

Værdibaseret Sundhed i Rigshospitalets Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme

Evaluering af Region Hovedstadens forsøg med værdibaseret sundhed i en højt specialiseret hospitalsenhed



Marie Henriette Madsen, Arendse Tange Larsen og Jakob Kjellberg

*Værdibaseret Sundhed i Rigshospitalets Center for Hjerte-, Kar-,
Lunge- og Infektionssygdomme – Evaluering af Region Hovedstadens
forsøg med værdibaseret sundhed i en højt specialiseret
hospitalsenhed*

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-800-3

Modelfoto: Cathrine Kjærø Ulf Ertmann/VIVE

Projekt: 211415

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Værdibaseret Sundhed (tidligere: Værdibaseret Styring) har været på dagsordenen i det danske sundhedsvæsen siden 2015. Flere danske hospitaler og hospitalsafdelinger er siden da blevet fritaget fra takststyring med henblik på at skabe en ny styringsramme, hvor patientforløb kunne organiseres på nye måder med henblik på at skabe værdi for patienterne inden for de givne økonomiske rammer. Denne rapport omhandler et af disse forsøg (VBS-projektet) – her i Rigshospitalets Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme.

Rapporten er rettet mod ledere og beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen og beskriver både processen med at udvikle og gennemføre konkrete initiativer inden for VBS-projektets rammer samt ledere og personales vurderinger af udbyttet heraf.

VIVE ønsker at rette en stor tak til de ledere og medarbejdere på Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme, som har bidraget med indsigt og vurderinger af VBS-projektet i interview og fremskaffet supplerende empirisk materiale til undersøgelsen. Desuden rettes en tak til de to eksterne reviewere, som har læst en tidligere version af rapporten og bidraget med kommentarer og forslag til skærper af undersøgelsens analyser.

Undersøgelsen er rekvireret af Region Hovedstaden.

Pia Kürstein Kjellberg
Forsknings- og analysechef, VIVE Sundhed
2020

Indhold

Sammenfatning.....	6
1 Introduktion.....	11
1.1 Formål og anvendte metoder.....	12
1.2 Læsevejledning.....	13
2 Værdibaseret styring i Danmark og centret.....	15
2.1 Fra Value Based Healthcare til afprøvning i en dansk kontekst.....	15
2.2 Fra regional beslutning til et lokalt projekt.....	16
3 En ny økonomisk styringsmodel.....	19
3.1 Udviklingen i den generelle aktivitet i centret.....	23
3.2 Erfaringerne med en ændret økonomisk styringsramme.....	19
3.3 Kapitlets hovedfund.....	23
4 Etablering af hjerteklapenhed.....	27
4.1 Delprojektets indhold og forløb.....	27
4.2 Udbytte og konsekvenser ved etablering af hjerteklapenhed.....	32
4.3 Hjerteklapenheden i fremtiden.....	36
4.4 Kapitlets hovedfund.....	36
5 Fælles styrket visitation.....	38
5.1 Delprojektets indhold og forløb.....	39
5.2 Oplevede erfaringer med fælles styrket visitation.....	40
5.3 Fælles styrket visitation i fremtiden.....	41
5.4 Kapitlets hovedfund.....	42
6 Afklarende samtale for patienter henvist til ablation.....	43
6.1 Delprojektets indhold og forløb.....	44
6.2 Oplevede erfaringer med de afklarende samtaler.....	45
6.3 Afklarende samtaler i fremtiden.....	47
6.4 Kapitlets hovedfund.....	48
7 Ændret ambulatoriedrift.....	49
7.1 Delprojektets indhold og forløb.....	49
7.2 Oplevede erfaringer med ændret ambulatoriedrift.....	50
7.3 Kapitlets hovedfund.....	51
8 Opsamling og diskussion af hovedfund.....	52
8.1 Betydningen af en ændret økonomisk styringsramme.....	52
8.2 VBS-projektet som ramme for forandring.....	54
8.3 Udbyttet af VBS-projektet.....	54
8.4 Patientinddragelse vs. faglige vurderinger.....	55
9 Konklusion.....	57

Litteratur.....	59
Bilag 1 Undersøgelsens design og metode.....	61
Bilag 2 Udviklingen i antal ablationer og i ventetid til ablation.....	68

Sammenfatning

I 2017 igangsatte det tidligere Hjertecenter på Rigshospitalet (nu: Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme) et forsøg med Værdibaseret Styring¹ (VBS). Centret var udpeget som en af flere hospitalsorganisationer i Region Hovedstaden, som skulle eksperimentere med at arbejde under en ændret økonomisk styringsramme og med at organisere patientforløb på nye måder med henblik på at skabe værdi for patienterne inden for de givne økonomiske rammer.

Centret blev i perioden 2017-2019 fritaget fra den daværende takststyringsmodel og skulle i stedet arbejde inden for et fast rammebudget. Ideen var, at centret ikke skulle lade sig styre af økonomien, men af det, der gav værdi for patienterne.

En evaluering af forsøg med Værdibaseret Sundhed

VIVE har på opdrag fra Region Hovedstaden evalueret VBS-projektet ved at følge de processer, som har fundet sted i relation til udvikling og afprøvning af konkrete forandringer samt udbyttet heraf igennem hele den treårige projektperiode. VIVEs opdrag var:

- At undersøge og dokumentere centrets arbejde med værdibaseret styring (generelt):
 - Hvilke aktiviteter og tiltag er gennemført?
 - Hvilke erfaringer har ledere og personale gjort sig med de gennemførte tiltag?
- At undersøge og dokumentere hjertecentrets arbejde med redesign af udvalgte patientforløb:
 - Hvad er indholdet af nogle af de helt specifikke omlægninger, som centret har gennemført, og hvilket udbytte oplever ledelse og personale?

Evalueringen var oprindeligt designet som en programevaluering med en kvalitativ og en kvantitativ del. Den kvalitative del af undersøgelsen var designet, så den kombinerede observationer og interview med dokumentgennemgang med henblik på at forstå, hvilke aktiviteter og tiltag der blev sat i gang generelt og specifikt med afsæt hjertecentrets arbejde med redesign af patientforløb. Endvidere var formålet at opnå indblik i lederne og personalets oplevede udbytte heraf. Den kvantitative del af undersøgelsen var designet som et før/efter-registerstudie, der skulle undersøge udviklingen på udvalgte aktivitets- og kvalitetsmål med relevans for de ændringer, der blev igangsat som del af centrets redesign af patientforløb. Det viste sig dog ikke muligt at gennemføre på grund af udfordringer med datavaliditeten som følge af implementering af sundhedsreformen.

Den aktuelle undersøgelse er derfor baseret på det oprindeligt planlagte kvalitative datamateriale, suppleret med deskriptive analyser af aktiviteten før, under og efter forsøget.

Kvalitative data

Undersøgelsen er baseret på interview med centerledelsen, afdelingsledere, teamledere og personale i Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme og skriftligt materiale om de igangsatte initiativer i centret. Desuden er der foretaget observationer af workshops gennemført i centret, patientsamtaler introduceret som en del af VBS-projektet og af arbejdsgange, fysiske rammer og organisering i den nyetablerede hjerteklapenhed.

¹ Betegnes nu Værdibaseret Sundhed.

Interviewmaterialet er indsamlet ad tre omgange fordelt over projektets levetid. Første interviewrunde fandt sted i efteråret 2017, anden interviewrunde fandt sted i efteråret 2018, og sidste interviewrunde fandt sted i efteråret 2019. Observationerne er foretaget i efteråret 2019, dog med undtagelse af observationer af workshops, som fandt sted i efteråret 2017. De anvendte aktivitetsdata dækker perioden 2016-2019.

I analysen har der været fokus på at beskrive udviklingen i VBS-projektet og de konkrete initiativer, som blev sat i gang, og hvordan ledere og medarbejdere i centret over tid har forholdt sig til og engageret sig i de forskellige forandringsprocesser, og hvordan de er blevet påvirket af den ændrede økonomiske styringsramme. Endelig belyses ledere og personalets vurdering af udbytte og konsekvenser af VBS-projektets delelementer.

Kvantitative data

De kvantitative data består af udvalgte aktivitetsdata, herunder centrets generelle aktivitet, antal afsnitsskift pr. indlæggelse for endokardit-patienter samt antal udførte ablationer og ventetid til ablation. Disse data er udvalgt på baggrund af en vurdering af, hvor de gennemførte forandringer i centret kan have haft en betydning. Data er trukket for perioden 2017-2019.

Undersøgelsens hovedfund

Centret igangsatte en række initiativer til at kortlægge de eksisterende patientforløb med henblik på at skabe mere sammenhængende forløb, patientinddragelse og effektiv ressourceudnyttelse. Dette arbejde førte til en beslutning om at etablere en fælles enhed for patienter med sygdomme i hjerteklapperne og arbejde med visitationen af patienter på tværs af centrets kardiologiske og hjertekirurgiske afdelinger. Desuden har flere af centrets afsnit arbejdet med større eller mindre justeringer af eksisterende patientforløb. Herunder hører udvikling af en app-løsning² til indsendelse kliniske data med henblik på en mere behovsstyret planlægning i Hjertemedicinsk Ambulatorium, og en afklarende samtale for patienter med hjerterytmeforstyrrelse henvist til ablation³.

En ny økonomisk styringsmodel og udviklingen af alternative styringsmål

Centrets ledere og medarbejdere var som udgangspunkt positivt stemt over for en ny styringsramme med mindre fokus på aktivitet og mere fokus på faglig kvalitet og patientoplevelser. Der var bl.a. en forhåbning om større vægt på faglige beslutninger og patientinddragelse i relation til individuelle behandlingsvalg og den generelle organisering i centret.

Det var primært på ledelsesniveau, at man var blevet berørt af den ændrede økonomiske styringsramme. Her havde man mest direkte været i berøring med takststyringsmodellen, bl.a. i form af løbende aktivitetsopgørelser for centret som helhed og for de enkelte afdelinger og underafsnit. Takststyringsmodellen har udgjort en veldefineret styringsramme, som både har medvirket til en oplevelse af kontrol og handlerum, og det har krævet tilvænning at forlade aktivitet som pejlemærke. En reaktion, der også er set blandt ledere på andre hospitaler, hvor der er eksperimenteret med rammebudget frem for takststyring. Alligevel vurderede center- og afdelingsledere, at VBS-projektet har medført nye muligheder for at inddrage patienter i egne behandlingsvalg og fokusere på det samlede patientforløb i planlægningen af centrets patientforløb.

² Udviklingen af denne app skete i samarbejde med Center for IT, Medico og Telefoni samt Regionens Videnscenter for Telemedicin.

³ En behandlingsmetode, hvor en lille del af hjertevævet varmebehandles med henblik på at bremse hjerterytmeforstyrrelsen.

På personaleniveau havde den aktuelle økonomiske styringsmodel ikke direkte indflydelse på det daglige arbejde, og skiftet til et rammebudget blev derfor heller ikke oplevet som en mærkbar forandring. Desuden havde andre styringsrammer, som udrednings- og behandlingsgarantier samt centrets fortsatte populationsansvar som højt specialiseret behandlingsenhed, fortsat betydning og medvirkede til en uændret oplevelse af at levere et konstant, højt aktivitetsniveau. Dette afspejles også i centrets aktivitetsdata, hvor der kun ses mindre udsving igennem hele projektperioden.

Som alternativ til aktivitetsstyring blev der i centret arbejdet med udvalgte patientnære kvalitetsmål, som centret i stedet skulle styre efter. På grund af udfordringer med at få data ud af Sundhedsplatformen i projektperioden var det i praksis ikke muligt at trække og dermed følge disse alternative styringsmål. Det bidrog også til en oplevelse af, at styringsrammen ikke var mærkbart forandret.

Etablering af en ny hjerteklapenhed

På tværs af centrets kardiologiske og thoraxkirurgiske afdeling blev der etableret en fælles enhed for patienter med hjerteklapsygdomme. De primære argumenter for en sammenlægning var en forventet udvikling i behandlingsmetoder, som ville medføre stigende behov for samarbejde på tværs af specialerne, et organisatorisk behov for at bryde med den eksisterende søjleopdeling og patienters ønske om mere sammenhængende forløb. Beslutningen om at etablere en hjerteklapenhed blev dog mødt med skepsis, idet man både anså beslutningsgrundlaget for mangelfuldt, og fordi der var en forventning om, at en fusion af enheder ville medføre opsigelser blandt sygeplejerskerne og dermed kompetencefald. Der var tale om en relativt stor organisationsforandring – særligt på sygeplejerskesiden – som betød ansvar for nye patientgrupper, ændret organisatorisk tilhørsforhold og ændrede muligheder for samarbejde mellem visse enheder. Desuden var der en bekymring for, at den behandlingskvalitet, som lå i specialerne, ville gå tabt, og generelt var der en oplevelse både på ledelsesniveau og blandt personale af, at faglige argumenter havde fået for lidt plads i beslutningen om at etablere en hjerteklapenhed.

Etableringen af hjerteklapenheden fik betydning for fastholdelsen af sygeplejerskerne, og vurderingen fra både ledere og personale var, at der var sket et midlertidigt fald i kompetenceniveauet på sygeplejerskesiden. Denne undersøgelse har ikke haft til formål at undersøge udviklingen i centrets behandlingskvalitet og gør ikke brug af empirisk materiale, som kan belyse dette spørgsmål. En patientgruppe – endokardit⁴-patienter – har tilsyneladende færre overgange mellem afsnit i centret, men ledere og personale vurderede, at kontinuiteten var forbedret for denne gruppe patienter. Flere af de interviewede ledere og medarbejdere i centret vurderede endvidere, at en stabilitet i hjerteklapenhedens personalegruppe – og dermed også i kompetenceniveau – var afgørende for at høste en faglig merværdi af organisationsændringen. Derfor har nyansættelser og oplæring af sygeplejersker i kardiologisk og kirurgisk sygepleje fyldt meget i hjerteklapenhedens første år. Arbejdsgangene i de to sammenlagte afsnit foregik ved VBS-projektets afslutning fortsat relativt uafhængigt, men afdelingsledere og hjerteklapenhedens teamledelse gav udtryk for et potentiale for mere samarbejde på sigt, og at udvikling af dette samarbejde er næste skridt i den videre udvikling af hjerteklapenheden.

Fælles styrket visitation

Med det formål at sikre det bedst mulige behandlingsvalg for patienter visiteret til at få foretaget en klapoperation er der introduceret patientsamtaler for patienter henvist til behandling for hjertesygdom, men hvor man er i tvivl, om dette er det rette behandlingsvalg. Der har i en årrække

⁴ Betændelse i hjerteklappen.

været indført en sygeplejerskesamtale for patienter henvist til kateteroperation, men her deltager nu også læger. (Videre)udviklingen af disse samtaler blev anset for at være et meningsfuldt initiativ både ud fra et fagligt perspektiv og fra et patientperspektiv, fordi det forventedes at kunne sikre det bedste behandlingsvalg. Desuden gav det mulighed for også at beslutte at fravælge operation eller kateterbehandling og var derfor også ud fra et ressourcemæssigt perspektiv meningsfuldt, da man derved kunne undgå unødige indgreb.

Lederes og det involverede personales erfaring var efter afprøvning af disse samtaler, at samtalerne bidrog til en kvalificering af behandlingsvalg for de patienter, der var kandidater til begge typer af operation. Denne undersøgelse inkluderer ikke patienters vurdering af disse samtaler, men personalet, som gennemførte samtalerne, vurderede, at de også bidrog til en tryghed hos patienterne, som modtog grundig information om deres sygdom og det valgte indgreb.

Afklarende samtaler for patienter henvist til ablation

Den afklarende samtale for patienter henvist til ablation var blevet pilottestet i Dag hospitalet under Hjertemedicinsk Afdeling på en lille gruppe udvalgte patienter. Formålet med denne samtale var også at styrke beslutningen om behandlingsvalg – i dette tilfælde, om patienter skal tilbydes en ablation eller fortsætte i andre typer af behandling. Ledere og personales erfaringer fra denne pilottest var ligeledes, at samtalen bidrog til individualiserede behandlingsforløb og desuden bidrog til patienters tryghed, fordi de modtog grundig information om fordele og ulemper ved ablation og fik etableret en kontakt til Dag hospitalet. Eftersom at der er tale om et pilotprojekt, var der ved VBS-projektets afslutning kun udført ganske få samtaler (21 i alt), og det var derfor ikke muligt at spore en udvikling i antal udførte ablationer og i ventetid til ablation.

Ændret ambulatoriedrift

I centrets ambulatorie har man arbejdet med at udvikle en app-løsning, hvor patienter på ugebasis kan sende information om fx vægt og blodtryk til appen MinSP, hvorfra ambulatoriets personale kan vurdere patientens sygdomsstatus. Formålet er at bidrage til en mere fleksibel ambulatoriedrift, hvor kun de patienter, som har behov for at se en læge, møder fysisk op.

Appen var kun lige taget i anvendelse ved VBS-projektets afslutning, og det kan derfor kun konstateres, at de tekniske forhold er brugbare for både patienter og personale.

Tværgående konklusion

På tværs af de fund, der knytter sig til de enkelte dele af VBS-projektet, konkluderes følgende:

Der ses en tendens til en let faldende aktivitet (antal indlæggelser, ambulante og virtuelle kontakter) i centret, men denne udvikling skyldes andre samtidige forhold, herunder implementering af Sundhedsplatformen. Det er primært på ledelsesniveau, at man har været berørt af den økonomiske styringsramme, og her der en oplevelse af at have mistet et pejlemærke og et fortsat behov for at holde sig orienteret om, hvorvidt centret leverer de nødvendige ydelser. På de øvrige niveauer i organisationen mærkes den ændrede ramme ikke, og der er en oplevelse af et fortsat stort pres på at levere et højt aktivitetsniveau, bl.a. grundet andre samtidige styringskrav. Det kan derfor konkluderes, at overgangen fra takststyring til et rammebudget ikke i sig selv har bidraget til en oplevelse af en markant anderledes styringsramme, men VBS-projektet har som helhed medvirket til, at der opstod et momentum, som kunne bruges til at understøtte forandringsprojekter, som havde til formål at styrke patientinddragelse og understøtte bedre behandlingsvalg.

VBS-projektet virkede fra start appellerende og motiverende for både ledere og personale i centret pga. forventninger om mere fokus på faglighed, patientoplevelser og udbyttet af patientforløb frem for et ensidigt fokus på aktivitet og effektivitet. Som en del heraf blev der udviklet og gennemført spørgeskemaundersøgelser af patienternes oplevelse af inddragelse og igangsat et pilotprojekt om indsamling af PRO⁵-data. De alternative styringsmål, som centret opstillede, kom dog aldrig i brug pga. et tidsmæssigt sammenfald med implementering af Sundhedsplatformen og de deraf følgende udfordringer med at trække de nødvendige data i systemet. Derfor efterspurgte ledere og personale i centret ved VBS-projektets afslutning styringsmål, som kan erstatte eller supplere aktivitetsmål, der opleves som fagligt meningsfulde samt forpligter både på klinisk, administrativt og politisk niveau.

Ledere og personale i centret vurderede, at de igangsatte initiativer relateret til en styrket dialog med patienter forud for deres behandlingsforløb i centret har bidraget til eller viser et potentiale for mere kvalificerede behandlingsvalg, inddragelse af patienters præferencer og oplevelsen af at levere ydelser på et højt fagligt niveau. Der er her tale om justeringer i eller tilføjelser til allerede eksisterende patientforløb og arbejdsgange i centret relateret til udfordringer, som ledere og medarbejdere i de enkelte kliniske afsnit selv har udpeget og søgt løsninger på. Disse initiativer har ikke været afhængige af VBS-projektet, men har fået rygstød, idet VBS-projektet gjorde det muligt at skabe en modvægt til den effektiviseringstankegang, som har præget centret (og sundhedsvæsenet generelt).

Ledere og personale var ikke i mål med implementeringen af hjerteklapenheden ved VBS-projektets afslutning, og der var en oplevelse af, at de potentielle faglige gevinster ikke var fuldt ud indfriet. Etablering af den nye hjerteklapenhed har været den mest indgribende forandring som følge af VBS-projektet med betydning både for ledelsesstruktur, arbejdsgange og samarbejdsrelationer, og undervejs i projektperioden var der uenighed om det potentielle udbytte af denne reorganisering. Desuden var der blandt ledere og personale på klinisk niveau en oplevelse af, at faglige vurderinger havde fået for lille vægt i den endelige beslutning om den valgte reorganisering.

VBS var bl.a. en reaktion på den eksisterende økonomiske styringsramme og en oplevelse af, at kvaliteten i de leverede ydelser i sundhedsvæsenet var nedprioriteret til fordel for antallet af ydelser. I denne undersøgelse ses det til gengæld, at der som del af arbejdet med dette specifikke VBS-projekt opstod en diskussion af balancen mellem patientinddragelse og faglige vurderinger. Patientinddragelse blev oplevet som meningsfuldt af det sundhedsfaglige personale, når der fortsat var plads til en faglig vurdering, og når det bidrog til individuelle behandlingsvalg. I modsætning hertil blev patientinddragelse mødt med skepsis, når der var en oplevelse af, at den faglige vurdering blev nedprioriteret.

⁵ PRO: Patient Reported Outcomes. Patientrapporterede data, som indsamles systematisk.

1 Introduktion

Denne rapport afslutter undersøgelsen af ledere og medarbejderes arbejde med værdibaseret styring/sundhed (se boks 1.1) i Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme på Rigshospitalet. Centrets arbejde med værdibaseret styring er et af flere forsøg i Region Hovedstaden, men dette projekt med specifikt fokus på et forsøg udført i en højt specialiseret hospitalsenhed.

Boks 1.1 Begrebsafklaring: værdibaseret styring eller værdibaseret sundhed?

Michael E. Porters koncept Value Based Healthcare blev på dansk oversat til *værdibaseret styring*. Denne oversættelse betonedede åbenlyst et styringselement, hvilket også blev formuleret som en del af ambitionen med at arbejde med Porters koncept, bl.a. i de økonomiaftaler, som blev indgået mellem regeringen og Danske Regioner i 2015 (se afsnit 2.1). Med tiden blev ambitionen om at udvikle en helt ny styringsmodel for de danske hospitaler nedtonet, og i løbet af 2018 begyndte Danske Regioner at bruge betegnelsen *værdibaseret sundhed*. Center for Hjerte-, Kar, Lunge- og Infektionssygdomme valgte også at bruge den nye betegnelse, selvom Region Hovedstaden fastholdt værdibaseret styring, bl.a. i relation til det midlertidige politiske udvalg for værdibaseret styring. I 2019 vedtog regionens politikere en model for værdibaseret sundhed⁶ og har siden også anvendt denne betegnelse.

I denne rapport vil betegnelsen 'værdibaseret styring' kun blive brugt i relation til en gennemgang af baggrunden for det konkrete projekt, som denne rapport omhandler. Derefter bruges forkortelsen VBS, fx VBS-projektet.

Boks 1.2 Begrebsafklaring: nyt centernavn undervejs i projektperioden

Undervejs i projektperioden skete der en række organisationsforandringer på Rigshospitalet, der bl.a. betød, at Rigshospitalets daværende Hjertecenter fusionerede med Karkirurgisk- og Infektionsmedicinsk Afdeling fra 1. januar 2019. Som følge heraf skiftede centret navn til Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme.

Denne undersøgelse beskæftiger sig udelukkende med det projekt, som begyndte og fandt sted i det tidligere Hjertecenter. I rapporten anvendes dog enten det nuværende navn, Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme, eller blot centret.

Regionsrådet i Region Hovedstaden besluttede i 2016 at gøre centret til et højt specialiseret laboratorium for værdibaseret styring. Projektet startede i januar 2017 og blev afsluttet i december 2019. I denne periode var centret fritaget fra takststyring og ville ikke blive økonomisk reguleret i tilfælde af mindre aktivitet i perioden. Intentionen var, at centret dermed kunne arbejde med forbedringsprojekter, der i højere grad fokuserede på patientnære kvalitetsmål og en mere forløbsorienteret tilgang i måden at organisere patientforløbene (Hjertecentret 2017).

De regionale forsøg med værdibaseret styring udsprang af Micheal E. Porters ideer om 'Value Based Healthcare' (Porter & Teisberg 2006, Porter 2010, Porter & Lee 2013, Højgaard, Wolf

⁶ Region Hovedstadens model for værdibaseret sundhed blev vedtaget af Regionsrådet i november 2019, og var udviklet af det midlertidige politiske Udvalg for Værdibaseret Styring. Modellen indeholder en vision og en række pejlemærker ift. at skabe mere værdi for patienterne inden for de gældende økonomiske rammer (Region Hovedstaden 2019).

& Bech 2016), men centret fik frie rammer til at udvikle projektet og definere lokale mål og indsatser. I den oprindelige projektplan fremgår reorganisering af centrets patientforløb med henblik på at skabe mere sammenhængende forløb, fokus på patientinddragelse og effektiv ressourceudnyttelse som et af de centrale indsatsområder. I projektets begyndelse gennemførte centret en række kortlægninger og analyser, som havde til formål at skabe indsigt i centrets patientforløb og patienternes oplevelse af og ønsker til inddragelse og deres oplevelse i relation til udvalgte patientforløb. Med udgangspunkt i dette forberedende arbejde har en væsentlig del af VBS-projektet handlet om organisatorisk og fysisk sammenlægning af kliniske afsnit med ansvar for patienter med sygdomme i en hjerteklap (hjerteklapenheten). Derudover blev VBS-projektet et afsæt for at arbejde videre med udviklingsprojekter, som allerede var i støbeskeen i nogle af centrets afsnit, og som også blev en del af centrets forbedringsarbejde inden for VBS-projektets rammer.

Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme har i forbindelse med afslutningen på VBS-projektet selv udarbejdet en beskrivelse af de konkrete initiativer, der er arbejdet med i projektperioden. Her kan man også læse om de erfaringer, som ledelse og medarbejdere fremhæver som følge af projektet (Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme 2019).

1.1 Formål og anvendte metoder

VIVE har fulgt centrets arbejde med VBS i hele projektperioden. VIVEs opdrag var:

- At undersøge og dokumentere centrets arbejde med værdibaseret styring (generelt):
 - Hvilke aktiviteter og tiltag er gennemført?
 - Hvilke erfaringer har ledere og personale gjort sig med de gennemførte tiltag?
- At undersøge og dokumentere hjertecentrets arbejde med redesign af udvalgte patientforløb:
 - Hvad er indholdet af nogle af de helt specifikke omlægninger, som centret har gennemført, og hvilket udbytte oplever ledelse og personale?

Undersøgelsens oprindelige design bestod af en kvalitativ analyse med fokus på processen med at definere, udvikle og gennemføre konkrete forandringer som del af VBS-projektet og en kvantitativ analyse med fokus på udviklingen i centrets aktivitet, økonomiske omkostninger og patientnære kvalitetsmål for udvalgte patientforløb. Undervejs i projektførelsen blev det dog besluttet⁷ at nedjustere den kvantitative del af undersøgelsen. Implementeringen af Sundhedsplatformen medvirkede til udfordringer både i relation til registrering og træk af data om centrets aktivitet, hvilket både udfordrede centrets eget arbejde med nye styringsmål, og som også ville udfordre VIVEs kvantitative effekt- og omkostningsanalyser. I stedet kom undersøgelsen til at bestå af en primært kvalitativ undersøgelse suppleret med deskriptive aktivitetsdata. Den kvalitative undersøgelse skulle til gengæld følge VBS-projektet i hele projektperioden, og der blev derfor indsamlet empiri ad tre runder.

Første runde empiriindsamling blev gennemført ved årsskiftet 2017/18, dvs. cirka et år efter VBS-projektets start. Empirien bestod af observationer af en række workshops, som blev afholdt med det formål at skabe indsigt i, hvor og hvordan udvalgte patientforløb kunne redesignes, så de i højere grad var tilrettelagt efter patientens behov og med større sammenhæng.

⁷ Beslutningen blev truffet i februar 2018 på baggrund af en fælles drøftelse mellem Region Hovedstaden, Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme og VIVE af bl.a. tilgængeligheden af data.

Derudover blev der gennemført interview med ledere og involverede medarbejdere med det formål at undersøge de indledende forventninger og holdninger til VBS-projektet.

Anden runde empiriindsamling foregik i efteråret 2018 og bestod ligeledes af interview med ledere og medarbejdere. Formålet med disse interview var at undersøge processen med at udvikle og igangsætte konkrete tiltag i centret som en del af VBS-projektet samt de aktuelle udfordringer, forventninger og erfaringer med dette arbejde.

Tredje runde empiriindsamling fandt sted i efteråret 2019, dvs. i VBS-projektets sidste fase. Igen blev der gennemført interview med ledere og medarbejdere, og desuden blev der foretaget observationer af aktiviteter relateret til de initiativer, som centret havde arbejdet med som del af VBS-projektet.

Som et supplement til den kvalitative undersøgelse er der rekvireret tilgængelige kvantitative opgørelser over aktiviteten relateret til de udviklingsområder, som der er arbejdet med. Disse data er trukket fra centrets egne ledelsesinformationssystemer og leveret til VIVE på aggregere niveau

I *analysen* af det empiriske materiale er der lagt vægt på at udfolde den udvikling, der er sket i projektet, fra VBS blev introduceret som en teoretisk ide til en udmøntning i konkrete indsatser i centret. Under den første runde empiriindsamling var det tydeligt, at centrets ledelse og medarbejdere tillagde VBS forskellig betydning og udtrykte forskellige forhåbninger til VBS-projektet. De lod sig med andre ord motivere af projektet på forskellig vis. I lyset af, at projektet har udviklet sig undervejs, er der i analysen fokus på at undersøge, hvad forskellige aktører i centret over tid har forholdt sig til og engageret sig i i de forskellige indsatser over tid. Der er i analysen også lagt vægt på at undersøge, hvordan de forskellige ledere og personale i centret har forholdt sig til og er blevet påvirket af den ændrede økonomiske ramme og VBS som potentiel styringsmodel. Endelig er det undersøgt, hvilket udbytte og konsekvenser ledere og personale vurderer, at de konkrete indsatser har haft i centret. Disse vurderinger er suppleret af de kvantitative data. Undersøgelsens design og metode udfoldes nærmere i Bilag 1.

1.2 Læsevejledning

Rapporten er struktureret som følger.

I kapitel Bilag 1 beskrives det empiriske materiale, som ligger til grund for undersøgelsen, og de metoder, der er anvendt til empiriindsamling og -analyse.

I kapitel 2 følger en gennemgang af, hvordan value based healthcare blev introduceret i en dansk kontekst, og den proces der fulgte, hvor centret blev udpeget som højt specialiseret laboratorium for afprøvning af VBS. I dette kapitel indgår også en kort beskrivelse af VBS-projektets formål og de indsatsområder, som blev defineret i VBS-projektet.

Kapitel 3 omhandler ledere og medarbejderes erfaringer med at være underlagt en økonomisk styringsmodel, hvor der ikke længere er samme fokus på aktivitet, som i den tidligere takststyringsmodel. I dette kapitel fremgår desuden en oversigt over udviklingen i den generelle aktivitet i centret med henblik på at illustrere en eventuel påvirkning af den ændrede styringsramme på udvalgte mål.

Kapitel 4-7 omhandler de forbedringsinitiativer, som der er arbejdet med i centret som en del af VBS-projektet – dvs. etablering af en ny hjerteklaphed (kapitel 4), Fælles Styrket Visitation

(kapitel 5), afklarende samtaler for patienter henvist til ablation (kapitel 6) og ændret ambulatoriedrift (kapitel 7). I de enkelte kapitler er der lagt vægt på at beskrive indholdet i hvert enkelt initiativ samt ledere og medarbejderes oplevede erfaringer og vurderede udbytte af initiativet samt deres overvejelser omkring fremtidsperspektiver. I hvert kapitel fremgår en boks, der forklarer centrale fagtermer.

Rapporten afsluttes med en tværgående diskussion (Kapitel 8), hvor de specifikke erfaringer fra de enkelte delelementer i VBS-projektet opsamles og diskuteres i relation til eksisterende viden om VBS. Rapporten afsluttes med en samlet konklusion (Kapitel 9).

2 Værdibaseret styring i Danmark og centret

I dette kapitel beskrives det, hvordan værdibaseret styring blev introduceret til det danske hospitalsvæsen, og hvordan centret blev et af flere pilotprojekter for arbejdet med værdibaseret styring på danske hospitaler. Centrets konkrete indsatsområder beskrives også i dette kapitel.

2.1 Fra Value Based Healthcare til afprøvning i en dansk kontekst

Værdibaseret styring kom på dagsordenen i Danmark i 2015 som et muligt svar på den kritik, der blev fremført i relation til den eksisterende økonomiske takststyringsmodel. Der var en efterspørgsel efter en styringsramme, der i højere grad fokuserede på den kvalitet, de danske hospitaler leverede, frem for antallet af leverede ydelser. Michael E. Porters model for Value Based Healthcare blev præsenteret som et muligt alternativ (Burau et al. 2018, Møller Pedersen 2017).

Porter efterspurgte også et sundhedsvæsen, der frem for primært at være drevet af incitamenter til at levere flere ydelser i højere grad var styret af incitamenter til at forbedre outcome af de leverede ydelser (Porter & Teisberg 2006). I sin essens består Value Based Healthcare af en omkostningsbrøk, hvor værdien af sundhedsvæsenets ydelser defineres som sundhedsrelateret effekt af betydning for patienterne divideret med omkostningerne af det samlede forløb. Dertil er der formuleret seks forslag til organisatorisk indretning af sundhedsvæsenet⁸:

1. Behandlingen skal organiseres i integrerede enheder: Behandlingsindsatsen skal organiseres i enheder omkring den enkelte patientgruppes behov – dette som en modsætning til en organisering baseret på lægefaglige specialer.
2. Resultat (outcome) og omkostninger skal opgøres for hver enkelt patient: For hver patient opstilles de ønskede resultater (outcome) på kort og lang sigt.
3. Samlet betaling for hele pakkeforløb (bundled payments): Dette i modsætning til enkelt-ydelser.
4. Et integreret sundhedsvæsen, hvor aktiviteterne for en patientgruppe samles og koordineres.
5. Udvidelse af geografisk optageområde: Der sikres et tilstrækkeligt patientgrundlag til at opretholde kvaliteten i den leverede behandling og dermed en mere omkostningseffektiv anvendelse af ressourcer.
6. Opbygning af relevant it-plattform: Det skal være let at udtrække resultater af det enkelte patientforløb og udveksle relevante data og dermed at understøtte det kliniske arbejde og sikre en omkostningseffektiv behandling.

Regeringen og Danske Regioner blev med Økonomiaftalerne fra 2016 (Regeringen & Danske Regioner 2015) enige om at afsætte midler til at eksperimentere med nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring. I alle regioner blev der således igangsat eksperimenter med værdibaseret styring men med forskelligt fokus og på forskellige afdelinger og hospitaler (Højgaard, Wolf & Bech 2016).

⁸ Beskrivelsen af de enkelte komponenter er taget fra (Højgaard, Wolf & Bech 2016).

2.2 Fra regional beslutning til et lokalt projekt

I Region Hovedstaden blev det der i budgetaftalen for 2016 ligeledes formuleret en beslutning om at lade udvalgte hospitaler eller hospitalsafdelinger gøre forsøg med værdibaseret styring. Rigshospitalets daværende Hjertecenter blev udpeget som en af flere hospitalsenheder, der skulle arbejde med værdibaseret styring og skulle repræsentere en højt specialiseret enhed. Der fulgte ikke yderligere krav til de hospitalsorganisationer, som var udpeget til at eksperimentere med værdibaseret styring, og de skulle selv formulere projektprogrammer, der konkretiserede lokale mål og indsatsområder. Dog skulle projektprogrammerne godkendes af Regionsrådet, og det midlertidige politiske Udvalg for Værdibaseret Styring fulgte desuden udviklingen i de enkelte projekter via løbende tilbagemeldinger fra ledelse og medarbejdere samt følgeforskning og systematiske erfaringsopsamlinger (Madsen et al. 2019, Max Martin, Grøn & Madsen 2019, Center for Økonomi & Center for HR 2019, Center for Økonomi & Center for HR 2018).

Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme blev, i lighed med de øvrige hospitalsenheder udpeget til at arbejde med værdibaseret styring, fritaget fra økonomisk takststyring og blev i stedet tildelt et rammebudget i den treårige projektperiode (2017-2019). I Region Hovedstadens budgetaftale fremgår det, at man ønskede "... at styrke hospitalernes rammebetingelser for at skabe størst mulig værdi for patienterne inden for de givne budgetter. Det kunne fx være kvalitet, service eller sammenhængende patientforløb" (Region Hovedstaden 2015).

I budgetaftalen (Ibid) blev der desuden formuleret følgende hensigt med at gøre Rigshospitalets Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme til laboratorium for værdibaseret styring:

Her skal vi afprøve nye styringsmæssige muligheder på et stort fagligt ensartet, højt specialiseret og forskningsstærkt center. Fokus skal flyttes fra aktivitet til en række målepunkter, der giver værdi for patienten, som fx overlevelse, re-operation forblødning, smerter, forløbstider og andre målepunkter for, hvordan patienten oplever kvalitet og ikke mindst livskvalitet. (Region Hovedstaden 2015)

Da centret blev udpeget som pilotprojekt for værdibaseret styring var der allerede igangsat en strategiudviklingsproces, hvor ledere og medarbejdere var i gang med at beskrive udviklingstendenser inden for det hjertemedicinske og hjertekirurgiske område og formulere relevante kvalitetsmål. Disse aktiviteter blev ifølge den daværende programleder integreret som baggrund for centrets videre arbejde med værdibaseret styring. Desuden blev der igangsat et arbejde med at kortlægge og lave omkostningsberegninger for samtlige patientforløb i centret som en del af det forberedende arbejde knyttet til projektprogrammet.

I centrets projektprogram (Hjertecentret 2017) blev der formuleret følgende formål:

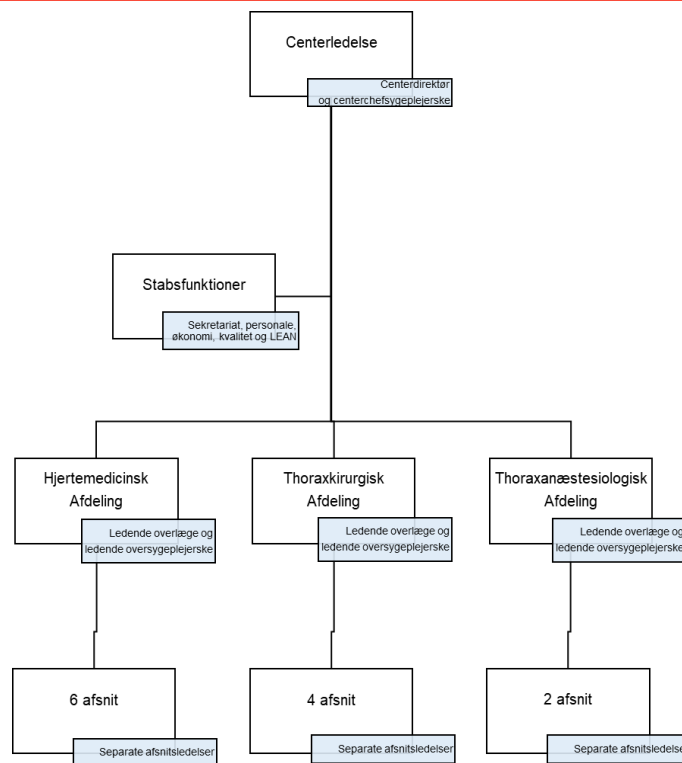
- Øget faglig kvalitet med udgangspunkt i patientnære kvalitetsmål
- Forbedret sammenhæng i patientforløbet
- Øget patienttilfredshed og styrket patientinddragelse
- Effektiv ressourceudnyttelse.

Projektprogrammet udpegede også en række hovedaktiviteter, som skulle være i centrum for den treårige projektperiode. Disse var:

- Afprøvning af en værdibaseret styringsmodel
- Redesign af patientforløb
- Styrket samarbejde med visiterende og modtagende specialer
- Formaliseret patientinddragelse.

I projektprogrammet blev der beskrevet en klar forventning om organisatoriske ændringer med henblik på at modvirke 'søjletænkning' og understøtte et mere fleksibelt arbejde på tværs af specialer og de tre afdelinger. Målet var, at patienter skulle opleve mere sammenhængende patientforløb. Det var hensigten at lave redesign-processer for alle patientforløb, men der blev til at starte med taget udgangspunkt i patientforløb for patienter med endokardit og patienter med subakut CABG (se boks Boks 4.1 for afklaring af disse begreber), da disse forløb involverede både Kardiologisk og Thoraxkirurgisk Afdeling i centret (se det daværende organisationsdiagram i Figur 2.1). Disse forløb blev ifølge programlederen også vurderet som relativt ukomplicerede og derfor velegnede til at skabe de første erfaringer med redesign-processen.

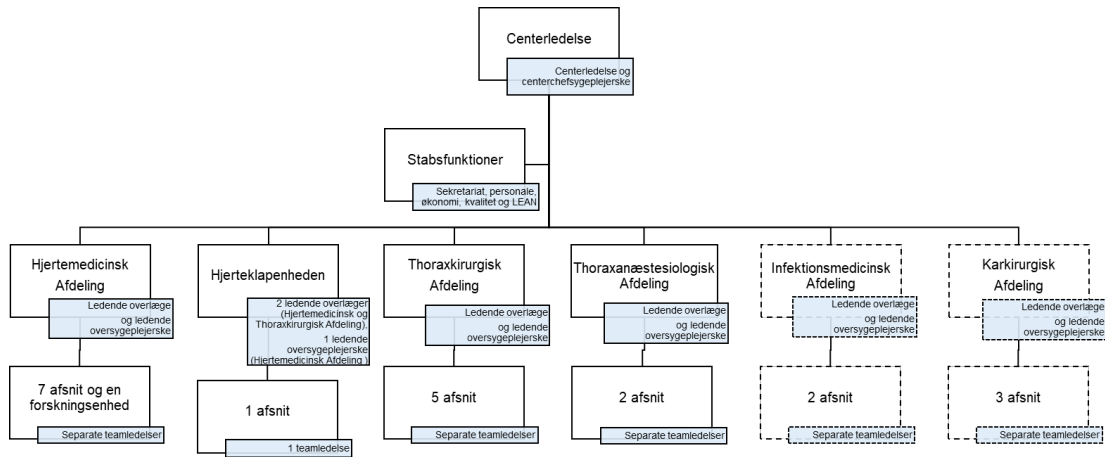
Figur 2.1 Centrets organisering ved VBS-projektets start



Konkret bestod redesign-processen af en serie af workshops, hvor en arbejdsgruppe bestående af læger og sygeplejersker skulle arbejde med de pågældende patientforløb og komme med forslag til, hvordan de kunne tilrettelægges på andre måder. I nogle af disse workshops blev der også inddraget patienter til at give feedback på de forløb, de havde gennemgået og bringe deres erfaringer ind i overvejelserne om redesign af de pågældende patientforløb. Disse workshops gav bl.a. anledning til at diskutere, hvordan patientforløbene for endokarditpatienter kunne organiseres, så de fremstod mere sammenhængene og uden mange skift internt mellem afdelinger og afsnit i centret. Der var stor uenighed i centret om, hvordan man konkret skulle gribe denne opgave an, men redesign-processen førte ultimativt til en beslutning om at etablere

et samlet afsnit for patienter med sygdomme i hjerteklapperne (se nyt organisationsdiagram i Figur 2.2).

Figur 2.2 Centrets organisering ved VBS-projektets afslutning



Note: Afdelinger markeret med stiplede linjer indgår ikke i denne undersøgelse, jf. boks 1.2

Desuden blev et væsentligt fokus i flere af de konkrete projekter at udvikle og arbejde med metoder til at inddrage patienter i egne behandlingsvalg samt udvikle og arbejde med metoder og teknologier, som kunne medvirke til at undgå unødvendige forløb og patientkontakter i centret:

- I både Hjertemedicinsk Afdeling og Thoraxkirurgisk Afdeling blev der indført samtaler med patienter henvist til åben hjertekirurgi eller kateterprocedure, men hvor der kunne være gavn af en samtale med patienten med henblik på nærmere afklaring af patientens sundhedsstilstand, almene situation og ønsker til tiden efter et indgreb. Denne type af samtaler blev gennemført med deltagelse af både en sygeplejerske og en læge.
- I Arytmiaafsnittet i Hjertemedicinsk Afdeling arbejdede de med en model for samtaler med patienter, som var henvist til ablation (en behandlingsmulighed for patienter med atrieflimmer), men hvor afsnittets visiterende læge vurderede, at der kunne være gavn af en yderligere afklaring af patientens sundhedsstilstand og egne præferencer. Samtalerne bliver varetaget af en erfaren sygeplejerske, som sammen med patienten gennemgår symptomer, hvordan indgrebet foregår m.m., hvorefter sygeplejersken videregiver en anbefaling til en læge, som træffer en endelig afgørelse.
- I ambulatoriet i Hjertemedicinsk Afdeling blev der i projektperioden arbejdet med at udvikle en app-løsning til at indhente sundhedsdata om en gruppe patienter i kroniske forløb og organisere ambulatoriet med en mere behovsorienteret tilgang frem for en tilgang med faste kontroller.

De enkelte indsatser vil blive nærmere beskrevet i kapitel 4-7.

3 En ny økonomisk styringsmodel

Som del af projektet blev centret fritaget fra takststyring og var i den treårige projektperiode underlagt et rammebudget. Som beskrevet i kapitel 2, var et af målene med VBS-projektet at undersøge, om man kunne flytte fokus væk fra produktivitet til andre og mere patientnære mål. En måde at illustrere en eventuel effekt af VBS-projektet på (herunder både en ny økonomisk styringsmodel og konkrete tiltag relateret til projektet) er derfor at se på centrets generelle aktivitet i perioden⁹. Dette kapitel indledes med ledere og medarbejderes vurdering af denne del af VBS-projektet, særligt med fokus på, om den ændrede økonomiske model har introduceret nye incitamentter, og om den har påvirket beslutninger og adfærd i centret. Dernæst følger et overblik over den generelle aktivitet i centret målt på unikke CPR-numre fra Landspatientregistret, DRG-aktivitetsdata og aktivitetsdata fra Sundhedsplatformen opgjort for årene 2016-19.

3.1 Erfaringerne med en ændret økonomisk styringsramme

I dette afsnit beskrives først ledere og medarbejderes forventninger til en ændret styringsmodel, herunder betydningen af den styringsramme, de var underlagt før VBS-projektet. Derefter beskrives det, hvordan ledere og medarbejdere oplevede skiftet fra økonomisk takststyring til et rammebudget. Som en del af VBS-projektet indgik der også en målsætning om at udvikle patientnære kvalitetsmål som et alternativ eller supplerende styringsmål til aktivitet. Interviewene peger på, at forventningerne til en ny styringsramme var tæt knyttet til forventninger om nye og mere fagligt meningsfulde styringsmål. Derfor afsluttes afsnittet med ledere og medarbejderes vurdering af denne del af VBS-projektet.

3.1.1 Forventningerne til en ændret økonomisk styringsmodel

Ledere og medarbejdere på forskellige niveauer i organisationen gav udtryk for at have været påvirket på forskellig vis af den tidligere takststyringsmodel. Det var primært på ledelsesniveau, at der har været en eksplicit opmærksomhed på den økonomiske takststyringsmodel, og de incitamentter den medførte. For det første indgik centrets og de enkelte afdelingers og afsnits aktivitet som en væsentlig del af dialogen med hospitalsledelsen om løbende budgetoverholdelse, og aktivitetsopgørelser var en vigtig måde at dokumentere, at centret leverede de aftalte ydelser. For det andet beskrev både centerledere, afdelingsledere og teamledere, hvordan de havde brugt takststyringsmodellen strategisk til at spare op til udviklingsprojekter, når de i perioder leverede mere aktivitet end aftalt. På personaleniveau havde takststyringsmodellen ikke haft direkte indflydelse på det daglige arbejde, om end de fleste gav udtryk for at være påvirket af en stræben efter høj produktivitet. Center- og afdelingslederens vurdering var, at takststyringsmodellen – kombineret med en årlig stigning i produktivetskravet – har haft betydning for hverdagen på centrets kliniske niveauer i den forstand, at løbende optimering af patientforløbene med henblik på at kunne se flere patienter på kortere tid har været en drivende dagsorden i mange år.

Trods varierende oplevelse af takststyringsmodellens påvirkning, var der på alle niveauer i organisationen opbakning til en ny styringsmodel, der kunne medvirke til et større fokus på

⁹ Derudover ville det være relevant at belyse udbyttet af den ændrede økonomiske styringsramme på andre parametre end aktivitetsniveau, fx omkostningseffektivitet eller patientnære kvalitetsmål, som centret selv definerede som del af formålet med VBS-projektet, og som indgik som væsentlige delelementer i det oprindelige oplæg til VBS (se kapitel 2). Denne type analyser kunne imidlertid ikke lade sig gøre i relation til dette specifikke VBS-projekt og udgør naturligvis en svaghed ved undersøgelsen.

outcome af behandlingsforløb og patientoplevelser, og ikke bare på antallet af leverede ydelser. Det blev set som en mulighed for at give mere plads til faglighed og til patientens ønsker.

(...) DRG-taksterne har været gode for en tid, men nu kan det virke negativt, da vi lader os styre af det på bekostning af [et fokus på, red.] værdi for patienten. Det kan være behandlinger, som ikke nødvendigvis giver patienten en værdi, men som giver en DRG-takst. (...) Jeg ser værdibaseret styring som, at man vil væk fra, at vi styres af økonomi, til at det er faglighed og patienternes perspektiv, der styrer det. (Teamleder)

Forhåbningen om, at faglighed og patientens ønsker skulle få en større vægt med VBS, knyttede sig både til beslutninger om individuelle behandlingsvalg og til beslutninger om en mere generel organisering af patientforløb i centret. I begge tilfælde var det en intention, som de fleste kunne tilslutte sig og lod sig motivere af – især hvis aktivitet blev erstattet af andre og mere meningsfulde styringsmål.

3.1.2 Det oplevede skift fra takststyring til rammestyring

Eftersom det var på ledelsesniveau, at takststyringsmodellen havde haft størst direkte betydning, var det også ledelsesniveauet, der mærkede skiftet til et rammebudget. Takststyringsmodellen var en velkendt og veldefineret ramme, som både bidrog til en oplevelse af kontrol og gav handlemuligheder.

Vi har altid sat en ære i at levere det, vi bliver bedt om og gerne også lidt mere, så vi kunne spare op til nogle udviklingsprojekter, til noget nyt apparatur og til noget andet, så det her ligger så dybt indlejret i de fleste, at det er en del af vores DNA (...) ja altså her kommer der et nyt koncept, som lige kommer ind fra venstre uden at tage hensyn til de værdier, som vi har arbejdet med, og som har været vigtige for os – fx det at kunne opfylde sin DRG-aktivitet. (...) Jeg er jo selv en del af det DNA, så jeg har jo mit regnskab ved siden af. Jeg er ikke helt tryk, før jeg lige ser, hvordan [aktiviteten udvikler sig, red.]. (Centerleder)

Interviewene med både afdelings- og teamledere samt klinisk personale i centret tyder på, at der i hele projektperioden har været et stort og tilsyneladende uændret fokus på produktiviteten, både blandt ledere og medarbejdere. Det skyldes, at der i praksis blev holdt øje med centrets aktivitet i hele projektperioden, bl.a. fordi resten af Rigshospitalet fortsat var underlagt takststyringsmodellen, og centret fortsat bidrog til Rigshospitalets samlede DRG-budget. Desuden havde centret et uændret populationsansvar som højt specialiseret behandlingssted i hele projektperioden og var således forpligtet til at tilbyde en række behandlinger, uagtet at centret arbejdede med VBS. Efterlevelse af patientrettigheder relateret til behandlings-, og udredningsgaranti var ligeledes uændret og satte fortsat præg på centrets aktivitet, ikke mindst i VBS-projektets første år, hvor medier og regionens politikere kritiserede centret for en række udskudte operationer.

