kvalitet i stedet for aktivitet. Denne beslutning efterfulgtes af et længerevarende samarbejde på tværs af forskellige afdelinger i den regionale sundhedsadministration med fokus på at påvirke relevante politiske og administrative dagsordner – også på nationalt niveau – for at bane vejen for politisk opbakning til at afprøve en ny styringsmodel.

Inspiration til fremtidig forandring af sundhedsvæsenet

Ny styring i et patientperspektiv red på en bølge af nye modeller for styring af hospitalerne og sundhedsvæsenet nationalt og internationalt. Men dette forskningsprojekt viser, at dens fremkomst ikke var en selvfølge. Forandringer som *Ny styring i et patientperspektiv* kræver omhyggelige og gennemtænkte italesættelser af sundhedsvæsenets problemer og de potentielle mulige løsninger. Ud fra dette projekt ser det blandt andet ud til, at en klar og enkel definition af det problem, man ønsker at løse, kan være med til at fremme processen omkring formningen af et alternativ. Derudover tyder det på, at et bredt formuleret alternativ, der rummer mange mulige veje og en bredt forankret udviklingsproces og formidling af det nye alternativ, kan være med til at skubbe processen fremad.

Publikationer fra projektgruppen:

Bureau V, Dahl HM, Jensen LG, Lou S. Beyond Activity Based Funding. An experiment in Denmark. Health Policy. 2018;122(7):714-21.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.04.007>.

4 Virkede Ny styring i et patientperspektiv?

Det sundhedsøkonomiske forskningsprojekt forankret på Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet: Rikke Søgaard, Aarhus Universitet, Søren Rud Kristensen, Imperial College, London og Matt Sutton, Manchester University.

Forskningsspørgsmål og interesse

Det store spørgsmål for den sundhedsøkonomiske forskningsgruppe har været at undersøge, om man kan få mere kvalitet og helbred ud af hospitalsvæsenet ved at styre efter tilgangen i *Ny styring i et patientperspektiv*, fremfor hvad man ellers plejer at gøre. Svaret er søgt ved at analysere, om eventuelle effekter når patienterne i form af bedret forløbsudkomme (f.eks. at nedbringe akutte genindlæggelser eller forebyggelige indlæggelser) og i øvrigt påvirker effiensen i hospitalsvæsnets drift (f.eks. produktionsværdi per forløb eller hvorvidt en procedure har været udbudt uden indlæggelse, hvis dette har været en mulighed).

Mange sundhedsvæsen har en fælles udfordring i at kontrollere et stigende budgetpres uden kvaliteten lider skade. Efter mange år med fokus på aktivitet for at moderere ventetiderne, har de strategiske prioriteter mange steder flyttet sig til kvalitet. Mange har eksperimenteret med at knytte en betaling til kvalitet, men resultaterne har været skuffende, især fordi det er komplekst at definere og måle kvalitet. Ideen med *Ny styring i et patientperspektiv* – at overlade det til de fagprofessionelle at definere kvalitet – er forholdsvis ny i forskningslitteraturen.

Forståelse af hvordan Ny styring i et patientperspektiv kunne virke

Hvis *Ny styring i et patientperspektiv* skulle virke ville vi gerne observere, at de fagprofessionelle havde ideer til nye måder at drive praksis på. Man ville især forvente at se ideer, som før havde været hæmmet af aktivitetsafregning, hvor aktivitet blev belønnet via DRG-takster og ikke nødvendigvis efter, hvorvidt den var hensigtsmæssig for kvaliteten. Fokus på at opnå bedre kvalitet for patienten blev observeret i forbindelse med lancering af *Ny styring i et patientperspektiv*, idet man på flere afdelinger beskrev, hvordan man kunne tilrettelægge sit arbejde anderledes, f.eks. ved brug af såkaldt dvaleambulatorium, ved omlægning af indlagt aktivitet til ambulant, ved mere brug af sammedagspakker, ved mere inddragelse af patienter og ved mere fokus på helt overordnede behandlingsresultater som f.eks. patienters tilbagevenden til arbejde efter endt behandling [1].

Afdelingerne blev bedt om at vælge tre til fem indikatorer, der kunne måle deres præstation i forhold til disse gode ideer – med hensigten at *Ny styring i et patientperspektiv* skulle være en ny form for resultatstyring. Afdelingerne var uvante med at definere resultatstyring, og det viste sig vanskeligt at definere

indikatorer, som var dækkende for de gode ideer – ofte fordi relevante data ikke var tilgængelige. Indikatorerne blev til langt flere, end det var hensigten, og kvaliteten af indikatorerne som input til resultatstyring var tvivlsom ifølge gængse kriterier for sådanne indikatorer [1].