Ved projektets start var der en forventning og forhåbning om, at et rammebudget kunne bidrage til at nedtone behovet for at efterstræbe et bestemt aktivitetsniveau af økonomiske årsager, og måske skabe tid til udviklingsprojekter. Aktivitet og produktivitet havde dog fortsat stor betydning for det daglige arbejde og for arbejdsbetingelserne for det interviewede personale og afdelingsledere. De kobede det dog ikke til en økonomisk styringsramme men til en oplevelse af, at der i centret var en bevidsthed om at holde aktiviteten oppe for at minimere ventetider og aflysninger, og at opretholdelse af den daglige drift tog al opmærksomheden. I det lys havde

VBS-projektet og den ændrede økonomiske styringsramme ikke ændret betingelserne for at udvikle både de eksisterende og fremtidige patientforløb:

Jamen, de [medarbejdere i centret, red.] synes det [VBS, red.] er helt vildt spændende, det er der ingen tvivl om, at de synes. Særligt sygeplejerskerne synes, at det er spændende, fordi det der med at give værdi for patienten, det klinger rigtig godt i ørerne. Det hvor de bare synes, det er svært, det er, hvordan skal man få tid til det, nu hvor maskinen kører alligevel. Der kommer lige mange patienter ind, de kommer ind på samme måde. (Afdelingsleder)

Vi gør jo, som vi plejer. Den er jo ikke længere, fordi værdistyret eller ej, så er der jo også stadig produktion, der skal holdes, og det er der også krav til. Der er fokus på aflysninger og dit og dat. Alle de der ting. Så jeg kan ikke se, at vi gør andet, end vi har gjort de sidste 5-10 år. (Teamleder)

Interviewene indikerer derfor, at centret tilsyneladende har opretholdt en høj produktivitet i hele projektperioden. I samme periode har der været et uændret fokus på at holde aktiviteten oppe, hvilket kan være en medvirkende forklaring på en tilsvarende uændret oplevelse af at være udfordret på at få den daglige drift til at hænge sammen.

Alligevel vurderede, både center- og afdelingslederne, at VBS-projektet havde åbnet en mulighed for at drøfte de nuværende patientforløb og overveje mulighederne for i højere grad at inddrage patienter i egne behandlingsvalg samt at fokusere på det samlede patientforløb frem for primært at procesoptimere inden for eget arbejdsområde. Ikke kun på grund af den ændrede styringsmæssige ramme, men fordi de aktiviteter, der var sat i gang i centret som del af VBS-projektet (fx workshops), ansporede til disse drøftelser.

3.1.3 Samtidig udvikling af nye styringsmål

Som følge af den ændrede styringsramme og målet om at styre efter patientnære mål blev der også igangsat et arbejde med at udvikle nye styringsmål som en del af VBS-projektet. I flere af interviewene gav ledere og medarbejdere udtryk for, at de havde set positivt på at være med til at udvikle nye styringsmål, som ikke kun handlede om processer (aktivitet), men i højere grad handlede om, hvordan patienterne havde det efter et forløb i centret. Som en del heraf udviklede og gennemførte centret en spørgeskemaundersøgelse, som belyser patienternes oplevelse af inddragelse, ligesom der er igangsat et pilotprojekt om indsamling af PRO-data¹⁰. Udviklingen af nye styringsmål blev dog udfordret af, at det var svært at finde konsensus om brugbare, nye styringsmål. Centret udgør, som højt specialiseret enhed, kun en meget lille del af patienternes samlede forløb, idet de ofte har længerevarende forløb både før og efter på forskellige lokale hospitaler, og kun har kortevarende forløb i centret i forbindelse med helt specifikke behandlinger. Det var derfor vanskeligt at udpege kvalitetsmål, som specifikt kunne belyse centrets indsats i patientforløb, adskilt fra indsatsen fra andre hospitaler og i mange tilfælde også kommuner. Desuden var der en diskussion af, hvorvidt man kunne bruge de allerede anerkendte og anvendte kvalitetsmål i en styringssammenhæng, og hvordan man indfangede alle aspekter af værdi for patienter over et helt patientforløb.

¹⁰ PRO: Patient Reported Outcomes. Patientrapporterede data, som indsamles systematisk.

Sådan et patientforløb er jo enormt langt helt fra udredning til operation og behandling til afslutning og kontrol. Og man bliver jo nødt til og kigge på alle elementer i det. (Centerleder)

Heri lå også en hensigt om at påvirke til en opmærksomhed på, at værdi for patienter kan skifte karakter undervejs. Høj faglighed er vigtig i alle dele af et patientforløb, men fx overlevelse vil forventeligt være en altoverskyggende værdi i forbindelse med en operation, og senere i forløbet vil muligheden for at vende tilbage til en almindelig hverdag formentlig fylde mere. Centret valgte at afbryde denne del af VBS-projektet, men ikke pga. de førnævnte udfordringer med at definere konkrete mål. Tværtimod beskrev både centerledelsen og programlederen for VBS-projektet, at det havde været en højt prioriteret del af VBS-projektet at være med til at udvikle nye styringsmål, som bl.a. kunne bidrage med viden om det samlede patientforløb frem for kun den del, der foregår i centret. Den helt afgørende forhindring for det videre arbejde med nye styringsmål blev implementeringen af Sundhedsplatformen og de udfordringer, der opstod med at trække data ud af systemet.

I den sidste runde interview var der en skuffelse at spore blandt både afdelings- og teamledere samt nogle medarbejdere over, at centret ikke var kommet i mål med at definere nye styringsmål. For nogle bundede denne skuffelse i at være blevet motiveret af VBS-projektets mulighed for at introducere faglige frem for økonomiske incitamenter, og en oplevelse af, at der ikke var trådt noget i stedet for de aktivitetsmål, man havde forladt i projektperioden.

Vi aner ikke, hvad vi måler op imod. Vi aner ikke, hvor vi skal ende med målingerne. Fordi målingerne ikke er definerede endnu. Som minimum synes jeg, at man burde holde fast i, at det handler om styring det her, og man burde holde fast i, at man allerede fra starten har planlagt, hvilke værdier vi ønsker at gå efter. (...) Jeg er ked af, at det er blevet vandet ud, og at det ikke er styringsmål, og at det ikke er værdibaseret på patientniveau. Det er jeg ked af, fordi det var det, jeg troede, at vi blev lovet, og det var det vi egentlig tænkte, der skulle ske. (Overlæge)

Med rammebudgettet blev centret i princippet fritaget fra at stræbe efter et bestemt aktivitetsbudget, men da aktivitetsmål ikke blev afløst af andre mål, affødte det også en efterspørgsel på et fælles pejlemærke for VBS-projektet, som kunne tilføre de enkelte udviklingsprojekter – særligt den etablerede hjerteklapenhed – et fælles formål. Dette blev udfordret yderligere af den tidligere beskrevne oplevelse af det store politiske pres for at undgå aflyste og udsatte operationer, overholdelse af ventetidsgarantier m.m. Forhold, som på nogle punkter spændte ben for de idealer, der fra starten blev formuleret i VBS-projektet om øget faglig kvalitet, sammenhængende forløb, patienttilfredshed og patientinddragelse. Der var en oplevelse af vigtige, men forskelligrettede hensyn, som ikke blev håndteret i projektet – bl.a. fordi VBS-projektet ikke indeholdt styringsmål af samme styrke som de styringsmål, der i øvrigt fandtes i sundhedsvæsenet.

For andre handlede de skuffede forventninger om en oplevelse af, at man ikke var kommet længere end til at diskutere de kvalitetsmål, som allerede var i anvendelse på et klinisk niveau. På et klinisk niveau var et fokus på kvalitet og patienttilfredshed ikke nyt, tværtimod blev det beskrevet som det, der reelt styrer de sundhedsprofessionelle. Ikke bare som en indre faglig motivation, men også i form af de patienttilfredshedsundersøgelser, der laves løbende og de kvalitetsindikatorer, som er formuleret af de faglige selskaber (fx overlevelse, re-operationer og komplikationer), og som centrets ledere og medarbejdere allerede orienterede sig mod. I det mål som disse ikke blev opløftet til styringsmål, var de – ifølge nogle afdelingsledere – fortsat kun et anliggende på et klinisk niveau frem for også at blive et anliggende på et administrativt

og politisk niveau. Ansvar for at efterleve disse mål var med andre ord ulige fordelt. Derfor var det væsentligt, at der var en ramme omkring centret, som sikrede, at indsatser som dem, der var arbejdet med i VBS-projektet, kunne videreføres. Centerledelsen bakkede op om dette synspunkt i den forstand, at de definerede det som en del af deres ansvar at påvirke 'opadtil', så der på et politisk niveau fortsat er fokus på at udvikle en værdibaseret dagsorden.

Samtidig med, at der var en interesse for og opbakning til at introducere styringsmål med fokus på faglig kvalitet, og hvad der giver værdi for patienterne, så foregik der også overvejelser omkring fordelene ved at bevare et fokus på centrets aktivitet i en eller anden form. En afdelingsleder gav eksempelvis udtryk for, at der blandt lægerne i centret var en bevidsthed om aktivitet, som et styringsparameter, der er med til at definere centrets centrale arbejdsopgaver og identitet. Aktivitet blev set som en del af at lægge en strategi, fx for om centret skal fortsætte med at lave mere af det samme eller udvikle og dygtiggøre sig på nogle områder.

Vi vil gerne blive større på nogle områder, vi vil gerne lave mere, ellers udvikler sygdommene sig på en måde, så vi er nødt til at lave mere. (...) Så hver gang vi ligesom taler aktivitet ud af ligningen, så sætter vi også spørgsmålstegn ved fremtiden. (Afdelingsleder)

At der er fordele ved en aktivitetsstyret model blev bakket op af centerledelsen, som problematiserede, at et rammebudgettet ikke på samme måde som takststyring er fleksibel over for efterspørgslen fra patienter i den forstand, at økonomien ikke på samme let gennemskuelige måde følger med mere aktivitet.

3.2 Udviklingen i den generelle aktivitet i centret

I det følgende præsenteres udviklingen i centrets aktivitet opgjort på antal unikke patienter og i antal kontakter opgjort som indlæggelser, ambulante forløb og virtuelle kontakter (telefon- og videokonsultationer). Det havde været optimalt også at undersøge betydningen af den ændrede styringsmodel på mål, som centret selv havde defineret som mål for projektet. Dette kunne imidlertid ikke lade sig gøre pga. de tidligere nævnte udfordringer med datavaliditet, og derfor fremgår udelukkende udviklingen i aktivitetsdata som et ud af mange mulige udfald som følge af VBS-projektet. Hypotesen er i tråd med de oprindelige tanker – at aktiviteten i centret ville falde som følge af den ændrede styringsramme, hvor aktivitet er fjernet som pejlemærke.

Tabel 3.1 præsenterer antal unikke patienter (CPR-numre) i centret i perioden 2016-2019, dvs. fra året, før projektet startede og til projektafslutning. Af tabellen ses det, at antallet af patienter er faldet fra 2016 til 2017, hvorefter der ses en stigning igen frem mod 2018 og yderligere i 2019.

Tabel 3.1 Udvikling i antal unikke patienter (CPR-numre) i projektperioden

Beskrivelse	2016	2017	2018	2019
Unikke CPR-numre, hele året	18.726	18.297	18.887	19.322

Anm.: Aktivitet ekskl. forskning og 65TE01 telefon- og e-mail-konsultation m.m.

Kilde: Data er trukket fra LPR af Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme.

Samme tendens afspejles af DRG-aktivitetsdata, som er præsenteret i Tabel 3.2. Her ses også et fald i aktivitet målt på antallet af sygehusforløb og ambulante kontakter i perioden 2016-2018, dog med det mest markante fald fra 2016 til 2017. I 2019 er DRG-aktiviteten derimod

steget igen, om end ikke til samme niveau som i 2016¹¹. DRG-aktivitetsdata omfatter sygehusforløb, ambulante kontakter samt telemedicinske kontakter. Den faldende aktivitet drives af sygehusforløb (indlæggelser), idet antal ambulante kontakter er stort set uændrede. Desuden ses et fald i antal virtuelle kontakter.

Med introduktionen af LPR3¹² i 2019 skelnes der ikke længere mellem indlæggelser og ambulante kontakter, hvorfor det ikke kan ses af Tabel 3.2, hvad der driver stigningen i den samlede aktivitet fra 2018 til 2019. Det kan Tabel 3.3 derimod give et indtryk af. Denne tabel præsenterer aktivitetsdata udtrukket fra Sundhedsplatformen for 2018-2019. Her ses et fald i indlæggelser til gengæld for en stigning i ambulante kontakter fra 2018-2019. Endvidere videreføres faldet i antallet af virtuelle kontakter fra 2018-2019.

Tabel 3.2 Udvikling i DRG-aktivitetsdata i projektperioden

Beskrivelse	2016	2017	2018	2019
Et helt års aktivitet, DRG takst >0				
Antal sygehusforløb i DRG/LPR	13.625	13.142	12.212	
Antal ambulante kontakter i DRG/LPR ekskl. "TE"-DRG*	23.853	22.836	22.810	
Antal takstudløsende kontakter januar-december (ambulante kontakter + sygehusforløb)	37.478	35.978	35.022	36.113
Januar-oktober aktivitet, DRG takst >0				
Antal sygehusforløb i DRG/LPR	11.636	10.896	10.102	
Antal ambulante kontakter i DRG/LPR ekskl. "TE"-DRG	20.740	18.872	18.838	
Antal takstudløsende forløb i 2019, januar-oktober (ambulante kontakter + sygehusforløb)	32.376	29.768	28.940	30.197
Antal Telemedicin, tlf.-konsultationer m.m., hele året	19.195	17.133	15.567	13.256
Antal Telemedicin, tlf.-konsultationer m.m., januar-oktober	16.077	14.320	13.342	10.925

Note: Aktivitet SKS 130103* og SKS 130134* med en DRG-takst >0. DRG 2019 er baseret på LPR pr. 10.1.2020, hvorfor december 2019 ikke vurderes fuldstændig.

*Virtuelle kontakter: Telemedicin, telefon- og e-mail-konsultationer.

Kilde: Data er trukket i Sundhedsplatformen af Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme.

Tabel 3.3 Udvikling i DRG-aktivitetsdata i perioden, jf. Sundhedsplatformen

Beskrivelse	2018	2019
Afdelingsudskrivninger, hele året	13.457	12.942
Fysisk fremmøde (ambulant kontakt), hele året	25.982	27.520
Total	39.439	40.462
Virtuelle kontakter, hele året	16.558	14.050

Note: Afdelingsudskrivninger svarer til indlæggelser

Kilde: Data er trukket i Sundhedsplatformen af Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme.

¹¹ Ændringer fra i registreringen fra LPR2 til LPR3 er så grundlæggende, at det er svært at sammenligne aktivitet mellem perioden 2016 til februar 2019 og perioden fra 2019 og frem. Eksempelvis indgår diagnostiske undersøgelser i centrets aktivitet indtil 2. februar 2019, men tilskrives Diagnostisk Center på Rigshospitalet efter d. 2 februar 2019.

¹² Den nyeste version af Landspatientregistret, som blev lanceret 2. februar 2019.

Samlet set ser det altså ud til, at der i perioden 2016-18 er sket et fald i centrets samlede DRG-aktivitet, og at dette fald er drevet af et fald i sygehusforløb (indlæggelser). I 2019 ser det ud til, at aktiviteten stiger igen, men ikke over 2016-niveauet. Ifølge de udtrukne data fra Sundhedsplatformen ser det ud til, at denne stigning dækker over et lille fald i afdelingsudskrivninger (dvs. indlæggelser), og en lidt større stigning i ambulante kontakter. En udvikling, som umiddelbart følger hypotesen om, at en ændring fra takststyring til et rammebudget påvirker hospitalens incitament til at efterstræbe høj aktivitet og den aktivitet, der repræsenterer den største værdi (dvs. indlæggelser frem for ambulante og virtuelle kontakter).

Der skal dog tages en række forbehold for de viste data, idet den udvikling, som afspejles i de præsenterede aktivitetsdata, ikke nødvendigvis kan tilskrives VBS-projektet alene. I forbindelse med DRG-aktivitetsdata skal der betød et fald i aktivitet i hele 2017, fordi personalet skulle lære det nye system at kende. Efterfølgende har der været arbejdet på at bringe centrets aktiviteter op igen, hvilket formentlig kommer til udtryk i tallene for 2019. Desuden var der tekniske vanskeligheder med overførsel og indberetning af data fra Sundhedsplatformen til LPR langt ind i 2018. 2019 er derfor det første år efter Sundhedsplatformen implementering, hvor overførsel til LPR var tæt på komplet. Der kan potentielt også være tale om en udvikling drevet af regionale forskydninger mellem hospitaler.

Med aftalen om regionernes økonomi for 2020 indførte regeringen og Danske Regioner nærhedsfinansiering med intentionen om en styrket sammenhæng og mere patientnær behandling til gavn for patienterne samt frigørelse af ressourcer på hospitalerne (Regeringen & Danske Regioner 2019). Med nærhedsfinansieringen er der skabt et økonomisk incitament til bl.a. at reducere antallet af sygehusforløb og øge andelen af virtuelle kontakter. Således demonstrerer aktivitetsdataene fra centret formentlig også et generelt fokus i sundhedsvæsenet på at øge antallet af ambulante kontakter til gengæld for færre indlæggelser. Udviklingen i virtuelle kontakter (antal telemedicin, telefonkonsultationer m.m., se Tabel 3.2) er faldet stødt i centret over hele perioden. Dette strider imod hypotesen om en stigning i disse typer kontakter som følge af et øget fokus på at substituere ambulante kontakter med virtuelle kontakter, herunder telemedicinske kontakter. Det er i den forbindelse værd at være opmærksom på, at der dels har været nogle registreringsproblemer i Sundhedsplatformen i relation til de telemedicinske kontakter, dels har der samtidig været et arbejde mod en øget behovsstyring i centrets ambulatorie, som så at sige har modarbejdet den stigning i virtuelle kontakter, som ellers forventedes. Der er blevet gjort en indsats for, at disse kontakter kun skulle omfatte de patienter, som vurderedes at have reelt behov for det, og det kan have påvirket udviklingen i antallet af telemedicinske kontakter i modsat retning.

De viste data giver således ingen klare indikationer af en direkte effekt på aktiviteten af den ændrede økonomiske styringsramme, men dog en tendens til en let faldende aktivitet i perioden, særligt hvad angår indlæggelser. Denne udvikling kan imidlertid skyldes mange samtidige forhold, såsom implementering af Sundhedsplatformen og ændrede fokusområder i sundhedsvæsenet generelt.

3.3 Kapitlets hovedfund

Som led i VBS-projektet blev centret i projektperioden fritaget fra takststyring og blev i stedet underlagt et rammebudget. Hensigten var at skabe en ramme for centret, hvor centret havde mulighed for at udvikle patientforløb uden at efterstræbe et bestemt aktivitetsniveau. Der ses et mindre fald i centrets aktivitetsdata i projektperioden, herunder i antallet af indlæggelser.

Denne udvikling følger hypotesen om, at den ændrede økonomiske styringsramme medvirker til et reduceret fokus på aktivitet og produktivitet. Udviklingen i aktivitetsdata skal dog tolkes med varsomhed, bl.a. fordi implementeringen af Sundhedsplatformen medførte et aktivitetsfald i samme periode. Interviewene tyder desuden på, at den ændrede økonomiske styringsramme ikke har medført, at centret har forladt et fokus på aktivitet som pejlemærke for centrets prioriteringer og planlægning. Tværtimod var aktivitet fortsat i fokus, ikke mindst fordi andre samtidige styringsrammer (fx udrednings- og behandlingsgarantier) fortsat er til stede og har præget centret i projektperioden. På ledelsesniveau blev takststyringsmodellen desuden beskrevet som en velintegreret måde at agere og tænke på, som var svær at fralægge sig på kort tid. Alligevel har den ændrede styringsramme, i kombination med de øvrige dele af VBS-projektet, skabt en mulighed for overvejelser omkring tilrettelæggelse af patientforløb, der i højere grad inddrager patienters præferencer, og som går på tværs af organisatoriske skel.

Intentionen om at kunne følge udviklingen i patientnære kvalitetsmål, som kunne træde i stedet for aktivitet som styringsmål, måtte opgives undervejs pga. udfordringer med at trække data ud af Sundhedsplatformen, og det efterlod på nogle måder ledere og medarbejdere i et styringsmæssigt tomrum. Fraværet af alternative styringsmål medførte forskellige reaktioner, herunder en oplevelse af, at styringsrammen reelt var uændret, og at formålet med VBS-projektets øvrige initiativer fremstod uklare. Desuden blev fordelene ved aktivitet som styringsmål fremhævet, idet aktivitetsdata er en tydelig illustration af centrets indsats, som centrets ledere over tid har lært at udnytte, og som også definerer centrets centrale arbejdsopgaver og dermed også identitet.

4 Etablering af hjerteklapenhed

En af de helt store indsatser i centrets arbejde med VBS var arbejdet med at optimere patientforløbene for patienter med sygdomme i hjerteklappen. Etableringen af hjerteklapenheden var en videreførelse af en ide, som tidligere havde været drøftet i centret, og som blev taget op igen i forbindelse med de redesign-processer, som blev igangsat i VBS-projektets begyndelse. Først blev der gennemført kortlægninger af og lavet omkostningsberegninger for hvert enkelt patientforløb. Herefter blev to patientforløb, endokardit og sub-akut CABG (se begrebsafklaring i boks Boks 4.1) udvalgt som genstand for en videre proces, hvor forslag til redesign skulle defineres.

Boks 4.1 Begrebsafklaring: faglige ord og begreber i dette kapitel

Endokarditis: Endokarditis er en betændelsestilstand i hjertet, der stammer fra bakterier, der trænger ind i hjertet via blodet. Betændelsen, som fx sætter sig i utætte hjerteklapper eller ved huller i hjertets skillevægge, kan ødelægge hjertets væv og er en alvorlig tilstand, som skal behandles så hurtigt som muligt. Behandlingen består af antibiotikabehandling i 4-6 uger, og i nogle tilfælde kan det også blive nødvendigt at indoperere en ny hjerteklap.

Åben hjertekirurgi: Åben hjertekirurgi gennemføres på patienter med enten forsnævrede eller utætte hjerteklapper (fx som følge af endokarditis). Ved hjerteklapkirurgi åbnes brystbenet, så der er fri adgang til hjertet. Den syge hjerteklap erstattes enten af en biologisk hjerteklap (typisk patienter over 65 år) eller en mekanisk hjerteklap. Den mekaniske klap har en bedre holdbarhed end den biologiske klap og kræver livslang behandling med blodfortyndende medicin for at undgå blodpropper omkring klappen. Efter operationen følger en indlæggelse på cirka en uge og derefter et længerevarende genoptræningsforløb.

TAVI (kateterbaseret operation): Udskiftning af hjerteklapper kan også foregå som en kateterbaseret operation – en såkaldt TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation). TAVI er en mere skånsom operation, og tilbydes skrøbelige eller gamle patienter, dvs. patienter, hvor man vurderer, at der er en høj risiko ved åben hjertekirurgi. TAVI foregår via en blodåre i lysken eller via et lille indstik ved brystkassen, hvorigennem et kateter med et metalnet (en stent) føres op til den forsnævrede hjerteklap. På stenten sidder en ny hjerteklap, som er foldet sammen om en ballon. Når ballonen pustes op, presser den nye hjerteklap den gamle hjerteklap til side. Efter en TAVI-operation er patienten typisk indlagt få dage og vil derefter blive tilbudt genoptræning. TAVI er en relativt ny behandlingsform, og man kender derfor ikke den fulde holdbarhed af hjerteklapper indsat ved denne metode. Man har fulgt patienter i ca. 10 år indtil videre, men der er en forventning om, at de kan holde hele patientens liv.

CABG: CABG (coronary artery bypass grafting) er en hjerteoperation, som bruges til patienter med en forsnævring eller en blodprop i hjertets kranspulsåre. Formålet er at sikre bedre blodforsyning til hjertet, idet man bruger en blodåre fra et andet sted på kroppen til at lave en passage, som sikrer at blodet går uden om det forsnævrede område. Operationen foregår ved åben hjertekirurgi, hvor brystkassen åbnes.

4.1 Delprojektets indhold og forløb

Efter udvælgelse af de to patientforløb – endokardit og sub-akut CABG – blev der afholdt en række workshops, hvor ledere og medarbejdere i centret skulle arbejde med at udvikle ændringsforslag til disse patientforløb. Ved den første workshop deltog der patienter, som tidligere

havde været igennem de pågældende patientforløb. Disse patienter blev interviewet om deres forløb, imens en gruppe udvalgte teamledere, læger og sygeplejersker fra centret lyttede og senere blev bedt om at udpege forbedringspunkter i de forløb, som patienterne beskrev. På de senere workshops blev gruppen af deltagere udvidet til også at inkludere centerledelse, afdelingsledere og en større gruppe af teamledere og personale. På disse workshops diskuterede man mere konkrete ændringsforslag, som siden blev fremlagt for den samlede centerledelse og afdelingsledelse med henblik på, at de skulle træffe de endelige afgørelser om, hvilke forandringsprocesser man ville sætte i værk.

Centerledelsen og afdelingsledelsen var ikke enige om, hvad der var det rigtige at gøre, og der foregik længerevarende diskussioner mellem de to parter – særligt om hvorvidt der skulle etableres en tværgående hjerteklapenhed på tværs af kardiologisk og hjertekirurgisk afdeling. Ultimativt skubbede centerledelsen på for en beslutning om at gennemføre en fysisk sammenlægning af et kardiologisk og et kirurgisk sengeafsnit med ansvar for patienter med sygdomme i hjerteklappen (august 2018), og året efter en beslutning om en organisatorisk sammenlægning, hvor der bl.a. blev udpeget en fælles afsnitsledelse (september 2019).

4.1.1 Argumenterne for etablering af en hjerteklapenhed

Et vigtigt argument for etableringen af en hjerteklapenhed var, at behandlingen af hjerteklap-patienter udvikler sig på en måde, hvor der i stigende grad vil være behov for et samarbejde mellem det kirurgiske og det kardiologiske speciale. Den kirurgiske standardbehandling for hjerteklapsygdom er indsættelse af en ny hjerteklap ved åben hjertekirurgi foretaget af centrets hjertekirurger. Denne operation stiller krav til patienternes fysik forud for operationen og kræver længerevarende genoptræning efter operationen. Centret tilbyder desuden en nyere type behandling, hvor en kunstig hjerteklap indsættes via kateter fra patientens lyske (TAVI). Det er en mere skånsom behandlingsform, men da det er et nyt behandlingstiltag, er der mindre erfaring og kendskab til behandlingens langtidsvirkninger og dermed mindre information om langtidsholdbarheden af den kateterindsatte klap (Søndergaard et al. 2019). Alligevel kan den være den bedste løsning for nogle patienter, eksempelvis de patienter, som er ældre, svækkede eller ikke har ressourcerne til at gennemføre det længerevarende rehabiliterings- og genoptræningsforløb, som kræves efter den åbne klapoperation.

De to typer af klapoperationer varetages henholdsvis i thoraxkirurgisk afdeling og kardiologisk afdeling som separate patientforløb, og allerede i projektprogrammet blev en fælles tilrettelæggelse af forløb for patienter med klapsygdomme nævnt som et muligt eksempel på organisatoriske ændringer, der kunne tages fat på i forbindelse med VBS-projektet (Hjertecentret 2017). Argumentet var bl.a., at de to behandlingsformer i fremtiden vil nærme sig hinanden, og at det var en måde for centret at forberede sig til denne fremtid. Eksempelvis argumenterede centerledelsen for, at den nuværende samarbejdsflade – den fælles visitationskonference¹³ – hvor hjertekirurger og kardiologer i samarbejde med læger fra de henvisende hospitaler træffer beslutning om behandlingsvalg for henviste patienter med sygdomme i hjerteklapperne – kunne udvikles yderligere med henblik på at tilrettelægge patientforløb, hvor grænserne mellem de to specialer er mere flydende.

Sammenlægningen af hjerteklapenheder blev også begrundet ud fra et organisatorisk behov for bedre samarbejde mellem centrets tre afdelinger. Både centerledelsen og nogle afdelingsledere beskrev den nuværende organisering af centret, hvor de tre afdelinger¹⁴ fungerede som

¹³ Thoraxkonferencen –se Kapitel 5

¹⁴ Her henvises til organiseringen i det daværende Hjertecenter, som bestod af de tre afdelinger: Hjertemedicinsk Klinik, Thoraxkirurgisk Klinik og Thoraxanæstesiologisk Klinik.

selvstændige enheder og som medvirkende til en kultur, hvor man passede sin egen organisation og økonomi og søgte at beskytte egne privilegier.

Vi har jo haft tre siloer med hver deres økonomi. Og hvis vi ikke passede på vores penge, så ville vi få en i hatten, en oven i hovedet (...) Så derfor er vi opdraget til og være protektionistiske over for vores egen organisation. Vi har et hav af afdelings-sygeplejersker, som får en på hovedet, hvis de bruger for mange penge. Også selvom det er penge, som de har brug for og hjælpe nogen. (Afdelingsleder 1)

VBS-projektets fokus på patientens samlede forløb kombineret med den faglige udvikling, hvor kardiologien og thoraxkirurgiens opgavefelter i højere og højere grad overlapper, blev – særligt af centerledelsen – formuleret som et argument for også at redefinere de organisatoriske grænser i centret.

Endelig bidrog patientudsagn fra de indledende workshops med argumenter for at undersøge mulige alternativer til den daværende organisering af patientforløb. De tilstedeværende patienter gav overordnet udtryk for positive oplevelser med at være indlagt på centret, men flere – især blandt endokardit-patienterne – havde haft en oplevelse af at skifte afsnit mange gange og at savne kontinuitet i deres forløb i centret. Indgangen til centret for patienter med endokardit kan tage forskellige veje: patienten kan indlægges til medicinsk behandling eller indlægges til operation akut eller subakut. På daværende tidspunkt blev patienter visiteret til medicinsk behandling indlagt på et sengeafsnit i hjertemedicinsk afdeling. I cirka halvdelen af tilfældene er det nødvendigt med et operativt indgreb, som ud over overflytning til thoraxanæstesiologisk afdeling (operation og intensiv) også for nogle patienter betød postoperativ indlæggelse på et sengeafsnit i thoraxkirurgisk afdeling. Herefter blev patienten typisk flyttet tilbage til det hjertemedicinske sengeafsnit til videre behandling, indtil patienten kunne overflyttes til et lokalsygehus eller udskrives til eget hjem. Akutte og subakutte patienter havde (ikke overraskende) en mere direkte adgang til operationsafsnittet men med samme efterforløb, hvor de typisk først lå på et kirurgisk sengeafsnit og siden på et kardiologisk sengeafsnit indtil udskrivelse. Patienterne, der deltog i workshops og bidrog med deres fortællinger, havde haft forskellige forløb; nogle havde haft et akut forløb, og andre havde haft et forløb på et kardiologisk sengeafsnit inden operation. I den sidstnævnte gruppe af patienter beskrev nogle, at det havde været forvirrende at være på et nyt afsnit med nyt personale og ville hellere have været tilbage på det hjertemedicinske sengeafsnit med det samme. Disse udsagn kom også til at indgå i argumentationen for at samle de afsnit, som potentielt indgår i et forløb for hjerteklappatienter, med det formål at organisere patientforløb, der opleves mere sammenhængende for patienterne.

Der var således tre primære argumenter for en sammenlægning:

1. en faglig begrundelse med udgangspunkt i den forventede udvikling i behandlingsmetoder
2. en organisatorisk begrundelse med udgangspunkt i et behov for at understøtte et tættere samarbejde mellem centrets afdelinger
3. en begrundelse baseret på patienters ønske om mere sammenhængende forløb.

Reaktionerne på først ideen og siden beslutningen om en hjerteklapenhed handlede dels om beslutningsgrundlaget, og hvorvidt en hjerteklapenhed var den rigtige løsning, dels om de forventede konsekvenser af at etablere en hjerteklapenhed. Reaktionerne inden for disse to grupper fremgår i det følgende.

4.1.2 Ledere og personales vurdering af de fremførte argumenter og beslutningsgrundlaget for den endelige beslutning

Blandt nogle ledere og personale blev et fokus på at minimere patienters overgange mellem afsnit fremhævet som en god ide af hensyn til patientsikkerheden og risikoen for tab af information i overgangene mellem afsnit.

Der er noget at hente ved at tænke anderledes, for der er mange ting i dag, der uhensigtsmæssige. For eksempel at flytte patienterne rundt mange gange. Der er mange ting, der kan gå tabt imens, altså under alle de flytninger. (Teamleder)

Etablering af en hjerteklapenhed blev dog ikke anset for at være hverken den eneste eller en nødvendig løsning på udfordringen med mange overgange. Eksempelvis blev muligheden for at samle et team af læger og sygeplejersker fra flere afdelinger omkring fx endokarditpatienter, nævnt som et muligt alternativ til, at patienten flytter rundt mellem afsnit. Medlemmer af dette team skulle fortsat havde et organisatorisk tilhørsforhold til de respektive afdelinger, men mødes omkring patienten frem for at flytte patienten rundt (en såkaldt pitstop-model). Patienten ville på den måde få den nødvendige specialiserede behandling, men uden at patienten skulle skifte afsnit undervejs. Her var således tale om en indvending mod løsningen, men ikke det grundlæggende problem, man ønskede at løse, nemlig at skabe færre overgange i patientens forløb.

En anden type af indvending mod beslutningen om en hjerteklapenhed handlede om det grundlag, som beslutningen baserede sig på. Trods beretninger om, at der i længere tid havde været en opmærksomhed på endokarditpatienters mange afsnitsskift, og trods de øvrige argumenter, som fremgår af forrige afsnit, blev der i mange interview givet udtryk for en oplevelse af, at der var en tæt kobling mellem de udsagn, som patienterne bidrog med i workshoppen, og beslutningen om en ny hjerteklapenhed. Dette blev fremhævet, som et overraskende tyndt grundlag at basere en så omsiggribende beslutning på. Både blandt læger, sygeplejersker og ledelse på forskellige niveauer i organisationen blev der refereret til gruppen af interviewede patienter, som en ikke repræsentativ gruppe bestående af relativt ressourcestærke mænd.

Det er meget, meget få patienter, som har givet input, kun mænd og ret ressourcestærke. Så det er et lidt tyndt grundlag for beslutninger. (Teamleder)

Desuden var der blandt nogle læger og sygeplejersker en oplevelse af, at de spørgsmål, som blev stillet til patienterne i workshopperne, kun omfattede dele af, hvad der kan karakterisere et godt patientforløb.

Jeg er bekymret for, om vi fik det hele med. Hvis det havde været nogle andre end os og nogle andre patienter, der havde siddet der, var outcome så blevet det samme? Eller måske bedre? (Teamleder)

Det virker, som om det klassiske lægefaglige bliver prioriteret ned til fordel for det, patienten kan forholde sig til. For eksempel var der ingen, der spurgte til det lægefaglige under workshopperne. Interviewene gik på alle mulige bløde ting, som patienterne kan forholde sig til, men ikke om de gerne vil overleve. (Overlæge)

Det medvirkede til en oplevelse af, at patienternes vurderinger og ønsker blev vægtet højere end de faglige skøn med den valgte metode. Flere af centrets læger og sygeplejersker gav udtryk for en oplevelse af, at der blev sat lighedstegn mellem værdi, og det patienterne var i

stand til at overskue og udtrykke på en workshop og at det reducerede vigtigheden af de fagligt funderede overvejelser og argumenter for at organisere patientforløb på en bestemt måde.

Fagligheden føles, som om den kommer ned i prioriteringen, fordi det handler om, at vi skal være populære. Som et udtryk for, at politikerne fokuserer på, at patienterne skal være glade, fordi de er jo vælgere. Så vores faglighed kommer i anden række. Man bliver modløs, og det er en dyb daglig frustration, at vores faglighed ikke tages mere alvorligt. (Overlæge)

VBS-projektet blev således af nogle opfattet som et politisk forsøg på at skabe tilfredse vælgere, og hjerteklapenheden blev blandt disse interviewpersoner et symbol på en prioritering, der blev foretaget helt uden at inddrage faglige argumenter. Ifølge centerledelsen var patienternes udsagn på workshopperne imidlertid kun en del af baggrunden for den endelige beslutning om at etablere en hjerteklapenhed. De øvrige argumenter havde haft lige så stor vægt – eller større – som argumentet om patientoplevelt sammenhæng, og centerledelsen delte således ikke opfattelsen af, at faglige argumenter var nedprioriteret.

Behovet for at videreudvikle samarbejdet mellem Thoraxkirurgisk Afdeling og Hjertemedicinsk Afdeling gav desuden anledning til forundring blandt flere af det interviewede personale. I det daglige oplevede de en stor gensidig samarbejdsvillighed, og undrede sig over, at manglende samarbejdsvilje på tværs af afdelinger skulle være et argument for at etablere en ny og tværgående enhed. Desuden tvivlede de på, at en fælles enhed ville skabe mere samarbejde, idet arbejdsgangene i henholdsvis den medicinske og kirurgiske søjle er meget forskellige (bl.a. som følge af, at kirurgerne operationsprogram og arbejdsgangenes afhængighed af andre strukturer på hospitalet), og de havde svært ved at se, hvordan en sammenlægning af enkelte afsnit kunne ændre disse arbejdsgange.

4.1.3 Forventningerne til udbytte og konsekvenser ved etableringen af en hjerteklapenhed

I interviewene forholdt ledere og personale sig også til den konkrete betydning af at etablere en hjerteklapenhed. Under den første interviewrunde var det endnu ikke besluttet at etablere en hjerteklapenhed eller flytte de to sengeafsnit fysisk sammen. Alligevel anså de interviewede afdelings- og teamledere det for at være en sandsynlig beslutning, og gav udtryk for at være bekymrede for særligt to forhold. Det første forhold var en bekymring for, at den specialisering, som var bygget op i centret over en årrække, og som også afspejler den lægefaglige specialisering og sub-specialisering inden for både det hjertemedicinske og hjertekirurgiske område, ville gå tabt og gå ud over den faglige kvalitet. På sygeplejerskesiden var der en bekymring for, at det ville tage tid at sikre tilstrækkelig oplæring, så sygeplejersker kunne varetage både medicinsk og kirurgisk sygepleje. For lægerne gik bekymringen på, om der ville ske et kvalitetsfald i behandlingen af patienter, både i kritiske situationer, fx ved hjertestop¹⁵, og de daglige mere rutineprægede situationer som stuegang:

¹⁵ Procedurene for hjertestop hos en patient, der har gennemgået åben hjertekirurgi, er helt anderledes end for andre patienter og blev anset for at være en del af den specialisering, som har fundet sted, både blandt hjertekirurger og sygeplejersker specialiseret i kirurgisk sygepleje.

Hvordan tager man det, hvis en kardiolog går stuegang på ens patient, og man er uenige om det, der foregår? Eller lige pludselig sætter de [kardiologerne, red.] dem [patienterne, red.] på antibiotika. Det er sådan, at vores patienter [kirurgiske patienter, red.] fx altid har høje infektionstal, når de er opereret, men det betyder ikke, at de har infektion. (Overlæge)

Det andet forhold, som bekymrede særligt afdelings- og teamledere, var en forventning om et personalefratag blandt sygeplejerskerne som følge af organisationsændringen. Vurderingen var for det første, at en reorganisering i sig selv medfører, at personale søger væk, og for det andet, at det ikke er alle sygeplejersker, der har specialiseret sig inden for et fagligt felt, som ønsker at blive omskølet til noget andet. Specialisering var lige så identitetsskabende for nogle sygeplejersker som for lægerne, og derfor kunne man ikke forvente, man kunne fastholde dem under organisatoriske strukturer, der brød med denne specialisering.

Derudover var indvendingen fra både afdeling- og afdelingsledere, at en fusion af enheder kræver tid, før den er fuldt på højde med den tidligere organisation, både fagligt og med hensyn til den daglige drift. Blandt afdelings- og teamledere fremgik en forundring over, at man var villig til at give køb på, hvad de selv opfattede som velfungerende enheder, til fordel for en organisationsændring, hvor målet var uklart (som beskrevet i afsnit 3.1.3), og hvor man – efter deres vurdering – vidste for lidt om muligt udbytte og konsekvenser. Også i den forbindelse gav flere udtryk for, at de opfattede beslutningen om at etablere en hjerteklapenhed som et forsøg fra centrets øverste ledelse på at fremvise en betydelig forandringsproces, og grundlaget for denne beslutning derfor var mere politisk og strategisk end begrundet i faglighed eller patientpræferencer. Centerledelsen anerkendte i interviewene, at etableringen af en hjerteklapenhed var en stor forandring i organisationen og især for de ledere og det personale, som ville blive direkte berørt, og at det ville blive et stort arbejde dels at gennemføre den fysiske flytning, dels at implementere nye arbejdsgange og samarbejdsformer. Centerledelsen lagde derfor stor vægt på at skelne mellem udbytte og konsekvenser af hjerteklapenheden på kort og lang sigt ud fra en forventning om, at både det faglige, organisatoriske og patientoplevede potentiale i hjerteklapenheden ville vise sig i takt med, at organisationsforandringen faldt på plads, selvom det måske ikke var tydeligt til at starte med.

4.2 Udbytte og konsekvenser ved etablering af hjerteklapenhed

Der blev som nævnt tidligere i dette kapitel fremført flere argumenter for at lave en samlet hjerteklapenhed, som derved også indikerer nogle målsætninger, herunder færre overgange og større kontinuitet i patientforløbene, og et bedre samarbejde på tværs af specialer. I dette afsnit fremgår først en oversigt over udviklingen i antal overgange mellem afsnit for endokarditpatienter, og derefter følger ledere og medarbejders vurderinger af udbytte og konsekvenser ved den nyetablerede hjerteklapenhed.

4.2.1 Udviklingen i antal overgange under indlæggelse

Eftersom endokardit-patienternes erfaringer blev en medvirkende årsag til beslutningen om at etablere hjerteklapenheden, er der i det følgende taget udgangspunkt i denne patientgruppe i opgørelserne over antal overgange imellem afsnit.

Afsnitsskift for patienter i hjerteklapenheden er opgjort som hændelser omfattende indlæggelse og skift mellem afsnit men eksklusive skift til operationsgang og intensivafsnit. Det skyldes, at ophold på disse afsnit relaterer sig til den kliniske kvalitet og ikke til den ændrede organisering

af afsnittene. Med andre ord, når en patient overføres først til operationsgangen og siden til intensivheden, er det uundgåelige og klinisk meningsfulde dele af et planlagt patientforløb, men hvis patientens tilstand siden forværres, og hvis der opstår behov for re-operation, er der tale om kliniske årsager til et skift, som ikke er relateret til den ændrede organisation.

Afsnitsskift er opgjort for tre perioder:

- Periode 1: Før sammenlægningen af klapafsnittene – 1. januar 2017-31. august 2018
- Periode 2: Efter den fysiske sammenlægning af klapafsnittene – 1. september 2018-31. august 2019
- Periode 3: Efter den organisatoriske sammenlægning af klapafsnittene – 1. september 2019-31. december 2019

Efter den fysiske sammenlægning er antallet af sengepladser i de enkelte afsnit uændret, men funktionerne er nu opdelt på diagnoser frem for på specialer. Det betyder, at der i hvert afsnit nu både er repræsenteret det kardiologiske og kirurgiske speciale relateret til den pågældende diagnose. På den måde er der (teoretisk set) ikke længere behov for at flytte patienten mellem afsnit, men i stedet kan det udnyttes, at det relevante personale er tættere på, end hvad tilfældet var før den fysiske sammenlægning.

I tabel 4.1 og tabel 4.2 er det gennemsnitlige antal skift pr. indlæggelse opgjort med udgangspunkt i antallet af afsnitsskift og indlæggelser i de tre perioder. I tabel 4.1 tæller det kardiologiske og kirurgiske afsnit separat i alle tre perioder, mens de i tabel 4.2 er slået sammen i periode 2 og 3. Antal afsnitsskift og antal indlæggelser i periode 1 er derfor ens i de to tabeller. Forskellen mellem antallet af afsnitsskift i periode 2 og 3 udtrykker således antal skift mellem det kardiologiske og kirurgiske sengeafsnit på trods af den fysiske (og organisatoriske) sammenlægning.

Tabel 4.1 Afsnitsskift for endokarditpatienter uden sammenlagt klapafsnit

Periode	Antal afsnitsskift	Antal indlæggelser	Gns. skift pr. indlæggelse
1. Før sammenlægning	281	93	3,02
2. Fysisk sammenlægning	110	48	2,29
3. Organisatorisk sammenlægning	16	12	1,33

Kilde: Data er trukket i Sundhedsplatformen af Center for Hjerte-, Lunge-, Kar- og Infektionssygdomme

Tabel 4.2 Afsnitsskift for endokardit-patienter med sammenlagt klapafsnit

Periode	Antal afsnitsskift	Antal indlæggelser	Gns. skift pr. indlæggelse
1. Før sammenlægning	281	93	3,02
2. Fysisk sammenlægning	77	48	1,60
3. Organisatorisk sammenlægning	13	12	1,08

Kilde: Data er trukket i Sundhedsplatformen af Center for Hjerte-, Lunge-, Kar- og Infektionssygdomme

Af tabellerne ses det, at der gennemsnitligt sker færre skift pr. indlæggelse for gruppen af endokarditpatienter efter både den fysiske og organisatoriske sammenlægning af hjerteklapenheden. Efter den fysiske sammenlægning falder det gennemsnitlige antal skift pr. indlæggelse

fra 3,02 til 1,60, og efter den organisatoriske sammenlægning falder det gennemsnitlige antal skift pr. indlæggelse yderligere til 1,08.

Der er truffet beslutning om, at endokarditpatienter i videst mulige omfang er indlagt i den kardiologiske del af hjerteklapenheden både før og efter en operation, og det faldende antal afsnitsskift følger således den intention, som bl.a. var baggrund for at etablere hjerteklapenheden. I interview med teamledere og personale blev det dog nævnt, hvordan der sker mange andre afsnitsskift i og omkring hjerteklapenheden. Eksempelvis havde det kirurgiske afsnit, før den fysiske sammenlægning, et tæt arbejdsfælleskab med et andet kirurgisk sengeafsnit. Dette samarbejde indebar bl.a., at sygeplejerskerne kunne dække ind for hinanden på tværs af de to afsnit ved sygdom, i ferier og i weekender, fordi de lå i fysisk i sammenhæng. Efter at de kirurgiske sengeafsnit ikke længere lå side om side, var der ikke sygeplejersker nok til at holde begge afsnit åbne i weekenderne. Det betød, at det ene kirurgiske sengeafsnit lukkede i weekenden, og at der var patienter, som ikke kunne udskrives, som blev flyttet til det andet kirurgiske sengeafsnit. Blandt det interviewede personale, var der en oplevelse af, at patientforløbene nok var blevet bedre og mere sammenhængende for endokarditpatienterne, samtidig med at de havde en fornemmelse af, at man havde lavet en ekstra overgang for andre patienter.

Det her med, at man har undgået overgangene for endokarditpatienterne. Det er jo sådan set fint. Men til gengæld så bytter vi jo rundt mellem [afsnit, red.] hver fredag og hver søndag for at vagtdække. Så der rykker vi jo 5-10 patienter hver fredag og søndag. Så hvis man regner det på et år, så er det jo mange flere overflytninger, vi har nu, mange flere fejlkilder i forhold til at flytte senge og ejendele op og ned. Og det har jo været en afledt konsekvens, hvor man kan sige at det er jo fint nok for endokarditterne, at de bliver liggende, men nu er der bare 300 andre, der flytter op og ned, for at vi kan få det til og hænge sammen. (Sygeplejerske)

Derudover problematiserede sygeplejersker i enheden ordningen med at have sygeplejersker, der var lært op i både kardiologisk og kirurgisk sygepleje, fordi de sjældent kunne følge en patient mere end et par dage, når de skiftede mellem at være i vagt i henholdsvis den kardiologiske og kirurgiske del af enheden. På interviewtidspunktet var det imidlertid en relativt lille gruppe sygeplejersker, der var oplært i at varetage patienter i begge specialer, og samme oplevelse gjorde sig ikke gældende blandt de sygeplejersker, som havde en mere permanent tilknytning i et af de to spor.

4.2.2 Oplevede erfaringer med hjerteklapenheden: samarbejdet mellem kirurgi og kardiologi

Det blev formuleret som et af argumenterne for at etablere en hjerteklapenhed, at det skulle understøtte samarbejdet mellem hjertemedicinsk og thoraxkirurgisk afdeling. På sygeplejesiden tilhørte personaleansvaret den samme teamleder, men da oplæringen af sygeplejersker inden for begge spor fortsat var i gang, var der på interviewtidspunktet en fortsat opdeling i forhold til, hvor den enkelte sygeplejerske primært arbejdede. I det daglige foregik arbejdet i de to spor uafhængigt af hinanden, og de enkelte sygeplejerske passede deres egne patienter og særlige opgaver uden særlige samarbejdsflader på tværs.

Samarbejdet var ligeledes uændret på lægesiden, idet arbejdsfordelingen mellem lægerne fortsat havde sit udspring i specialerne, og ikke, som blandt sygeplejerskerne, fælles personaleledelse og vagtplanlægning. Der blev derfor fortsat bestilt henholdsvis kirurgiske og kardiologiske tilsyn fra hjerteklapenhedens to afsnit, og der var ikke en naturlig, daglig samarbejdsflade, idet

lægerne også primært passede patienter og opgaver i deres respektive spor. Lægerne havde til gengæld en vigtig samarbejdsflade i relation til visitationen af patienter (se Kapitel 5).

4.2.3 Oplevede erfaringer med hjerteklapenheden: den faglige kvalitet

Sammenlægningen af de to afsnit til hjerteklapenheden fik som forventet betydning for personalesammensætningen blandt sygeplejerskerne. Særligt i det kardiologiske afsnit var der en relativt stor gruppe sygeplejersker, der sagde op ved udsigten til en organisationsændring. Konsekvensen var derfor, at man i afdelingen havde ti ledige sygeplejerskestillinger, som skulle genbesættes. Teamledelsen vurderede, at der på interviewtidspunktet var tale om en relativt uerfaren sygeplejerskegruppe, som skulle oplæres i hhv. kirurgisk og medicinsk sygepleje. For at opretholde kompetenceniveauet så højt som muligt i både den kardiologiske og kirurgiske del havde teamledelsen valgt at flytte erfarne sygeplejersker fra den kirurgiske del til den kardiologiske del, og starte den tværfaglige oplæring blandt dem. De nyansatte sygeplejersker blev primært brugt i den kirurgiske del, og derfor var vurderingen fra både de interviewede sygeplejersker og teamledelsen, at kompetenceniveauet i overgangsfasen var lavere i begge spor, sammenlignet med tiden før sammenlægningen af afsnit. Dette blev yderligere sat på spidsen af den fysiske afstand til det andet kirurgiske sengeafsnit, som ikke længere gjorde det muligt at samarbejde og dække ind for hinanden i spidsbelastningsperioder. Ifølge teamledelsen for det andet kirurgiske sengeafsnit blev det opfattet som et forhold, der også satte deres afsnit under pres.