Afdelingernes præstation på de selvvalgte indikatorer

Afdelingernes præstationer kunne ikke i stort omfang aflæses på de valgte indikatorer, hvilket måske ikke var så overraskende, nu indikatorerne på forhånd var dømt af tvivlsom kvalitet for resultatstyring specifikt. Det betyder imidlertid ikke, at de underliggende ideer for udvikling af praksis ikke skulle kunne virke - blot at der ikke kunne måles en eventuel virkning ved sammenligning af afdelingernes præstation i de tre år under den nye styring med deres præstation i de to år, der gik forud for den nye styring [3]. Til gengæld kunne det konstateres, at den løsere styring ovenfra ikke medførte nogen skade på de mål, som ikke længere var dækket direkte ind med den nye styring. Der var ikke de store fald i hverken aktivitet eller produktivitet, og budgetterne blev overholdt i samme grad som før den nye styring.

Den endelige evaluering med eksterne kontrolafdelinger

I den endelige evaluering blev der fundet tegn til mulige forbedringer af kvaliteten og en marginalt reduceret DRG-værdi per forløb, der kan fortolkes som mindre spild [4]. Evalueringen byggede på sammenligning af afdelingerne i *Ny styring i et patientperspektiv* med sammenlignelige afdelinger fra resten af Danmark, over en periode fra tre år før til tre år efter lancering af den nye styring.

Projektet og resultaterne har vakt interesse også internationalt [5,6,7]. *Ny styring i et patientperspektiv* repræsenterer en sjælden og stor satsning, hvor der kan være mulige gevinster at hente, om end disse er marginale og usikre. Resultaterne er forbundet med metodisk usikkerhed, ligesom omlægning af styring altid vil have betydelige omkostninger i form af mandskab til at iværksætte, implementere og monitorere og i form af eventuelle opstartsudfordringer, som kan medføre midlertidige præstationstab.

De overordnede effekter af Ny styring i et patientperspektiv jf. den endelige sundhedsøkonomiske evaluering

Mulig forbedring	Ingen forskel
Genindlæggelse inden for 30 dage efter indlæggelse	Forebyggelige indlæggelser
Død indenfor 30 dage efter indlæggelse	Sengedage per episode
Produktionsværdi per indlæggelse	Udnyttelse af omlægningspotentiale

Fortolkning af mulige effekter

En række punkter bør medtænkes i fortolkningen af de mulige men usikre effekter. For det første er tre års opfølgning forholdsvis kort tid, når prøvehandlingen indbefatter implementering af komplekse mekanismer. For det andet er der tale om en overordnet evaluering, dvs. analyser af den gennemsnitlige effekt på tværs af alle de deltagende afdelinger. I samarbejde med forskningspakken *Resultatbaseret styring* arbejder vi videre ved at koble data på tværs af patienter og medarbejdere med henblik på at undersøge, hvorvidt der er sammenhæng mellem f.eks. medarbejdernes motivation og patienternes udkomme, og hvorvidt dette kan være forklaringen, hvis nogle afdelinger har præsteret over eller under det observerede gennemsnit på tværs af alle deltagende afdelinger.

I et lidt bredere perspektiv er det væsentligt at bemærke, at den sundhedsøkonomiske forskning ikke har omfattet omkostningerne ved selve omlægningen, men alene har set på mulige effekter af den nye styring som et rutinebaseret fremtidsscenarie. Det er komplekst at omlægge styring, og det er svært at forestille sig, at implementeringsfokus ikke skulle koste andetsteds, mens det står på. Dermed sagt at eventuelle gevinster skal nå en vis tyngde blot for at opveje omlægningsomkostningen. En anden væsentlig begrænsning har været, at patientoplevelse kvalitet eller værdi for patienten ikke findes som målinger i de danske registre, og at vi derfor i stedet har samlet diverse proxymål (f.eks. akutte genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser).

Publikationer fra projektgruppen:

Søgaard R, Kristensen S R, Bech M. Incentivising effort in governance of public hospitals: Development of a delegation-based alternative to activity-based remuneration. *Health Policy* 2015;119(8):1076-85.

Larsen KN, Kristensen SR, Søgaard R. Autonomy to health care professionals as a vehicle for value-based health care? Results of a quasi-experiment in hospital governance. *Social Science & Medicine*. 2018;196:37-46.

Søgaard R, Kristensen SR, Sutton M. The effect of increased autonomy for hospital departments on health outcomes and efficiency: A Danish quasi-experiment. 2018 (manuskript under bedømmelse).

5 Hvordan virkede Ny styring i et patientperspektiv?

5.1 Organisatorisk og arbejdspraksis

Forskningsprojektet forankret på Informationsvidenskab, Aarhus Universitet: Morten Bonde Klausen, Aarhus Universitet (nu VIVE) Claus Bossen, Aarhus Universitet og Peter Danholt, Aarhus Universitet.