Som tidligere beskrevet havde sammenlægningen af afsnit haft begrænset indflydelse på lægernes arbejdsgange. Der var dog blevet indført daglige tavlemøder for hjertekirurgerne, hvor de gennemgik de indlagte patienter og fordelte morgens stuegang imellem sig. En af de hjertekirurger, der var i vagt på dagen for observationsstudiet fremhævede tavlemøderne som en positiv tilføjelse som følge af sammenlægningen. Det gav mulighed for at gennemgå de indlagte patienter på en systematisk måde og få udvekslet informationer mellem sygeplejersker og kirurger. Vurderingen var, at mange af de spørgsmål, som kirurgerne ellers blev mødt med af sygeplejerskerne, når de kom op til afsnittet efter at have gennemført det daglige operationsprogram, blev besvaret ved tavlemøderne. En af sygeplejerskerne i afdelingen og teamledelsen for hjerteklapenheden bekræftede, at tavlemøderne har bidraget til en større systematik i den daglige planlægning, da de ikke længere går og venter på, at kirurgerne er tilbage i afdelingen, men kan forvente at få svar på spørgsmål om indlagte patienter på et fast dagligt tidspunkt. Det var på den måde nemmere at planlægge dagen. Det var en oplevelse af, at det bidrog til patienternes tryghed, og lægernes overblik over de patienter, som var indlagt i den kirurgiske søjle.

Der var generelt en skepsis at spore i interviewene med de øvrige teamledelser og personalet, i forhold til, om fusionen ville medføre en merværdi, og i så fald hvad succeskriteriet var. Formålet med hjerteklapenheden blev af flere beskrevet som uklart, ikke mindst på grund af de oplevede aktuelle ulemper i form af personalemangel og fysisk afstand mellem kirurgiske sengeafsnit, sammenholdt med en oplevelse af relativt uændrede patientforløb for de fleste patientgrupper (endokardit-patienterne undtaget) og fortsat begrænset samarbejde på tværs af de to søjler.

Men der er jo så nu en kæmpe udfordring, fordi afdelingen skal bygges op fra starten, og der er ikke noget personale, og det vil jo altid være vanskeligt, lige meget hvilken afdeling det er. (...) ordet 'værdi', det mener jeg ikke, vi kan bruge. Det kan være, at vi kan en dag, når man om nogle år har et afsnit, man har fået kørt ind og

har fundet ud af det. Om det så gav mere værdi, det ved jeg ikke, fordi vi måler det jo ikke. (Overlæge)

Ovenstående citat illustrerer dog også en oplevelse blandt flere af de interviewede ledere og medarbejdere af, at personalesituationen og arbejdet med at opbygge enheden var aktuelle og helt klassiske udfordringer i en fusions- og reorganiseringsproces, som med tiden ville blive løst.

4.3 Hjerteklapenheden i fremtiden

Den generelle vurdering blandt centerledelse, afdelingsledere og teamledelsen for hjerteklapenheden var, at sammenlægningen på sigt kunne give et fagligt udbytte som afsnit med specialiseret ekspertise i klapsygdomme og med et tættere samarbejde på tværs af det kardiologiske og kirurgiske speciale. Ved projektperiodens afslutning havde enheden knap fungeret i et år, og det potentielle udbytte var ikke realiseret. Beslutningen om en hjerteklapenhed havde været præget af topstyring, og centerledelsen gav under den sidste interviewrunde udtryk for, at det var vigtigt, at der blev fokus på, at ejerskabet for hjerteklapenheden fremadrettet blev placeret blandt dem, der skal udføre arbejdet i enheden og få etableret det fællesskab mellem de to spor, som var ønsket.

Hjerteklapenhedens teamledelse oplevede, at der var etableret et godt personligt samarbejde mellem afdelingssygeplejersken, og de to overlæger fra hhv. kardiologisk og thoraxkirurgisk afdeling. I den første tid som teamledelse havde opgaven i høj grad handlet om at lægge strategier for rekruttering, undervisning og fastholdelse af sygeplejersker samt retfærdiggøre (teamledelsens egne ord, red.) de ændringer, som fandt sted over for de øvrige læger og sygeplejersker. I interviewet, som fandt sted ved VBS-projektets afslutning, gav teamledelsen udtryk for ambitioner om på sigt at arbejde mere med samarbejdet mellem søjlerne, men havde også en oplevelse af, at den primære opgave på interviewtidspunktet var at sikre enhedens daglige drift og faglige kvalitet.

Vi har fået et rigtig komplekst afsnit, og det kræver nogle ressourcer, og det kræver nogle kompetencer, og det skal bygges op fra bunden af. Så det nytter ikke noget, vi står heroppe og har en vision og tænker, det er det, vi gerne vil have, men ikke får bygget fundamentet. Fundamentet er altafgørende for, at vi får det her til og lykkes, og det tror jeg, vi allesammen i teamledelsen – og med de kliniske specialister – det er vi allesammen super bevidste om. (Teamleder)

Set fra teamledelsens synspunkt var det således også væsentligt, at hjerteklapenheden fik den fornødne tid til at sikre det faglige fundament og udvikle en enhed, hvor *"man kigger på, at der er en patient, der er syg i sin hjerteklap"* (Teamleder), og ikke på, om det er en kirurgisk eller kardiologisk patient.

4.4 Kapitlets hovedfund

Ideen om en hjerteklapenhed blev introduceret med udgangspunkt i overvejelser om faglige og organisatoriske fordele samt patienters oplevelse af patientforløb med mange overgange. Etableringen af hjerteklapenheden blev mødt med bekymring fra både afdelingsledere, teamledere og personale i centret. Interviewene tegner dog et billede af, at det primært var løsnin-

gen – hjerteklapenheden – som var genstand for disse typer af reaktioner. De fremførte argumenter for at redesigne patientforløbene, herunder især behovet for færre overgange i patientforløbene, blev vurderet som meningsfuldt at arbejde med.

Efter hjerteklapenhedens etablering oplevede ledere og personale en organisationsændring og at være berørt af, at flere sygeplejersker havde opsagt deres stillinger med udsigten til organisationsforandringer, og et deraf følgende behov for at besætte ledige stillinger og oplære nye sygeplejersker. Desuden betød den nye enhed – særligt for sygeplejerskerne – ændrede arbejdsgange og samarbejdsflader. Vurderingen var derfor, at hjerteklapenheden ikke umiddelbart havde bidraget til bedre patientforløb inden for VBS-projektets tidsramme. Det er uden for denne undersøgelses formål at undersøge udviklingen i den faglige kvalitet baseret på mere objektive mål. Både centerledelse, afdelingsledere og hjerteklapenhedens teamledelse gav dog udtryk for, at der på sigt var et potentiale i et styrket samarbejde på tværs af specialerne, men at der i første omgang var behov for at sikre personaletilgang og kompetenceudvikling i sygeplejerskegruppen.

5 Fælles styrket visitation

Det var også, som en vigtig del af VBS-projektet, at udvikle metoder til sikring af bedst mulige behandlingsvalg, hvilket havde bred opbakning blandt både ledere og medarbejdere.

Vi kan som fagpersoner definere, at det er værdifuldt, at de [patienterne, red.] overlever osv. Det vil patienterne jo også vurdere, at det er (...), men nogle gange, når man spørger patienterne (...) så lægger de også vægt på andre ting. Værdi for patienter er ikke altid det samme, som fagfolk tror. (Centerleder)

Vi skal turde diskutere, om vi gør det rigtige, om vi kan skabe meget mere værdi ved at turde vælge og samarbejde om et behandlingsforløb og en visitation og måske vælge en anden behandlingsform. Som team skal vi kunne sige: vi har gennemgået din sag, og vi mener ikke, at det tjener dig bedst at blive opereret. (Overlæge)

I interview og workshops blev den fælles visitation set som et reelt arbejdsfællesskab mellem den kardiologiske og kirurgiske afdeling, og et område, som gav faglig mening at videreudvikle for både ledelsen, for begge specialer og for både sygeplejersker og læger i centret. Når patienter henvises til centret med henblik på en operation, bliver patienten gennemgået på en såkaldt Thoraxkonference. Her deltager en kardiolog og en hjertekirurg fra hhv. Hjertemedicinsk og Thoraxkirurgisk Afdeling med en læge fra det henvisende hospital. På baggrund af en gennemgang af eksisterende viden om patienten, vurderes det, om patienten skal have tilbudt eksempelvis en åben hjertekirurgi eller en kateterprocedure¹⁶, og det vurderes, om der er særlige forhold, som der skal tages hensyn til i patientens forløb. Patienten deltager ikke på denne konference, og centrets personale møder først patienten, når de møder op til operation eller ved eventuelle forberedende samtaler.

Flere blandt det kliniske personale kunne give eksempler på patienter, som mødte op til åben hjertekirurgi, men hvor det viste sig – når centrets læger og sygeplejersker selv kunne vurdere patientens funktionsniveau – at patienten formentlig ville have haft større gavn af en kateterbaseret operation.

For eksempel en patient bliver indlagt til behandling, så ser den patient en læge, som ligesom får set patienten ordenligt efter og siger "hov, jamen du passer jo slet ikke til den her behandling, du skulle da hellere gå over til den behandling". Og så siger patienten "det kan jeg ikke forstå, jeg har været til så mange undersøgelser, og jeg har talt med så mange forskellige læger, og så er det først nu, I finder ud af det". (...) Hvilket jeg godt kan forstå, at de ikke kan forstå, fordi det virker jo ikke særlig professionelt. (Overlæge)

Muligheden for at videreudvikle den allerede fungerende visitationskonference (thoraxkonferencen), hvor kardiologer og kirurger fra centret sammen med læger fra de henvisende hospitaler vurderer, om patienter skal henvises til åben hjertekirurgi eller den mindre indgribende kateteroperation, blev derfor vurderet som meningsfuldt både i et fagligt perspektiv og i et patientperspektiv.

Der var bred enighed blandt læger i begge specialer om, at den tilgængelige information om patienterne ikke altid er god nok, idet patientens samlede sundhedstilstand og egne ønsker

¹⁶ Se i øvrigt boks Boks 4.1 for en forklaring af 'TAVI (kateterbaseret operation)' og 'Åben hjertekirurgi'

ikke altid fremgår. Derfor blev der igangsat en proces, hvor der både skulle ses på kravene til information fra de henvisende hospitaler og en model for at inddrage patienterne med henblik på at kvalificere behandlingsvalg.

5.1 Delprojektets indhold og forløb

Projektet bestod i udgangspunktet af to elementer. Det ene element indebar en bearbejdning af det informationsskema, som udfyldes af de henvisende hospitaler med henblik på at få mere præcise informationer om patientens sundhedstilstand, samlede situation og ønsker til behandlingen. Det andet element indebar en udvikling af patientsamtaler med deltagelse fra både en hjertekirurg og en kardiolog – herunder systematiske vurderinger af symptomer og funktionsniveau baseret på valide screeningsinstrumenter – med henblik på at sikre mere kvalificerede og individuelt tilpassede behandlingsvalg.

Bearbejdningen af informationsskemaet var færdiggjort, men kun lige indarbejdet i Sundhedsplatformen ved projektets afslutning, og der var derfor ingen erfaringer med at bruge dette skema på interviewtidspunktet. Derimod havde man arbejdet med at udvikle og afprøve en model for patientsamtaler og -vurderinger på tværs af kardiologi og kirurgi. Patientsamtaler og -vurderinger var tilrettelagt som to separate spor for patienter henvist til hhv. åben hjertekirurgi og kateteroperation, men var i udgangspunktet tilrettelagt, så de fandt sted på samme tidspunkt, og der var mulighed for at inddrage ekspertise fra det andet spor. I praksis viste det sig at være svært at tilrettelægge samtalerne så de foregik på samme tidspunkt, og der havde været få tilfælde, hvor tilstedeværelsen fra begge specialer havde været nødvendig. Desuden havde man af hensyn til den øvrige planlægning i centret valgt at fravige det oprindelige ønske om samtidig fysisk tilstedeværelse:

(...) behovet for interaktion er relativt lille i forhold til antallet af patienter. Derfor ved jeg, at fremadrettet vil vi ikke være så fokuseret på, at det er tidsmæssigt parallelt, fordi det giver os nogle begrænsninger hver især, fordi nogle passer det godt det ene og det andet ift., hvordan vores hverdag er bygget op med konferencer og operationer osv. (Overlæge)

Patientsamtaler og -vurderinger med patienter henvist til kateteroperation var ikke et nyt tiltag, idet denne type samtale havde været et tilbud i mange år for alle henviste patienter. Her var det nye, at kardiologerne deltog fast i en del af samtalen, hvor der tidligere kun havde været deltagelse fra en erfaren sygeplejerske. Arbejdet med den fælles styrkede visitation havde også medført, at disse samtaler foregik lidt tidligere i patientforløbet med det formål at understøtte muligheden for et reelt behandlingsvalg. Derfor havde samtalerne i højere grad end tidligere fået karakter af en endelig beslutning om behandlingsvalg frem for kun at være en samtale med patienten om selve indgrebet og en afklaring af patientens individuelle forhold.

I det kirurgiske spor var de afklarende og vurderende patientsamtaler – ud over den samtale, som finder sted umiddelbart inden en operation – et helt nyt tiltag. Her havde man valgt i første omgang kun at udvælge de dårligste patienter til samtale, hvilket gav en mulighed for både at gennemgå operationsforløbet med patienten og at se patienten an og vurdere, om en åben hjertekirurgi var velegnet, eller om der var behov for at styrke patienterne frem mod forløbet (præ-habilitering).

5.2 Oplevede erfaringer med fælles styrket visitation

En af de gevinster, som blev fremhævet af de læger og sygeplejersker, som deltog i patient-samtaler og -vurderinger var, at de bidrog til mere kvalificerede behandlingsvalg. Der var flere eksempler på patienter, som i første omgang var henvist til en åben hjertekirurgi, men hvor det i samtalen med patienten blev vurderet, at en kateteroperation ville være et bedre valg. Disse patienter blev dernæst tilset af en kardiolog og flyttet over i det andet spor med den mindre indgribende operation. Disse tilfælde blev anset for at være en illustration af værdien af disse samtaler – som en måde at kvalificere behandlingsbeslutninger for de patienter, som befinder sig i en gråzone i forhold til det åbne kirurgiske indgreb.

De [kirurgerne, red.] har set en patient og tænkt, at denne her patient er skrøbelig og ikke særlig velegnet til kirurgi, og så tænker de "kunne I ikke kigge på, om den her patient kunne blive kateterklapbehandlet?". Og det har jeg så gjort. Det har typisk været dagen efter, eller nogle dage har det været samme dag, bare om eftermiddagen. Og så har vi så kunnet afklare det der. (Overlæge)

Der blev beskrevet et enkelt eksempel på en patient, som var henvist til kateteroperation, men blev vurderet teknisk egnet til åben hjertekirurgi frem for en kateteroperation. Patienten blev derfor af sygeplejersken og den tilstedeværende kardiolog informeret om det operative indgreb og efterfølgende henvist til åben hjertekirurgi.

Samtalernes bidrag til kvalificerede beslutninger blev yderligere understreget af, at der i samtalerne kan fremgå information om patienterne, som kan betyde, at man fremskynder indgrebet. Samtalerne – som bl.a. baserer sig på validerede screeningsværktøjer – kan eksempelvis give indblik i, at en patient er mere syg end det, der er blevet beskrevet ved thoraxkonferencen. Omvendt kunne samtalerne også føre til, at man alligevel ikke anbefalede patienten at få en ny hjerteklap, fx fordi patienten havde andre sygdomme, som ville medvirke til en minimal gevinst. En sygeplejerske, som foretog samtaler med patienter henvist til kateteroperation, oplevede, at muligheden for at anbefale anden eller ingen behandling var styrket, efter at afdelingens læger deltog fast i samtalerne:

Og de samtaler er helt klart blevet styrket ved, at man også tør sige fra og sige "det her, det er måske faktisk ikke det bedste valg". Hvor man, når man sidder alene som sygeplejerske, ikke skal tage den beslutning sammen med patienten. Vi har brug for den lægelige indsats ind over. Jeg synes, at samtalerne klart er blevet kvalificeret, fordi de er blevet tværfaglige, vi får nogle forskellige perspektiver ind, og vi kan i højere grad tage beslutning sammen med patienten. (Sygeplejerske)

Samme sygeplejerske vurderede også, at patienterne var glade for at få en samtale om det indgreb, de skulle have gennemført, og at det var en afklarende og tryghedsskabende foranstaltning for både patienterne og deres pårørende.

Hver gang de går ud ad dørenovre i ambulatoriet, så siger de tusind tak. De giver udtryk for, at de kommer ind og får en samtale, de ikke har fået andre steder (...) de giver udtryk for, at de bedre forstår, hvad sygdommen handler om, hvad er det de skal ind til, hvad er den forventede, oplevede effekt af en behandling, og man får samlet trådene ud fra deres afsæt (...). Så på den måde tænker jeg, at vi leverer noget kvalitet, de ikke oplever på anden vis, og det er med til at skabe noget værdi for patienterne. (Sygeplejerske)

Heraf fremgår imidlertid også, at samtalerne bidrager til en faglig tilfredshed, fordi man potentielt har bidraget til et tryggere og mere individuelt afstemt behandlingsforløb.

5.3 Fælles styrket visitation i fremtiden

Modellen med patientsamtaler med deltagelse af både sygeplejersker og læger forud for et af de to operative indgreb opfattes, ifølge interviewene, som et velfungerende tiltag i centret, der både bidrager til et sikrere behandlingsvalg og en bedre forberedelse af patienterne til det indgreb, de skal have gennemført. En af afdelingslederne i centret beskrev dette tiltag, som det tiltag, hvor *”det mest værdibaserede ligger for patienten”*, og i alle interview, hvor disse patientsamtaler og -vurderinger blev nævnt, var der tilsyneladende opbakning til dem. I et fremtidsperspektiv var det altså hensigten at fastholde og løbende justere disse samtaler i begge specialer. Der blev eksempelvis refereret til nyere studier (Kolte et al. 2019), som viser, at de forskellige klapper, der kan indopereres, og den operative teknik, der anvendes, kan have forskellige styrker og svagheder, som må vægtes og afpasses den enkelte patient. Her bliver patientens behov og prioriteringer et vigtigt bidrag til beslutningsprocessen vedrørende det konkrete behandlingsvalg, og det giver derfor fortsat mening at inddrage patienterne:

(...) store internationale undersøgelser, der er kommet frem i år, viser, at de lige så vel kunne blive behandlet kirurgisk som kateterbaseret, og i virkeligheden, når retningslinjer bliver opdateret – måske inden for en nær fremtid – så står man jo med, at de egentlig er kandidater til begge behandlinger, og (...) hvordan tilbyder vi så de patienter at blive behandlet, når vi kigger fremad? Det er måske ikke alene en fagprofessionel beslutning, men man skal [måske, red.] se på, hvad patienterne vil? (Sygeplejerske)

Der er med andre ord brug for en løbende opmærksomhed på at kunne identificere, hvilke patienter – ikke bare blandt klappatienterne, men også andre patienter, hvor et af de to operative indgreb er behandlingsmuligheder – der vil have et valg mellem forskellige behandlingsmuligheder, og dermed også gavn af at blive inddraget i en samtale tidligt i deres forløb.

Et andet fokusområde i de løbende justeringer er de ressourcer, der skal afses til patientsamtalerne og organiseringen af patientsamtalerne i sammenhæng med centrets øvrige opgaver. I det kardiologiske spor var der allerede etableret en praksis, hvor alle patienter, henvist til kateterbaseret operation fik tilbudt en samtale. I det kirurgiske spor arbejdede man efter at lægge den nye afklarende samtale sammen med en allerede eksisterende præ-operativ samtale, så man på den måde ikke behøvede at tilføje ekstra ressourcer. Patientsamtalerne brød, ifølge både afdelings- og teamledere, med et årelangt fokus på effektiviseringer, som for det første betød, at personalenormeringen er nøje afstemt med centrets opgaver, og for det andet, at man i mange år har haft fokus på, at patientforløbene er accelererede og uden ventetid.

I 20 år har vi leanet organisationen til at lave [selve, red.] indgrebet. Så der findes ikke flere kirurger end dem, der går på operationsgangene. (Afdelingsleder)

Der møder ikke flere ind, end vi lige præcis skal bruge nede på operationsgangene. Der møder ikke to ekstra ind, der kan sidde og snakke [med patienter, red.] (...) Vi har jo en vis grad af urgency og [krav om indgreb, red.] inden for 10 hverdage eller 14 kalenderdag. (Afdelingsleder)

Blandt medarbejdere og teamledere var der i højere grad en holdning til, at samtalerne kunne være lavet uanset VBS-projektet, havde man bare tilført de nødvendige ressourcer¹⁷. I kardiologien havde man, som nævnt, indført disse samtaler som en fast del af patientforløbet for patienter henvist til kateteroperation. Holdningen blandt både afdelingsledere og personale var, at man kunne have indført samme model i kirurgien, hvis man havde ønsket det. Ifølge center- og afdelingsledelsen var patientsamtalerne imidlertid et eksempel på en prioritering af ressourcer, som fik et nyt momentum med VBS-projektet. Projektet medførte et krav om at have værdi for patienten som pejlemærke og medførte dermed også, at det blev mere legalt for dem – med projektet i ryggen – at påvirke til at ændre en kultur og en tankegang bygget op over mange år. Dermed er det også et eksempel på det, som tidligere er fremhævet som en ledelsesopgave, nemlig at sikre, at aktiviteter som denne fortsat understøttes, når projektet slutter og ikke længere udgør en eksplicit styringsramme.

5.4 Kapitlets hovedfund

Der har under hele projektperioden været stor opbakning til at videreudvikle visitationen af patienter til de forskellige typer af operative indgreb. Et forbedret grundlag for at tilbyde patienterne det rette behandlingsvalg er blevet opfattet som meningsfuldt både ud fra et fagligt, patientoplevet og økonomisk perspektiv. I praksis endte man med at lave mindre justeringer i det informationsskema, som bruges ved den egentlige visitation på thoraxkonferencen, og til gengæld indførte man patientsamtaler i både det kirurgiske og kardiologiske spor. Erfaringen med disse samtaler er, at de kan bidrage til en kvalificering af behandlingsvalg, fordi man får mulighed for at tale med patienterne om deres livssituation og ønsker, ikke bare til en behandlingsform men også til tiden efter et operativt indgreb. Desuden er erfaringen, at samtalerne kan bidrage til patienternes tryghed, fordi de modtager grundig information om deres sygdom og det indgreb, de skal have foretaget.

Projektets fremtidsperspektiver handlede primært om at sikre fortsatte ressourcer til, at flere patienter kommer til samtale inden operation, bl.a. ved at fremrykke en allerede eksisterende præoperativ samtale og koble den med den visiterende samtale. Derudover skal samtalerne tilpasses til den løbende udvikling i behandlingsmetoderne, idet der er en forventning om, at flere patienter med tiden vil befinde sig i den gruppe, som har et reelt valg mellem de to operative indgreb.

¹⁷ Det blev desuden bemærket af ledere og personale i det kardiologiske spor, at de første år, efter at man havde indført patientsamtaler og -vurderinger for patienter henvist til en kateteroperation, blev indlæggelsestiden afkortet for disse patienter. Det skyldtes, at både patienter og afdeling var bedre forberedt i forhold til at håndtere den enkeltes behov og eventuelle andre sygdommes betydning for indlæggelsesforløbet. De ressourcer, det kostede at gennemføre disse samtaler og vurderinger, blev således modsvaret af en kortere indlæggelsestid.

6 Afklarende samtale for patienter henvist til ablation

Daghospitalet, som hører under Hjertemedicinsk Afdeling, varetager blandt andet patienter med en speciel form for hjerterytmeforstyrrelse, der kaldes atrieflimren eller forkammerflimren. Der henvises ca. 400 patienter til Hjertemedicinsk Afdeling om året, og på baggrund af henvisningen vurderer en af afsnittets overlæger, om patienten skal tilbydes en såkaldt ablation (se begrebsafklaring i boks Boks 6.1). Denne vurdering kan imidlertid i nogle tilfælde være svær at foretage, og derfor har man i VBS-projektperioden arbejdet med at udvikle en sygeplejesamtale med henblik på at afklare patienters symptomer, livssituation og ønsker til behandlingsvalg.

Boks 6.1 Begrebsafklaring: faglige ord og begreber i dette afsnit

Atrieflimmer: Atrieflimmer er forårsaget af forstyrrelser i hjertets elektriske ledningssystem, der på forskellig vis fører til hurtig og uregelmæssig hjerterytme. Hjerterytmeforstyrrelse er ofte ikke livstruende, men kan medvirke til forringet fysisk og psykisk helbred. Over tid kan det dog også føre til blodpropper og hjertesvigt. Behandlingen kan både bestå af forebyggende livsstilsændringer, medicinsk behandling og forskellige operative indgreb, fx indoperering af en pacemaker eller ablation.

Ablation: En af behandlingsformerne er påvirkning af det væv – ablation – der forårsager rytmeforstyrrelserne. På den måde breder de elektriske impulser sig ikke til det øvrige hjertevæv. Ablation foregår via et kateter, der indføres igennem en blodåre fra patientens lyske. Patienten er typisk lokalbedøvet under indgrebet og kan udskrives samme dag. Komplikationer i forbindelse med ablation er sjældne.

Formålet med den afklarende samtale er at supplere henvisningsnotatet og finde frem til det bedst mulige behandlingsvalg for patienten på det aktuelle tidspunkt. Dette delprojekt hører dermed til i samme kategori som samtalerne i relation til den fælle styrkede visitation, hvor formålet er at inddrage patienter i at definere, hvordan et godt forløb ser ud for dem og dermed, hvad der udgør det rette behandlingsvalg. De forventede resultater af de afklarende samtaler er¹⁸:

- Bedre sikring af, at det er de rette patienter, som udvælges til ablation
- At værdien af behandlingen for den enkelte patient øges
- Ventetiden til ablation på sigt bliver nedbragt (ved en opskalering af antallet af samtaler), da flere patienter vil få tilbudt en anden type behandling end ablation
- Der kan opnås værdifuld indsigt i patienternes oplevelser af 'livet med atrieflimren'
- Fælles beslutningstagen giver patienten bedre indsigt i og større mulighed for at påvirke eget forløb
- Vejledning af patienten til målrettede aktiviteter giver mulighed for, at patienten selv kan understøtte et forbedret behandlingsresultat, uanset om beslutningen er ablation eller anden behandlingsstrategi.

¹⁸ De forventede resultater er formuleret i et notat sendt til VIVE som supplement til interview og tilsendte aktivitetsdata. Notatet opsummerer projektets formål, forventede effekter og foreløbige erfaringer.

6.1 Delprojektets indhold og forløb

Projektet har været tilrettelagt som et pilotprojekt, hvor en mindre del af de henviste patienter er blevet tilbudt en afklarende samtale med en sygeplejerske. Teamledelsen for Daghospitalet vurderede i interviewet i den sidste interviewrunde (december 2019), at 2/3 af de patienter, som bliver henvist til ablation, er klare tilfælde, hvor man alene på baggrund af henvisningen kan vurdere det rette behandlingsvalg – herunder både patienter, hvor man med sikkerhed kan vurdere, at ablation er det rette valg, og patienter, hvor man med sikkerhed kan vurdere, at ablation *ikke* er det rette behandlingsvalg. Den sidste tredjedel af henviste patienter er den gruppe, der er relevant at invitere til en afklarende samtale. Af denne gruppe var der ved udgangen af 2019 gennemført afklarende samtaler med i alt 21 patienter. Blandt de 21 patient-samtaler blev det i 43 % af tilfældene besluttet at gennemføre ablation. I de resterende 57 % af samtalerne blev det besluttet at gennemføre en anden behandlingsstrategi.

Samtalen gennemføres alene med deltagelse fra en sygeplejerske, som tager udgangspunkt i et samtalskema, som sikrer en systematisk gennemgang af de forhold, som skal afklares, inden den endelige beslutning om ablation eller anden behandling træffes (se Figur 6.1). I alle tilfælde er en læge involveret i den endelige beslutning om behandlingsvalg med udgangspunkt i sygeplejerskens optegnelser fra samtalen. I 75 % af tilfældene har en læge været direkte involveret i at træffe en beslutning, og i de resterende tilfælde er beslutningen truffet af sygeplejersken sammen med patienten og senere godkendt af en læge.

Figur 6.1 Samtaleskema til brug for afklarende patientsamtale

Områder	Velegnet til Ablationsbehandling	På nuværende tidspunkt ikke aktuelt med ablation/anden behandlingstilbud vurderes i samtale med patienten
Arytmier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paroksysk/persisterende AF under 2 års varighed ▪ Dokumenteret AF ▪ Atrieflagren er hovedproblemet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permanent atrieflimmer (mere end 2 år) ▪ Ingen dokumentation for AF (EKG/Holter/R-test) ▪ > 2 tidligere ablationer for atrieflimmer
Symptombyrde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betydende symptomer som følge af AF (Dyspnø, hjertebanken, hjertesmerter, uro i brystet, hovedpine, ubehag, svimmelhed, reduceret fysisk aktivitet, nedsat appetit/kvalme, træthed, søvnforstyrrelser, energiforladt, forringet livskvalitet) ▪ Udelukket, at symptomer kan stamme fra andre hjertesygdomme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ingen eller ikke betydende symptomer/lav symptombyrde
Anden hjertesygdom	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normal venstre atrium volumen + LVEF 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svært forstørret venstre atrium (inkompenseret/hjerteinsufficient) ▪ Nedsat LVEF/mitralklapsygdom (insufficiens eller stenose) ▪ GUCH
Anden sygdom	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normal lungefunktion ▪ Normal thyroidfunktion ▪ Normalt eller velreguleret blodtryk 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ikke stabil thyroideasygdom/KOL ▪ Ubehandlet hypertensions (BT-angivelse) ▪ Betydelige komorbiditet (lunger – anden svær sygdom m.m.)
Antiarytmika	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Har afprøvet antiarytmika – uden effekt eller bivirkninger (flecainid, propofenon (Ic) eller dronedaron, solatol og amidaron (Klasse III)) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ikke afprøvet antiarytmika
DC-konvertering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Har prøvet DC-konvertering 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ikke afprøvet DC-konvertering/kan ikke mærke forskel under sinusrytme
Diverse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BMI<30 ▪ Alder<70 ▪ Ønske om ablation (efter information om procedure) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BMI>35 ▪ Alder>75 ▪ Betydeligt forbrug af tobak/alkohol ▪ Tvivl om ablation (efter information om procedure)

Note: DC-konvertering: Afbrydelse af hjerterytmeforstyrrelse ved et strømstød igennem hjertet vha. elektroder på huden.
LVEF: Left ventricular ejection fraction – et mål for nedsat hjertefunktion/hjertesvigt.
GUCH: Grown-Ups with congenital Heart disease. Medfødt hjertesygdom hos voksne.

Kilde: Figuren er en genskabelse af det samtalskema, som er udarbejdet af ledere og medarbejdere i daghospitalet, og som bruges ved samtalerne. Figuren er baseret på et fotografi taget i forbindelse med observation af en patientsamtale, oktober 2019.

6.2 Oplevede erfaringer med de afklarende samtaler

Formålet med pilotprojektet var at, om beslutningen om ablationsbehandling kunne ske på et bedre grundlag, hvis patientens samlede situation og ønsker til behandling blev taget i betragtning. Teamledelsen i Daghospitalet og personale, som har medvirket til udvikling og gennemførelse af samtalerne, vurderede, at den forberedende samtale medvirker til individualiserede behandlingsvalg, hvor patientens samlede situation og præferencer tages med i betragtning. Således var der eksempler på samtaler, hvor patientperspektivet og det faglige perspektiv ikke harmonerede fuldstændig, men hvor patientperspektivet alligevel havde fået en betydning.

Det kan være patienter, som er egnet [til ablation, red.], men som siger "nej tak", og så følger vi dem og giver dem mulighed for at komme igen. Så kan det være patienter, der aktuelt bliver vurderet ikke-egnet, og som skal noget igennem først, og så kommer de tilbage, dvs. det er ikke lige nu og her, de skal have en ablation, men det kan være senere. Og så er der dem, hvor man fagligt tænker "det her, det er ikke-egnet", men patienterne har ikke andre muligheder, og så siger man til dem "okay, så prøver vi det". Fordi de insisterer og er vildt frustrerede over, hvis de får et nej. Så det er vigtigt at sige, at vi ikke sidder her og så bare beslutter for alle, dur ikke eller dur. (Sygeplejerske)

Så er der flere patienter, der jo har fravalgt det [ablation, red.], bevidst på trods af, at de var egnet til det. De blev oplyst om, hvad det gik ud på, og så har de valgt at gå hjem og med de fif, der nu var givet [i samtalen, red.] og prøve og leve med de symptomer, de havde. (Sygeplejerske)

Den nogenlunde ligelige fordeling mellem samtaler, hvor det besluttes hhv. at gennemføre eller ikke gennemføre ablation, fortolkede teamledelsen endvidere som et tegn på en individualiseret tilgang.

Ud over at medvirke til en større sikkerhed for, at der træffes det rette behandlingsvalg for den enkelte, har pilotprojektet, ifølge teamledelsen for Daghospitalet, også vist sig at have et potentiale ift. at bidrage til mindre spildtid og større tryghed blandt patienterne. De patienter, som sammen med sygeplejersken når frem til, at ablation ikke er noget for dem på det pågældende tidspunkt, kan komme i gang med at afprøve andre behandlingsstrategier, fx en anden type medicin eller livsstilsændringer. De patienter, der sammen med sygeplejersken har truffet beslutning om ablation, har fået afklaring på et tidligere tidspunkt i deres forløb og har også fået mulighed for at få information om indgrebet tidligere. I denne undersøgelse er patienternes oplevelse af den afklarende samtale ikke belyst. I interviewene blev det dog fremhævet, at patienters tilbagemeldinger peger på, at samtalerne kan bidrage til en større tryghed for patienterne, fordi de både har fået information i løbet af samtalen, men også har fået etableret en kontakt, så de kan få afklaret spørgsmål, der dukker op i ventetiden og ikke mindst har en sikkerhed for, at deres sag kan tages op igen.

Og så er det nogle af dem, som har haft en livlinje – vi har haft tre til samtale efterfølgende, et år efter, otte måneder og så to et år efter. Og de har valgt at bibeholde, at de ikke skulle ablateres, og har haft denne her med, at vi kunne henvende os, hvis det var. Så der tror jeg, at man giver en sikkerhed på en eller anden måde, som gør, at de tør noget mere. (Sygeplejerske)

Der er ingen tvivl om, at de er bedre forberedte, (...) og måske [har de, red.] også været hjemme og vende og har fået filtreret den her viden. Så kommer der nogle nye spørgsmål, og de har en livlinje – og det er måske det aller-, allervigtigste, som de [patienterne, red.] har givet udtryk for – det er den der livlinje, de har fået ved at være inde til den her samtale lang tid, før de skal ablateres. De ringer ind, fordi de er kommet i tanke om noget, og så kan de få svar med det samme. (Teamleder)

Som en del af det forberedende arbejde forud for pilotprojektet var en gruppe patienter, som tidligere havde gennemgået en ablation, inviteret til at give feedback på deres patientforløb. Her havde patienter peget på, at der går lang tid, fra man bliver henvist til ablation fra et andet hospital eller fra en praktiserende speciallæge, til man kommer til den forberedende samtale,

som i det sædvanlige patientforløb foregår 1-3 dage, før indgrebet skal foretages. De efterspurgte muligheden for en kontakt tidligere, hvilket teamledelsen også anså som et tegn på potentialet i de afklarende samtaler, som ligger relativt kort tid, efter at henvisningen er modtaget i centret. Hjerterytmeforstyrrelser hos den patientgruppe, som pilotprojektet vedrører, er ikke livstruende, men kan have betydning for patienternes livskvalitet og kan være forbundet med bekymring. Pilotprojektet, har ifølge teamledelsen bekræftet, at en samtale tidligere i forløbet potentielt kan bidrage til et bedre forløb set fra patientens perspektiv.

Fra et fagligt synspunkt blev de afklarende samtaler også vurderet som meningsfulde. Det beskrives i interviewene som en mulighed for at forlade et fokus på drift og aktivitet til et fokus på, hvordan man som fagperson kan give patienter den bedst mulige information om fordele og ulemper ved forskellige behandlingsvalg, samtidig med at patienternes individuelle forhold (ud over det, der står i henvisningsnotatet) inkluderes, når der skal træffes en beslutning.

Formålet med de afklarende samtaler er også at sikre, at de rette patienter udvælges til ablation, og at ventetiden på sigt bliver nedbragt. I Bilag 1 fremgår en oversigt over udviklingen i antallet af ablationer og ventetider til ablation med henblik på at se, om der allerede efter den gennemførte pilotafprøvning kan ses en udvikling i disse mål. Her ses et fald i antallet af gennemførte ablationer, hvilket er i tråd med forventningen om, at bedre dialog i forbindelse med behandlingsbeslutning ville resultere i faldende aktivitet. Det er imidlertid ikke forventeligt, at dette lille pilotprojekt, hvor kun 21 patienter har deltaget, kan have påvirket udviklingen i nævneværdig grad, og at udviklingen i aktiviteten kan tilskrives introduktion af disse samtaler alene. Bedre henvisninger generelt kan også have haft betydning. I Bilag 1 illustreres det også, hvordan ventetiderne til ablation er steget en smule, hvilket strider mod forventningen, men også her er udviklingen formentlig påvirket af andre forhold end de gennemførte samtaler.

6.3 Afklarende samtaler i fremtiden

Eftersom de afklarende samtaler er gennemført som et pilotprojekt med en begrænset gruppe patienter, er samtalerne gennemført sideløbende med den sædvanlige drift. Hvis samtalerne skal gennemføres med alle patienter i den gruppe af patienter, som vurderes at være relevante at tage en afklarende samtale med, vil det kræve andre ressourcer i form af et fast samtalerum og sygeplejersketid specifikt afsat til samtaler. I pilotprojektet er en sygeplejerske gået fra det almindelige dagsprogram for at foretage samtalen, og det har der ifølge teamledelsen været opbakning til blandt det øvrige personale. Hvis målgruppen udvides, skal de afklarende samtaler indgå som en eksplicit del af dagsprogrammet og vil derfor være en udvidelse af de opgaver, som allerede udføres i Daghospitalet. De afklarende samtaler kan ikke fuldstændigt erstatte de samtaler, som tilbydes til patienter, hvor det er besluttet at gennemføre ablationsbehandling, da de to samtalers fokus ikke er identiske. De afklarende samtaler har til formål at træffe beslutning om behandlingsvalg, og samtalerne inden ablationsbehandlingen har til formål at forberede indgrebet og sikre, at de nødvendige kliniske informationer er til stede.

Sideløbende med de forberedende samtaler er der også udviklet et PRO-skema, som i første omgang har været brugt til at indhente data om symptombyrden hos de patienter, som har deltaget i de forberedende samtaler. Konkret fortalte en af de sygeplejersker, som har gennemført afklarende samtaler, at hun havde brugt de indsamlede PRO-data til at følge udviklingen i symptombyrden hos en patient, som havde fravalgt ablation i første omgang:

Der er en [patient, red.], der har sagt nej [til ablation, red.], fordi hun psykisk ikke kunne magte at vente. (...) hun gik hjem og valgte sammen med sin mand at sige

"nej tak". Og hende har jeg haft en efterfølgende telefonsamtale med, og jeg har også nu modtaget tremåneders PRO-data i forhold til at se, hvordan går det egentlig med hende tre måneder efter, at hun har været her. (Sygeplejerske)

På sigt er det forhåbningen, at også denne del af pilotprojektet kan udvides, så PRO-data indsamles blandt alle patienter. Derved håbede de interviewede medarbejdere og teamledelsen at kunne bruge PRO-data som beslutningsstøtte, fx hvis man opnår mere viden om, hvilke patienter der får en god effekt af ablation. Det kan på sigt også få betydning for henvisningsmønstret, idet de henvisende læger potentielt dermed kan få et bedre grundlag for de beslutninger, som de træffer.

6.4 Kapitlets hovedfund

Introduktionen af en afklarende samtale for patienter henvist til ablation er et eksempel på et initiativ, der er opstået og udviklet uafhængigt af VBS-projektet, men inddraget på grund af den grundlæggende tankegang om øget patientinddragelse og fokus på at sikre det rette behandlingsvalg. De afklarende samtaler er gennemført som et pilotprojekt og kun afprøvet på ganske få patienter. De involverede ledere og medarbejdere i projektet vurderer desuden, at de afklarende samtaler også bidrager til en større tryghed hos patienterne, fordi de modtager grundig information om ablation og desuden får etableret en kontakt til enheden, som kan gøres brug af i ventetiden frem mod indgrebet. Sidstnævnte er dog alene baseret på ledere og personales vurderinger, og ikke udsagn fra de patienter, som har deltaget i samtalerne. Desuden vurderede ledere og personale, at der et potentiale for at minimere spildtid både for de patienter, som tilbydes ablation, og dem, hvor man vurderer, at der ikke er grundlag for en ablation.

Eftersom projektet kun har været gennemført som pilotprojekt, vil der i fremtiden være behov for at sikre sygeplejefaglige ressourcer, hvis patientsamtalen skal udvides til flere patienter. Desuden er der planer om at indsamle og bruge PRO-data med henblik på yderligere at kunne styrke processerne omkring behandlingsvalg.

7 Ændret ambulatoriedrift

I Hjertemedicinsk Ambulatorium har man i projektperioden arbejdet med at udvikle og afprøve en app-løsning for patienter med et livslangt forløb i ambulatoriet. Patienterne kan derved via bluetooth overføre egne målinger af puls, blodtryk, vægt og antal skridt gået til appen MinSP¹⁹ samt svare på fem spørgsmål om deres helbredstilstand, som sundhedspersonalet kan bruge som baggrund for at vurdere, om patientens sygdom er stabil eller udvikler sig på en måde, hvor et fremmøde i ambulatoriet er relevant.

7.1 Delprojektets indhold og forløb

Dette delprojekt blev udviklet undervejs i projektperioden og byggede bl.a. på erfaringerne fra et tidligere udviklingsprojekt med fokus på en åben ambulatoriestruktur. I dette tidligere udviklingsprojekt havde teamledelsen i ambulatoriet indgået et samarbejde med Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA), som gennemførte en undersøgelse af, hvad der har betydning for patienter i en åben ambulatoriestruktur. KOPAs undersøgelse udpegede en række indsatsområder, som man siden arbejdede videre med.

De primære udfordringer, som man søgte at løse, var en stigende ambulante aktivitet, som betød, at ambulatoriets fysiske rammer var under pres, og at ventetiden på aftaler var lang, og muligheden for fleksibel tilrettelæggelse af patienternes forløb var lille. Behovet for at løse det stigende pres på ambulatoriet blev både understreget af en forventet stigning i behovet for ambulante forløb og af Hjertecentrets fusion med Karkirurgisk og Infektionsmedicinsk Afdeling i januar 2019:

(...) så stipulerer man en vækst på 43 % til 2025. Og hvis man lægger alt det der sammen og tænker, at man gerne vil have et stort ambulatorie, så får man det. 75.000²⁰ i 2025, mod 15.000-20.000 nu. Så en to-tre dobling i virkeligheden er der tale om fra nu af og til 2025. Og det kalder jo også på nogle ting, med begrænset fysik. (Teamleder)

Derfor var der igangsat et arbejde med at finde løsninger, der kunne sikre en prioritering af patienter med størst behov. Desuden kommer mange af ambulatoriets patienter fra hele landet, og der var derfor også et mål om at gøre ambulatorieforløbet mindre indgribende i hverdagen for patienter, som skal transportere sig langt for relativt korte konsultationer i ambulatoriet.

En del af projektet handlede derfor om at udvikle videokonsultationsløsninger, og en anden del af projektet handlede om at udvikle en app-løsning til videresendelse af kliniske data til MinSP, hvorfra det sundhedsfaglige personale i ambulatoriet kan vurdere patienternes helbredstilstand, uden at patienten behøver at møde op. Patienterne får udleveret en elektronisk blodtryksmåler og en elektronisk vægt, som sender data om blodtryk, puls og vægt til appen via bluetooth. Derfra sendes data til portalen MinSP, hvor sundhedspersonalet kan følge udviklingen i de tilsendte data. Der har været tale om et samarbejdsprojekt, hvor Region Hovedstadens

¹⁹ MinSP er en portal, hvor patienter kan kommunikere med sundhedspersonale på hospitalerne, se planlagte aftaler på hospitaler, indtaste egne helbredsoplysninger m.m. MinSP er en del af Sundhedsplatformen, men er udarbejdet som en app til telefonen.

²⁰ I en senere kommentar til rapportudkastet blev dette rettet til 69.000 ambulante forløb, men pointen er den samme: at der forventes en massiv øget behov for ambulatoriets ydelser i fremtiden.

Center for IT, Medico og Telefoni (CIMT) og Telemedicinsk Videnscenter har leveret den tekniske udvikling, og ambulatoriets ledelse og personale har leveret den kliniske ekspertise.

Udvikling og test af videokonsultationer har været udfordret af, at der skulle afklares en række sikkerhedsmæssige hensyn, da der transmitteres personlige data om patienterne. Samme problematik har gjort sig gældende for app-løsningen, hvor man også har skulle sikre sig en sikker transmittering og opbevaring af patientens data. Her har den specifikke udfordring været at afklare, hvem der har databehandlersansvaret, når data ligger i appen. Dette blev afklaret i efteråret 2019, efter at Region Hovedstaden havde benyttet sig af advokatbistand og haft kammeradvokaten til at vurdere sagen. Derfor er appen først blevet pilottestet på 16 patienter i oktober og november 2019, dvs. VBS-projektets sidste måneder.

De patienter, som har deltaget i pilottesten, er patienter med trykforhøjelse i lungekredsløbet og højresidigt hjertesvigt, og er en gruppe patienter, som følges i ambulatoriet i hele deres levetid. Disse patienter sender deres data ind til ambulatoriet via appen en gang ugentligt. Til hver enkelt patientgruppe er der udarbejdet en algoritme, som beregner en risikoprofil for hver enkelt patient på baggrund af de indsendte data, og besvarelserne på de fem spørgsmål. I ambulatoriet gennemgår en projektsygeplejerske patienternes data med særligt fokus på de patienter, som algoritmen har placeret i en gruppe, hvor de indsendte data antyder, at der kan være progression i sygdommen. Her kan det være nødvendigt at indkalde patienten til en ekstra kontrol, hvor data i andre tilfælde kan indikere, at patienten er i en stabil periode, hvor det er tilstrækkeligt, at en sygeplejerske eller læge ringer patienten op. Hensigten er, at ambulatoriet kan blive mere behovsdrevet med tiden. I den første tid med pilottest har formålet dog primært været at undersøge, om teknologien fungerede, og om patienterne oplevede, at både appen og de supplerende spørgsmål fungerede.

7.2 Oplevede erfaringer med ændret ambulatoriedrift

På tidspunktet for de sidste interview med teamledelsen i ambulatoriet (november 2019) var pilotafprøvningen kun lige sat i gang, og erfaringerne var derfor begrænsede. De tekniske forhold viste sig dog at fungere og at være til at håndtere for patienterne. Desuden var det teamledelsens oplevelse, at MitSP gav det fornødne overblik over patienternes data og besvarelser. På den baggrund anså de det også for muligt at lave mere individualiserede forløb og reducere antallet af ambulatoriekontakter på sigt²¹.

Teamledelsen for ambulatoriet fremhævede desuden processen frem mod pilottestningen, idet de oplevede, at VBS-projektet havde givet udviklingen og testen af appen et rygstød bl.a. i form af økonomiske ressourcer, da ambulatoriet havde søgt og fået midler fra en pulje afsat i Region Hovedstaden til VBS-projekter. Desuden havde centrets programleder for VBS udgjort en ressource bl.a. i relation til puljeansøgningen, som var blevet tilgængelig, efter centret var blevet udpeget til at eksperimentere med VBS. Samarbejdet med Center for IT, Medico og Telefoni blev ligeledes fremhævet som positivt, fordi der også her var mulighed for at gøre brug af en (teknisk) kompetence, som teamledelsen ikke før havde haft kendskab til, og som kunne supplere teamledelsens kliniske kompetence. Udviklingen af nye løsninger til fremtidens ambulatoriedrift var allerede i gang ved VBS-projektets start, men teamledelsen oplevede, at VBS-projektet havde åbnet mulighed for at forstærke denne allerede igangværende proces.

²¹ Teamledelsen sammenfattede efter interviewet et notat, der opsummerede de videre erfaringer med pilotafprøvningen.

Eftersom ambulatoriet kun var i gang med de indledende test af app-løsningen, var der naturligt et ønske om at kunne udvide dels til flere patienter i de samme patientgrupper, dels til flere patientgrupper og eventuelt andre specialer i centret. På sigt forventedes det, at hjemmemonitorering vil indgå som et naturligt element i det ambulante patientforløb, og at der kan opnås indsigt i symptomer mellem konsultationer. Desuden var det forventningen, at der over tid vil være så mange data til rådighed, at der kan genkendes nye sammenhænge i store mængder data.

7.3 Kapitlets hovedfund

Ønsket om en ændret ambulatoriedrift begrundes både med forventningen om en relativt stor stigning i efterspørgslen på ambulatoriets ydelser i fremtiden, og et hensyn til patienternes hverdag, hvor jævnlige ambulatoriebesøg kan være en belastning. Derfor har man arbejdet på at udvikle en app-løsning, der jævnligt fremsender kliniske data for den enkelte patient til ambulatoriet, hvor det kliniske personale kan vurdere, om der er behov for et fremmøde i ambulatoriet eller justeringer i patientens behandling.

Der var begrænsede erfaringer med denne app-løsningen, men dog en oplevelse af, at det var en teknisk løsning, der var brugbar og til at håndtere for både patienter og personale. Desuden var der en formodning om, at appen potentielt kunne bidrage til mere individuelt tilpassede forløb, færre fysiske fremmøder i ambulatoriet samt mulighed for at følge patienter også mellem konsultationer.