Forskningsspørgsmål og interesser

Denne gruppe har haft til formål at undersøge: 1) hvordan prøvehandlingen vedrørende *Ny styring i et patientperspektiv* blev modtaget og omsat i praksis på de inkluderede afdelinger og 2) hvilken rolle diverse it-systemer såsom EPJ, kliniske databaser mv. spillede i projektet.

Tilgang og metode

Forskningsgruppens tilgang baserer sig på empiriske studier af konkrete arbejdspraksisser samt på de involverede brugeres forståelser og betydningsdannelse. Forskningsgruppen har således anvendt kvalitative metoder i undersøgelsen. Der er foretaget: a) 34 interview af afdelingsledelser, i nogle tilfælde blev ledende overlæge og oversygeplejerske interviewet separat; b) to interview med centerledelse på AUH; c) deltagelse som observatører på møder mellem regionens medarbejdere og afdelingsledelser samt d) tre interview med medarbejdere i regionens Business Intelligence-enhed.

Afdelingernes oplevelse af Ny styring i et patientperspektiv

En umiddelbar indsigt fra dette forskningsprojekt er, at den frihed, som Region Midtjylland gav afdelingerne til at definere og omsætte prøvehandlingen i praksis, blev påskønnet af afdelingerne. Samtidig gav denne frihed rum til, at der imellem de enkelte afdelinger var stor forskel på, hvordan prøvehandlingen blev grebet an, og hvor meget den fyldte. Dette resulterede på flere afdelinger i en pragmatisk tilgang, hvor prøvehandlingen blev formet og knyttet an til eksisterende projekter og dagsordner, snarere end at blive et tydeligt dagsordenssættende og styringsmæssigt paradigmeskifte. Mange afdelinger begrundede dette med, at de mål og parametre, som *Ny styring i et patientperspektiv* sigtede mod, allerede var en del af deres praksis. På den baggrund var det på mange afdelinger oplevelsen, at *Ny styring i et patientperspektiv* som projekt var mere synligt og nærværende for afdelingsledelserne, der lavede oversættelsesarbejdet mellem *Ny styring i et patientperspektiv* og (delvist) eksisterende praksis, end det var for medarbejderne [8].

Betydningen af DRG-frisættelsen

DRG-frisættelsen blev generelt positivt modtaget af afdelingerne, men blev ikke oplevet som en radikal forandring. De fleste afdelinger pegede på, at de i gennem længere tid og også før prøvehandlingen ikke styrede 'blindt' efter

DRG-værdi på bekostning af kvalitet, patienter og omkostningseffektivitet. Flere afdelinger nævnte desuden konkrete eksempler på, hvordan de aktivt arbejdede med at omgå og undgå 'perverse incitamenter'. Det skal nævnes her, at der er oplagte metodiske udfordringer ved at afgøre, hvorvidt 'perverse incitamenter' forhen har haft reel effekt. Undersøgelsen kan derfor hverken be- eller afkræfte en hypotese om effekten af 'perverse incitamenter'. I stedet foreslås det, at der i videre drøftelser om styringslogikker i sundhedsvæsenet anvendes en tydelig skelnen mellem 'perverse incitamenter' og 'perverse effekter'. Førstnævnte kan nemlig godt forekomme uden at sidstnævnte følger. Det bør også bemærkes, at flere afdelinger i praksis ikke har været fri for DRG i prøveperioden, da de reelt under prøvehandlingen er blevet målt på DRG-værdi af hospitalsledelsen og inddraget i intern udligning af DRG-budgetter på de enkelte hospitaler. Det er en vigtig indsigt, at afdelingerne i vidt omfang har afvist forestillingen om eller frygten for at fokus på indtjening har haft konsekvenser for kvalitet i behandling. Men det betyder på den anden side ikke, at en frisættelse fra DRG ikke netop kan bidrage positivt til kvalitetsudvikling i behandlingen [9].

Arbejdet med indikatorerne

Forskningsprojektet viste en stor variation på tværs af afdelingerne i de indikatorer og mål som blev opstillet. Denne variation må formodes at være en naturlig konsekvens af den frihed, som afdelingerne blev givet. Variationen skyldes også afdelingernes forskellige fagligheder og specialer, idet det var afgørende for afdelingerne, at indikatorer og mål var meningsfulde for praksis. Det har også betydet, at afdelingerne havde forskellige vægtninger af bl.a. proces-, output- og outcome-indikatorer.

Forskellige rationaler bag mål og indikatorer

Der var forskellige rationaler bag konstruktionen af mål og indikatorer. Nogle mål var bevidst *utopiske*. I disse tilfælde udpeger målet en retning og et ideal for kvalitetsarbejdet, men uden at være et mål der forventes at blive indfriet. Rationalet i disse sammenhænge var, at målene skulle sikre en bevægelse eller proces frem mod en tilstand, der var ambitiøs, for hvorfor ellers opstille dem? I andre tilfælde var rationalet, at mål blev sat ud fra, hvad der er *realistisk* at nå, eller hvad en allerede etableret standard tilsiger. Sidst kunne rationalet synes *tilfældigt*, fordi det ikke var muligt at vide, hvor niveauet for dårlig, middel eller god målopfyldelse lå. Eller fordi målopfyldelse ikke i sig selv var det væsentlige, således at målet i stedet tjente til at opnå fokus på et område, man ønskede at forbedre. Rationalerne bag de enkelte målsætninger kunne således variere betydeligt, og flere forskellige rationaler kunne eksistere på samme afdeling. Det er vigtigt at bemærke, at de ovennævnte rationaler udgør et forskningsmæssigt og analytisk fund og ikke er udtryk for afdelingernes egne italesættelser af deres praksis. Men indsigten kan medvirke til at skabe opmærksomhed på, hvilke rationaler der ligger bag arbejdet med udviklingen af

mål og indikatorer og kan bidrage til fremtidige drøftelser om strategier for udvikling af mål og indikatorer.

Forskellige opfattelser af patientperspektivet

Et centralt fokus i prøvehandlingen var patientperspektivet, og hvordan patienten kan blive centrum for og aktiv deltager i behandlingen. Flere afdelinger havde fokus på patientoplevelse kvalitet og anvendte bl.a. spørgeskemaer, interviews, patientfokusgrupper mv. for at opnå indsigt i patientens oplevelse og dermed øget kvalitet for patienten. Andre afdelinger tog udgangspunkt i, at patientens vigtigste interesse er overensstemmende med kliniske outcome-mål og udtrykte skepsis overfor diverse tilgange til at måle og opnå 'patientens tilfredshed' ud fra det synspunkt, at målsætningen må være at yde korrekt og bedst mulig behandling, og ikke at sikre at patienten har en 'god oplevelse'. Ydermere har fokus for nogle afdelinger været at skabe rammer for øget patientinddragelse og -medbestemmelse i forhold til valg af behandling. Enkelte afdelinger anså patientperspektivet som en gennemgribende selvfølgelig del af deres tilrettelæggelse af forløb og processer. Hvorfor patientperspektiv som delmål ikke var nødvendigt. Der har således også i denne henseende været en række forskellige fortolkninger og tilgange til, hvad patientperspektivet bestod af, og hvordan det kunne realiseres. Det ses tydeligt, at der er bred enighed om at sætte patienten i centrum, mens en realisering af dette synes mere kompleks. Det er kort sagt lettere sagt end gjort, hvorfor yderligere forskning i dette synes oplagt. Ligeledes eksisterer der her et potentiale for faglige drøftelser om hvordan patienter kan/bør meningsfuldt inddrages og repræsenteres i behandlingen [8].

Datatilgængelighed og it-infrastruktur

I forbindelse med udviklingen af indikatorer blev afdelingerne anbefalet at bruge eksisterende data. Men en vigtig erfaring i denne sammenhæng var, at eksisterende data, som de sundhedsfaglige dagligt producerer og videregiver til f.eks. kliniske databaser, ikke altid var umiddelbart tilgængelige. Det skyldtes bl.a., at visse kliniske kvalitetsdatabaser ikke er en del af Region Midtjyllands data-warehouse, men også forskellige databasestrukturer, formater og system-interfaces havde indflydelse herpå. Konsekvensen var ikke desto mindre, at hyppigere dataudtræk, som i udgangspunktet af afdelingerne blev antaget som uproblematisk, viste sig at være vanskelige eller urealistiske at opnå. Sådanne forhold knytter sig til den underlæggende it-infrastruktur og er derfor ikke nødvendigvis synlige for de sundhedsprofessionelle. Mange af afdelingerne oplevede dette i prøvehandlingen med frustration og mistet motivation til følge. En anbefaling er derfor, at man, ud over at fokusere på brugen af eksisterende data i det fremtidige kvalitetsarbejde, også har en tidlig opmærksomhed på, *hvordan* og *for hvem* eksisterende data er til rådighed. Endvidere bør man være opmærksom på, at de sundhedsprofessionelle og Business Intelligence-enhedens tekniske medarbejdere har gunstige forhold for at samarbejde og

indgå i nær dialog om tilvejebringelse af data. Hermed kan man opnå en mere realistisk forståelse af udfordringer og målsætning med datatræk og -anvendelse og dermed muligvis undgå frustration og manglende motivation i udviklingsarbejdet [10].

Ny styring i et patientperspektiv som læringsproces og dialogisk praksis

Generelt gælder det for flere af afdelingerne, at organisatoriske og behandlingsmæssige aspekter blev genstand for granskning og udvikling i forbindelse med udviklingen af indikatorer. Desuden har flere afdelinger undersøgt, udviklet og anvendt forskellige tilgange til patientinddragelse. I det lys har arbejdet med at opstille og anvende kvalitetsmål været en læringsproces, som flere steder kan betragtes som et resultat i sig selv. Dette anses som værende en betydelig, men også ofte overset ressource i udviklingsarbejdet. Derfor kan det anbefales, at man med sådanne prøvehandling og initiativer arbejder aktivt med at italesætte dem som udviklingsprojekter i flerfoldig forstand. Både som 1) et konkret udviklingsarbejde af en ny organisatorisk praksis, men også som 2) en udforskning af egen praksis samt som 3) gensidigt engagement og relationsudvikling mellem stabsfunktioner i Region Midtjylland og den udførende praksis (de sundhedsprofessionelle).

Publikationer fra projektgruppen:

Bossen C, Danholt P, Klausen MB. Diagnoser som styringshybrider: diagnoserelaterede grupper i sundhedsvæsenet. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund. 2016;13(25):101-27.

Bonde M, Danholt P, Bossen C. Translating Value-Based Health Care: An Experiment into Healthcare Governance and Dialogical Accountability. Sociology of Health and Illness. 2018;40(7):1113-26.

Bonde M, Danholt P, Bossen C. Investigating the work of repurposing healthcare data. Health Informatics Journal, 2018 (accepteret til udgivelse).

Bonde M, Bossen C, Danholt P. Performing performance regimes: A case study of governance in Danish Healthcare. Organisation Studies, 2018 (manuskript under bedømmelse).

Danholt P, Bonde M, Bossen C. The experiment assemblage: transforming healthcare through three versions of the experiment. I: Marguin S, Rabe H, Schäffner W, Schmidgall F, eds. Experimenting. Comparison of experimental cultures in science and Gestaltung. Science Studies Series. Bielefeld: Transcript-Verlag, 2019.

5.2 Intern og læringsorienteret resultatstyring

Forskningsprojekt forankret på Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet: Nina Maria van Loon, Aarhus Universitet, Mads Leth Jakobsen, Aarhus Universitet (nu VIVE), Martin Bækgaard, Aarhus Universitet, Donald Moynihan, Georgetown University.

Forskningsspørgsmål og interesser

Ledelsens reaktioner på og de organisatoriske konsekvenser af *Ny styring i et patientperspektiv* har været de centrale undersøgelsesemner for dette forskningsprojekt. Prøvehandlingen anskues i projektet som et forsøg på at skabe styring, der gør det muligt for organisationer domineret af fagprofessionelle – som hospitaler – at skabe kontinuerlige forbedringer i en situation, hvor brugen af resultatdata om f.eks. organisatoriske processer, ventetider og behandlingskvalitet er uomgængelig. De centrale spørgsmål er, hvorvidt og hvordan ledere omsætter denne styring til konkret adfærd i organisationen, samt om der faktisk sker en forandring blandt de fagprofessionelle. Forskningsprojektets analyser er baseret på et fireårigt forløbsstudie, hvor de ni afdelinger i prøvehandlingen løbende er blevet undersøgt gennem spørgeskemaer til alle medarbejdere samt interviews med afdelingsledelserne. Med den forhåbning at kunne isolere effekten af prøvehandlingen fra den generelle udvikling er syv sammenlignelige hospitalsafdelinger i Region Midtjylland blevet fulgt på tilsvarende vis.

Forening af læring forankret i fagprofessionalisme og resultatstyring

At forene læring forankret i fagprofessionalisme med resultatstyring er ud fra et teoretisk perspektiv en mulig central mekanisme bag *Ny styring i et patientperspektiv*. Denne del af forskningsprojektet har udviklet en teoretisk ramme til at forstå prøvehandlingen, som har givet grundlag for hypoteser, der har kunnet efterprøves empirisk. Prøvehandlingen anses som en bevægelse væk fra traditionel resultatstyring, hvor mål opstilles udefra og knyttes til straf og belønninger, som det sker i et takstafregningssystem. Her straffes man med lavere bevillinger, når aktiviteten falder. Bevægelsen går i stedet i retning af intern læringsorienteret resultatstyring, hvor konkrete mål i højere grad fastsættes, måles og fortolkes af organisationens egne fagprofessionelle. For organisationer som hospitaler, hvis opgaver er præget af stor kompleksitet, giver dette anledning til hypoteser om, at en sådan bevægelse vil øge de ansattes opfattelse af, at styringen understøtter deres arbejde og dermed medvirker til at øge deres motivation. Denne del af følgeforskningen har således hovedsageligt arbejdet med en hypotesetestende tilgang.

Afdelingsledelsernes reaktioner på prøvehandlingen

Proaktive og defensive reaktioner har kendetegnet afdelingsledelsernes implementering af *Ny styring i et patientperspektiv*. Prøvehandlingens fokus på lokale mål og fjernelse af DRG-incitamenter var et tiltag, som afdelingsledelserne måtte forholde sig til. En reaktiv respons med kun overfladisk tilpasning for at

beskytte sin afdeling mod forstyrrelser kan synes rimelig. I løbet af prøveperioden endte alle afdelingsledelser imidlertid med enten at reagere defensivt, hvor man prøvede at styrke eksisterende indsatser, eller proaktivt, hvor man prøvede at lave mere radikale forandringer på afdelingen. Det sidste kom f.eks. til udtryk ved forsøg på at skabe en bredere databaseret læringskultur på afdelingen. Afdelingsledernes personlige commitment til idéerne i *Ny styring i et patientperspektiv* samt deres oplevelse af, at regionens topledelse ville stå fast på disse idéer, hænger positivt sammen med proaktive reaktioner. Beskyttelse af afdelingen mod andre eksterne forstyrrelser var også fremmende for en proaktiv tilgang, mens lederne oplevede manglende it-understøttelse som en barriere.

Prøvehandlingens betydning for medarbejdernes motivation

Ingen bredere organisatoriske konsekvenser for motivation og oplevelsen af unødigt bureaukrati fra *Ny styring i et patientperspektiv* kan identificeres. Der var således ikke støtte til hypoteserne om, at en bevægelse væk fra traditionel ekstern resultatstyring mod intern læringsorienteret resultatstyring ville føre til forandringer hos organisationens fagprofessionelle. Motivationsformer baseret på at gøre noget godt for andre og glæden ved selve arbejdet, som en fjernelse af aktivitetsbaserede incitamenter og øget inddragelse skulle forstærke, var upåvirkede. Tilsvarende blev oplevelsen af unødigt bureaukrati ikke påvirket, selvom en større inddragelse og mulighed for lokal fastlæggelse af procedurer skulle reducere denne oplevelse. Det gør ydermere ikke nogen forskel, hvis der tages hensyn til, at afdelingsledelserne har reageret forskelligt – proaktivt eller defensivt – på prøvehandlingen

Ledelsen og medarbejdernes tilgang til data

Den bagvedliggende antagelse om ledelsens betydning for medarbejdernes modtagelse af *Ny styring i et patientperspektiv* blev indirekte understøttet af forskningsprojektets resultater. Projektet har nemlig også omfattet undersøgelser, der ikke direkte tester effekten af prøvehandlingen, men som alligevel belyser nogle antagelser bag *Ny styring i et patientperspektiv*. Det viste sig for eksempel i analyser af spørgeskemabesvarelser fra ledere og medarbejdere, at ledelsens egen tilgang til arbejdet med resultatdata har en meget stærk sammenhæng med medarbejdernes engagement i at lære af data. Dette er en central mekanisme, hvis styring via lederne skal omsættes til læringsadfærd blandt medarbejderne. Medarbejdernes engagement i at lære af data hænger positivt sammen med ledernes brug af resultatdata til problemløsning og negativt sammen med ledernes brug af resultatdata til belønning og kontrol. Tilsvarende gælder det, at medarbejdernes oplevelse af unødigt bureaukrati er lavere, jo mere lederne bruger resultatdata til at løse problemer. Lederes brug af resultatdata til problemløsning og resultatforbedring kan derfor være en vigtig komponent for at styring, som det kommer til udtryk i *Ny styring i et patientperspektiv*, kan nå de tilsigtede effekter.

Endelig viste andre analyser af spørgeskemadata, at medarbejderne på de undersøgte afdelinger reagerede på pressede situationer ved at forsøge at løse problemer og ikke blot med uønskede handlinger som at give mindre service eller vælge lette patienter. Den problemløsende adfærd hænger positivt sammen med medarbejdernes oplevelse af autonomi i arbejdet. Denne autonomi er en mulig komponent i en bevægelse mod en mere intern og læringsorienteret resultatstyring.

Publikationer fra projektgruppen:

Jakobsen ML, Bækgaard M, Moynihan DP, Loon NV. Making Sense of Performance Regimes: Rebalancing External Accountability and Internal Learning. Perspectives on Public Management and Governance. 2018;1(2):127-41.
<https://doi.org/10.1093/ppmgov/gvx001>.

Loon NV, Jakobsen ML. Connecting Governance and the Front Lines: How work pressure and autonomy Matter for coping in different performance regimes. Public Administration. 2018;96(3):435-51.

Bækgaard M, Jakobsen ML, Moynihan D. Engaging Frontline Professionals in Goal-Based Learning: How Managerial Performance Information Use Matters. 2018. (manuskript under bedømmelse).

Jakobsen ML. Buy-In to a Credible Vision! Why Leaders Make Prospector Responses to Learning-Oriented Performance Reform. 2018 (manuskript under bedømmelse).

Loon NV, Jakobsen ML. The Impact of Performance Management on Red Tape Perceptions of Front Line Staff. 2018 (manuskript under bedømmelse).

Loon NV, Bækgaard, M & Donald P. The Limits of Reform: Can Organizational Reforms Increase Autonomous Motivation for Frontline Employees? (manuskript under bedømmelse).

6 Hvad kan man lære af Ny styring i et patientperspektiv?

Ny styring i et patientperspektiv skulle afprøve en ny styringsmodel, hvor en række hospitalsafdelinger ikke længere blev efterreguleret i forhold til deres aktivitetsniveau. I stedet skulle de udvalgte afdelinger styre efter kvalitetsmål, som afdelingerne selv var med til at udvikle. Den politiske målsætning med projektet var at skabe mere sundhed for pengene og øget fokus på kvalitet i behandlingen.

Følgeforskningsgruppen har siden fulgt projektet gennem fire år fra projektets start til afslutning. Dette har udmøntet sig i en vifte af forskellige forskningsprojekter, som har undersøgt konsekvenserne af *Ny styring i et patientperspektiv*.

Samlet fortolkning af følgeforskningens resultater

Resultaterne fra følgeforskningens fire forskningsprojekter giver, når de holdes op mod hinanden, et sammenhængende bud på, hvilken betydning *Ny styring i et patientperspektiv* har haft.

Det overordnede fund i den sundhedsøkonomiske følgeforskning er, at *Ny styring i et patientperspektiv* muligvis resulterede i marginale og sporadiske kvalitetsforbedringer samtidig med, at den ikke så ud til at koste på budgetoverholdelse eller efficiens. Denne relativt store stabilitet med kun mindre ændringer giver mening i lyset af forskningsresultaterne i forhold til organisatoriske aspekter, hvor der ikke var nogen identificerbar effekt i forhold til medarbejdernes motivation og oplevelse af unødigt bureaukrati. I det hele taget fik projektet primært opmærksomhed på afdelingsledelsesniveau, og medarbejderne var kun i mindre omfang vidende om eller medinddraget i *Ny styring i et patientperspektiv*.

Ny styring i et patientperspektiv blev modtaget forskelligt på afdelingerne, og det satte nogle steder et væsentligt aftryk, hvilket også giver mening set i lyset af, at der kunne observeres svage positive udviklinger i relation til kvalitet. Der var stor variation i hvilke typer af mål, afdelingerne valgte. Det gennemgående billede var dog, at *Ny styring i et patientperspektiv* spillede positivt sammen med eksisterende praksisser og udviklingsprojekter på afdelingerne. Af samme grund blev *Ny styring i et patientperspektiv* typisk omsat på afdelingerne med henblik på at anvende eksisterende arbejdsgange, projekter og indikatorer med fokus på patientkvalitet som afsæt for de selvvalgte mål. *Ny styring i et patientperspektiv* har således primært givet medvind til eksisterende aktiviteter, snarere end at være igangsættende for afgørende nye aktiviteter. En mulighed er, at dette skyldes, at afdelingerne allerede fokuserede på

kvalitet og patientperspektivet og ikke i væsentlig grad har ladet sig hæmme af DRG-styringens aktivitetsfokus. Fritagelsen for DRG og definitionen af egne mål var velkommen på afdelingerne, fordi det gav mening i praksis. Endelig giver denne meget varierede oversættelse af *Ny styring i et patientperspektiv* til praksis god mening i lyset af, at den bærende idé bag *Ny styring i et patientperspektiv* netop var et opgør med aktivitetsstyring, mens det nye alternativ var bredt formuleret.

Overordnet kan man derfor sige, at *Ny styring i et patientperspektiv* ikke generelt har påvirket behandling og de berørte afdelinger negativt, hvilket kan siges at være positivt i sig selv. Omvendt kan det ej heller slutes, at *Ny styring i et patientperspektiv* har resulteret i en omfattende forbedring, men der ses dog tegn på mindre forbedringer. Stabiliteten kan skyldes, at afdelingerne allerede i stort omfang har fokus på kvalitet og patientperspektivet.

6.1 Læringspunkter

Følgeforskningsprojektet identificerer en række centrale forhold ved den proces, hvormed *Ny styring i et patientperspektiv* blev rullet ud på afdelingerne. De udgør samtidig læringspunkter for det fremtidige arbejde med styringsreformer.

Tidspres og støtte

Ved påbegyndelsen af prøvehandlingen oplevede de fleste afdelinger tidspres og manglende understøttelse i arbejdet med udarbejdelsen af mål og indikatorer for kvalitet. Dette tidspres må antages at have haft en indvirkning på, at man i overvejende grad valgte at implementere *Ny styring i et patientperspektiv* gennem anvendelse af eksisterende kvalitetsdagsordner. Endvidere skal det påpeges, at de seneste ti års fokus på netop kvalitet i behandling også gør det oplagt at anvende eksisterende mål og indikatorer. I det omfang der skal udvikles nye indikatorer, bør dette have tid og understøttes, således at der udvikles gode indikatorer og mål, og at der kan indhentes data for disse.

Data og it-systemer

Mange afdelinger gjorde i udgangspunktet den antagelse, at de relativt nemt ville kunne få adgang til og anvende de store mængder data, som de i forvejen producerer gennem EPJ-systemer, kliniske databaser og andre it-infrastrukturer. Dette viste sig at være vanskeligt og arbejdskrævende, hvilket besværliggjorde udviklingsarbejdet på en del af afdelingerne. Data og databasestrukturer er komplekse og ikke umiddelbart tilgængelige til ethvert formål. Regionens Business Intelligence-enhed formåede dog undervejs i projektet at udvikle nogle af de værktøjer og datavisninger, som afdelingerne efterspurgte. Endvidere spillede Business Intelligence-enheden en betydelig om end let overset rolle som sparringspartner for nogle af afdelingerne i forbindelse med den lø-

bende udvikling af mål og indikatorer. Nye indikatorer og mål kræver således ofte udvikling af eksisterende data-infrastrukturer.

Ydre omstændigheder

Ny styring i et patientperspektiv eksisterede ikke isoleret fra andre dagsordner. Selvom de enkelte afdelinger principielt set var undtaget DRG-registrering, så var de stadig afdelinger på et hospital, som foretog DRG-registrering, og derfor i sidste ende del af det større hospitalsregnskab, hvorfor de i praksis ikke var fuldstændigt DRG-undtaget. Ydermere påvirkede politiske dagsordner vedrørende indførelse af diverse behandlingsgarantier og -pakker afdelingerne til at have fokus på aktivitet, hvilket i nogle tilfælde (ikke alle) var i konflikt med og forstyrrende for afdelingens arbejde med *Ny styring i et patientperspektiv*.

DRG er således blot en af flere faktorer, der indgår i afdelinger og hospitalers styring. Endvidere gør der sig en indre faktor gældende i form af de sundhedsprofessionelles faglighed og professionelle etos i forhold til kvalitet og patienter, som på mange måder kan ses som en modvægt til diverse 'perverse incitamenter'.

Taksigelser

Forskergruppen bag følgeforskning i *Ny styring i et patientperspektiv* ønsker at takke følgende personer for faglig sparring på forskellige tidspunkter i forskningsprocessen:

- Karsten Vrangbæk, professor, Institut for Statskundskab og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
- Tor Iversen, professor, Department of Health Management and Health Economics, University of Oslo
- Roland Bal, professor, Institute of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam
- Iris Wallenburg, assistant professor, Institute of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam

Referencer

1. Søgaard R, Kristensen S R, Bech M. Incentivising effort in governance of public hospitals: Development of a delegation-based alternative to activity-based remuneration. *Health Policy* 2015;119(8):1076-85.
2. Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet. København, maj 2013.
3. Larsen KN, Kristensen SR, Søgaard R. Autonomy to health care professionals as a vehicle for value-based health care? Results of a quasi-experiment in hospital governance. *Social Science & Medicine*. 2018;196:37-46.
4. Søgaard R, Kristensen SR, Sutton. The effect of increased autonomy for hospital departments on health outcomes and efficiency: A Danish quasi-experiment. 2018. (manuskript under bedømmelse).
5. Søgaard R. Forsøk med verdibasert finansiering av sykehus i Danmark. Keynote på det norske årsmøde for sundhedsøkonomer. Oslo, maj 2018.
https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/arrangementer/2018/dokumenter/rikke_sogaard.pdf.
6. Søgaard R, Kristensen SR, Sutton M. The effect of increased autonomy for hospital departments on health outcomes and efficiency: Results from a quasi-experiment of value-based health care in Denmark. Foredrag på den Europæiske konference for sundhedsøkonomi. Maastricht, juni 2018.
7. Søgaard R. Forsøg med ny styring i Region Midtjylland. Foredrag på det danske årsmøde for sundhedsøkonomer. Odense, september 2018.
8. Bonde M, Danholt P, Bossen C. Translating Value-Based Health Care: An Experiment into Healthcare Governance and Dialogical Accountability. *Sociology of Health and Illness*. 2018;40(7):1113-26.
9. Bonde M, Bossen C, Danholt P. Performing performance regimes: A case study of governance in Danish Healthcare. *Organisation Studies* (manuskript under bedømmelse).
10. Bonde M, Danholt P, Bossen C. Investigating the work of repurposing healthcare data. *Health Informatics Journal*, 2018 (accepteret til udgivelse).