8 Diskussion af hovedfund

Denne undersøgelse har haft til formål at undersøge og dokumentere arbejdet med værdibaseret styring i Center for Hjerte-, Lunge-, Kar-, og Infektionssygdomme, og de erfaringer, som ledere og medarbejdere har gjort sig med de tiltag, som er sat i gang i den formelle projektperiode. I det følgende diskuteres de fund, som er præsenteret i de foregående kapitler i relation til andre undersøgelser af VBS, og de opmærksomhedspunkter, som undersøgelsen giver anledning til at fremhæve. Forsøg med VBS både i Danmark og i andre lande har synliggjort, hvordan konceptet forandrer sig i tilpasningen til brug i en lokal hospitalsorganisation (Nilsson et al. 2017a, Højgaard, Wolf & Bech 2016, Andersson et al. 2015). De fund og de opmærksomhedspunkter, som fremhæves her, skal tages med det forbehold, at de udspringer af de delelementer, som indgår i dette specifikke og lokalt tilpassede VBS-projekt.

8.1 Betydningen af en ændret økonomisk styringsramme

VBS-projektet introducerede en ny økonomisk styringsramme i form af fritagelsen fra takststyring og introduktionen af et rammebudget. På trods af, at vi i denne undersøgelse finder en tendens til en faldende aktivitet i centret, finder vi også en oplevelse blandt ledere og personale af, at der fortsat er fokus på at opretholde en høj produktivitet i centret. Undersøgelse viser, at denne nye styringsramme har krævet en tilvænnning, særligt på center- og afdelingsledelsesniveau, og at ledere og personale i centret generelt oplever, at aktivitet fortsat udgør et styringsparameter. Dette fortsatte fokus på produktivitet i centret igennem hele projektperioden kan imidlertid tilskrives helt andre forhold end den ændrede *økonomiske* styringsramme. De fleste andre krav til centret, herunder udredningstids- og behandlingsgarantier, politisk opmærksomhed på at undgå aflyste operationer og centrets rolle som modtager af patienter med højt specialiseret behandlingsbehov, medførte således et fortsat behov for at holde et konstant, højt aktivitetsniveau i centret. Derudover blev arbejdet med alternative styringsmål forhindret og medvirkede til en efterspørgsel efter nye pejlemærker som erstatning for eller supplement til aktivitet. Det kan derfor overvejes, om der reelt har været tale om en ny styringsramme i centret i den forstand, at der er opstået et ændret handlerum og incitamentsstrukturer for ledere og personale.

Både i en dansk og international kontekst er der sparsom viden om, hvordan aktivitet og kvalitet bliver påvirket af forsøg med ændringer i den økonomiske styringsramme (Søgaard, Kristensen & Bech 2015, Larsen, Kristensen & Søgaard 2018). Et studie baseret på et forsøg med værdibaseret styring i Region Midtjylland viste ingen markant effekt af at undtage hospitalsenheder fra takststyring på mål som antallet af unikke patienter, budgetoverholdelse og produktionsværdi (Larsen, Kristensen & Søgaard 2018). En undersøgelse af værdibaseret styring på Bornholms Hospital viste derimod et fald i indlæggelsesdage og antal akutte indlæggelser, hvilket var i tråd med projektets overordnede formål og konkrete indsatsområder i projektperioden (Madsen et al. 2019). I begge undersøgelser anføres det dog, at andre samtidige styringselementer og incitamentsstrukturer kan have påvirket den udvikling, der identificeres.

Andre undersøgelser af eksperimenter med ændrede økonomiske styringsrammer, har desuden undersøgt de processer, der igangsættes under en ny styringsramme, som kan bidrage til en forståelse af, hvilke mekanismer der medvirker til, om den ændrede styringsrammes betydning. Heraf ses det bl.a. – i tråd med denne undersøgelse – at det kræver tilvænnning at slippe

den sædvanlige og tillærte opmærksomhed på aktivitet som styringsmål. På Bornholms Hospital, som i perioden 2016-2018 også gennemførte forsøg med værdibaseret styring, og derfor også var fritaget fra takststyring, var der særligt blandt hospitalets afdelingsledere tvivl om, hvorvidt hospitalets aktivitetsniveauer reelt var elimineret som et styringsparameter, og om hospitalet senere ville blive sanktioneret økonomisk, hvis de ikke levede op til tidligere fastsatte aktivitetsniveauer (Madsen et al. 2019). En reaktion, som også er fundet i andre danske forsøg med værdibaseret styring (Jakobsen 2019). Desuden beskrev afdelingsledere på Bornholms Hospital, at aktivitetsopgørelserne, før VBS-projektet, havde udgjort en vigtig del af dialogen med både hospitalsledelse og regionen og havde haft en tryghedsskabende funktion som en indikation af, at afdelingen leverede det, som forventedes. Derfor kunne de ikke uden videre undlade at fokusere på hospitalets aktivitetsniveauer (Madsen et al. 2019). En erfaringsopsamling baseret på interview med repræsentanter fra Region Hovedstadens pilotprojekter med VBS peger ligeledes på, at der i overgangen mellem styringsrammer opstår tvivl om, hvad hospitalerne måles på, og hvordan der vægtes mellem hhv. 'værdi for patienterne' og aktivitet (Center for Økonomi & Center for HR 2019).

Et andet aspekt af tilvænningen til en ny styringsramme handler om det, der mistes ved at reducere opmærksomheden på aktivitet som styringsmål. I interviewene til denne undersøgelse blev der på den ene side givet udtryk for, at aktivitet har fyldt for meget som styringsmål, og at tiden var inde til at introducere styringsmål med fokus på fx faglig eller patientoplevelse kvalitet. På den anden side blev fordelene ved at bruge aktivitet i styringssammenhæng også fremhævet. Her blev den tydelige sammenhæng mellem økonomi og antal ydelser bl.a. nævnt som en fordel, der kunne bruges strategisk til at skabe økonomisk råderum til udviklingsprojekter, samtidig med at de fremadrettede aftaler om centrets aktivitet havde en definerende betydning for centrets identitet, idet de er med til at afgrænse, hvad centret skal og ikke skal beskæftige sig med.

Undersøgelsen på Bornholms Hospital viste i lighed hermed, at takststyringsmodellens force er, at den tydeligt definerer afdelingers økonomiske råderum og indeholder en tydelig incitamentsstruktur. Fritagelsen fra takststyring kombineret med manglende nye styringsmål gjorde det uklart, hvad hospitalets afdelinger skulle pejle efter og blive vurderet på (Madsen et al. 2019). I denne, såvel som i undersøgelsen foretaget på Bornholms Hospital, blev der efterspurgte alternative styringsmål, som kan bidrage til en fælles forståelse både på politisk, administrativt og klinisk niveau om, hvad hver enkelt hospital, center eller afdeling skal efterstræbe. Behovet for alternative styringsmål handlede både om ønsket om gode patientforløb, men også om muligheden for kunne navigere inden for en ramme, hvor man ved hvad der forventes. Styringsmål opleves med andre ord, som en betingelse for handlerum – dog under forudsætning af, at styringsmålene opleves som meningsfulde. VBS-projektet, som er beskrevet i denne rapport og andre danske VBS-projekter, giver tilsammen et indtryk af, at overgangen fra takststyring til rammestyring ikke i sig selv har en styrke til at forandre en måde at tænke og agere på. Det peger på, at der er behov for et fortsat fokus på at udvikle styringsmål som alternativ eller supplement til aktivitet og etablere en tillid til, at disse nye mål har en reel vægt, og at man således ikke senere straffes for eventuelt faldende produktivitet, hvis man reelt ønsker at nedtone kvantitet i sundhedsvæsenets ydelser som styringsmæssigt pejlemærke.

8.2 VBS-projektet som ramme for forandring

Den ændrede økonomiske styringsramme var imidlertid ikke det eneste virkemiddel i VBS-projektet. Projektet gav også relativt frie rammer til at gennemføre konkrete forandringer i centret, som kunne bidrage til patientoplevelt kvalitet, høj faglig kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse (Hjertecentret 2017). Undersøgelsen viser, at VBS-projektet også har skabt mulighed for overvejelser omkring andre måder at tilrettelægge patientforløb på, hvor effektivitet og højt aktivitetsniveau kan fylde mindre – på trods af, at aktivitet fortsat var et vigtigt pejlemærke for centrets ledelse. Den ændrede styringsramme havde tilsyneladende ikke i sig selv forårsaget en mindre opmærksomhed på aktivitet, men det samlede VBS-projekt havde til gengæld givet et rygstød til flere forandringsprocesser i form af patientsamtaler i relation til de udvidede samtaler og vurderinger af patienter efter visitation til operative indgreb, afklarende samtaler for patienter henvist til ablation og udviklingen af app-løsningen i Hjertemedicinsk Ambulatorium. Det gælder for alle disse initiativer, at de beskrives som en videreførelse af en ide, en forandringsproces eller en arbejdsgang, som allerede var i spil, og hvor VBS-projektet har skabt et momentum for en videreudvikling.

Værdibaseret Styring, og senere Værdibaseret Sundhed, er begreber med vid mulighed for fortolkning (Andersson et al. 2015, Nilsson et al. 2017b, Bonde, Bossen & Danholdt 2018). Det rejser naturligt spørgsmålet om, hvorvidt de specifikke initiativer, der bliver en del af de lokale VBS-projekter adskiller sig fra udviklingsprojekter, som der ellers arbejdes med i de enkelte hospitalsenheder. Denne undersøgelse peger på, at centrets rolle som pilotprojekt for VBS har legitimeret, at der sker en prioritering af udviklingsprojekter, som ikke bare har et effektiviseringspotentiale, men som fx har skabt rum for patientinvolvering og fokus på det rette behandlingsvalg. Samtidig peger undersøgelsen på, at forankringen af disse processer og udbredelse til flere patientgrupper vil kræve fortsat prioritering af centrets ressourcer og ledelsesmæssig såvel som politisk opbakning.

8.3 Udbyttet af VBS-projektet i Center for Hjerter-, Kar-, Lunge og Infektionssygdomme

Denne undersøgelses formål har været at undersøge og dokumentere centrets arbejde med VBS og herunder de initiativer, som er sat i gang som del af dette projekt. I det oprindelige projektdesign indgik der også en analyse af udviklingen i centrets aktivitet, økonomiske omkostninger og patientnære kvalitetsmål for udvalgte patientforløb. Denne del af undersøgelsen blev dog udfordret af implementeringen af Sundhedsplatformen og de datamæssige udfordringer, som opstod som følge heraf. Udbyttet af de forandringsprocesser, som er sat i gang i centret som del af VBS-projektet, er derfor primært baseret på ledere og personalets oplevelser og vurderinger, suppleret af deskriptive data over centrets aktivitet. Patienters oplevelse af udbytte, eller udbytte målt på mere patientnære mål, ville have styrket denne undersøgelses konklusioner under dette tema.

Det er karakteristisk for udviklingen af den fælles styrkede visitation, de afklarende samtaler for patienter henvist til ablation og den ændrede ambulatoriedrift, at ledere og personale vurderer, at de har medført mere tid til og/eller en større systematik i inddragelsen af patienter i spørgsmål om konkrete behandlingsvalg. Vurderingen var, at det naturligvis er positivt set fra et patientperspektiv, da patienter får mulighed for medbestemmelse og også kan tilbydes mere individualiserede behandlingsvalg, når deres livssituation, kompetencer og præferencer indrages. Desuden bidrog disse initiativer til en oplevelse af at levere en faglig god kvalitet i form

af bedre beslutninger og bedre kommunikation med patienterne. Disse initiativer udgjorde et kærekømt brud med længere tids fokus på effektiviseringer, men der var samtidig også en opmærksomhed på, at effektivitet og et hurtigt flow af patienter igennem afdelingen fortsat var en drivende dagsorden, og at tiden til fx ekstra patientsamtaler er en prioritering, der skal tages eksplicit vare på, når VBS-projektet slutter.

Etablering af hjerteklapenheden adskiller sig fra de øvrige initiativer under VBS-projektet ved at være langt mere omfattende og påvirke særligt sygeplejerskers arbejdsgange og organisatoriske tilhørsforhold. Denne forandringsproces har derfor også givet anledning til diskussion i centret både før den endelige beslutning om at etablere hjerteklapenheden, og da den var en realitet. Den primære oplevelse er, at etableringen af hjerteklapenheden ikke har bidraget til faglig merværdi, bl.a. fordi organisationsændringen medførte en stor mængde opsigelser blandt sygeplejerskerne, og fordi den forventede synergi mellem den kardiologiske og hjertekirurgiske søjle endnu ikke er etableret. Det skal retfærdigvis bemærkes, at hjerteklapenheden var relativt nyetableret ved denne undersøgelses sidste interviewrunde, og at der her er tale om vurderinger af udbytte på kort sigt. Etableringen af hjerteklapenheden bryder med eksisterende specialeopdelinger, organisatoriske tilhørsforhold og arbejdsgange og er en langt mere omfattende forandring end de øvrige initiativer. Ledelsen omkring hjerteklapenheden vurderede et potentiale for at skabe bedre patientforløb på sigt, men dette kan ikke indfanges i denne undersøgelse.

Dette fund giver anledning til at overveje, om et projekt med en tidsramme på tre år er nok til at komme i mål med større forandringsprojekter, fx større organisationsændringer, udvikling af nye styringsmål samt metoder og redskaber til at styrke patientinddragelse. Modellen med en treårig projektperiode er hyppigt anvendt, ikke bare i relation til VBS men også i andre forandringsprojekter, hvor det konkluderes, at det tager tid at nå til en fælles forståelse af, hvilke problemer man ønsker at adressere og ikke mindst hvordan (Buch, Kjellberg & Holm-Pedersen 2018). Dernæst følger arbejdet med at gennemføre de ønskede forandringer, som også tager tid. I denne undersøgelse giver ledere og personale udtryk for en oplevelse af at være på vej, men ikke i mål – særligt hvad angår de større forandringsprocesser såsom klapenheden og omstillingen til en ny styringsramme.

8.4 Balancen mellem patientinddragelse og faglige vurderinger

Med introduktionen af VBS fik 'værdi for patienter' en central rolle i debatten om, hvordan sundhedsvæsenet skal styres (Møller Pedersen 2017, Burau et al. 2018, Porter 2010). Dermed fulgte naturligt spørgsmålet om, hvordan 'værdi for patienter' skal defineres, og hvem der skal gøre det (Bonde, Bossen & Danholdt 2018, Andersson et al. 2015, Center for Økonomi & Center for HR 2018). Det gælder også VBS-projektet i Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme, hvor forskellige metoder er taget i brug for at afgøre, hvad der udgør værdi for patienterne.

Til det formål har man benyttet sig af forskellige metoder, herunder patient-feedback med henblik på at høre patienternes beskrivelse af deres patientforløb og få dem til at udpege forbedringspunkter. Patient-feedback blev brugt i det forberedende arbejde til det, der endte med etableringen af en hjerteklapenhed. Her var der en oplevelse af, at de udsagn, som var givet under patient-feedback-mødet, havde fået for stor vægt. Kritikken handlede grundlæggende om to ting. For det første blev gruppen af patienter anset for at være for lille og ikke repræsentativ for den samlede patientgruppe. For det andet betvivlede man, at patienterne ikke kunne

overskue hele deres forløb, herunder hvad der vindes og tabes ved at organisere patientforløbene på forskellige måder. Fagpersoners overblik over det samlede forløb og viden om de faglige konsekvenser oplevedes at få mindre vægt, og det blev en væsentlig del af den kritik, som blev rettet mod beslutningen om at etablere en hjerteklapenhed, at den faglige vurdering af fordele og ulemper var blevet nedprioriteret.

Individuelle samtaler med patienter med henblik på at afklare deres situation og ønsker til behandlingsvalg udgør en anden metode til at definere værdi for patienterne. Denne undersøgelse tyder på, at de individuelle samtaler i højere grad anses for at være en brugbar metode til at inddrage patienter i at definere gode patientforløb. Karakteristisk for de individuelle samtaler var, at der var en oplevelse af, at samtalerne kombinerede fagpersoners viden (i form af information) og kompetencer (i form af en vurdering af hver enkelt patients behandlingsbehov) med patientens ønsker, behov og beskrivelse af den øvrige livssituation. Ovenstående tyder altså på, at patientinddragelse vurderes som meningsfuldt af de sundhedsprofessionelle, men kun hvis det ikke bliver på bekostning af de faglige vurderinger. Hvor VBS blev et svar på oplevelsen af, at kvaliteten i de leverede ydelser i sundhedsvæsenet var nedprioriteret til fordel for antallet af ydelser, har de konkrete initiativer, som der er arbejdet med i centrets VBS-projekt, tilsyneladende introduceret en anden type dilemma for de sundhedsprofessionelle, hvor der skal findes en balancegang mellem patientinddragelse og faglige vurderinger.

Det er væsentlig her at holde sig for øje, at denne undersøgelse ikke inkluderer patienters perspektiver på det arbejde, som har fundet sted som del af VBS-projektet. Det er metodisk vanskeligt at indsamle patienters perspektiv på en overordnet styringsramme, da patienter ofte kun forholder sig til deres eget forløb og de oplevelser, der knytter sig hertil²². Det betyder dog, at de sundhedsprofessionelles vurderinger kommer til at fremstå uimodsagt i denne undersøgelse. Det er ikke givet, at det dilemma, som skitseres ovenfor, ville fremtræde ligeså tydeligt, hvis synsvinklen havde været patienternes. Undersøgelsen giver (baseret på udsagn fra sundhedsprofessionelle) indtryk af, at det i mange tilfælde er lykket at inddrage både patienters og de sundhedsprofessionelles perspektiver i de beslutninger, som er blevet truffet i centret undervejs i projektperioden, og på en måde, som både de sundhedsprofessionelle og patienterne sætter pris på. Fundet i denne og andre undersøgelser (se fx (Madsen et al. 2017)) af, at vægtningen mellem patienters og sundhedsprofessionelles perspektiv i nogle tilfælde bliver opfattet som et dilemma, kalder på mere dybdegående analyser af, hvornår disse dilemmaer opstår (knytter de sig fx til bestemte typer af beslutninger?), og hvordan det sundhedsfaglige personale mere generelt forholder sig til de tanker, der knytter sig til VBS – herunder visionen om at styre efter 'værdi for patienten'.

²² I undersøgelsen af VBS-projektet på Bornholms Hospital blev der eksempelvis interviewet patientrepræsentanter, men det var meget vanskeligt for dem at forholde sig til de overordnede rammer for styring og organisering af hospitalet (Madsen et al., 2019). I en undersøgelse af patienters perspektiv på projekter igangsat som del af VBS-tankegangen i Region Hovedstaden forholder patienter sig også alene til det konkrete forløb, som de selv har oplevet (Max Martin, Grøn og Madsen, 2019).

9 Konklusion

Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme blev i 2017, som del af Region Hovedstadens forsøg med værdibaseret styring (senere værdibaseret sundhed) (VBS), fritaget fra takststyring og blev i stedet underlagt et rammebudget. Hensigten var at nedtone de økonomiske incitamenter til at efterstræbe høj aktivitet og skabe nye muligheder for at tilrettelægge patientforløb med faglig kvalitet og patientoplevelse som primære pejlemærker. Inden for denne ramme har centret arbejdet med at opstille alternative styringsmål, som kan belyse værdi for patienterne, en reorganisering med fokus på mere sammenhængende patientforløb for patienter med hjerteklapsygdomme og styrke den organisatoriske sammenhæng i centret, introduktion af patientsamtaler med henblik på at sikre de rette behandlingsvalg og ændret ambulatoriedrift for en gruppe patienter med kroniske hjertesygdomme.

Undersøgelsens konklusioner er primært baseret på ledere og personales vurderinger af de initiativer, som er sat i gang som del af VBS-projektet, suppleret med opgørelser over udviklingen i centrets aktivitet på udvalgte områder. Der indgår derfor ikke empirisk materiale, som objektivt kan belyse udviklingen af den faglige kvalitet. Desuden er det empiriske materiale indsamlet undervejs og til slut i VBS-projektet. Flere af de igangsatte initiativer krævede videre udvikling og implementering, og det langsigtede udbytte er derfor fortsat uafklaret.

På baggrund af undersøgelsen kan følgende konkluderes:

Der ses en tendens til en let faldende aktivitet (antal indlæggelser, ambulante og virtuelle kontakter) i centret, men denne udvikling skyldes andre samtidige forhold, herunder implementering af Sundhedsplatformen. Det er primært på ledelsesniveau, at man har været berørt af den økonomiske styringsramme, og her er der en oplevelse af at have mistet et pejlemærke og et fortsat behov for at holde sig orienteret om, hvorvidt centret leverer de nødvendige ydelser. På de øvrige niveauer i organisationen mærkes den ændrede ramme ikke, og der er en oplevelse af et fortsat stort pres på at levere et højt aktivitetsniveau, bl.a. grundet andre samtidige styringskrav. Det kan derfor konkluderes, at den ændrede styringsramme ikke i sig selv har bidraget til en oplevelse af en markant anderledes styringsramme, men VBS-projektet har som helhed medvirket til, at der opstod et momentum, som kunne bruges til at understøtte forandringsprojekter, som havde til formål at styrke patientinddragelse og understøtte bedre behandlingsvalg.

VBS-projektet virkede fra start appellerende og motiverende for både ledere og personale i centret pga. forventninger om mere fokus på faglighed, patientoplevelser og udbyttet af patientforløb frem for et ensidigt fokus på aktivitet og effektivitet. Som en del heraf blev der udviklet og gennemført spørgeskemaundersøgelser af patienternes oplevelse af inddragelse og igangsat et pilotprojekt om indsamling af PRO-data. De alternative styringsmål, som centret opstillede, kom dog aldrig i brug pga. at et tidsmæssigt sammenfald med implementering af Sundhedsplatformen og de deraf følgende udfordringer med at trække de nødvendige data i systemet. Derfor efterspurgte ledere og personale i centret ved VBS-projektets afslutning styringsmål, som kan erstatte eller supplere aktivitetsmål, som opleves som fagligt meningsfulde, samt forpligter både på klinisk, administrativt og politisk niveau.

Ledere og personale i centret vurderede, at de igangsatte initiativer, relateret til en styrket dialog med patienter forud for deres behandlingsforløb i centret, har bidraget til eller viser et potentiale for mere kvalificerede behandlingsvalg, inddragelse af patienters præferencer og oplevelsen af at levere ydelser på et højt fagligt niveau. Der er her tale om justeringer i eller

tilføjelser til allerede eksisterende patientforløb og arbejdsgange i centret, relateret til udfordringer, som ledere og medarbejdere i de enkelte kliniske afsnit selv har udpeget og søgt løsninger på. Disse initiativer har ikke været afhængige af VBS-projektet, men VBS-projektet har været en mulighed for at skabe en modvægt til den effektiviseringstankegang, som har præget centret (og sundhedsvæsenet generelt).

Ledere og personale var ikke i mål med implementeringen af hjerteklapenheden ved VBS-projektets afslutning, og der var en oplevelse af, at de potentielle faglige gevinster ikke var fuldt ud indfriet. Etablering af den nye hjerteklapenhed har været den mest indgribende forandring som følge af VBS-projektet med betydning både for ledelsesstruktur, arbejdsgange og samarbejdsrelationer, og undervejs i projektperioden var der uenighed om det potentielle udbytte af denne reorganisering. Desuden var der blandt ledere og personale på klinisk niveau en oplevelse af, at faglige vurderinger havde fået for lille vægt i den endelige beslutning om den valgte reorganisering.

VBS var bl.a. en reaktion på den eksisterende økonomiske styringsramme og en oplevelse af, at kvaliteten i de leverede ydelser i sundhedsvæsenet var nedprioriteret til fordel for antallet af ydelser. I denne undersøgelse ses det til gengæld, at der som del af de konkrete initiativer, som indgik i centrets arbejde med VBS, opstår en diskussion af balancen mellem patientinddragelse og faglige vurderinger. Patientinddragelse opleves som meningsfuldt, når der fortsat er plads til den faglige vurdering, og når det kan bidrage til patienters individuelle behandlingsvalg. I modsætning hertil blev patientinddragelse mødt med skepsis, når der var en oplevelse af, at den faglige vurdering blev nedprioriteret.

Litteratur

- Andersson, A.E., Bååthe, F., Wikström, E. & Nilsson, K. 2015, "Understanding value-based healthcare - an interview study with project team members at a Swedish university hospital", *Journal of Hospital Administration*, vol. 4, no. 4, pp. 64-72.
- Bonde, M., Bossen, C. & Danholdt, P. 2018, "Translating value-based health care: an experiment into healthcare governance and dialogical accountability", *Sociology of Health and Medicine*, vol. 40, no. 7, pp. 1113-1126.
- Buch, M.S., Kjellberg, J. & Holm-Pedersen, C. 2018, "Implementing integrated care: Lessons from the Odense Integrated Care Trial", *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, no. 4, pp. 1-9.
- Bureau, V., Dahl, H.M., Jensen, L.G. & Lou, S. 2018, "Beyond activity based funding. An experiment in Denmark", *Health Policy*, vol. 122, pp. 714-721.
- Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme 2019, *Værdibaseret Sundhed: Fra målsætning til praksis. Initiativer og erfaringer*, Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme, Rigshospitalet, København.
- Center for Økonomi & Center for HR 2019, *Arbejdet med værdibaseret styring: Anden erfaringsopsamling fra projekterne i regionen*, Region Hovedstaden, Hillerød.
- Center for Økonomi & Center for HR 2018, *Første interne, tværgående erfaringsopsamling på projekter om værdibaseret styring*, Region Hovedstaden, Hillerød.
- Hjertecentret, R. 2017, *Værdibaseret styring i Hjertecentret; Projektgrundlag juni 2017*, Hjertecentret, Rigshospitalet, København.
- Højgaard, B., Wolf, R.T. & Bech, M. 2016, *Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring: En kortlægning af regionale forsøg og ordninger*, KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Jakobsen, M.L. 2019, "Buy-in to a Credible Vision! Why Leaders Make Prospector Responses to Learning-Oriented Performance Reform", *Public Organization Review*, vol. 20, pp. 277-299.
- Kolte, D., Vlahakes, G.J., Palacois, I.F., Sakhuja, R., Passeri, J.J., Inglessis, I. & Elmariah, S. 2019, "Transcatheter versus Surgical Aortic Valve Replacement in Low-Risk Patients", *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 74, pp. 1532-1540.
- Larsen, K.N., Kristensen, S.R. & Søgaard, R. 2018, "Autonomy to health care professionals as a vehicle for value-based health care? Results of a Quasiexperiment in hospital governance", *Social Science and Medicine*, vol. 196, pp. 37-46.
- Madsen, M.H., Bolvig, I., Højgaard, B. & Kjellberg, J. 2017, *Evaluering af Udviklingshospital Bornholm. Betydningen af en ændret økonomisk rammemodell*, KORA, København.
- Madsen, M.H., Buch, M.S., Bojesen, A.B., Bolvig, I., Højgaard, B. & Kjellberg, J. 2019, *Værdibaseret styring på Bornholms Hospital. Evaluering af forsøgsprojektet "Udviklingshospital Bornholm"*, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

- Max Martin, H., Grøn, R.R. & Madsen, M.H. 2019, *Patientoplevelser af værdibaseret styring. Interviewundersøgelse af tre indsatser i Region Hovedstaden*, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Møller Pedersen, K. 2017, *Værdibaseret styring. Er det smitsomt? (COHERE Discussion Paper No. 3/2017)*, COHERE – Centre of Health Economics Research, Odense.
- Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A.E. & Sandoff, M. 2017a, "Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital - an longitudinal interview study", *BMC Health Services Research*, vol. 17, no. 169, pp. DOI 10.1186/s12913-017-2104-8.
- Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A.E. & Sandoff, M. 2017b, "Value-based healthcare as a trigger for improvement initiatives", *Leadership in Health Services*, vol. 30, no. 4, pp. 1751-1879.
- Porter, M.E. 2010, "What is value in Health Care", *The New England Journal of Medicine*, vol. 363, no. 26, pp. 2477-2481.
- Porter, M.E. & Lee, T.H. 2013, "The strategy that will fix health care", *Harvard Business Review*, vol. 91, no. 10, pp. 50-70.
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. 2006, *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- Regeringen & Danske Regioner 2019, *Aftale om regionernes økonomi for 2020*, Regeringen & Danske Regioner, København.
- Regeringen & Danske Regioner 2015, *Aftale om regionernes økonomi for 2016*, Regeringen & Danske Regioner, København.
- Region Hovedstaden 2015, *Hovedstaden på forkant. Budgetaftale 2016*, Region Hovedstaden, Hillerød.
- Søgaard, R., Kristensen, S.R. & Bech, M. 2015, "Incentivising effort in governance of public hospital: Development of a delegation-based alternative to activity-based remuneration", *Health Policy*, vol. 119, no. 8, pp. 1076-1085.
- Søndergaard, L., Ihlemann, N., Capodanno, D., Jørgensen, T.H., Nissen, H., Kjeldsen, B.J., Chang, Y., Steinbrüchel, D.A., Olsen, P.S., Petronio, A.S. & Thyregod, H.G.H. 2019, "Durability of Transcatheter and Surgical Bioprosthetic Aortic Valves in Patients at Lower Surgical Risk", *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 73, no. 5, pp. 546-553.

Bilag 1 Undersøgelsens design og metode

Denne undersøgelse har været tilrettelagt, så det var muligt at følge VBS-projektet i Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionsmedicin i den treårige projektperiode. Undersøgelsen er primært baseret på kvalitative interview med ledere og medarbejdere i centret, suppleret med observation af udvalgte processer og arbejdsgange i centret og opgørelser over udviklingen i centrets aktivitet i projektperioden.

Interview med ledere og medarbejdere

Der er gennemført interview med i alt 74 ledere og medarbejdere involveret i og berørt af de initiativer, som blev sat i gang som en del af VBS projektet (se Bilagstabel 1.1). Interviewene blev gennemført i tre runder med henblik på at følge projektets udvikling.

Første interviewrunde

Første interviewrunde fandt sted, da projektet havde været i gang i cirka et år (efteråret 2017/vinteren 2018). På dette tidspunkt var det ikke afgjort, hvilke konkrete initiativer der skulle indgå som en del af VBS-projektet. Centret var i en afsøgende fase, og der var sat en række undersøgelser og forberedende arbejde i gang, som primært involverede center- og afdelingsledere og centrets administrative stab. Udvalgte teamledere og personale havde også været involveret i det forberedende arbejde, men langt de fleste var ikke direkte involveret i VBS-projektet.

Interviewpersonerne blev udvalgt med henblik på at sikre repræsentation fra alle ledelseslag i centret, fra det kliniske personale og fra alle tre afdelinger (Kardiologisk, Thoraxkirurgisk og Thoraxanæstesiologisk Afdeling) i centret. Interviewene havde til formål at undersøge interviewpersonernes forståelse af og forventninger til VBS-projektet, deres oplevelse af VBS-projektet og eventuelt om interviewpersonerne på dette tidspunkt havde oplevet ændringer som følge af VBS-projektet – eksempelvis som følge af den ændrede økonomiske styringsramme. Selvom der endnu ikke forelå konkrete beslutninger om, hvilke initiativer der skulle sættes i gang som del af VBS-projektet, var der – særligt blandt afdelingsledere og teamledere – en opmærksomhed på den diskussion, der fandt sted omkring etableringen af en hjerteklaphed, men som på interviewtidspunktet var uafklaret. Derfor kom interviewene med disse aktører også til at handle om reaktionerne på denne potentielle organisationsforandring.

Anden interviewrunde

Anden interviewrunde fandt sted, da VBS-projektet var halvejs. På dette tidspunkt var der truffet beslutning om at lave en fysisk sammenlægning af de to afsnit i hhv. Kardiologisk og Thoraxkirurgisk Afdeling, som varetog patienter med sygdomme i hjerteklappen, og de to afsnit var flyttet sammen få måneder, inden interviewene blev gennemført. Desuden var der igangsat et arbejde omkring udvikling af en styrket visitation, og de to projekter omhandlende afklarende samtaler for patienter henvist til ablation, og ændret ambulatoriedrift var blevet defineret som værende en del af VBS-projektet.

I denne interviewrunde blev der udvalgt interviewpersoner ud fra samme kriterier som i første interviewrunde, og desuden blev der udvalgt interviewpersoner med tilknytning til de konkrete projekter. Eftersom der ikke var konkrete aktiviteter relateret til den Fælles Styrkede Visitation, blev dette initiativ dog søgt dækket i interviewene med afdelings- og teamledere. Fokus i disse

interview var at få afdækket de enkelte initiativers status, de konkrete ændringer, som havde fundet sted, eventuelt oplevet udbytte af VBS-projektet (generelt og specifikt i relation til de enkelte initiativer) og oplevede potentialer og udfordringer ved de planlagte og gennemførte ændringer.

Tredje interviewrunde

Tredje interviewrunde fandt sted i projektets sidste måneder. Her var der sket en organisatorisk sammenlægning af hjerteklapenheden, og projektet om afklarende samtaler for patienter henvist til ablation og operation i hjerteklapen var i gang med at blive afprøvet. Der blev derfor udvalgt interviewpersoner, som specifikt havde været involveret disse initiativer. Projektet om ændret ambulatoriedrift havde krævet afklaring af nogle juridiske spørgsmål vedrørende data-sikkerhed og var derfor kun lige ved at gå i gang med afprøvningen af den app-løsning, der var udviklet. Derfor blev der kun foretaget interview med ambulatoriets teamleder. Der var desuden fortsat fokus på, at der blandt interviewpersonerne var bred repræsentation fra forskellige fag-grupper, ledelseslag og afdelinger i centret.

Fokus for interviewene i denne runde var de samme som ved anden interviewrunde, dog var der yderligere fokus på at få interviewpersonernes vurderinger af mulige næste udviklingstrin for de enkelte initiativer i fremtiden.

De fleste interview er gennemført som gruppeinterview. Interview med centerledelsen og programlederen for VBS-projektet er undtagelser herfra. Afdelingsledere blev i de to første runder interviewet afdelingsvist, men blev interviewet samlet i den tredje interviewrunde, da den ny-etablerede hjerteklapenhed var organiseret som en fælles enhed under Kardiologisk og Thoraxkirurgisk Afdeling.

I alle interviewrunder har Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionsmedicin været behjælpelige med at udpege interviewpersoner med udgangspunkt i de skitserede kriterier og har stået for den praktiske planlægning af interviewene. På teamledelsesniveau har programlederen for VBS-projektet og afdelingsledere hjulpet med at udpege relevante interviewpersoner, og på personaleniveau har teamledere fået til opgave at udpege relevante personer. Herefter har centrets stab stået for at indkalde interviewpersonerne, booke lokaler m.m. I enkelte tilfælde mødte kun nogle af de inviterede interviewpersoner op, typisk fordi de ikke kunne gå fra deres afdeling, eller fordi de var blevet booket på en dag, hvor de ikke var i vagt. I anden interviewrunde gav det sig udslag i en svag repræsentation af kirurger, hvilket der blev lagt vægt på at rette op på i den tredje og sidste interviewrunde.

Bilagstabel 1.1 Oversigt over gennemførte interview

	Første interviewrunde (efterår 2017/vinter 2018)	Anden interviewrunde (efterår 2018)	Tredje interviewrunde (efterår 2019)
VBS-projektet generelt og en ny økonomisk styringsramme	<p>Centerdirektør og Centerchefsyegeplejerske</p> <p>Programleder</p> <p>Ledende Overlæge, Kardiologisk Afdeling Ledende Oversygeplejerske, Kardiologisk Afdeling</p> <p>Ledende Overlæge, Thoraxkirurgisk Afdeling Ledende Oversygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling</p> <p>Ledende Overlæge, Thoraxanæstesiologisk Afdeling Ledende Oversygeplejerske, Thoraxanæstesiologisk Afdeling</p> <p>Afdelingssygeplejerske, Kardiologisk Afdeling Afdelingssygeplejerske, Kardiologisk Afdeling Afdelingssygeplejerske, Thoraxanæstesiologisk Afdeling</p> <p>Overlæge (teamleder), Kardiologisk Afdeling Overlæge (teamleder), Thoraxkirurgisk Afdeling</p> <p>Afdelingssygeplejerske, Kardiologisk Afdeling Afdelingssygeplejerske, Kardiologisk Afdeling Afdelingssygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling Afdelingssygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling Overlæge (teamleder), Kardiologisk Afdeling Overlæge (teamleder), Thoraxanæstesiologisk Afdeling Overlæge (teamleder), Thoraxanæstesiologisk Afdeling</p> <p>Læge, Kardiologisk Afdeling Læge, Thoraxanæstesiologisk Afdeling Sygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling</p>	<p>Centerdirektør og Centerchefsyegeplejerske</p> <p>Programleder</p> <p>Ledende Overlæge, Kardiologisk Afdeling Ledende Oversygeplejerske, Kardiologisk Afdeling</p> <p>Ledende Overlæge, Thoraxkirurgisk Afdeling Ledende Oversygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling</p> <p>Ledende Overlæge, Thoraxanæstesiologisk Afdeling Ledende Oversygeplejerske, Thoraxanæstesiologisk Afdeling</p>	<p>Centerdirektør og Centerchefsyegeplejerske</p> <p>Programleder</p> <p>Ledende Overlæge, Kardiologisk Afdeling Ledende Oversygeplejerske, Kardiologisk Afdeling</p> <p>Ledende Overlæge, Thoraxkirurgisk Afdeling Ledende Oversygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling</p>

	Første interviewrunde (efterår 2017/vinter 2018)	Anden interviewrunde (efterår 2018)	Tredje interviewrunde (efterår 2019)
	Sygeplejerske, Kardiologisk Afdeling Sygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling Sygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling		
Etablering af hjerteklapenhed		Afdelingssygeplejerske, Kardiologisk Afdeling Afdelingssygeplejerske, Kardiologisk Afdeling Afdelingssygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling Afdelingssygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling Overlæge (teamleder), Thoraxkirurgisk Afdeling Sygeplejerske, Kardiologisk Afdeling Sygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling Læge, Kardiologisk Afdeling Sygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling Sygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling Læge, Kardiologisk Afdeling	Afdelingssygeplejerske (Teamledelse, Hjerteklapenhed) Overlæge (Teamledelse, Hjerteklapenhed/Kardiologisk Afdeling) Afdelingssygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling Klinisk Sygeplejespecialist, Thoraxkirurgisk Afdeling Overlæge (teamleder), Thoraxkirurgisk Afdeling Overlæge (teamleder), Thoraxkirurgisk Afdeling Sygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling Sygeplejerske, Thoraxkirurgisk Afdeling Sygeplejerske, Kardiologisk Afdeling
Fælles Styrket Visitation			Overlæge, Kardiologisk Afdeling Sygeplejerske, Kardiologisk Afdeling
Afklarende samtaler for patienter henvist til ablation		Overlæge, Daghospitalet Afdelingssygeplejerske (teamleder), Daghospitalet 2 Kliniske Sygeplejerskespecialister, Daghospitalet	Overlæge, Daghospitalet Afdelingssygeplejerske (teamleder), Daghospitalet 2 Kliniske Sygeplejerskespecialister, Daghospitalet
Ændret ambulatoriedrift		Overlæge (Teamleder), Ambulatoriet Afdelingssygeplejerske (Teamleder), Ambulatoriet	Overlæge (Teamleder), Ambulatoriet Afdelingssygeplejerske (Teamleder), Ambulatoriet

Bearbejdning og analyse af interviewmaterialet

Bearbejdning og analyse af interviewene tog grundlæggende udgangspunkt i to formål. Det ene formål var at følge udviklingen i VBS-projektet og de konkrete initiativer, som blev udviklet undervejs i projektet, og dertil undersøge, hvordan ledere og medarbejdere over tid forholdt sig til de enkelte initiativer undervejs. Det andet formål har været at undersøge erfaringerne med de gennemførte initiativer i relation til oplevet udbytte, udfordringer og afledte konsekvenser.

Alle interview er blevet gennemlæst, og der blev foretaget en overordnet kategorisering af materialet, jf. de kategorier, som fremgår af materialet. Kategorierne fulgte i vid udstrækning de fokusområder, som indgik i de skitserede interviewrunder, og nogle kategorier relaterer sig naturligt til bestemte interviewrunder. Kategoriseringer har dog til sammen gjort det muligt at skitsere udviklingsforløbene for de enkelte dele af VBS-projektet over tid. Desuden har det været muligt at se en udvikling i forskellige aktørers opbakning til eller modstand mod VBS-projektets delelementer i takt med disse udviklingsforløb.

Bilagstabel 1.2 Kategorier anvendt i bearbejdningen af interviewmaterialet

Kategori	Forklaring
Det overordnede projekt	
VBS	Hvordan forklares/defineres VBS? Hvilke forventninger til både overordnet koncept og projektet gives der udtryk for?
Den økonomiske styringsmodel	Oplevet betydning/udbytte af hhv. takststyring og rammebudget
De enkelte initiativer	
Begrundelser	Argumenter for de valgte initiativer Definerede formål
Forventede potentialer og indvendinger relateret	Afvejninger for og imod konkrete forslag og definerede indsatser Forventede fordele og ulemper
Udfordringer	Beskrivelser af forhindringer for at gennemføre det, der er planlagt
Opbakning/modstand	Vurderinger af de enkelte initiativer Hvilke aktører giver udtryk for opbakning/modstand?
Udbytte	Oplevede forandringer/forbedringer, som modsvarer det forventede Også udsagn om manglende udbytte/udbytte, der ikke har materialiseret sig endnu Vurdering af udbytte (positivt/negativt)
Ikke-tilsigtede konsekvenser	Oplevede forandringer, som ikke oprindeligt var planlagt (positiv/negativt)

De oplevede erfaringer med VBS-projektet og de enkelte dele af projektet i form af udfordringer, udbytte og ikke-tilsigtede konsekvenser er primært identificeret i den sidste interviewrunde. Her har der også været fokus på at undersøge, om de oplevede erfaringer varierede mellem de forskellige aktører interviewet til undersøgelsen.

Observation af udvalgte processer og arbejdsgange

Observation af workshops

I VBS-projektets første år gennemførte centret en række workshops som en del af det afklarende og forberedende arbejde. Workshopperne blev gennemført med udgangspunkt i to patientforløb og var tilrettelagt som forløb med fire workshops pr. forløb. Der blev gennemført observationer af disse i alt otte workshops med henblik på at få et indblik i, hvordan VBS-projektet gik fra en bred rammebeskrivelse til konkrete initiativer. Der var specifikt mulighed for at få et indblik i, hvilke overvejelser ledere på forskellige niveauer og personalet gjorde sig omkring VBS-konceptet, og hvordan de reagerede på forskellige typer af ideer til, hvordan patientforløbene kunne ændres med henblik på en forbedring. På disse møder fremgik det fx, at 'værdi for patienterne' blev anskuet fra flere forskellige vinkler, og at der allerede på dette tidspunkt (dvs. i en afsøgende og idegenererende fase) var opmærksomhed på at finde en balance mellem faglige perspektiver og patienters oplevelser og præferencer. Workshopperne blev også en anledning til at skabe indblik i, hvilke konkrete ideer til forandringer der var i spil, og hvem der gjorde sig til fortaler for forskellige ideer.

Under workshopperne blev der taget noter, som efterfølgende blev renskrevet og suppleret med centrets egne opsamlinger fra workshopperne. Eksempelvis producerede centret selv mindmaps for at give et overblik over patientfortællinger, og nogle deltagere i workshopperne blev bedt om at renskrive konkrete ideer, som blev diskuteret undervejs. De observerede workshops fandt sted før første interviewrunde, og udover at fungere som et selvstændigt empirisk materiale, som er bearbejdet på samme måde som interviewene, blev indsigterne fra workshopperne også brugt som inspiration til de første interviewguides.

Observation af arbejdsgange i centret

Der blev også gennemført observationer af konkrete arbejdsgange i centret i forbindelse med tredje interviewrunde. Der blev gennemført observationer af hhv. en læges og en sygeplejerskes arbejdsdag i hvert af de to spor (kardiologi og kirurgi) i hjerteklapenheden. Her blev læger og sygeplejersker fulgt over to dage med det formål at få et indblik i hjerteklapenhedens fysiske rammer, forskelle og ligheder i arbejdsgange samt samarbejdsflader imellem de to spor. Undervejs blev der desuden spurgt ind til forskelle og ligheder mellem den nye og gamle organisering af afsnittene, og hvilke fordele og ulemper og oplevede udfordringer, som læger og sygeplejersker oplevede. Der var altså også tale om et supplement til de interview, som blev gennemført i tredje runde.

Der blev også gennemført observation af hhv. første og anden samtale med patienter henvist til ablation og kateterbaseret klapoperation. Formålet hermed var at få et indblik i samtalerens indhold og forløb, supplerende de øvrige interview, idet der også her blev spurgt ind til, hvilke fordele og ulemper og oplevede udfordringer personalet oplevede i relation til disse initiativer.

Der blev også her taget noter undervejs, som blev renskrevet efterfølgende. Dette empiriske materiale har især dannet baggrund for beskrivelserne af de specifikke initiativer og de oplevede fordele, ulemper og udfordringer, som også blev beskrevet i interviewene.

Deskriptive data over udviklingen i centrets aktivitet

Som supplement til det oplevede udbytte, identificeret i interviewene, er der gjort brug af oversigter over udviklingen i centrets aktivitet på områder, som relaterer sig til de områder, som der

er arbejdet med i VBS-projektet. Disse data er trukket af Center for Hjerte-, Lunge-, Kar- og Infektionssygdomme og leveret til VIVE, og baseret på data tilgængelig i enten Sundhedsplatformen eller LPR. VIVE har ikke lavet selvstændige analyser af disse data.

VIVE og Center for Hjerte-, Lunge-, Kar- og Infektionssygdomme har i samarbejde udvalgt de data, som er trukket, ud fra en forventning om, hvor VBS-projektet og de enkelte delelementer kan forventes at have haft en effekt. De data, der er udtrukket og anvendes i rapporter, er følgende:

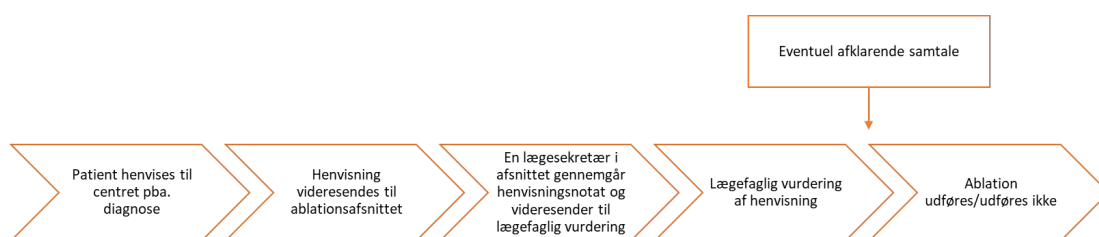
- Centrets generelle aktivitet
- Antal afsnitsskift pr. indlæggelse for endokardit-patienter
- Antal udførte ablationer og ventetid til ablation.

Data er trukket for perioden 2017-2019, hvor der både er implementeret Sundhedsplatform og overgangen fra LPR2 til LPR3. Det udfordrer fortolkningen af data, da udviklingen i aktivitet i denne periode ikke bare afspejler de indsatser, som er gennemført i centret, men også ændringer i bl.a. registreringspraksis. Desuden er flere af de initiativer, som er gennemført i VBS-projektet, baseret på meget få patienter, hvilket betyder, at de ikke kan forventes at afspejle sig i de viste data. Derfor har disse data primært til formål at supplere og eventuelt underbygge de vurderinger, som interviewpersonerne giver udtryk for

Bilag 2 Udviklingen i antal ablationer og i ventetid til ablation

Bilagsfigur 2.1 illustrerer processen fra centret modtager en henvisning til beslutning om behandlingsvalg og eventuel ablation. Heraf ses det, at der er indlagt flere sorterings- og vurderingsmekanismer undervejs, idet henvisningsnotatet i første omgang gennemgås af en sekretær med henblik på at sikre, at de nødvendige oplysninger fremgår, og siden besluttet det af en læge, om patienten skal henvises til en ablation eller ej, eller eventuelt tilbydes en afklarende samtale.

Bilagsfigur 2.1 Processen fra henvisning til udført ablation



Kilde: Figuren er udarbejdet af rapportens forfattere baseret på interview og informationer leveret af centret

Bilagstabel 2.1 viser antallet af udførte ablationer for patienter med atrieflimmer eller atrieflagren. Tabellen illustrerer, at der i absolutte tal er udført færre ablationer i 2018 og yderligere færre i 2019 sammenlignet med i 2017. Sammenholdes tallene imidlertid med antallet af henvisninger til ablationsafsnittet og antallet af videresendte henvisninger af lægesekretæren, er der udført *relativt flere* ablationer i 2018 og 2019 sammenlignet med 2017, dog med en tendens til et fald fra 2018 til 2019.

Bilagstabel 2.1 Udførte ablationer** for atrieflimmer/atrieflagren

Udførte ablationer	2017	2018	2019
Atrieflimren og atrieflagren, antal	77	85	80
Atrieflimren, antal	145	129	119
Atrieflagren, antal	49	53	59
I alt med aktionsdiagnose	271	267	258
Andre aktionsdiagnoser eller tom	16	10	12
I alt (alle procedure-LOGS)	287	277	270
<i>Procent af alle henvisninger til ablationsafsnittet</i>	<i>60 %</i>	<i>82 %</i>	<i>72 %</i>
<i>Procent af alle accepterede henvisninger til ablation</i>	<i>71 %</i>	<i>96 %</i>	<i>87 %</i>

Note: **Der tælles på procedurelogs, som ikke er annulleret eller slettet med SKS procedurekode BFFB03* og BFFB04*

Kilde: Data er trukket i Sundhedsplatformen af Center for Hjerter-, Lunge-, Kar- og Infektionssygdomme.

Bilagstabel 2.2 viser antal case-bestillinger og den gennemsnitlige ventetid. Ventetiden opgøres som antal dage mellem dato for case-bestilling og dato for udført operation divideret med

antallet af udførte operationer. Den forventede ventetid til ablation er gennemsnitligt tre måneder. Af tabellen ses det, at den gennemsnitlige ventetid er steget over perioden med 18 dage fra 2017 til 2018, hvorefter den gennemsnitlige ventetid er reduceret lidt igen med 7 dage.

Bilagstabel 2.2 Ventetid til ablation

Beskrivelse	2017	2018	2019
Antal case-bestillinger	287	277	267
Gennemsnitlig ventetid dage	118	136	129

Kilde: Data er trukket i Sundhedsplatformen af Center for Hjerter-, Lunge-, Kar- og Infektionssygdomme.

Centret har forsøgt at trække data på henvisninger til ablation i Sundhedsplatformen med henblik på at få et indtryk af, om ændrede aktivitetsmønstre relateret til ablation skyldes fx et ændret antal henvisninger eller kvaliteten af henvisninger. Henvisninger og godkendelsesprocent er dog ikke taget med her på grund af for store usikkerheder i forhold til datakvaliteten. I det ablation kun er en behandlingsmulighed for henvisningsdiagnosen DI84*, kan en patient godt være godkendt til behandling men få en konservativ behandling med fx medicin i stedet for en ablation. Den behandlingsmulighed, som det henvisende hospital foreslår, står i et fritekstfelt. Om en patient er accepteret til ablation registreres også i et fritekstfelt med "abl. vis", hvilket gør det usikkert at trække valide data.

Patienter kan også være godkendt og vælge behandling på privathospital på grund af venteliste i centret. Oplysninger om viderehenvisning til fx privathospital har vist sig ikke at være konsistente i indtastningen. Særligt datakvaliteten i første år (2017) af Sundhedsplatformen er usikker.

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD