

Værdibaseret styring på Bornholms Hospital

Evaluering af forsøgsprojektet "Udviklingshospital Bornholm"



Marie Henriette Madsen, Marting Sandberg Buch, Anders Bo Bojesen, Iben Bolvig,
Betina Højgaard og Jakob Kjellberg

*Værdibaseret styring på Bornholms Hospital – Evaluering af forsøgsprojektet
"Udviklingshospital Bornholm"*

© VIVE og forfatterne, 2019

e-ISBN: 978-87-7119-640-5

Forsidefoto: Bornholms Hospital

Projekt: 11282

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

I 2016 igangsatte Region Hovedstaden et forsøg med værdibaseret styring på Bornholms Hospital under navnet *Udviklingshospital Bornholm*. Forsøget indebar bl.a., at Bornholms Hospital blev undtaget fra regionens takststyringssystem i en treårig periode ud fra en hypotese om, at det ville skabe større incitament til at styre efter, hvad der skaber værdi for patienterne. Hospitalet definerede derudover et projektprogram med otte delprojekter og har arbejdet med hospitalets kultur for samarbejde på tværs af enheder og tilrettelæggelse af patientforløb med udgangspunkt i den enkelte patients præferencer.

VIVE har på opdrag fra Region Hovedstaden gennemført en evaluering af forsøget med værdibaseret styring på Bornholms Hospital. Evalueringen er gennemført med udgangspunkt i tre delevalueringer gennemført undervejs i den treårige projektperiode. I denne rapport præsenteres resultaterne fra slutevalueringen af Udviklingshospital Bornholm, hvor det samlede udbytte og processen med at definere, implementere og justere i de valgte indsatser bliver undersøgt.

Evalueringen er baseret på henholdsvis en kvalitativ og en kvantitativ undersøgelse. Den kvalitative undersøgelse har haft til formål at undersøge og dokumentere processen med at udvikle, implementere og forankre de enkelte indsatser knyttet til Udviklingshospital Bornholm. Desuden er det undersøgt, hvordan ledere og medarbejdere på Bornholms Hospital oplever udbyttet af Udviklingshospital Bornholm, og hvilke virkningsmekanismer de fremhæver. Den kvantitative undersøgelse har haft til formål at undersøge effekten af Udviklingshospital Bornholm med udgangspunkt i udviklingen i hospitalets aktivitet og produktivitet i projektperioden. I begge del-undersøgelser indgår en sammenligning af udviklingen på Bornholms Hospital med udviklingen på Nordsjællands Hospital med det formål at kunne relatere eventuelle forandringer på Bornholms Hospital til mere generelle udviklingstendenser.

Denne rapport er rettet mod ledere og beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen. Den beskriver resultaterne af slutevalueringen og diskuterer, hvilke af erfaringerne fra Bornholms Hospital der kan generaliseres til en bredere kontekst.

VIVE retter en stor tak til alle på Bornholms Hospital, på Nordsjællands Hospital og i Region Hovedstaden, der har hjulpet med at fremskaffe relevante data samt planlægge og deltage i interview.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

2019

Indhold

Forord.....	3
Sammenfatning	6
1 Indledning.....	10
1.1 Evalueringens formål og design	10
1.2 Læsevejledning.....	11
2 Værdibaseret styring i en dansk kontekst	12
2.1 Value Based Health Care	12
2.2 Introduktionen af værdibaseret styring i Danmark	13
3 Udviklingshospital Bornholm.....	15
3.1 Undtagelse fra takststyring	15
3.2 Et projektprogram med otte delprojekter	15
3.3 En kulturudviklingsproces	17
3.4 Andre samtidige udviklingsprocesser	18
3.5 VIVEs tidligere devalueringer.....	18
4 Udviklingen i aktiviteten på Bornholms Hospital.....	20
4.1 Udvikling i samlet aktivitet og produktionsværdi	21
4.2 Udvikling i aktivitet opdelt på typer af kontakter.....	23
4.3 Udvikling i produktionsværdi opdelt på typer af kontakter	27
4.4 Delkonklusion: udviklingen i hospitalsaktivitet og produktivitet.....	29
5 Erfaringer og resultater fra projektprogrammets otte delprojekter	31
5.1 Projektprogrammets formål og delprojekter.....	31
5.2 Delprojekternes gennemførelse og resultater.....	33
5.3 Forhold, der har påvirket fremdrift og resultater	38
5.4 Delkonklusion: Delprojekternes proces og udbytte	40
6 Betydningen af de flere samtidige tiltag	41
6.1 Betydningen af en ændret økonomisk rammemodel	41
6.2 Betydningen af arbejdet med kulturforandring.....	45
6.3 Betydningen af projektprogram og styring efter målopfyldelse.....	48
6.4 Betydningen af flere samtidige udviklingsprojekter	49
6.5 Delkonklusion: Proces og udbytte af tre styringstiltag	51
7 Diskussion af evalueringens fund	52
7.1 Fra Value Based Health Care til Udviklingshospital Bornholm	52
7.2 Udbyttet af Udviklingshospital Bornholm	53
7.3 En ændret styringsramme: Nye muligheder og dilemmaer	55
7.4 Projektorganisering og en afgrænset tidsramme.....	56
8 Konklusion.....	58

Litteratur	60
Bilag 1 Undersøgelsens design og metode	63
Bilag 2 Delprojekternes status og fremdrift	78
Bilag 3 Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)	102

Sammenfatning

I 2016 blev Bornholms Hospital udnævnt som udviklingshospital for forsøg med afprøvningen af værdibaseret styring i Region Hovedstaden. Formålet med *Udviklingshospital Bornholm* var at afprøve, om ændrede styringsmæssige rammebetingelser ville styrke hospitalet i at skabe størst mulig værdi for patienterne inden for de givne økonomiske rammer.

Forsøget indebar, at Bornholms Hospital blev undtaget fra Region Hovedstadens takststyringsmodel i en treårig periode (2016-2018). Inden for denne ramme havde hospitalet relativt frie rammer og valgte at udarbejde et projektprogram med otte delprojekter, som skulle understøtte udviklingshospitalets formål om bedre patientoplevelse, kvalitet, højere faglig kvalitet af pleje og behandling og bedre ressourceudnyttelse. Sidenhen blev udviklingsprojektet udvidet til også at inkludere en strategi for en kulturudviklingsproces. Formålet var at inspirere ledere og medarbejdere til at tilrettelægge behandling og patientforløb, så det gav størst mulig værdi for patienten og gav ledere og medarbejdere friere handlemuligheder i mødet med patienterne.

En evaluering i tre dele

VIVE har fulgt Udviklingshospital Bornholm i den treårige projektperiode. Evalueringen er gennemført som tre delevalueringer, der samlet set har haft til formål:

- at undersøge og dokumentere effekten af de ændrede økonomiske og styringsmæssige rammevilkår for Bornholms Hospital
- at undersøge og dokumentere effekten af de otte delprojekter, der blev igangsat på hospitalet
- at undersøge og dokumentere arbejdet med at implementere, justere og forankre de indsatser, der er blevet sat i gang under Udviklingshospital Bornholm
- at diskutere mulighederne for at udbrede resultaterne i en bredere regional kontekst.

Første delevaluering, som blev gennemført et år efter projektstart (december 2016), havde særlig fokus på betydningen af hospitalets fritagelse fra aktivitetsafregning. Anden delevaluering (midtvejs-evalueringen) blev gennemført cirka halvejs i projektperioden (april-august 2017) og havde særlig fokus på processer og resultater i de otte delprojekter, der var defineret som del af projektprogrammet.

Denne delevaluering (slutevalueringen) er den sidste i rækken. Den undersøger, dels hvordan den sidste del af projektperioden er forløbet, dels hvilket udbytte der samlet set har været af Udviklingshospital Bornholm. På denne baggrund foretages en samlet analyse og evaluering af hele forsøget.

Evalueringens hovedfund

Udviklingen i aktivitet og produktivitet på Bornholms Hospital: Effekten af de ændrede økonomiske og styringsmæssige rammevilkår for Bornholms Hospital er bl.a. undersøgt ved en analyse af udviklingen i hospitalets aktivitet og produktivitet. Hypotesen bag undersøgelsen var, at en undtagelse fra takststyring ville reducere hospitalets incitament til at styre efter aktivitet og i stedet skabe et handlerum, hvor hospitalets ledere og medarbejdere i højere grad kunne tilrettelægge patientbehandling og -pleje efter det rette aktivitetsniveau – og dermed undgå unødigt aktivitet. Der var med andre ord en forventning om en reduktion i hospitalets aktivitet. Udviklingen i aktivitet og produktivitet på Bornholms Hospital er sammenlignet med udviklingen på Nordsjællands Hospital for at undersøge, om en eventuel udvikling er unik for Bornholms Hospital, eller om den kan ses som del af en mere generel udvikling i det danske hospitalsvæsen.

Analysen viser et fald i både aktivitet og produktionsværdi på Bornholms Hospital fra 2016-2018. Brydes analysen ned i forskellige aktivitetstyper (akut, planlagt og ambulant aktivitet samt indlæggelser), så ses yderligere et fald i antallet af indlæggelser og indlæggelsesdage på Bornholms Hospital og et tilsvarende fald i den generelle produktionsværdi på disse parametre. Faldet i indlæggelser og indlæggelsesdage manifesterer sig i 2017 og er mere markant på Bornholms Hospital end på Nordsjællands Hospital. På Bornholms Hospital synes det endvidere at være de akutte indlæggelser og genindlæggelser, som driver reduktionen i indlæggelser. Disse fund indikerer, at der på Bornholms Hospital er sket en forandring i måden at tilrettelægge patientforløbene på.

Effekten af de otte delprojekter: Effekten af de otte delprojekter, der blev igangsat som del af projektprogrammet for Udviklingshospital Bornholm, har vist sig vanskelig at undersøge og dokumentere. I alle delprojekter blev der brugt lang tid på at definere formål, mål og konkrete tiltag, der kunne afprøves, og som ledere og medarbejdere på det udførende niveau opfattede som relevante og mulige at gennemføre. Flere delprojekter var desuden udfordret af manglende engagement fra vigtige aktører på det udførende niveau, og ved projektafslutningen var der fortsat diskussion om relevansen og den konkrete udformning af hovedaktiviteterne i enkelte delprojekter.

Baseret på interview med ledere og medarbejdere, som har været i berøring med delprojekterne, kan det imidlertid konkluderes, at delprojekterne generelt har medført en skærpet opmærksomhed på de områder, som de hver især har beskæftiget sig med. Desuden har flere delprojekter bidraget til konkrete, permanente forandringer på hospitalet. Hvordan disse forandringer påvirker aktivitet, patientoplevelse kvalitet, høj faglighed og økonomisk effekt, er det imidlertid ikke muligt at belyse. De fleste delprojekter kom sent i gang, og flere af delprojekternes tiltag er gennemført i så lille skala, at det ikke er muligt at udlede en større effekt. Det peger altså på, at det ikke er de enkelte delprojekter, der kan forklare udviklingen i aktivitet og produktivitet på hospitalet. Data, som kan belyse målopfyldelsen, har i flere delprojekter desuden vist sig at være vanskelige at trække ud af Sundhedsplatformen, og flere delprojekter har rettet fokus mod mere kvalitative mål for patienters og medarbejders vurdering af de tiltag, som er afprøvet.

Virkemidlerne til forandring: Analysen af arbejdet med at implementere, justere og forankre indsatsene i forsøget med værdibaseret styring på Bornholms Hospital tager udgangspunkt i de tre styringsstiltag, som har været taget i brug på Udviklingshospital Bornholm: den ændrede økonomiske rammemodel, projektprogrammet med otte delprojekter og den efterfølgende strategi for kulturudvikling. Desuden inddrages de øvrige aktiviteter, der blev igangsat på hospitalet i projektperioden, som medvirkende forklaringer på den udvikling, som har fundet sted på Bornholms Hospital.

Den ændrede økonomiske rammemodel har primært påvirket hospitalets hospitalsledelse og afdelingsledere, og her har det krævet tilvænning at ændre tankegang, så fuld udnyttelse af hospitalets kapacitet (senge og ambulatorier) kunne træde i baggrunden. Der har desuden været efterspørgsel på alternative pejlemærker til aktivitet, som afdelingerne kunne styre efter i tilrettelæggelsen af patientforløbet og det daglige arbejde. I nogle afdelinger har der været en oplevelse at være presset på ressourcer, hvilket har medvirket til, at man ikke så meget har oplevet at styre efter værdi som efter, hvad der kan lade sig gøre inden for den givne ressourcemæssige ramme (økonomi, tid, medarbejdere til rådighed). Undtagelsen fra takststyring har dog – ifølge ledere og medarbejdere på Bornholms Hospital – med tiden udgjort en understøttede ramme for at arbejde mere på tværs internt på hospitalet og med udgangspunkt i patienternes perspektiv.

Selvom det ikke er muligt at tilskrive udviklingen i aktivitet og produktivitet til de enkelte delprojekter, så fremhæver afdelingsledere på hospitalet alligevel, at der har været et massivt fokus på målopfyldelse i projektprogrammets otte delprojekter. Det har medvirket til mange mindre justeringer i hospitalets daglige drift og fremhæves som positivt. Kulturudviklingsprojektet har bidraget til et øget

fokus på tværgående samarbejde internt på hospitalet og på at inddrage patienternes perspektiv i planlægning af generelle såvel som individuelle patientforløb. Kulturforandringsprojektet og projektprogrammet har således udgjort to meget forskellige virkemidler, som henholdsvis er blevet oplevet som frisættende og inspirerende samt topstyret og med stort pres på målopfyldelse.

I samme periode som projektperioden for Udviklingshospital Bornholm er der gennemført flere andre udviklingsprojekter, herunder implementering af Sundhedsplatformen og en ny akutmodtagelse, som kan have påvirket aktivitetsmønstret. Interviewundersøgelsen peger på, at disse tiltag formentlig også har påvirket den udvikling, som ses i hospitalets aktivitet og produktivitet, men det er ikke muligt at afgøre, hvilken betydning henholdsvis disse aktiviteter og de aktiviteter, der er sat i gang som en del af Udviklingshospital Bornholm, har haft. Interviewundersøgelsen peger desuden på, at de mange samtidige udviklingsprojekter har trukket på mange af de samme aktører i organisationen, og at det har været en barriere for fremdriften i Udviklingshospital Bornholm.

Hvad kan andre lære af erfaringerne fra Udviklingshospital Bornholm?

Den proces, som har fundet sted på Bornholms Hospital, er karakteriseret ved at have udviklet sig undervejs og være tilpasset lokale forhold – og kan derfor ikke tages direkte i anvendelse på andre hospitaler. Evalueringen af Udviklingshospital Bornholm peger dog på, at følgende forhold kan være væsentlige at tage højde for i arbejdet med en ny styringsramme:

- At undtagelse fra takststyring ikke i sig selv er en drivkraft for forandring, men i højere grad kan betragtes som en måde til at skabe en ramme for at organisere patientforløb med udgangspunkt i patientpræferencer og -behov.
- At det er vigtigt, at der fra start er defineret en overordnet vision/et entydigt formål, som kan fungere som pejlemærker for ledere og medarbejdere i udviklingsarbejdet og kan erstatte/supplere aktivitet som styringsmål. Dette gælder både på politisk niveau og på hospitalsniveau.
- At det er afgørende, at ledere og medarbejdere på hospitalerne anser delmål og metoder for at være meningsfulde, og at der er mulighed for at bidrage til løbende udvikling heraf, så de understøtter og justerer allerede eksisterende praksisser.
- At det samtidig er vigtigt at stille klare krav til fremdrift, og at der foregår løbende monitorering heraf (en balancegang mellem sikring af fremdrift og frihed til at definere og udføre udviklingsarbejdet lokalt).
- At det tager tid at omstille sig fra en styringsramme til en anden, og der derfor skal afsættes tid til udviklingsprocessen, særligt hvis der er tale om grundlæggende forandringer, fx i måden at samarbejde på, i måden at prioritere i det daglige kliniske arbejde og i måden at inddrage patienter på.
- At det er vigtigt, at forandringsprocesserne forankres tæt på det kliniske niveau, dvs. med tydelig ledelsesforankring og med inddragelse af de aktører, som skal drive forandringen i den daglige drift – herunder også en sikring af, at der er afsat ressourcer nok til at drive den ønskede udvikling. Dette gælder også, hvis kommuner og almen praksis skal inddrages i de ønskede forandringer.

Evalueringens metode og empiriske materiale

Denne slutevaluering er baseret på interview med hospitalsledelse, afdelingsledelse, personale, eksternt tilknyttede konsulenter og patienter (68 i alt), erfaringsopsamlinger/statusrapporter udarbejdet i tilknytning til de otte delprojekter og registerdata over udviklingen i hospitalets aktivitet i projektperioden. Endvidere er der foretaget interview med afdelingsledere på Nordsjællands Hospital

(11 i alt) og analyse af registerdata fra Nordsjællands Hospital som sammenligningsgrundlag for den udvikling, der foregår på Bornholms Hospital.

Interviewdata er indsamlet i perioden oktober-november 2018, og registerdata er trukket for perioden 2015-2018. Desuden inddrages den viden, der er indsamlet i de foregående devalueringer, som grundlag for at analysere og diskutere forløbet i Udviklingshospital Bornholm over tid.

1 Indledning

I denne rapport præsenteres slutevalueringen af Udviklingshospital Bornholm. Udviklingshospital Bornholm er et af Region Hovedstadens forsøg med alternative økonomiske styreformer inspireret af Michael E. Porters ideer om Value Based Healthcare (på dansk oversat til: Værdibaseret Styling)¹. Udviklingshospital Bornholm er som forsøgsprojekt² gennemført i perioden februar 2016-december 2018. I denne periode har hospitalet været undtaget fra takststyring og har arbejdet med en række udviklingstiltag inden for otte delprojekter samt en kulturforandringsproces.

1.1 Evalueringsens formål og design

Denne slutevaluering er den sidste af i alt tre delevalueringer³, hvor VIVE har fulgt Udviklingshospital Bornholm i den treårige projektperiode. Formålet med evalueringen er følgende:

- at undersøge og dokumentere effekten af de ændrede økonomiske og styringsmæssige rammevilkår for Bornholms Hospital
- at undersøge og dokumentere effekten af de otte delprojekter, der blev igangsat på hospitalet
- at undersøge og dokumentere arbejdet med at implementere, justere og forankre de indsatser, der er blevet sat i gang under Udviklingshospital Bornholm
- at diskutere mulighederne for at udbrede resultaterne i en bredere regional kontekst.

Evalueringen har søgt at besvare disse spørgsmål via 1) en *registerbaseret analyse* af aktiviteten på Bornholms Hospital, hvori der foretages en sammenligning med udviklingen i aktiviteten på Nordsjællands Hospital for at vurdere, om en given udvikling kan tilskrives udviklingshospitalet eller er et udtryk for en generel udvikling i samfundet, og 2) en *interviewbaseret analyse* af lederes, medarbejderes og hospitalets samarbejdspartneres vurdering af proces og udbytte af Udviklingshospital Bornholm. Der er desuden gennemført interview med hospitals- og afdelingsledere på Nordsjællands Hospital med det formål at underbygge registeranalysen og undersøge, hvad der har haft betydning for den udvikling i aktivitet og produktivitet, der har fundet sted her, herunder betydningen af den eksisterende økonomiske styringsramme.

Første delevaluering blev gennemført et år efter projektstart (december 2016) og havde især fokus på betydningen af hospitalets undtagelse fra aktivitetsafregning.

Anden delevaluering (midtvejsevaluering) blev gennemført cirka halvvejs i projektperioden (april-august 2017) og havde især fokus på de aktuelle processer og resultater i de otte delprojekter.

Denne slutevaluering undersøger, hvordan den sidste del af projektperioden er forløbet, og hvilket udbytte der samlet set har været af Udviklingshospital Bornholm. Det analyseres samtidig, hvilke virkemidler der kan tilskrives de effekter, der ses i registerundersøgelsen, og som ledere og medarbejdere på hospitalet giver udtryk for.

¹ Danske Regioner har siden valgt at bruge betegnelsen Værdibaseret Sundhed, men i denne rapport bevares termen Værdibaseret Styling, da denne term fortsat anvendes i Region Hovedstaden.

² Hospitalet er efter endt projektperiode fortsat med at kalde sig Udviklingshospital Bornholm.

³ Der var oprindeligt planlagt fire delevalueringer, men det blev aftalt mellem VIVE og Region Hovedstaden, at den ene delevaluering blev erstattet af en analyse af patientperspektiver på regionens projekter vedrørende Værdibaseret Styling. Denne analyse afreporteres særskilt.

Slutevalueringen er baseret på interview med hospitalsledelse, afdelingsledelse, personale og patientrepræsentanter fra Bornholms Hospital samt eksternt tilknyttede samarbejdspartnere (68 i alt), interview med hospitalsledelse og afdelingsledere fra Nordsjællands Hospital (11 i alt), erfaringsopsamlinger/statusrapporter udarbejdet i tilknytning til de otte delprojekter og registerdata over udviklingen i hospitalets aktivitet i projektperioden. Interviewdata er indsamlet i perioden oktober-november 2018, og registerdata er trukket for perioden 2015-2018. Desuden inddrages den viden, der er indsamlet i de foregående devalueringer som grundlag for at analysere og diskutere forløbet i Udviklingshospital Bornholm over tid.

1.2 Læsevejledning

Rapportens første kapitel introducerer konceptet 'værdibaseret styring' (kapitel 2). Her beskrives værdibaseret styring, som det oprindeligt blev defineret af Micheal E. Porter; hvordan værdibaseret styring blev introduceret i det danske sundhedsvæsen, og hvordan det siden har udviklet sig. Dernæst beskrives, hvordan man har arbejdet videre med værdibaseret styring på Bornholms Hospital (kapitel 3). I dette kapitel indgår en kort opsummering af hovedkonklusionerne fra de to foregående devalueringer.

I kapitel 4 præsenteres analysen af udviklingen i hospitalets aktivitet og produktivitet baseret på registerdata. Resultaterne af denne analyse suppleres med fundene fra interviewundersøgelsen med henblik på at udlede mulige årsagsforklaringer på udviklingen.

I kapitel 5 præsenteres udviklingen i og resultaterne fra de delprojekter, der har indgået som en del af Udviklingshospital Bornholm. Der er tale om en tværgående sammenfatning af udbytte og læringspunkter. I Bilag 2 findes dybdegående beskrivelser af hvert delprojekt.

Udviklingshospital Bornholm har overordnet set bestået af tre primære styringstiltag: en ændret økonomisk styringsramme, arbejdet med de otte delprojekter og en kulturforandringsproces. Betydningen af disse tre styringstiltag ifølge ledere, medarbejdere og samarbejdspartnere i almen praksis og Bornholms Regionskommune beskrives i kapitel 6. I dette kapitel analyseres desuden, hvilken betydning de øvrige udviklings- og implementeringsprojekter har haft på den udvikling, der ses på hospitalet.

I kapitel 7 diskuteres slutevalueringens resultater i relation til anden forskning om værdibaseret styring og implementering af store og komplekse interventioner. Det diskuteres desuden, hvilken læring man kan trække ud af erfaringerne med Udviklingshospital Bornholm, og dermed hvorvidt evalueringens fund kan udbredes til andre hospitaler.

I kapitel 8 fremgår slutevalueringens konklusioner.

Bilag 1 viser en udførlig metodebeskrivelse og beskrivelse af det empiriske materiale, som slutevalueringen er baseret på.

Bilag 2 indeholder som tidligere nævnt de detaljerede beskrivelser af hver af de otte delprojekter.

Bilag 3 viser udviklingen i besvarelser af Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) gennemført på Bornholms Hospital i projektperioden for Udviklingshospital Bornholm.

2 Værdibaseret styring i en dansk kontekst

I dette kapitel introduceres begrebet værdibaseret styring og den måde, det er blevet omsat på i en dansk kontekst. Kapitlet indledes med en beskrivelse af, hvordan værdibaseret styring oprindeligt blev defineret af den amerikanske økonom Michael E. Porter. Dernæst beskrives, hvordan konceptet blev introduceret i det danske sundhedsvæsen, hvor det er blevet omsat til en mindre økonomisk og mere organisatorisk tilgang.

2.1 Value Based Health Care

Begrebet værdibaseret styring er den danske oversættelse af *Value Based Healthcare* defineret og beskrevet første gang af de amerikanske økonomer Michael E. Porter og Elizabeth O. Teisberg i 2006. (Porter, Teisberg, 2006).

Værdibaseret styring kan beskrives som et ideal for organiseringen og styringen af sundhedsvæsenet med fokus på at sikre de bedst mulige resultater i forhold til ressourceanvendelsen. Værdi defineres på følgende måde (Porter, 2010):

$$\text{værdi} = \frac{\text{Sundhedsrelateret effekt (outcome) af betydning for patienten}}{\text{Omkostninger, det samlede forløb}}$$

I forhold til tidligere styringspraksis i sundhedsvæsenet kan værdibaseret styring anses for at være en modreaktion på et hidtidigt styringsfokus på input (aktivitet) frem for outcome.

Værdibaseret styring består, jf. Porter og Teisberg, desuden af seks komponenter, som beskriver forslag til sundhedsvæsenets indretning (Porter, Teisberg, 2006):

- **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.
- **Resultat (outcome) og omkostninger skal opgøres for hver enkelt patient:** For hver patient opstilles de ønskede resultater (outcome) på kort og lang sigt.
- **Samlet betaling for hele pakkeforløb (bundled payments):** Dette i modsætning til enkelttydelser.
- **Et integreret sundhedsvæsen, hvor aktiviteterne for en patientgruppe samles og koordineres.**
- **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.
- **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.

(Beskrivelsen af de enkelte komponenter er taget fra: Højgaard, Wolf & Bech, 2016, s. 27-28).

2.2 Introduktionen af værdibaseret styring i Danmark

I Danmark kom værdibaseret styring for alvor på dagsordenen i 2015, hvor ideen om at skifte fokus fra aktivitet til kvalitet i styringen af sundhedsvæsenet havde været til debat i en årrække. Den eksisterende økonomiske styring, hvor aktivitetsafregning og årlige krav om produktivitetsstigninger udgjorde en væsentlig del, havde været udsat for kritik, og der var efterspørgsel efter en alternativ styreform (Møller Pedersen, 2017, Bureau et al., 2018). Værdibaseret styring blev bl.a. af Danske Regioner introduceret som et muligt alternativ, og i økonomaftalen for 2016 mellem regeringen og Danske Regioner blev der afsat udviklingsmidler til forsøg med værdibaseret styring på udvalgte danske hospitaler. I økonomaftalerne for 2016 står der følgende om baggrunden for at igangsætte regionale forsøg med nye styrings- og afregningsmodeller:

"Det hidtidige fokus på aktivitet har medvirket til at øge produktiviteten i sygehusvæsenet. Fremadrettet tænkes dette sammen med udvikling af styring og incitament, der ligeledes sætter fokus på kvalitet og resultater. Konkret igangsættes regionale forsøg på udvalgte områder med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring". (Regeringen, Danske Regioner, 2015, s. 45)

Her argumenteres således for at kombinere et fokus på aktivitet og produktivitet med et fokus på kvalitet og resultater. I dette citat formuleres altså en opfattelse af, at den eksisterende økonomiske styringsmodel har skabt incitament på hospitalerne til at styre efter kvantitet, og at en ny økonomisk styringsramme giver forsøgshospitalerne frihed til også at arbejde mere målrettet med *kvalitet*. Konkret består denne nye ramme af, at takststyring erstattes med et rammebudget.

I alle regioner blev der i de følgende år igangsat flere forskellige forsøgsordninger under overskriften 'værdibaseret styring'. Allerede i december 2016 udkom den første kortlægning af regionernes forsøg med værdibaseret styring. Denne kortlægning viste, at alle regioner havde udpeget hospitaler eller hospitalsafdelinger til at indgå i forsøg med værdibaseret styring (Højgaard, Wolf & Bech, 2016). Kortlægningen viste imidlertid også, at disse forsøg kun i begrænset omfang tog afsæt i Porters model for værdibaseret styring, idet der specifikt manglede et fokus på det samlede forløb og på opfølgning på outcome og omkostninger. Flere af de regionale forsøg inkluderede en fritagelse fra regionernes sædvanlige afregningsmodeller, der delvist inkluderer et element af aktivitetsstyring. I kortlægningen understreges det dog, at undtagelsen fra aktivitetsstyring *"ikke i sig selv er et element i værdibaseret styring, men det skaber mulighed for, at hospitalet kan fokusere på at styre efter værdi frem for kvalitet"* (Ibid., s. 35). Derudover fremhæves det i denne kortlægning, at værdibaseret styring langt fra er et færdigudviklet koncept for styring af sundhedsvæsenet, men at det skal operationaliseres, og der skal udvikles en række værktøjer (fx effektmål og datakilder), som kan understøtte ønsket om, at *værdi for patienterne* bliver et styringsparameter (Ibid., s. 52).

I de seneste år er arbejdet med værdibaseret styring fortsat, men det er med udgangspunkt i ovenstående ikke nogen overraskelse, at det også har undergået en forandring, således at Porters værdibrøk og seks komponenter er gledet lidt i baggrunden. Desuden har bl.a. Danske Regioner fravalgt betegnelsen *værdibaseret styring* og bruger i stedet *værdibaseret sundhed*. I det følgende fremgår en række af de overordnede temaer, som synes at knytte sig til værdibaseret styring/sundhed.

Værdi for patienterne: Fokus på, hvad der giver værdi for patienterne, er det åbenlyse mantra, som gentages igen og igen, når værdibaseret styring skal defineres og beskrives. På Danske Regioners hjemmeside står der øverst under temaet 'Værdibaseret Sundhed': *"Med patienten i centrum: Hvad giver størst værdi for patienterne?"*⁴. At fokusere på patienternes præferencer er ikke nyt, idet

⁴ <https://www.regioner.dk/sundhed/tema-vaerdibaseret-sundhed>, 22. februar 2019.

eksempelvis brugerinddragelse og fælles beslutningstagen har været på dagsordenen før værdibaseret styring/sundhed, men knyttes i denne sammenhæng til effektiv ressourceudnyttelse, idet et fokus på 'værdi for patienterne' også skal udgøre en ramme for at fravælge de ydelser, som ikke bibringer patienterne værdi (se fx (Region Hovedstaden, Center for Økonomi og Center for HR, 2018)). 'Værdi for patienterne' skal således ses i relation til den kritik, der har været af takststyrings-systemet, som medvirkede til at øge antallet af unødvendige ydelser alene af økonomiske hensyn.

Effektmål og datakilder: På Danske Regioners hjemmeside⁵ fremgår det, at værdibaseret sundhed handler om 1) at skabe større viden om, hvad patienterne får ud af sundhedsvæsenet, fx i form af færre smerter eller bedre funktionsniveau, og 2) at viden om patientrelaterede effekter skal tilvejebringes ved at spørge patienterne selv, fx via PRO-spørgeskemaer⁶. I et temanummer af Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen fremgår det ligeledes, at omdrejningspunkterne i et værdibaseret sundhedsvæsen er et større fokus på, hvad der reelt giver værdi for patienterne, og at det indebærer et ændret fokus fra kvantitet til kvalitet samt udvikling af nye patientnære effektmål og bedre datakilder, som defineres på tværs af sektorgrænser (Wolf, 2018). Dette har man bl.a. arbejdet med i regi af Danske Regioner, idet der er defineret effektmål for syv sygdomsområder⁷ og udarbejdet en oversigt over metoder og datakilder til opgørelser af omkostninger for samlede patientforløb (Danske Regioner, 2018). Det er imidlertid også et område, som er i en relativt tidlig udviklingsfase og kun i begrænset omfang er i brug (Region Hovedstaden, Center for Økonomi og Center for HR, 2018).

Rammer og incitamenter: Danske Regioner har alene og i samarbejde med Danske Patienter og Lægeforeningen bl.a. beskrevet afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret styring (Danske Regioner, Team Styring og Sammenhæng, 2016) og formuleret principper for styring af et sammenhængende sundhedsvæsen (Danske Regioner, Lægeforeningen & Danske Patienter, 2018). Der argumenteres bl.a. for, at afregningsmodeller skal understøtte, at sundhedsvæsenets ydelser finder sted, så de understøtter, at sundhedsvæsenets ressourcer bruges mest hensigtsmæssigt og sætter personalet i stand til fokusere på det, der er vigtigst for patienterne (Danske Regioner, Lægeforeningen & Danske Patienter, 2018). Desuden argumenteres der for, at der skal indføres incitamenter, som sikrer effektive forløb (herunder fælles mål på tværs af sektorgrænser), og at de enkelte sundhedsaktører har fokus på og handler efter, hvad der giver værdi for patienterne (Wolf, 2018). Herunder indgår også synspunkter om, at der er behov for mere rum til lokal ledelse, dvs. mindre styring og mere tillid til, at de ydelser, der leveres på lokalt niveau udføres med øje for at løse patientens problemer, og for at stoppe ydelser, der ikke giver værdi for patienterne (fx Wisborg, 2018, Region Hovedstaden. Udvalget for Værdibaseret Styring, 2018).

Kultur og kompetencer: Et sidste tema, som primært fremføres i relation til de enkelte lokale forsøg med værdibaseret styring, er behovet for en kulturforandring (eller et ændret *mindset*, som det også kaldes flere steder) – herunder i Udviklingshospital Bornholm. Når "*mere af det samme er slidt op*" (Jensen, 2018, s. 23) som styringsprincip, og der skal mere fokus på, at patienterne skal være med til at definere resultatmålene for sundhedsvæsenets ydelser, er der behov for kulturændring og kompetenceudvikling blandt ledere på alle niveauer i sundhedsvæsenet (Wisborg, 2018).

Det er inden for denne udviklingsramme, at Udviklingshospital Bornholm har befundet sig. Formål og hovedaktiviteter i dette specifikke forsøg med værdibaseret styring udfoldes i det følgende kapitel.

⁵ <https://www.regioner.dk/sundhed/tema-vaerdibaseret-sundhed>, 22. februar 2019.

⁶ Patient Reported Outcome Measures.

⁷ <https://www.regioner.dk/sundhed/tema-vaerdibaseret-sundhed/nationalt-projekt-om-vaerdibaseret-sundhed>, 22. februar 2018.

3 Udviklingshospital Bornholm

Udviklingshospital Bornholm består af flere samtidige indsatser, hvoraf nogle blev defineret ved projektets start og andre kom til i løbet af projektperioden. Derudover foregik der i samme periode en række relativt store udviklings- og implementeringsprocesser på hospitalet, fx implementering af Sundhedsplatformen, som også har bidraget til udviklingen og bør tages med i analysen af, hvad der har medvirket til eventuelle forandringer på Bornholms Hospital. Disse delelementer indgår som del af analysen af, hvilke virkemidler der har bidraget til den udvikling, som har fundet sted på Bornholms Hospital (kapitel 6), og beskrives derfor i det følgende. Endelig beskrives hovedkonklusioner fra de øvrige devalueringer, som VIVE har gennemført af Udviklingshospital Bornholm.

3.1 Undtagelse fra takststyring

I budgetaftalen fra 2015 følger Region Hovedstaden op på regeringens beslutning om at lave forsøg med en ny økonomisk styringsmodel, hvor kvalitet, service og sammenhængende patientforløb fremhæves som styringsmål, der skal supplere aktivitet og produktivitet.

"Partierne er enige om at etablere et forsøg med en ny økonomisk styringsmodel, der kan styrke hospitalernes rammebetingelser for at skabe størst mulig værdi for patienterne inden for de givne budgetter. Det kunne f.eks. være bedre kvalitet, service eller sammenhængende patientforløb". (Region Hovedstaden, 2015)

I Region Hovedstaden besluttede regionsrådet at undtage Bornholms Hospital fra regionens takststyring, således at hospitalet i en treårig periode (februar 2016-december 2018) var givet et rammebudget. Inden for denne årrække skulle hospitalet *"gøre erfaringer med styring efter, hvad der giver værdi for patienten"* (Region Hovedstaden, 2016b, s. 2). Projektet fik titlen 'Udviklingshospital Bornholm', og følgende formål blev defineret i projektgrundlaget:

- Bedre patientoplevelse kvalitet af behandlingen og øget tilfredshed med kontakten til hospitalet
- Højere faglig kvalitet af pleje og behandling
- Bedre økonomisk effekt, herunder at opnå og udbrede erfaringer med aftalte værdimål og afprøve økonomiske styringsformer koblet til værdimålene (Region Hovedstaden, 2016b, s. 4).

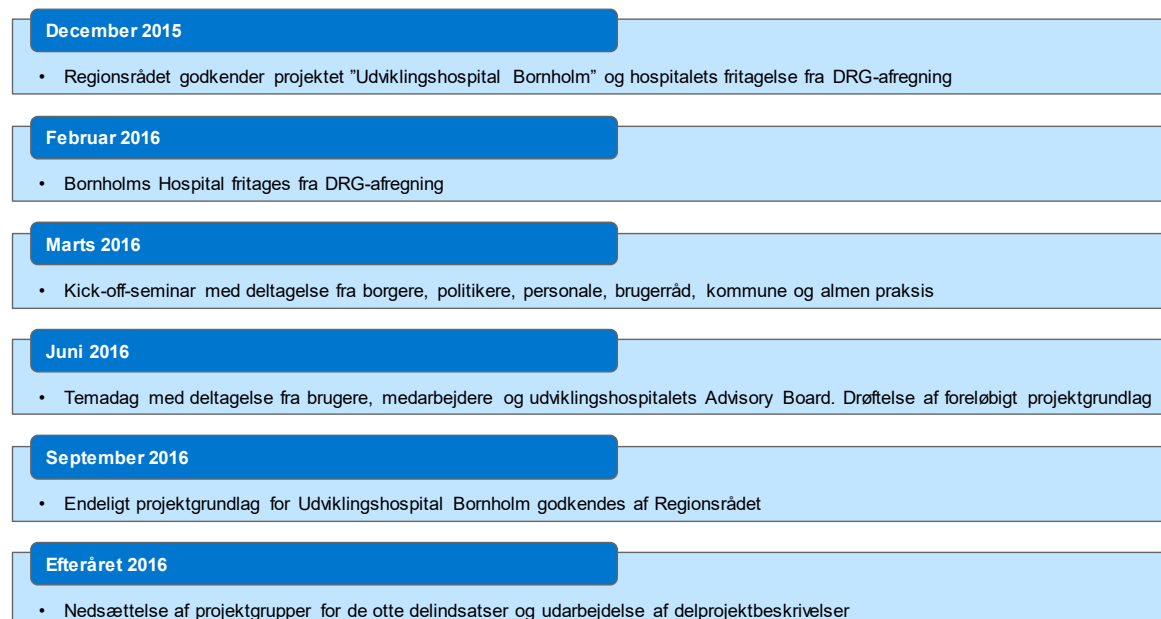
Udviklingshospital Bornholm udgør et ud af flere forsøg med værdibaseret styring i Region Hovedstaden (Region Hovedstaden, Center for Økonomi og Center for HR, 2018). Det udmærker sig ved, at det er hele hospitalet, der er fritaget fra takststyring. I de øvrige forsøg med værdibaseret styring er det kun en enkelt afdeling eller et enkelt center, der er fritaget fra takststyring. Det har bl.a. skabt mulighed for et stærkt fokus på tværgående samarbejde inden for hospitalets organisatoriske enheder.

3.2 Et projektprogram med otte delprojekter

Der var ikke knyttet andre økonomiske styringsmodeller til projekter ud over undtagelsen fra takststyring, og hospitalet havde desuden relativt frie rammer til at definere en konkret strategi i forhold til at nå de ønskede mål. I efteråret 2016 blev der udarbejdet et projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm, hvor der blev beskrevet otte delprojekter, som skulle understøtte de overordnede mål for Udviklingshospital Bornholm (Region Hovedstaden, 2016b). Disse delprojekter blev konkrete

tiseret i løbet af 2016, idet der i marts 2016 blev der afholdt et kick-off-seminar, hvor flere oplægs- holdere gav deres input til arbejdet med værdibaseret styring, og sidenhen deltog politikere, borgere, ledere og medarbejdere fra hospitalet samt repræsentanter fra almen praksis og Bornholms Regi- onskommune i workshops med henblik på at bidrage med konkrete forslag til projektgrundlaget. Dette projektgrundlag – og dermed de otte delprojekter – blev godkendt af regionsrådet i Region Hovedstaden i september 2016 (se kapitel 5 for en præsentation af disse delprojekter). Figur 3.1 illustrerer milepæle for Udviklingshospitalets opstart i 2016.

Figur 3.1 Tidslinje – Beslutning om og opstart af Udviklingshospital Bornholm



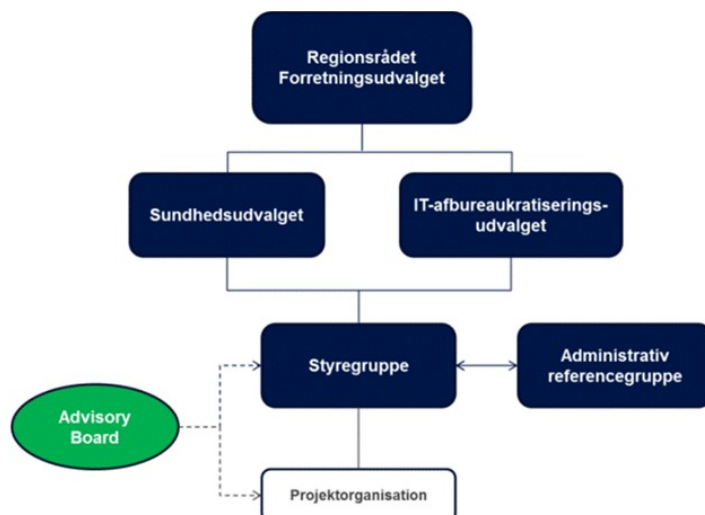
Kilde: Tidslinjen er udarbejdet til afrapportering af den første devaluering af Udviklingshospital Bornholm (Madsen, Bolvig et al., 2017).

3.2.1 Projektorganisation

I relation til de otte delprojekter blev der i 1.-3. kvartal 2017 etableret en projektorganisation bestående af otte projektledere, projektgrupper og styregrupper, som havde ansvar for at sikre fremdrift i de enkelte delprojekter. Projektlederne bestod i flere af delprojekterne af ledelseskonsulenter ansat på hospitalet, og i andre delprojekter af eksterne konsulenter fra fx regionens Kompetencecenter for Patientoplevelser og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Projektgrupper og styregrupper var sammensat af ledere og medarbejdere fra hospitalet, og i nogle delprojekter indgik også repræsentanter fra almen praksis og Bornholms Regionskommune.

Der blev desuden etableret en styregruppe, en administrativ referencegruppe og et 'Advisory Board' (se Figur 3.2) for det samlede udviklingsprojekt. Styregruppen bestod af hospitalsdirektøren samt repræsentanter for hospitalets ledere og medarbejdere, for almen praksis på Bornholm, for Bornholms Regionskommune, for hospitalets brugerråd, for regionens koncernledelse og for det Regionale Forum for Kvalitet. Det nedsatte Advisory Board havde til hensigt at bibringe faglig sparring, input og kvalificering til udviklingshospitalet og bestod af faglige eksperter samt repræsentanter for faglige organisationer og interesseorganisationer.

Figur 3.2 Projektorganisering, Udviklingshospital Bornholm



Kilde: Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm (Region Hovedstaden, 2016b).

Fra politisk hold blev Udviklingshospital Bornholm oprindeligt fulgt af Region Hovedstadens Regionsråd, Forretningsudvalg, Sundhedsudvalg og IT- og afbureaukratiseringsudvalg og siden også af det midlertidige udvalg for Værdibaseret Styling.

3.2.2 Forbedringsmodellen som udviklingsmetode

Af det oprindelige projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm (Region Hovedstaden, 2016b) fremgår det, at man ønskede at arbejde efter den såkaldte forbedringsmodel⁸. Forbedringsmodellen er en metode til at afprøve og implementere forandringer, som indebærer, at forandringer først afprøves i lille skala, hvorefter der foretages løbende justeringer, indtil det ønskede udbytte er opnået og med en indsats, som virker i en lokal organisatorisk kontekst. Der er således tale om en strategi, der indebærer, at der ikke tages stilling til, hvad der skal implementeres permanent før sent i en udviklingsproces. Efter etablering af projektorganisationen fulgte en proces med konkretisere de første versioner af delprojekternes projektbeskrivelser. Disse projektbeskrivelser er siden blevet justeret i takt med, at projektgrupperne begyndte at arbejde med de definerede mål, målgrupper og aktiviteter (Madsen, Buch et al., 2017). Det har desuden ad flere omgange været drøftet, om enkelte delprojekter skulle lukkes. Kun et delprojekt (delprojekt 4, hvor målet var at udvikle et redskab til patientrapporterede oplysninger, PRO) blev imidlertid lukket, og her var den primære begrundelse, at der allerede var flere lignende udviklingsforsøg med PRO i gang i Danmark, og at det var begrænset, hvor meget Bornholms Hospital kunne bidrage med. Ved projektets afslutning havde de syv tilbageværende delprojekter alle afprøvet konkrete forandringer i eksisterende rutiner eller afprøvet nye tiltag, hvoraf nogle fortsat blev anset for at være under udvikling, og andre blev beskrevet som del af den daglige drift (se kapitel 5 for en uddybning heraf).

3.3 En kulturudviklingsproces

I løbet af det første år som udviklingshospital opstod der en stigende erkendelse hos hospitalsledelsen af, at undtagelsen fra takststyring og de otte delprojekter ikke alene kunne drive den udvikling,

⁸ Forbedringsmodellen er bl.a. beskrevet her: (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2013).

man ønskede på hospitalet. Der var behov for en kulturændring, hvor hospitalets ledere og medarbejdere i højere grad begyndte at se sig selv som del af et samlet patientforløb. I 2017 blev der som en del af det ene delprojekt (delprojekt 7) indført et forløb, der skulle understøtte en kulturforandring. Formålet blev beskrevet på følgende måde:

"(...) at udvikle en kultur, hvor patienten er i centrum og bliver mødt med imødekommenhed. Samtidig er det et formål at udvikle en forbedringskultur, hvor forslag til forbedringer fra medarbejdere og alle andre, der er i kontakt med hospitalet, er velkomne, og hvor der bliver handlet på relevante forbedringer. (Projektbeskrivelse, november 2017, internt dokument)

Et væsentligt tiltag inden for dette formål har været afholdelsen af en række workshops med titlen 'Hverdagens udfordringer' afholdt af direktøren for det københavnske Hotel Nimb, som med udgangspunkt i teorien om 'Service Profit Chain' (Heskett et al., 1994) har søgt at inspirere til en kultur, hvor hver enkelt leder og medarbejder skal have fokus på og selv tage initiativ til at lave de konkrete forandringer, som skaber gode patientforløb. Hensigten er at efterstræbe en kultur, hvor man ikke afventer større organisatoriske eller styringsmæssige forandringer, men reagerer på og forandrer de ting, man kan i hverdagen. Konkret har der været afholdt en række workshops med ledere og medarbejdere, som har haft til opgave at udpege områder eller forhold, som står i vejen for gode patientforløb. Disse forhold er løbende samlet sammen, og der er udpeget personer, som har ansvaret for at tage hånd om de ønskede forandringer.

Derudover er der afholdt ledelsesudviklingsforløb og løbende dialogmøder for hele hospitalet (café-møder) og i de enkelte afsnit (roadshows), hvor hospitalsledelsen har søgt en dialog med ledere og medarbejdere om Udviklingshospitalets formål og sammenhængen mellem de forskellige delprojekter. Der har ifølge hospitalets direktør også været fokus på at nedtone et fokus på de enkelte afdelingers aktivitet og i stedet anerkende tiltag, der har bidraget til at styrke samarbejde og patientforløb, der går igen på tværs af hospitalets afdelinger og på tværs af hospital, kommune og almen praksis.

3.4 Andre samtidige udviklingsprocesser

Ud over de tiltag, der var defineret som del af Udviklingshospital Bornholm, har Bornholms Hospital også været præget af mange andre udviklingstiltag i projektperioden. I januar 2017 åbnede hospitalet en ny akutmodtagelse, og der er sidenhen sket løbende justeringer af bemanning og organisering i akutmodtagelsen. I 2017 gennemførte man desuden en organisationsændring, som bl.a. medførte en anden struktur for hospitalets sengeafsnit. Endelig blev Sundhedsplatformen implementeret fra marts 2017. Disse samtidige udviklingstiltag har både konkurreret med Udviklingshospital Bornholm om de samme ressourcer (tid og personale) og givet nye betingelser for arbejdsgangene på hospitalet. Desuden har implementeringen af Sundhedsplatformen helt konkret haft indflydelse på muligheden for at trække data ud i de enkelte delprojekter.

3.5 VIVEs tidligere devalueringer

I slutningen af 2016 gennemførte VIVE (tidligere KORA) den første devaluering af Udviklingshospital Bornholm (Madsen, Bolvig et al., 2017). På dette tidspunkt var delprojekterne i en indledende fase med at definere specifikke mål og aktiviteter, og den eneste reelle forandring på hospitalet som følge af udviklingsprojektet var undtagelsen fra takststyring. Formålet med evalueringen var at undersøge betydningen af den ændrede økonomiske styringsmodel ud fra samme hypotese, som lægges til grund for analysen beskrevet i kapitel 4, nemlig at overgangen fra takststyring til rammestyring

ville medvirke til mindre opmærksomhed på at holde hospitalets aktivitet oppe og derved give incitament til at styre efter andre typer af mål. Evalueringen, som var baseret på en analyse af registerdata over hospitalets aktivitet og interview med hospitalets direktion og afdelingsledere, viste, at der ikke kunne spores et fald i aktiviteten på Bornholms Hospital, men at dette ikke kunne henføres til den ændrede økonomiske ramme. Interviewene viste, at afdelingslederne havde svært ved at forlade et fokus på aktivitet som styringsmål og bekymrede sig over, om der ville følge økonomiske sanktioner med en eventuel nedgang i aktiviteten. Derudover tog de mange samtidige udviklingsprojekter, herunder implementeringen af Sundhedsplatformen, opmærksomheden fra arbejdet og intentionerne med Udviklingshospital Bornholm.

VIVEs anden devaluering (midtvejsevaluering) (Madsen, Buch et al., 2017) fokuserede alene på delprojekternes udvikling og eventuelle resultater. Midtvejsevalueringen var baseret på data om målopfyldelse, som var samlet ind i delprojekterne, samt interview gennemført i efteråret 2017 med ledere, medarbejdere og samarbejdspartnere i almen praksis og Bornholms Regionskommune. På denne baggrund blev det konkluderet, at der i alle delprojekter foregik et arbejde med at forberede og afprøve konkrete aktiviteter, men afprøvningen af konkrete aktiviteter var sket i så lille en skala, at det på tidspunktet ikke var muligt at efterprøve effekten. Der blev identificeret en række årsager til den begrænsede fremdrift:

- Det havde været nødvendigt at foretage en reformulering af projektgrundlaget (formål, mål og aktiviteter) i flere af delprojekterne. Blandt ledere og medarbejdere på hospitalet var der en oplevelse af, at de ikke havde været med til at definere delprojekternes fokus og indhold, og at der var behov for en tilpasning til deres oplevede behov og hverdag.
- I nogle delprojekter manglede der opbakning og deltagelse fra nøgleaktører på Bornholms Hospital. Det skyldtes bl.a.:
 - en oplevelse af, at de aktiviteter, som var defineret inden for nogle delprojekter, ikke gav mening og forstyrrede øvrige aktiviteter og rutiner på hospitalet
 - flere samtidige udviklings- og forandringsprocesser, der tog tid og overskud fra de personer, som også skulle bidrage til delprojekternes fremdrift.
- Beslutningsvejene blev oplevet som uklare i nogle delprojekter, hvilket forsinkede beslutningen om justeringer og fremdrift. Konkret blev det fremhævet, at styregruppernes mandat var uklart, særligt i de delprojekter, hvor der ikke indgik en afdelingsleder fra den afdeling, hvor forandringen skulle finde sted. Der blev også nævnt eksempler på, at den overordnede styregruppe for Udviklingshospital Bornholm gennemtrumfede beslutninger uden om delprojekternes styregrupper.

De to første devalueringer giver samlet et billede af en udviklingsproces, hvor det har taget tid at definere klare mål og konkrete forandringer under Udviklingshospital Bornholm. Undtagelsen fra takststyring var ikke i sig selv medvirkende til den forandring, man ønskede at understøtte – i hvert fald ikke på kort sigt – og i delprojekterne var der behov for justeringer, som sikrede relevans og motivation af de aktører, som skulle udføre forandringerne i praksis. Endelig har Udviklingshospital Bornholm udspillet sig på samme tidspunkt som andre store udviklingsprojekter, der har taget fokus og kræfter fra udviklingsprojektet. I de følgende kapitler præsenteres resultaterne af slutevalueringen, som samler op på proces og effekt i den sidste del af projektperioden for Udviklingshospital Bornholm.

4 Udviklingen i aktiviteten på Bornholms Hospital

I dette kapitel præsenteres udviklingen i aktivitet og produktivitet på det somatiske område på Bornholms og Nordsjællands Hospitaler for årene 2016-2018 (1.-3. kvartal). Analysen er opbygget som et komparativt registerstudie, hvor udviklingen i centrale aktivitets- og kvalitetsmål for Bornholms Hospital sammenholdes med udviklingen på Nordsjællands Hospital⁹.

Hvad er aktivitet og produktionsværdi?

Den samlede aktivitet måles som antallet af leverede ydelser i en given periode. Det er hospitalsaktiviteter, hvor taksten på en ydelse ikke tæller med. En indlæggelse tæller som én aktivitet. Ud over den samlede aktivitet ser vi også på *antal unikke patienter behandlet, antal indlæggelser, antal indlæggelsesdage, antal ambulante ydelser, antal akutte ydelser og antal planlagte ydelser*.

Produktionsværdien opgøres samlet som summen af den værdi, de leverede ydelser har. Værdien er baseret på DRG-takster, dvs. den fælles nationale værdisætning af ydelser i sygehussektoren. I analysen opgøres produktionsværdien som udviklingen i produktionsværdi for ambulante ydelser, indlæggelser samt for akutte og planlagte ydelser.

Først præsenteres den overordnede aktivitetsudvikling og udvikling i produktionsværdi. Herefter vises udviklingen i aktivitet (antal kontakter og patienter) særskilt for bl.a. akutte ydelser og indlæggelser. Til sidst vises resultaterne for udviklingen i produktionsværdi, herunder også for undertyper af ambulante ydelser og indlæggelser samt for akutte og planlagte ydelser. Analyserne af udviklingen i aktivitet og produktivitet suppleres med fundene fra interviewundersøgelsen med henblik på at bidrage med mulige forklaringer på den udvikling, der ses. Vi anvender i analysen en 'difference-in-difference'-strategi, hvor en udvikling lokalt på Bornholm altid holdes op mod udviklingen på referencesygehuset Nordsjælland Hospital. Vi karakteriserer dermed resultater som enten relative reduktioner eller relative stigninger for Bornholms Hospital i relation til udviklingen på Nordsjællands Hospital.

Når vi ser på udviklingen i aktivitet og produktionsværdi, er det nødvendigt at korrigere for udviklingen med hensyn til andre faktorer, der kan have indflydelse på den målte aktivitet. Vi korrigerer således for patientsammensætning og takstregulering. Derfor er hospitalsaktiviteten opgjort i samme takstsystem, dvs. takstsystemet for 2018. Herved sikres det, at vi analyserer på den konkrete udvikling i aktivitet og ikke på ændringer i takster og grupperinger¹⁰.

Alle aktivitetstal korrigeres for udviklingen i patientsammensætning. Vi benytter sammensætningen af patienter i 1. kvartal 2016 som udgangspunkt for aktiviteten. Dette sikrer, at resultaterne korrigeres for de demografiske ændringer, som sker over tid, hvor Bornholms Hospital fx har oplevet større vækst i ældre patienter end Nordsjællands Hospital. På den måde sikrer vi, at den observerede udvikling ikke skyldes en forskel i udviklingen i patientsammensætning.

Da Nordsjællands Hospital har udvidet optageområdet i løbet af observationsperioden, har vi ekskluderet ydelser, hvor aktionsdiagnosen falder inden for de områder, hvor den strukturelle forandring har øget antallet af patienter på Nordsjælland Hospital. Det drejer sig om gynækologi, obstetrik samt

⁹ Nordsjællands Hospital er valgt, fordi det ligesom Bornholms Hospital hører til de mindre hospitaler i regionen, og fordi Sundhedsplatformen blev indført samtidig på de to hospitaler. En sammenligning med alle øvrige hospitaler i Region Hovedstaden ville inkludere specielle funktioner, som kun ydes på eksempelvis Rigshospitalet. Dette kunne skabe et skævt sammenligningsgrundlag.

¹⁰ Den DRG-korrigerede produktionsværdi kan dog ikke følges længere tilbage end 2016.

ortopædi. Dette valg er foretaget for at sikre størst mulig sammenlignelighed mellem Nordsjællands og Bornholms Hospitaler. Eksklusionen af disse ydelser betyder dog, at vi kun viser udviklingen for en del af ydelserne på de to hospitaler. Dette er vigtigt at være opmærksom på ved sammenligning af andre, lignende opgørelser af hospitalernes samlede ydelser.

Detaljer om data og den anvendte metode findes i Bilag 1.

Sådan læses graferne

I analysen vises grafer for udviklingen i forskellige parametre for aktivitet og produktionsværdi. Ved at følge udviklingen for hospitalerne i en længere periode er det muligt at observere, om der sker et "knæk" i udviklingen fra 2016 til 2018 på Bornholms Hospital, som ikke ses tilsvarende på Nordsjællands Hospital. Hvis et sådant knæk observeres, kan det indikere, at undtagelsen fra takststyring eller nogle af de andre tiltag, som er sat i gang under Udviklingshospital Bornholm, har påvirket aktiviteten på Bornholms Hospital. Samtidig er det også muligt, at de samtidige udviklingsprojekter (implementering af Sundhedsplatformen, organisationsforandringer og implementering af akutmodtagelse) har påvirket aktiviteten.

Bornholms Hospital sammenlignes med Nordsjællands Hospital, og der korrigeres på flere måder for, at de to sygehuse er forskellige i forhold til fx udbudte ydelser (jf. Bilagsfigur 1.2) og patienternes demografi. Der indekseres efter niveauet af aktivitet/produktionsværdi i 1. kvartal 2016. Indekseringen betyder, at en værdi på 110 ligger 10 % over niveauet i starten af 2016. Tilsvarende er en værdi på 50 udtryk for en halvering siden 1. kvartal 2016. Punkterne i graferne er kvartalsvise summer, mens linjerne er en lokalt vægtet gennemsnitskurve for disse punkter¹¹.

Det skal bemærkes, at de vertikale aksers yderpunkter varierer, så kun det relevante udsnit af akserne vises. Derfor kan nogle variationer se voldsomme ud, selvom det drejer sig om små procentvise variationer.

Ud over den grafiske fremstilling testes også forskellen på de to hospitaler. Når der observeres en statistisk signifikant ($p < 0,05$) forskel, er det noteret under figuren sammen med en fortolkning (relativ stigning eller relativ reduktion på Bornholms Hospital i forhold til Nordsjællands Hospital).

I figurerne fremgår der konfidensintervaller, som indikerer usikkerheden ved analyserne af udviklingen på de to hospitaler. Konfidensintervallerne er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikanstests.

4.1 Udvikling i samlet aktivitet og produktionsværdi

I dette afsnit vises udviklingen i de to hospitalers aktivitet og produktionsværdi samlet set.

Antallet af kontakter og den absolutte produktionsværdi fremgår af Tabel 4.1 og viser, at både aktivitet og produktionsværdi ligger noget højere på Nordsjællands Hospital. Den samlede produktionsværdi beregnet med de årlige takstsystemer ligger omkring 90 mio. kr. pr. kvartal på Bornholms Hospital og ca. 600 mio. kr. på Nordsjællands Hospital.

¹¹ Vi anvender 'Locally Weighted Scatterplot Smoothing' [Reference: Robust Locally Weighted Regression and Smoothing Scatterplots, William S. Cleveland. Journal of the American Statistical Association, Vol. 74, No. 368. (Dec., 1979), s. 829-836] til beregning af grafernes kurver og konfidensintervaller. Kurven ligger ikke lige på indekspunktet (1. kvartal 2016), fordi den også er påvirket af de nærmeste punkter.

Tabel 4.1 Gennemsnitligt antal kontakter pr. kvartal og gennemsnitlig produktionsværdi pr. kvartal

Periode	Antal kontakter		Produktionsværdi	
	Nordsjælland	Bornholm	Nordsjælland	Bornholm
2016, 1. kvartal (indeksreference)	124.153	20.237	533.595	81.567
2016	125.468	20.718	528.868	82.437
2017	120.256	18.311	530.925	74.187
2018 (ekskl. 4. kvartal)	122.877	19.165	531.473	78.285

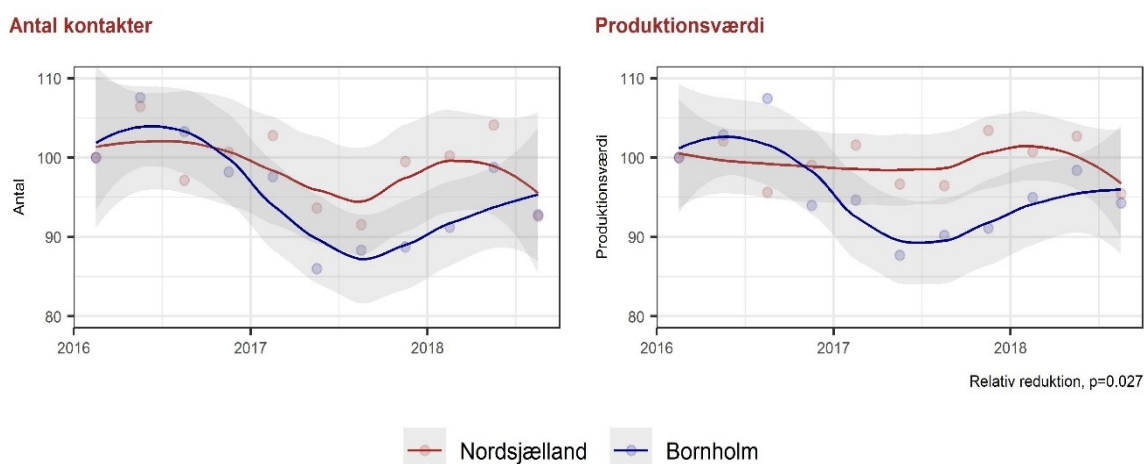
Note: Produktionsværdien for 2018 er ekskl. 4. kvartal. Produktionsværdien er opgjort i 1.000 kr. Produktionsværdien er baseret på DRG-gruppering for 2018. Tallene er vægtede efter udviklingen i den demografiske sammensætning af patienterne.

Kilde: Data på hospitalskontakter fra Region Hovedstaden samt egen tilvirkning.

I Figur 4.1 ses den indekserede udvikling i antal kontakter og produktionsværdi på de to hospitaler. For begge hospitaler ses en lille nedgang i antallet af kontakter, men nedgangen er størst på Bornholms Hospital. Forskellen i udviklingen i antallet af kontakter på de to hospitaler er ikke statistisk signifikant. Det betyder, at selvom vi ser en anelse større reduktion i antallet af kontakter på Bornholms Hospital sammenlignet med Nordsjællands Hospital, så er forskellen mellem reduktionen på de to hospitaler ikke stor nok til at være statistisk signifikant.

Udviklingen i produktionsværdi er stabil for Nordsjællands Hospital, men på Bornholms Hospital falder produktionsværdien i løbet af observationsperioden. Den relative reduktion er statistisk signifikant og forekommer i overgangen fra 2016 til 2017. Den relative reduktion henviser til forskellen mellem reduktionen på Bornholms Hospital og reduktionen på Nordsjællands Hospital. Dette kan tyde på, at den reduktion, der ses på Bornholms Hospital, ikke er udtryk for en generel tendens i hospitalssektoren, men kan være udtryk for den specielle udvikling, som har fundet sted på Bornholms Hospital i perioden.

Figur 4.1 Samlet udvikling i antal kontakter og produktionsværdi



Note: Punkterne viser de kvartalsvise summer, mens linjerne er beregnede interpolerede grafer. De grå områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikanstests. For hver graf er der estimeret en test af forskellen mellem punkterne i 2016 i forhold til punkterne i 2017 og 2018. Hvis der er signifikant forskel, fremgår p-værdien af testet under grafen til højre. Punkterne er indekserede med 1. kvartal 2016 = 100.

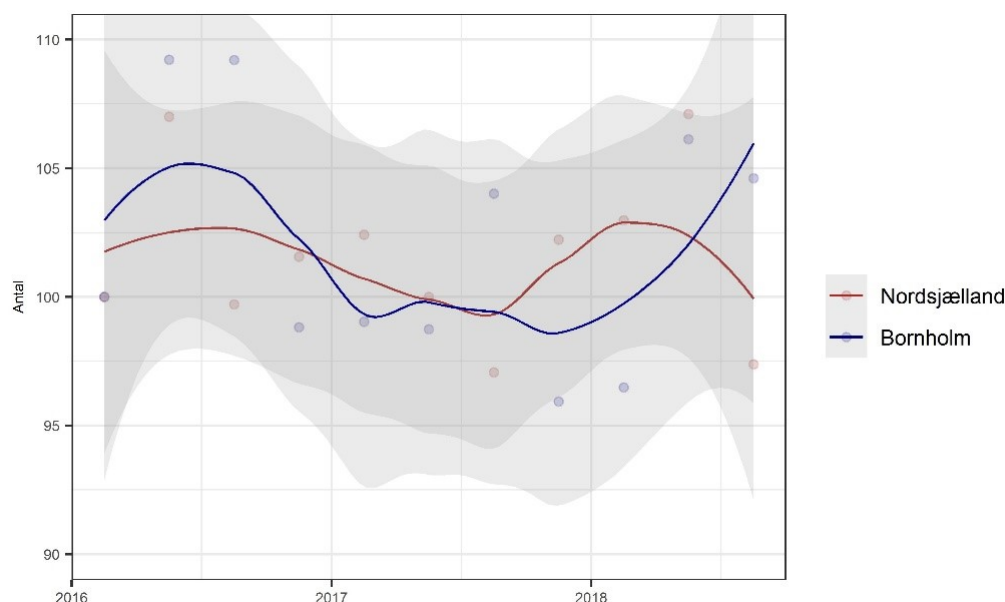
Kilde: Data på hospitalskontakter fra Region Hovedstaden samt egen tilvirkning.

4.2 Udvikling i aktivitet opdelt på typer af kontakter

Udviklingen i aktivitet dækker over forskellige typer af kontakter (akut, planlagt, ambulant, indlæggelse) samt antallet af indlæggelsesdage og antallet af patienter (unikke cpr-numre). I dette afsnit præsenteres udviklingen i disse undergrupper med henblik på at få en dybere forståelse af, hvad der kan medvirke til at forklare den forskel, der er observeret for den samlede produktionsværdi mellem Bornholms og Nordsjællands Hospitaler.

Figur 4.2 viser antal unikke cpr-numre over tid på de to hospitaler. Udviklingen i antallet af unikke personer i behandling pr. kvartal er ensartet på Bornholms og Nordsjællands Hospitaler. Begge hospitaler ligger stabilt henover observationsperioden med mindre udsving fra kvartal til kvartal, dog med en opadgående tendens for Bornholms Hospital til sidst i perioden. Der er imidlertid ingen signifikante forskelle i udviklingen på de to hospitaler.

Figur 4.2 Udvikling i antal unikke patienter



Note: Punkterne viser de kvartalsvise summer, mens linjerne er beregnede interpolerede grafer. De grå områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikantests. For hver graf er der estimeret en test af forskellen mellem punkterne i 2016 i forhold til punkterne i 2017 og 2018. Hvis der er signifikant forskel, fremgår p-værdien af testet under grafen til højre. Punkterne er indekserede med 1. kvartal 2016 = 100.

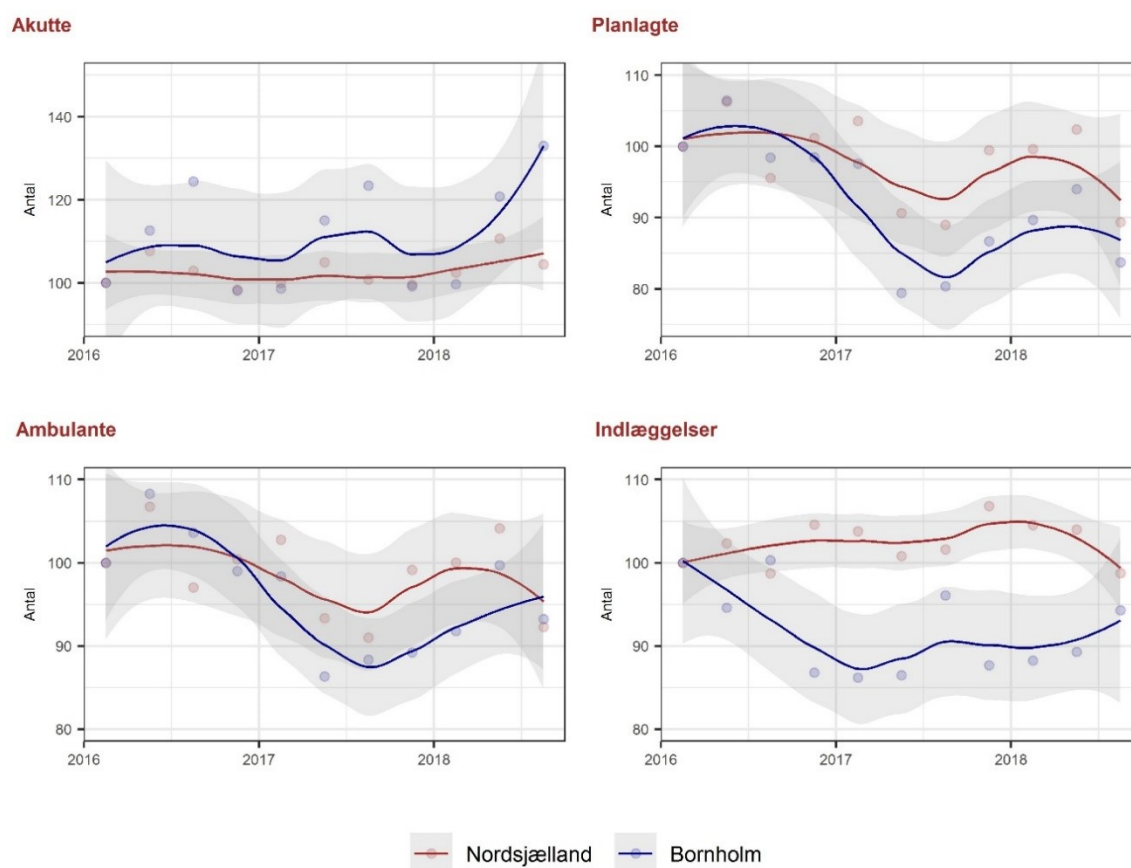
Kilde: Data på hospitalskontakter fra Region Hovedstaden samt egen tilvirkning.

Figur 4.3 viser udviklingen i aktiviteter fordelt på akutte, planlagte og ambulante kontakter samt på indlæggelser. Der ses en rimelig ensartethed i udviklingen af både akutte og ambulante kontakter på de to hospitaler. På Bornholms Hospital ses dog tydelige sæsonudsving for akutte kontakter, som kan hænge sammen med, at andelen af sommerturister er højere på Bornholm end i Nordsjælland.

Derudover ses en nedgang i antal planlagte kontakter og indlæggelser på Bornholms Hospital. Denne nedgang er relativt større end det, der observeres på Nordsjællands Hospital. Forskellen i udviklingen i antallet af indlæggelser er dog ikke signifikant i den statistiske test, som tester forskel i udviklingen fra perioden 1. januar-31. december 2016 til perioden 1. januar 2017-30. september 2018 på de to hospitaler. Nedgangen er således allerede begyndt i 2016 og slår derfor ikke ud i testen. Reduktionen i planlagte kontakter på Bornholms Hospital er heller ikke statistisk signifikant.

Evalueringsens interviewundersøgelse peger på, at der er større opmærksomhed på at styre efter patienters præferencer, og at der ikke længere er så stor opmærksomhed blandt afdelingslederne på, om alle senge er fyldt (se afsnit 6.1). Det større observerede fald i indlæggelser på Bornholms Hospital kan således skyldes en øget opmærksomhed på at undgå unødigt aktivitet. I delprojekt 2 har der desuden været eksplicit fokus på at konvertere akutte henvendelser til subakutte tider i ambulatoriet, og etableringen af en ny akutmodtagelse med fokus på hurtigere udredning og behandlingsplaner¹² på Bornholms Hospital kan også være en medvirkende forklaring på faldet i antal indlæggelser. Dette er undersøgt nærmere ved en yderligere opdeling på forskellige typer af aktivitet, idet aktivitet og indlæggelser er inddelt i akut og planlagt aktivitet (Figur 4.3).

Figur 4.3 Udviklingen i antallet af kontakter på opdelt på forskellige typer aktivitet (akutte, planlagte, ambulante og indlæggelser)



Note: Punkterne viser de kvartalsvise summer, mens linjerne er beregnede interpolerede grafer. De grå områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikanstests. For hver graf er der estimeret en test af forskellen mellem punkterne i 2016 i forhold til punkterne i 2017 og 2018. Hvis der er signifikant forskel, fremgår p-værdien af testet under grafen til højre. Punkterne er indekserede med 1. kvartal 2016 = 100. Der er overlap mellem kategorierne, så akutte kontakter eksempelvis dækker over både ambulante behandlinger og indlæggelser, ligesom også indlæggelser dækker over både akutte og planlagte indlæggelser.

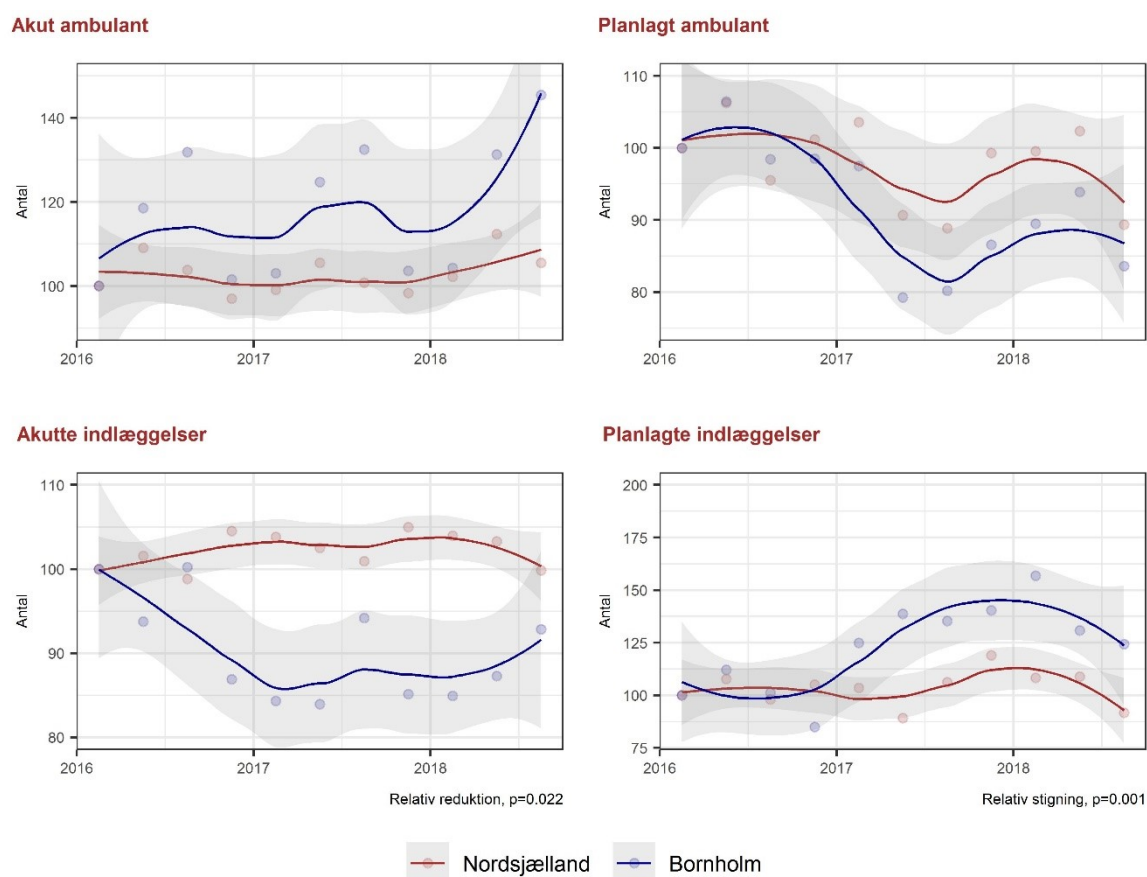
Kilde: Data på hospitalskontakter fra Region Hovedstaden samt egen tilvirkning.

I Figur 4.4 er udviklingen i ambulante besøg og indlæggelser opdelt på akutte og ambulante kontakter. Her ses en reduktion i antallet af akutte indlæggelser på Bornholms Hospital sammenlignet med udviklingen på Nordsjællands Hospital og en relativt større stigning i antallet af akutte ambulante besøg på Bornholms Hospital sammenlignet med Nordsjællands Hospital. Kun reduktionen i akutte indlæggelser er statistisk signifikant. Dette underbygger den forklaringsmodel, som fremgår

¹² Jævnfør Sundhedsstyrelsens planlægningsgrundlag for det akutte område (Sundhedsstyrelsen, 2007).

ovenfor om et øget fokus på at konvertere akutte henvendelser til subakutte tider – eller hurtigere afklaring på, om patienterne skal indlægges eller modtage behandling og pleje i hjemmet fra andre sundhedsaktører. Afdelingsledere fra begge hospitaler forklarede dog også, hvordan Sundhedsplatformen havde bidraget til en anden dokumentationspraksis, idet brugerfladen for akut indlagte patienter var mere besværlig at arbejde i end brugerfladen for akut ambulante patienter. Hvor der tidligere havde været økonomisk incitament til at registrere patienter som indlagte, var der nu et praktisk incitament til at registrere dem som ambulante. Det er ikke muligt på baggrund af interviewene at afgøre, hvor meget den ændrede dokumentationspraksis har betydet for den udvikling der kan ses i Figur 4.4, men forskellen i udviklingen af akut indlagte patienter mellem de to hospitaler kan potentielt tilskrives det forhold, at der allerede fra 2016 skete en eliminering af det økonomiske incitament til at registrere patienter som indlagte på Bornholms Hospital. For de planlagte ydelser viser figuren en relativ reduktion i planlagte ambulante ydelser og en relativ stigning i planlagte indlæggelser, dvs. der med reduktionen i akutte indlæggelser ses en modsvarende stigning i planlagte indlæggelser. Kun stigningen i planlagte indlæggelser er dog statistisk signifikant.

Figur 4.4 Udviklingen i aktivitet opdelt på forskellige typer af aktivitet (akut og planlagt ambulant/akut og planlagt indlæggelse)



Note: Punkterne viser de kvartalsvise summer, mens linjerne er beregnede interpolerede grafer. De grå områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikanstests. For hver graf er der estimeret en test af forskellen mellem punkterne i 2016 i forhold til punkterne i 2017 og 2018. Hvis der er signifikant forskel, fremgår p-værdien af testet under grafen til højre. Punkterne er indekserede med 1. kvartal 2016 = 100.

Kilde: Data på hospitalskontakter fra Region Hovedstaden samt egen tilvirkning.

I Tabel 4.2 ses antallet af kontakter fordelt på de forskellige kontakttyper. Der er flere akutte end planlagte indlæggelser, både på Bornholms og Nordsjællands Hospital, hvilket er grunden til, at det

er udviklingen i akutte indlæggelser, som driver den samlede udvikling i antallet af indlæggelser, som vi så i Figur 4.3.

Tabel 4.2 Gennemsnitligt antal kontakter pr. kvartal fordelt på type

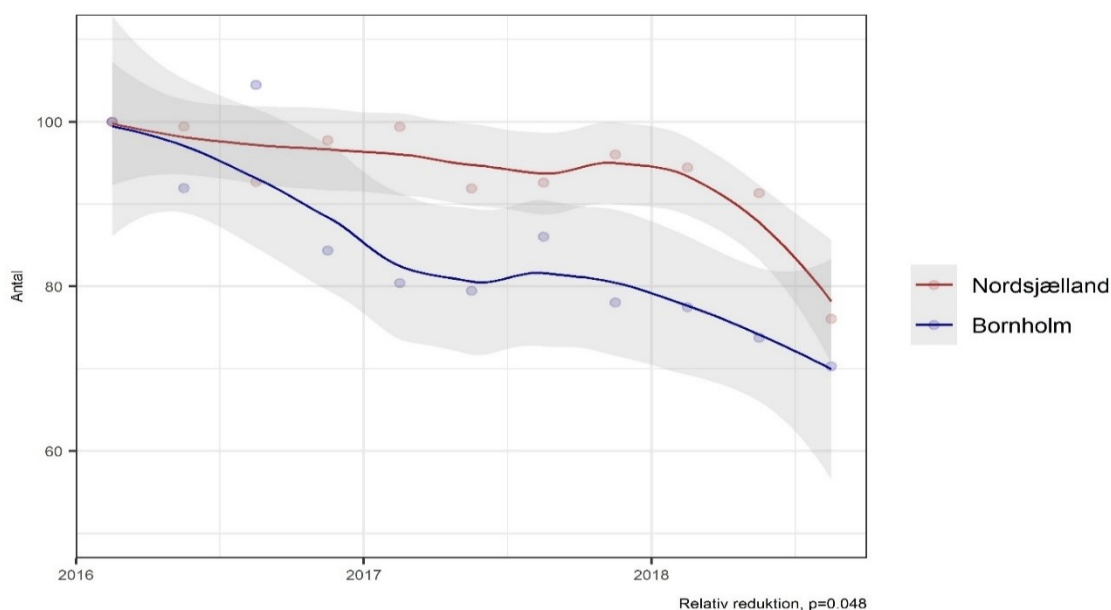
Periode	Akut ambulant		Planlagt ambulant		Akut indlæggelse		Planlagt indlæggelse	
	Nord-sjælland	Bornholm	Nord-sjælland	Bornholm	Nord-sjælland	Bornholm	Nord-sjælland	Bornholm
2016, 1. kvartal (indeksreference)	21.379	2.998	97.116	16.260	4.924	934	734	45
2016	21.909	3.388	97.820	16.396	4.985	889	754	45
2017	21.577	3.477	92.837	13.962	5.075	812	766	61
2018 (ekskl. 4. kvartal)	22.809	3.808	94.272	14.470	5.040	825	756	62

Note: Tallene er vægtede efter udviklingen i den demografiske sammensætning af patienterne.

Kilde: Data på hospitalskontakter fra Region Hovedstaden samt egen tilvirkning.

Figur 4.5 viser udviklingen i antallet af indlæggelsesdage. Her ses en tydelig reduktion på Bornholms Hospital fra slutningen af 2016 og frem. Både Nordsjællands og Bornholms Hospital oplever et fald i indlæggelsesdage, men på Bornholms Hospital er faldet relativt større end på Nordsjællands Hospital. Knækket er karakteristisk og kan potentielt skyldes en eller flere af de udviklingstiltag, som er gennemført i perioden. Forskellen mellem de to hospitaler er statistisk signifikant.

Figur 4.5 Udvikling i indlæggelsesdage



Note: Punkterne viser de kvartalsvise summer, mens linjerne er beregnede interpolerede grafer. De grå områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikanstests. For hver graf er der estimeret en test af forskellen mellem punkterne i 2016 i forhold til punkterne i 2017 og 2018. Hvis der er signifikant forskel, fremgår p-værdien af testet under grafen til højre. Punkterne er indekserede med 1. kvartal 2016 = 100.

Kilde: Data på hospitalskontakter fra Region Hovedstaden samt egen tilvirkning.

På Udviklingshospital Bornholm har flere af delprojekterne haft som mål at reducere antallet af indlæggelsesdage (delprojekt 2, 3 og 6, se kapitel 5 og Bilag 2), men da disse delprojekter enten er gennemført i lille skala eller ikke længere benytter indlæggelsesdage som det primære mål, er det

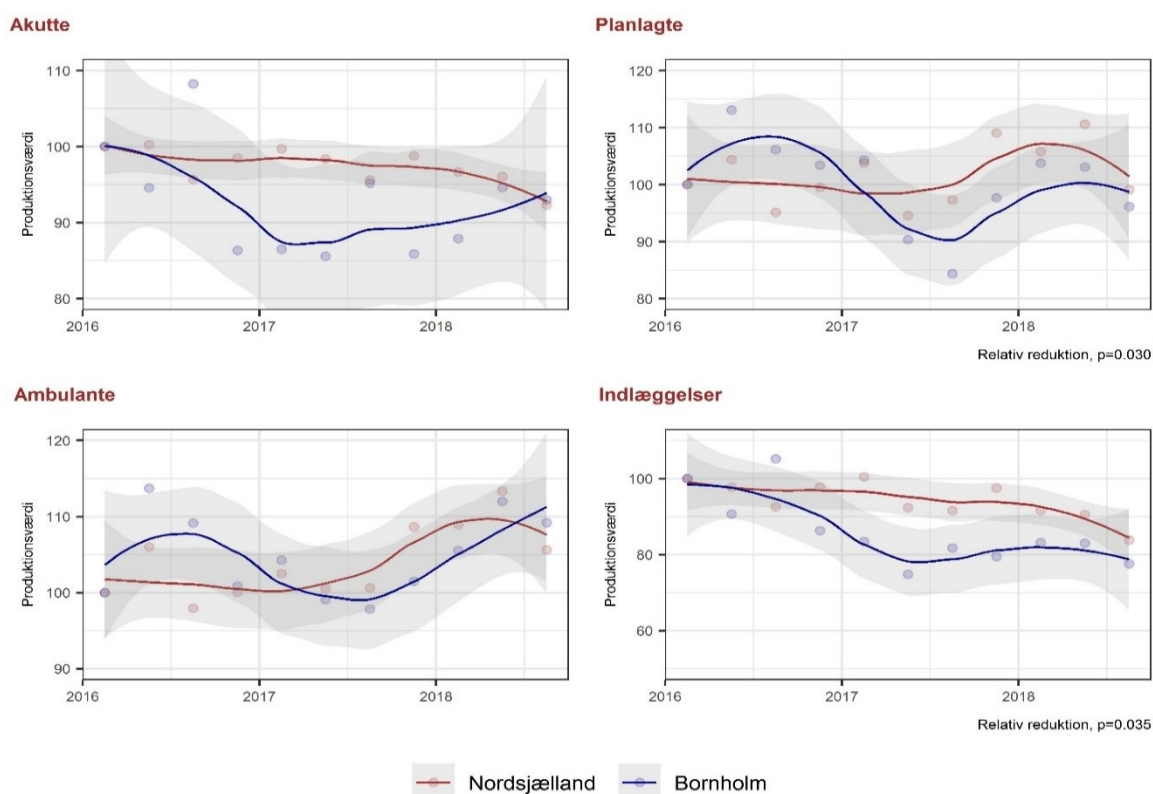
ikke sandsynligt, at dette er den primære årsag til faldet. Interviewpersoner knyttet til disse delprojekter vurderede således heller ikke indlæggelsesdage som det primære udbytte. På afdelingsledelsesniveau blev der givet udtryk for, at kapacitetsudnyttelse ikke har haft samme opmærksomhed i den sidste del af projektperioden som i starten (se afsnit 6.1). Dette kan være en medvirkende forklaring på faldet i indlæggelsesdage.

4.3 Udvikling i produktionsværdi opdelt på typer af kontakter

I dette afsnit undersøges udviklingen på Bornholms og Nordsjællands Hospitaler i forhold til den takstbaserede produktionsværdi. Her er ydelserne prissat ud fra DRG-takster.

Som det fremgår af Figur 4.6, ser vi et jævnt og statistisk signifikant fald i den samlede produktionsværdi på Bornholms Hospital i forhold til Nordsjællands Hospital. I figuren er produktionsværdien brudt ned i akutte og planlagte ydelser samt ambulante ydelser og indlæggelser. Når produktionsværdien opgøres særskilt, ses små forandringer på Bornholms Hospital relativt til Nordsjællands Hospital. Der ses først en relativ reduktion i produktionsværdien af akutte ydelser i 2017, som dog ikke er statistisk signifikant. Både i produktionsværdien for planlagte ydelser og for indlæggelser ses statistisk signifikante reduktioner på Bornholms Hospital relativt til Nordsjællands Hospital. Der er ingen mærkbar forskel i udviklingen i produktionsværdien af ambulante ydelser. For begge hospitaler ses en svag, men parallel stigning i observationsperioden.

Figur 4.6 Produktionsværdi efter type af ydelse (akut, planlagt, ambulante og indlæggelser)

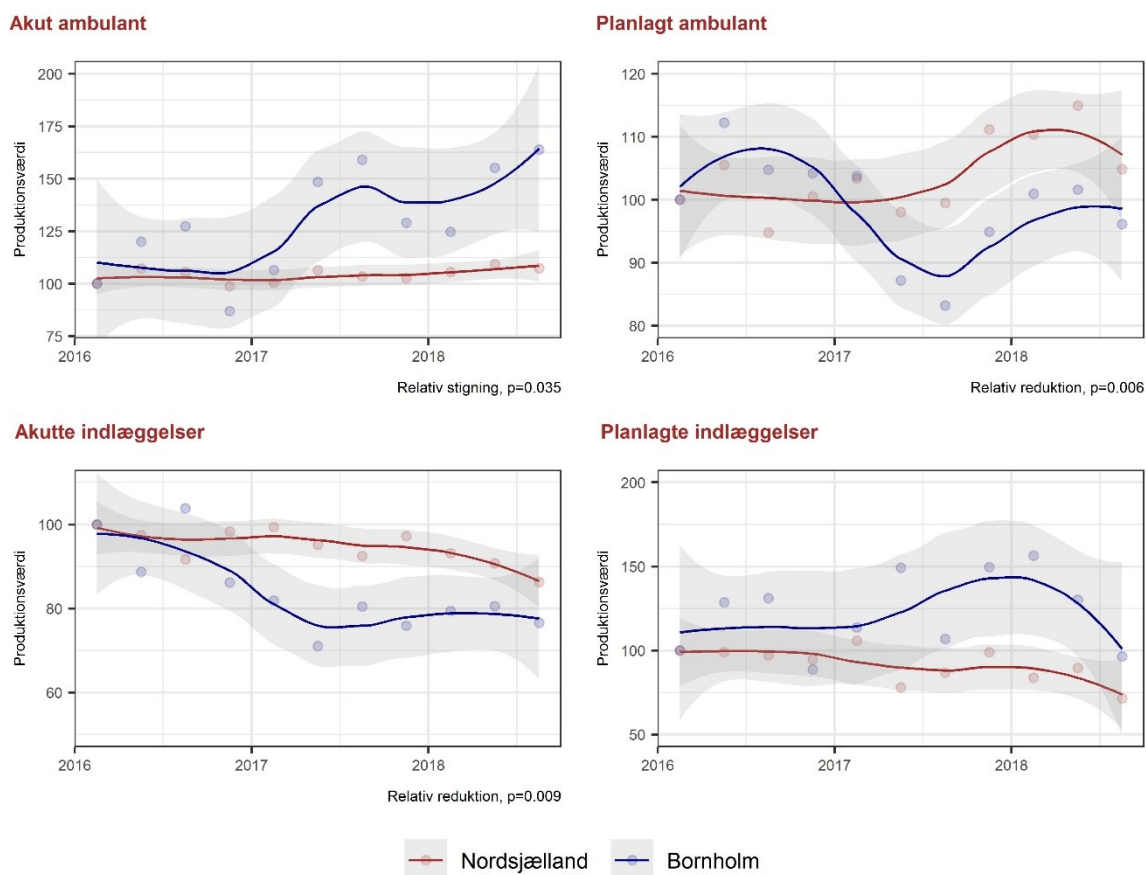


Note: Punkterne viser de kvartalsvise summer, mens linjerne er beregnede interpolerede grafer. De grå områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikanstests. For hver graf er der estimeret en test af forskellen mellem punkterne i 2016 i forhold til punkterne i 2017 og 2018. Hvis der er signifikant forskel, fremgår p-værdien af testet under grafen til højre. Punkterne er indekserede med 1. kvartal 2016 = 100. Der er overlap mellem kategorierne, så akutte kontakter eksempelvis dækker over både ambulante behandlinger og indlæggelser, ligesom også indlæggelser dækker over både akutte og planlagte indlæggelser.

Kilde: Data på hospitalskontakter fra Region Hovedstaden samt egen tilvirkning.

Indlæggelser og ambulante kontakter deles yderligere op efter, om det er akutte eller planlagte ydelser. Forskellene i udviklingen fremgår af Figur 4.7. Her ses en markant relativ stigning i produktionsværdien for akutte ambulante ydelser for Bornholms Hospital. Knækket forekommer i starten af 2017. I de planlagte ambulante ydelser ses et relativt fald i produktionsværdien på Bornholms Hospital. Begge forskelle er statistisk signifikante, men med hver sin retning. Tendensen er den samme, som vi så for *antallet* af kontakter i Figur 4.4; blot mere tydeligt for produktionsværdien af akutte ambulante kontakter.

Figur 4.7 Produktionsværdi fordelt på akutte og planlagte ydelser



Note: Punkterne viser de kvartalsvise summer, mens linjerne er beregnede interpolerede grafer. De grå områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikantests. For hver graf er der estimeret en test af forskellen mellem punkterne i 2016 i forhold til punkterne i 2017 og 2018. Hvis der er signifikant forskel, fremgår p-værdien af testet under grafen til højre. Punkterne er indekserede med 1. kvartal 2016 = 100.

Kilde: Evaluering af Udviklingshospital Bornholm, 2019.

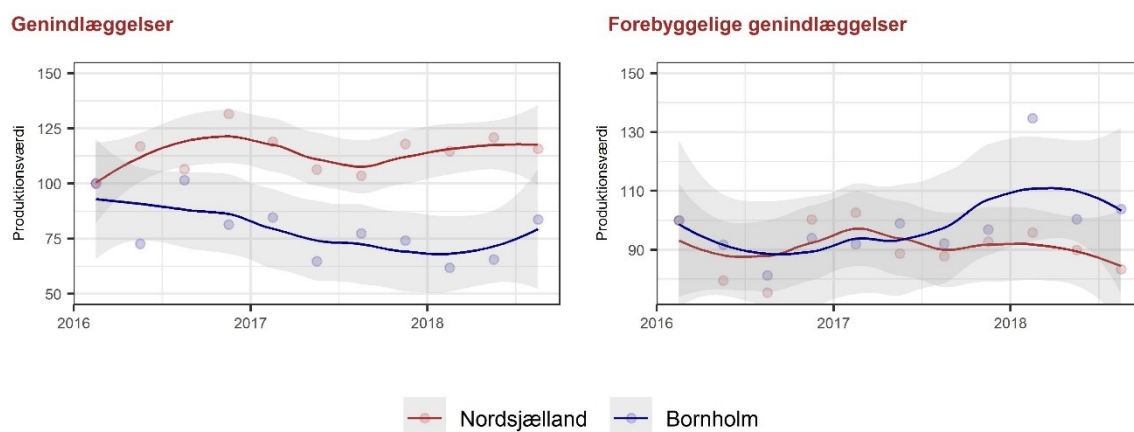
Udviklingen i produktionsværdien af akutte indlæggelser viser en statistisk signifikant reduktion svarende til faldet i antallet af akutte indlæggelser, som fremgik af Figur 4.5. Produktionsværdien af planlagte indlæggelser viser en relativ stigning på Bornholms Hospital i forhold til et svagt aftagende niveau på Nordsjællands Hospital, men forskellen på udviklingskurverne er ikke statistisk signifikant.

I analysen er der også set på, hvor meget af den reducerede produktionsværdi for akutte indlæggelser der er drevet af en reduktion i produktionsværdien specifikt for genindlæggelser og forebyggelige genindlæggelser¹³. Denne udvikling kan ses i Figur 4.8, som viser et markant faldt i produk-

¹³ Genindlæggelser er akutte indlæggelser, som sker inden for 30 dage, efter seneste indlæggelse er afsluttet.

tionsværdien for genindlæggelser på Bornholms Hospital sammenlignet med Nordsjællands Hospital. Reduktionen er ikke statistisk signifikant, da den allerede begynder i 2016. Den statistiske test tester forskellen i udviklingen fra 1. januar-31. december 2016 til perioden 1. januar 2017-30. september 2018 for de to hospitaler. Det fremgår desuden, at reduktionen i produktionsværdien af de samlede akutte indlæggelser ikke stammer fra forebyggelige genindlæggelser, som ligger på et stabilt niveau på begge hospitaler over tid.

Figur 4.8 Udvikling i produktionsværdi for genindlæggelser



Note: Punkterne viser de kvartalsvise summer, mens linjerne er beregnede interpolerede grafer. De grå områder viser konfidensintervaller. Disse er vejledende illustrationer og ikke statistiske signifikantests. For hver graf er der estimeret en test af forskellen mellem punkterne i 2016 i forhold til punkterne i 2017 og 2018. Hvis der er signifikant forskel, fremgår p-værdien af testet under grafen til højre. Punkterne er indekserede med 1. kvartal 2016 = 100.

Kilde: Evalueringsrapport af Udviklingshospital Bornholm, 2019

4.4 Delkonklusion: udviklingen i hospitalsaktivitet og produktivitet

Der ses en ensartethed i udviklingen i det samlede antal kontakter og antallet unikke cpr-numre på de to hospitaler, men produktionsværdien er faldende på Bornholms Hospital i forhold til Nordsjællands Hospital, og denne forskel er signifikant.

Når antallet af kontakter brydes ned på forskellige kontaktformer, ses der et signifikant fald i antallet af indlæggelsesdage samt et markant fald i antallet af akutte indlæggelser, som begynder allerede i 2016. Når vi også skelner mellem typen af kontakt, ses der også her et signifikant fald i produktionsværdien af indlæggelserne på Bornholms Hospital i forhold til udviklingen på Nordsjællands Hospital. Dette er primært drevet af et fald i akutte indlæggelser, herunder genindlæggelser. Der ses således et niveaumæssigt fald i antal genindlæggelser, som det meste af perioden ligger ca. 15 % under niveauet i første kvartal 2016, mens niveauet på Nordsjællands Hospital stiger i den samme periode.

Der ses også et generelt og statistisk signifikant fald i produktionsværdien af de samlede planlagte ydelser. Det samlede fald i produktionsværdi for Bornholm er dermed ikke kun drevet af et fald i indlæggelser, men også et fald i produktionsværdien af planlagte ambulante ydelser. Faldet i produktionsværdien af planlagte ambulante ydelser er stort nok til at modvirke en stigning i produktionsværdien af akutte ambulante ydelser.

Mange faktorer kan have betydning for udviklingen på Bornholms Hospital relativt til Nordsjællands Hospital. Selvom analyserne er korrigeret for alders- og kønssammensætning blandt patienter på

hospitalerne, så er de fx ikke korrigeret for *befolkningsgrundlagets* udvikling i størrelse og sammensætning. De to befolkningsgrundlag er dog forholdsvis stabile over perioden med 2 % tilgang i Hillerød Kommune og 0,5 % tilbagegang på Bornholm. En anden faktor, der potentielt kan have haft betydning for udviklingen, er, hvorvidt borgerne i stigende eller faldende grad får behandling på et andet hospital (offentlig eller privat). Det har desværre ikke været muligt med de anvendte data at undersøge, om dette er tilfældet, men flere faktorer peger på, at det ikke er en sådan tendens, der har været drivende for den observerede udvikling. Blandt andet tyder det markante fald i antal genindlæggelser og det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage på, at faldet i produktionsværdi ikke udelukkende drives af stigende brug af andre hospitaler i regionen.

5 Erfaringer og resultater fra projektprogrammets otte delprojekter

Dette kapitel sammenfatter erfaringer og resultater fra Udviklingshospital Bornholms projektprogram og de otte tilhørende delprojekter. Formålet er at give et indblik i, hvordan projekterne har udviklet sig i løbet af projektperioden, hvilke resultater der er skabt, samt at vurdere, i hvilket omfang opnåede resultater modsvarer de initiale forventninger. Endelig diskuteres – med afsæt i det samlede projektforsløb – de forhold, der har henholdsvis understøttet og udfordret implementeringen og de ønskede resultater.

Detaljerede beskrivelser af de syv gennemførte delprojekter fremgår af (Bilag 2).

5.1 Projektprogrammets formål og delprojekter

Som omtalt i kapitel 3 var projektprogrammets formål at understøtte en bevægelse mod bedre sammenhæng for den enkelte patient, en højere faglig kvalitet af pleje og behandling og bedre økonomisk effekt (Region Hovedstaden, 2016b). Projektprogrammet indeholdt fra starten otte delprojekter med fokus på forskellige problemstillinger, patientgrupper og dele af patientforløb, hvor der ved opstarten af Udviklingshospital Bornholm blev set et særligt potentiale for forbedringer.

Rationalet var endvidere, at delprojekterne hver især skulle fungere som spydspidser for arbejdet med at realisere de overordnede mål for Udviklingshospital Bornholm. For at understøtte helheden var delprojekterne desuden valgt, så de dækkede over hospitalets ydelser fra indlæggelse og udskrivelse, tilrettelæggelse af forløb i ambulatorierne, effektiv diagnostisk understøttelse og udvikling af redskaber og metoder til brugerinddragelse.

Tabel 5.1 nedenfor indeholder en oversigt over de igangsatte delprojekters formål og de succeskriterier, som i udgangspunktet var formuleret for disse. Tabel 5.1 illustrerer, dels at delprojekterne var relativt forskellige hvad angår fokus, bredden af involverede afdelinger og fagpersoner, dels i hvilket omfang de planlagte aktiviteter greb ind i eller forudsatte ændringer i det daglige kliniske arbejde. Det fremgår også, at en stor del af de opstillede succeskriterier er udformet som kvantitative mål, hvor det blev forudsat, at delprojekterne indsamlede data for baseline, samt at projekterne over tid kunne følge og dokumentere målopfylnelsen, i takt med at indsatserne blev implementeret.

Efter godkendelsen af projektprogrammet i september 2016 begyndte arbejdet med at bemande og konkretisere de enkelte delprojekter og den projektorganisation, der skulle understøtte arbejdet. Som omtalt i kapitel 3 viste det sig i de fleste delprojekter at være en ressource- og tidskrævende opgave at udmønte indsatsen i praksis, og at de fleste delprojekter har ændret sig undervejs. Det næste afsnit følger op på denne udvikling og sammenfatter, hvordan delprojekterne så ud ved afslutningen af projektperioden og sammenligner dette med det oprindelige udgangspunkt.

Tabel 5.1 Oversigt over delprojekternes formål og succeskriterier

Delprojekt	Formål	Succeskriterier
1: Fælles og fleksible ambulatorier	Samle aftaler for patienter med mange ambulante besøg og samtidige forløb på færre dage, så patienterne oplever et mere passende antal besøg og et bedre tilrettelagt forløb. Erstatte patienters fremmøde med telefonkonsultationer. Koordinering og vidensdeling i patientforløb på tværs af specialer med afsæt i ugentlige tværfaglige konferencer for læger tilknyttet medicinsk afdeling.	Mål: 10 % reduktion af antal ambulante besøg for de inkluderede patienter. Mål: 15 % øgning i antal telefonkonsultationer for de inkluderede patienter. Patienterne oplever, at antallet af ambulante besøg er passende, og at deres ambulatorieforløb er veltilrettelagt.
2: Ny visitationsform for akutte patienter	At give patienter, der henvender sig akut på hospitalet, det forløb, der giver størst værdi for dem. Udarbejdelse af risikolister over patienter, som hospital, kommune og almen praksis kan være opmærksomme på og samarbejde om med henblik på at undgå indlæggelser. Delprojektet vil i samarbejde med almen praksis og kommunen designe nye forløb i forhold til "de tre døre": et kommunalt pleje- eller rehabiliteringstilbud, en akuttid i ambulatoriet eller en indlæggelse.	50 % reduktion i antallet af: - en-, to- og tredages indlæggelser for KOL-patienter - ambulante besøg i akutmodtagelsen af patienter med kateterproblemer - en-, to- og tredages indlæggelser af patienter med kateterproblemer. - forebygge indlæggelser og konvertere indlæggelser til ambulant udredning.
3: Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis	Indsatsens overordnede mål var at styrke koordination og sammenhæng i patientforløbet for 65+-årige patienter ved indlæggelse og udskrivelse. Udmøntet i et koncept for tværsektorielle videokonferencer, hvor hospital, egen læge, hjemmepleje og patient/pårørende lægger en fælles plan for overlevering og videre forløb i primær sektor.	Fem afholdte konferencer pr. uge ved fuld implementering. Antallet af (gen)indlæggelser for patientgruppen reduceres med 10 %. Inkluderede patienter og deres pårørende oplever velkoordinerede og trygge overgange ved indlæggelse og udskrivelse.
4: Patientrapporterede oplysninger – PRO	Indsamle PRO-data for udvalgte patientgrupper og behandlingsområder. Anvendelse af PRO-data skal kobles til fælles beslutningstagning og inddragelse af patienter i det enkelte patientforløb.	Efter to år er der etableret en organisering på Bornholms Hospital og mellem primær og sekundær sektor, som samarbejder om forbedring af forløb på baggrund af PRO-data på minimum et sygdomsområde. Medarbejderne inddrager PRO-data i dialogen med patienterne, og patienterne oplever, at det bidrager til en bedre og mere målrettet dialog og bedre forløb.
5: Bedre bestilling og brug af diagnostik	Sikre at ydelser og forløb i diagnostisk enhed giver mest muligt værdi for patienterne. Afdække og adressere muligheder for at forbedre eksisterende arbejdsgange og understøtte effektiv resourceudnyttelse.	Mindske antal unødvendige blodprøver og stik i patienterne. Øge andelen af koncise henvisninger til CT-, MR- og UL-scanning med 40 %. Halvere andelen af patienter, der venter mere end 20 minutter på blodprøvetagning.
6: Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår	Forbedre planlægning og kvalitet af afdelingernes daglige stuegang. Indsats udmøntes via daglige tværfaglige tavlemøder og fokuserede konsultationsstuegange målrettet særligt komplekse patienter.	Læger og sygeplejersker får fælles overblik over stuegang ved møde kl. 9 hver morgen, eventuelt ved brug af tavle. 90 % af patienterne kender tidspunkt for deres egen stuegang, og at denne foregår planlagt i et separat rum med mulighed for deltagelse af pårørende. 90 % af patienterne har en dokumenteret forløbsplan inkl. forventet tidspunkt for udskrivelse om dem 48 timer efter indlæggelse. Den gennemsnitlige indlæggelsestid fastholdes eller reduceres.

Delprojekt	Formål	Succeskriterier
7: Kultur, rammer og kompetencer	Skabe en kultur, hvor hospitalets personale møder patienter og pårørende ud fra en servicekultur, samt at hospitalets ansatte i højere grad er opmærksomme på at se og handle på de forbedringer, de selv kan tage ansvar for i patienternes forløb. Forbedre fysiske rammer, så brugerne af hospitalet oplever god tilgængelighed og vejvisning samt imødekomme venteområder og god forplejning.	Overordnet: 90 % af de patienter, der svarer i DLP¹⁴, er tilfredse med behandlingen på Bornholms Hospital. Kultur: > 90 % af patienterne oplever en god formidling af faglighed i mødet med en sundhedsfaglig person. Der gennemføres minimum 10 varige forbedringer, der har gjort hverdagen nemmere for patient, pårørende og medarbejdere i 2017 og minimum 20 i 2018. Fysiske rammer: Maks. 4 månedlige henvendelser om mangel på ledige p-pladser, maks. 5 ugentlige henvendelser om dårlig wayfinding, > 90 % af patienter og besøgende er tilfredse med serviceydelserne i receptionen. > 90 % af patienter og pårørende oplever venteområder indbydende. Kompetencer: > 90 % af de indlagte multisyge patienter er tilfredse med fagligheden og oplever sig medinddraget i behandlingen. > 30 % læringsudbytte målt på medianfremgang efter undervisning.
8: Følg patienternes præference i den sidste levetid	Udvikle en indsats til at håndtere og tale med patienter om deres sidste levetid. Det har desuden været et formål at undersøge, hvordan sundhedssektoren kan løfte og koordinere opgaven med at sikre, at den sidste tid bliver, som patienter og pårørende ønsker det.	Patienter har samtale med sundhedsprofessionelle om ønsker til den sidste levetid. Patienter og pårørende oplever den sidste tid på den måde, de har ønsket. Medarbejderne har kompetencer til at foretage samtale om den sidste tid.

5.2 Delprojekternes gennemførelse og resultater

Delprojekternes gennemførelse og resultater er samlet i Tabel 5.2. Tabellen er opbygget på samme måde som Tabel 5.1. Den giver et overblik over de overordnede erfaringer, indsatser og resultater, der ved slutevalueringen blev fremhævet for de enkelte projekter i interview og statusopgørelser. Tabellens indhold udfoldes i det følgende.

5.2.1 Projekternes udvikling og målopfyldelse

Når erfaringer og resultater i projektoversigten i Tabel 5.2 sammenlignes med de oprindelige formål og succeskriterier fra Tabel 5.1, fremgår det, at næsten alle delprojekter i væsentlig grad har ændret karakter undervejs. Ændringerne knytter sig både til definerede mål, målgrupper, aktiviteter og de datakilder, der er brugt til vurdere de opnåede resultater.

Det er især de kvantitative kriterier, som er justeret eller helt frafaldet undervejs i udviklingsforløbet. Der fremgår tre primære årsager til denne udvikling:

- *For det første* afkræftede det indledende analysearbejde i flere af delprojekterne de antagelser om typen og omfanget af de problemer, som delprojektet skulle adressere.
- *For det andet* er de konkrete tiltag i de fleste delprojekter gennemført i så lille en skala, at det ikke er muligt komme med valide konklusioner omkring delprojekternes målopfyldelse, selvom der er indsamlet data.

¹⁴ Den Løbende Patienttilfredshedsmåling.

- *For det tredje* har det i en række tilfælde – bl.a. på grund af indførelsen af Sundhedsplatformen og de databrud, der fulgte med denne – ikke har været muligt at indsamle nødvendige data til at afgøre, om målene er nået.

Ændringerne af de kvantitative kriterier skal også ses i sammenhæng med, at flere delprojekter er stødt på udfordringer for fremdrift og resultater. Derfor er der brugt meget tid og mange ressourcer på at oversætte og justere indsatserne til den kontekst, som de skulle implementeres i. Der er derfor en klar tendens til, at delprojekternes fokus og aktiviteter er flyttet til mindre målbare kvalitetsforbedringer, fx i forhold til justering af arbejdsgange, samarbejdsflader og en lang række mindre justeringer af den daglige praksis, som skal forbedre patienternes forløb. I flere delprojekter er der som konsekvens heraf gennemført kvalitative erfaringsopsamlinger blandt personale og kvalitative patientinterview, som er anvendt til at vurdere de opnåede resultater.

Målopfyldelsen i de enkelte delprojekter

Der er en tendens til, at de projekter (1, 2, 3, 6 og 8), der har fokuseret på afgrænsede målgrupper og forudsat væsentlige ændringer i det daglige kliniske arbejde, i højere grad har ændret sig undervejs sammenlignet med de projekter (5 og 7), der har et bredere fokus og en mindre entydig kobling til klinisk arbejde.

Delprojekterne 1, 2, 3, 6 og 8 har samtidig til fælles, at de i lille grad har haft mulighed for at vurdere opfyldelsen af de kvantitative mål, der i udgangspunktet var opstillet. Alle seks projekter har også haft væsentlige udfordringer i relation til implementering og fremdrift, og de opgørelser af aktiviteter og oplevede resultater, der foreligger fra delprojekterne, handler primært om ændrede arbejdsgange og vurderinger af oplevede forandringer og resultater. Når der ses på de enkelte indsatser, fremgår følgende:

- I delprojekt 1 og 2 har der været tale om løbende tilføjelse af nye indsatser, og flertallet af de interviewede deltagere oplever, at de indsatser, der arbejdes med, er nyttige, og at det på sigt vil være muligt at komme i mål med implementeringen af de tiltag, der fortsat ikke er fuldt implementerede. De grundlæggende præmisser for indsatsernes berettigelse er således ikke lænere til diskussion, og det er planlagt at konsolidere indsatserne yderligere efter projektperioden.
- I delprojekt 6 vurderes tavlemøderne at være fuldt implementeret på et sengeafsnit og godt på vej i de øvrige sengeafsnit. Delprojektets oprindelige mål vurderes til gengæld at være irrelevant for det udbytte, som rent faktisk opnås ved tavlemøderne.
- Fremtiden for delprojekt 3 og 8 fremstod mere uafklaret, og ved afslutningen af projektperioden foregik der fortsat en diskussion af formål, indhold og relevans. Det er derfor også i disse delprojekter, at der i denne slutevaluering ses de mest blandede tilbagemeldinger på det oplevede udbytte. Der er desuden fortsat en udbredt oplevelse af, at de valgte fremgangsmåder bør justeres, hvis det ønskes at arbejde videre med indsatserne.
- Delprojekt 5, som beskæftiger sig med forbedringer på det diagnostiske område, krævede en del justeringer under opstarten, men har ikke i samme grad som de øvrige været berørt af udfordringer med Sundhedsplatformen. Samtidig har diagnostisk afdeling haft mange og meget præcise data til rådighed, som både er anvendt til at kvalificere udmøntningen af konkrete indsatser og til at vurdere opfyldelsen af de definerede mål. Det ses i forlængelse heraf, at delprojektet har nået to ud af tre mål (henholdsvis færre stik/flere genbestillinger og bedre henvisninger til billeddiagnostik). Det mål, som ikke er nået (reduceret ventetid til blodprøvetagning), begrundes med en øget aktivitet i diagnostisk afdeling i projektperioden. Herudover er der undervejs i projektet identificeret en række mindre forbedringstiltag, som også er gennemført ved afslutningen af projektet.

- Delprojekt 7 (kultur, rammer og kompetencer) er også kommet i mål med de planlagte ombygninger, og siden er kompetenceudviklingsforløb og et nyt forløb, 'Hverdagens udfordringer', kommet til. Delprojektet har ligeledes haft mulighed for at vurdere målopfyldelsen via fx deltagerevalueringer, patienttilfredsundersøgelser og aktivitetsopgørelser, og det fremgår, at delprojektet opfylder de fleste af de opstillede succeskriterier.

Som beskrevet i afsnit 3.2.2, så beskrev det oprindelige projektgrundlag, at man ønskede at tilrettelægge at arbejdet efter Forbedringsmodellen. Denne metode indebærer, at forandringer først afprøves i lille skala, hvorefter de justeres, indtil man har fundet en form, som passer til den organisatoriske virkelighed, hvor det skal implementeres. At der er sket flere justeringer i både mål, målgrupper og indsatser inden for hvert delprojektet er i det lys ikke overraskende. I VIVEs anden devaluering fremgik det dog, at der blandt projektlederne var blandede erfaringer med at arbejde med Forbedringsmodellen (Madsen et al., 2017) – og dermed hvor meget af den udvikling, der er sket i delprojekterne, som kan tilskrives arbejdet med denne model. Det er imidlertid tydeligt i interviewene med aktører knyttet til delprojekterne, at de har oplevet et pres fra hospitalsledelsen og hospitalets omverden på at levere resultater på de definerede mål, samtidig med at det har været nødvendigt at sikre opbakning og motivation fra de ledere og medarbejdere, som skulle drive projekterne i hverdagen. Dette krydspres uddybes i afsnit 6.3.

5.2.2 Oplevet udbytte af delprojekterne

Det datagrundlag, der har været til rådighed for slutevalueringen, giver ikke mulighed for at vurdere, hvorvidt de gennemførte aktiviteter har påvirket de overordnede mål med udviklingshospitalet, hverken for de enkelte delprojekter eller projektprogrammet som helhed. En del af deltagerne i den afsluttende interviewundersøgelse peger dog på, at arbejdet med de enkelte delprojekter og projektprogrammet som helhed har givet et udbytte, det er vanskeligt at indfange og dokumentere.

Interviewpersoner fra både hospitaler, Bornholms Regionskommune og almen praksis, som har været direkte involveret i et delprojekt med tværsektorielt islæt, beskriver også, at de har opnået et større kendskab til deres samarbejdspartnere i andre sektorer. Der er både tale om et personligt kendskab til de øvrige projektdeltagere og et øget kendskab til arbejdsgangene hos deres samarbejdspartnere i andre sektorer. Det udtrykkes samtidig, at det tværsektorielle samarbejde er et relevant fokusområde, der fortsat ønskes fokus på efter projektperiodens afslutning.

Øget opmærksomhed på det område, som de enkelte delprojekter har berørt, nævnes også som et udbytte i langt de fleste interview med ledere og medarbejdere. Det er et udbytte, som kan være svært at måle og derfor – ifølge særligt projektledere og afdelingsledere – ikke får en berettigelse, når delprojekternes succes ønskes vurderet kvantitativt. Oplevelsen er derfor også, at nogle delprojekter (fx delprojekt 8 om patientens sidste tid) uretmæssigt har fået ry for ikke medvirke til forandringer, fordi der ikke har været den forventede aktivitet.

Tabel 5.2 Delprojekternes hovedaktiviteter og resultater ultimo 2018

Delprojekt	Erfaringer og indsatser	Overordnede resultater
1: Fælles og fleksible ambulatorier	Der er i hele projektperioden arbejdet med at samle og koordinere tider. Arbejdet har været udfordret af, at ambulatorierne i udgangspunktet havde forskellige åbningstider, ligesom det er svært at koordinere samtidig tilstedeværelse af læger fra forskellige specialer. Det er heller ikke alle patienter, der kan overskue eller ønsker at samle tider. Projektet har også: - haft fokus på at forbedre informationen om mødetider og kontaktmuligheder i indkaldelser til patienter - frikøbt en forløbskoordinator til at hjælpe multisyge patienter med at overskue og håndtere deres samlede forløb på hospitalet - arbejdet med at konvertere fremmødekonsultationer til telefonkonsultationer - implementeret ugentlige konferencer for læger i medicinsk afdeling, hvor udvalgte komplicerede patientcases drøftes på tværs af specialer.	Det er kun i begrænset omfang lykkedes at koordinere og samle tider på patienter med samtidige forløb, og det har ikke været muligt at indsamle data relateret til de succeskriterier, der fra start var opstillet for indsatsen. Muligheder for at forbedre patientinformationen er afdækket, men kræver ændringer i Sundhedsplatformens opsætning og afventer derfor afklaring på regionalt niveau. Erfaringer med forløbskoordinatorer er positive, og ordningen fortsætter. Der er sket en væsentlig stigning i antallet af afholdte telefonkonsultationer, som vurderes at kunne fastholdes efter projektperioden. Det er dog usikkert om stigningen i telefonkonsultationer kan tilskrives delprojektet. Den tværfaglige konference er indlejret som fast rutine og fortsætter.
2: Ny visitationsform for akutte patienter	Antallet af indlæggelsesforløb, der var i fokus, viste sig at være langt mindre end antaget. Persondatalovgivningen og indførelse af Sundhedsplatformen stod også i vejen for ønsket om at arbejde med risikolister på tværs af sektorer, samt forventningen om løbende at kunne trække præcise data for specifikke indlæggelsesforløb. Delprojektet er derfor justeret, så der i højere grad er et kvalitativt fokus på at forbedre eksisterende arbejdsgange og forløb for udvalgte patientgrupper. Konkret er der arbejdet med: - rådgivning fra visitationsansvarlig overlæge til praktiserende læger om indlæggelsestruede patienter og konvertering af akutte indlæggelser til ambulante tider - tværsektoriel undervisning af KBU15-læger med fokus på psykiatriske patientforløb. - bedre arbejdsmiljø og bedre forløb i akutmodtagelsen for selvskadende patienter.	Praktiserende læger konfererer 2-3 indlæggelsestruede patienter om ugen med visitationsansvarlig overlæge. Ordning opleves velfungerende og fortsætter. Visiterende overlæge i akutmodtagelsen konverterer dagligt 1-2 akutindlæggelser til ambulante opfølgning inden for 1-2 hverdage. Der er afholdt 3 tværsektorielle introduktionsforløb for KBU-læger. Erfaringerne er gode, og forløbet fortsætter som fast del af introduktionsforløbet for KBU-læger. Der er gennemført en række justeringer i akutmodtagelsen med det formål at forbedre selvskadende patienters forløb. Undervisning i konflikthåndtering og fokus på at forbedre psykiatriske patienters forløb i akutmodtagelsen generelt set fortsætter som fast del af akutmodtagelsens årshjul.
3: Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis	Implementering af videokonferencer har krævet meget tid at forberede. Indførelse af Sundhedsplatformen, ny akutmodtagelse og oplevelse af manglende relevans blandt projektdeltagere har også udfordret fremdrift og resultater. Det er desuden kun lykkedes at få 9 af øens 27 praktiserende læger med i ordningen, hvilket betyder, at mange relevante patienter reelt ikke kan være genstand for en videokonference. Antallet af gennemførte konferencer er langt lavere end forventet. Derfor er man gået bort fra de afgrænsede målgrupper, der i udgangspunktet var for projektet. Med afsæt i det lave antal afholdte konferencer har det heller ikke givet mening at fastholde målet om 10 % reduktion af indlæggelser i patientgruppen. Projektet har derfor primært fokuseret på at få afprøvet teknikken omkring konferencerne samt at få viden om, hvordan de kan understøtte sammenhængen i patientforløb.	Via et vedvarende fokus er der etableret faste rutiner, som understøtter, at indlagte patienter dagligt vurderes i forhold til relevansen af en videokonference. Arbejdsgangene omkring afholdelse af konferencer er implementeret og er kendt blandt relevante fagpersoner. Teknikken opleves som velfungerende. I det år, hvor proceduren for opsporing har fungeret, er 235 patienter meldt ind som mulige kandidater, og der er i alt afholdt 27 konferencer. Deltagerevalueringer og interview viser, at ca. en tredjedel af de afholdte konferencer opleves relevante. De øvrige to tredjedele opleves ikke at give et udbytte, der matcher de ressourcer, som det kræver at afholde konferencen. Deltagere efterlyser derfor et mere fleksibelt setup, samt at alle praktiserende læger fremadrettet er tilmeldt ordningen, hvis den skal videreføres.
4: PRO-indsats	PRO-indsatsen krævede et omfattende udviklings- og implementeringsarbejde, der kolliderede med implementering af Sundhedsplatformen og opstart af en række nationale satsninger på PRO-området. Derfor blev det i samråd med Region Hovedstaden aftalt at lukke projektet ved udgangen af 2017.	

¹⁵ KBU-læger: Læger som indgår i det første uddannelseselement i den lægelige videreuddannelse. KBU står for Klinisk Basis Uddannelse.

Delprojekt	Erfaringer og indsatser	Overordnede resultater
5: Bedre bestilling og brug af diagnostik	Det første år gik med et omfattende analysearbejde, der kvalificerede antagelserne bag projektets delindsatser og succeskriterier. Analyserne var med til at afmontere begrundelsen for dele af indsatsen, mens andre elementer blev kvalificeret, og nye problemområder blev identificeret. I delprojektet har der været fokus på efterbestillinger af blodprøver og undervisning af praktiserende læger og yngre læger i henvisning til CT-scanning og røntgen. Delprojektets udvikling betyder, at de opstillede målsætninger over tid har flyttet sig fra kvantitative succeskriterier til et mere nuanceret fokus på forbedringer og justering af arbejdsgange samt information og undervisning til personale.	Patienterne spares for ca. 300 stik om året i forbindelse med blodprøver ved et øget fokus på efterbestillinger, hvilket frigør ca. 37 timers arbejdstid pr. år for afdelingens bioanalytikere. Løsningen er velimplementeret, og informationsindsatsen fortsætter som del af den daglige drift. Andelen af koncise henvisninger er forbedret med 44 %. Forbedringen er stabil over tid, og årlig undervisning fortsætter som fast rutine. En række tiltag er gennemført for at forbedre patienternes møde med diagnostisk enhed. På grund af en øget opgavemængde og manglende mulighed for at ændre de fysiske rammer er det ikke lykkedes at nedbringe ventetiden så meget som ønsket.
6: Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår	Projektet er stødt ind i en del udfordringer for fremdrift og implementering. Projektet startede på én sengeafdeling, men på grund af manglende opbakning fra lægeside blev delprojektet flyttet til et andet nyetableret sengeafsnit (SA2). Her er tavlemøderne indarbejdet som en fast rutine, og de øvrige sengeafsnit på hospitalet er også i gang med at implementere tavlemøder. De fagpersoner, der er interviewet til evalueringen, vurderer, at tavlemøderne giver mulighed for bedre planlægning og prioritering af stuegang, så patienterne ses i den mest hensigtsmæssige rækkefølge.	De opstillede succeskriterier er i løbet af projektet nedjusteret til, at 60 % af patienterne på SA2 kender tidspunktet for deres egen konsultationsstuegang, samt at 60 % af patienterne på SA2 har en forventet forløbsplan inden for 48 timer. Det fremgår også af projektets statusopgørelse fra september 2018, at delmålet om, at 60 % af patienterne på SA2 inden for 48 timer skal have forløbsplan, ikke er nået. Delprojektets status viser, at det kun i begrænset omfang er lykkedes at implementere de ønskede konsultationsgennemgange for patient og pårørende. Der gennemføres ca. to gennemgange pr. uge, og der er ikke indsamlet data for dette mål.
7: Kultur, rammer og kompetencer	Delprojektet har arbejdet med en række tværgående indsatsområder, som dels knytter sig ønsket om en øget servicekultur og en imødekomende måde at møde patienter og besøgende på, samt hospitalets fysiske rammer og skiltning. Arbejdet har bl.a. resulteret i: - Nyt parkeringsområde, der skal forbedre adgangen til hospitalet - Nybygget reception med synlig placering som det første, patienterne møder i hospitalets hovedindgang - Ny skiltning i lofter, på vægge og gulve er gennemført - Nyindrettede ventearealer og forbedret adgang til forplejning i lobby og to ambulatorier - Kompetenceudviklingsforløb for plejepersonale på sengeafsnittene med fokus på at kunne håndtere både kirurgiske og medicinske patienter - Gennemførelse af et udviklingsforløb – 'Hverdagens udfordringer' – som har haft til formål at understøtte en kultur, hvor ledere og medarbejdere ser og tager sig af de problemer, de oplever i deres egen hverdag og i patienternes forløb – og giver personalet en større frihed til selv at foretage forandringer.	92-97 % af de patienter, som anvender receptionens smiley-stander, angiver, at de er tilfredse med de tilbud, som receptionen tilbyder. 80 % af de patienter, som deltog i LUP maj-juli 2018, angiver, at de i høj grad eller meget høj grad har oplevet tydelig skiltning. 77 % af de 119 patienter, som indgår i undersøgelsen af venteområderne, angiver, at området i meget høj grad eller i høj grad er indbydende. 21 % svarer i 'nogen grad'. Opgørelser blandt fagpersoner, der har deltaget i kompetenceudvikling, viser et gennemsnitligt læringsudbytte på 36 %, hvilket indfrier de opstillede mål. Arbejdet med 'Hverdagens udfordringer' fortsættes og forventes forankret i det lokale MED-udvalg, hvor der indgår både ledere og personale. Her kan problemer adresseres på tværs af afdelinger og tages videre til den samlede ledelsesgruppe.

Delprojekt	Erfaringer og indsatser	Overordnede resultater
8: Følg patienternes præferencer i den sidste levetid	I første del af projektperioden blev der udarbejdet en pjece, som skulle fungere som støtteredskab for personalets dialog med patienten om den sidste tid. Pjecen blev dog overvejende oplevet som et redskab, der var svært at bruge, og denne oplevelse har for mange involverede ledt til modstand mod indsatsen og oplevelse af, at projektets fokus var uklart. I sidste halvdel af projektperioden er der gennemført undervisningsforløb i samtaler om den sidste levetid. Der er frikøbt en medarbejder en dag pr. uge i perioden marts-november 2018 til at sparre og vejlede personalet i de deltagende afsnit.	Der er gennemført 24 (registrerede) samtaler med patienter om den sidste levetid i perioden marts 2018-oktober 2019 og udleveret 22 pjecer til patienter. Det har ikke været muligt at indsamle data om patienters og pårørendes oplevelse af den sidste tid og om den forløb som ønsket. Trods modstand og lille anvendelse af den udarbejdede pjece oplever de interviewede projektdeltagere at have fået en anden opmærksomhed på at få taget hul på samtalen om den sidste levetid. Projektgruppen fortsætter som netværksgruppe for fortsat at kunne holde fokus på samtalen og patientens ønsker til den sidste tid.

5.3 Forhold, der har påvirket fremdrift og resultater

De foregående afsnit har beskrevet, hvordan Udviklingshospital Bornholms delprojekter har udviklet sig i løbet af projektperioden, i hvilket omfang de er lykkedes med at gennemføre de planlagte tiltag, og hvilke resultater der er opnået. Interviewdeltagerne, som havde tilknytning til de enkelte delprojekter, var også optaget af processerne i projektarbejdet; de forhold der har haft betydning for fremdriften, og de resultater som er skabt. Nedenstående afsnit sammenfatter erfaringer og perspektiver på de forhold, der i særlig grad har påvirket fremdrift og resultater.

5.3.1 Oplevelse af meningsfuldhed og relevans

Mening og relevans – i den forstand at det enkelte delprojekt og dets tiltag løste en aktuel oplevet udfordring eller imødekom et konkret behov hos patienterne – fremstår som et afgørende forhold for fremdriften i delprojekterne. Mening og relevans betingede motivationen blandt ledere og medarbejdere på det udførende niveau til at bidrage til delprojekterne og dermed for fremdriften.

Mange af delprojekterne har været kendetegnet ved, at de ansvarlige aktører på hospitalet i udgangspunktet ikke oplevede indsatsen som relevant eller meningsfuld, og derfor er der brugt meget tid og mange ressourcer på at tilpasse delprojekterne. Det er eksempelvis sket ved at inkludere nye målgrupper, justere i tiltagene eller tilføje helt nye fokusområder. I delprojekt 8 inddrog man eksempelvis flere af hospitalets afsnit, som på forskellig vis har gjort brug af den udarbejdede pjece til samtalen om den sidste levetid, og der er også åbnet mulighed for, at de enkelte afsnit kan foretage egne lokale tilpasninger i pjecen. Et andet eksempel er delprojekt 2, hvor man forlod et fokus på kateterpatienter til fordel for et fokus på et forbedret forløb i akutmodtagelsen for patienter med psykiatriske lidelser, fordi ledelse og personale oplevede den sidstnævnte patientgruppe som en større udfordring at håndtere og give et godt patientforløb. Til gengæld er det karakteristisk for delprojekt 3 og arbejdet med videokonferencer, at de tilknyttede aktører har haft en oplevelse af, at de ikke havde mulighed for at præge de grundlæggende elementer i indsatsen, samt at der har været et større fokus på aktivitet end relevans af de afholdte konferencer, hvilket i høj grad har mindsket motivationen til at engagere sig i indsatsen.

I flere delprojekter har man også gennemført dataanalyser med henblik på at undersøge, om antagelserne bag projektet holder (dvs. om de behov/udfordringer, som man definerede fra start, eksisterer), og undersøge om nogle patientgrupper er særligt relevante at rette tiltaget imod. Et eksempel på dette er delprojekt 5, hvor en grundig dataanalyse gav et klart blik for, hvor der var et forbedringspotentiale i relation til det diagnostiske område. Da projektgruppen efterfølgende havde frihed til at omlægge projektets indsatsområder, gav det en oplevelse af at have været medinddraget,

hvilket både af afdelingsledelsen, projektledelsen og medarbejderne fremhæves som et forhold, der har understøttet succesfuld implementering. I delprojekt 1 og 2 har man på lignende vis arbejdet med at skabe klarhed over, hvilke patientgrupper der henholdsvis er mulige og relevante at koordinere tider for, og hvilke patientgrupper, for hvem det er muligt og relevant at gøre en indsats for at forebygge indlæggelser. Arbejdet har også i disse projekter ledt til en række justeringer, der har øget den oplevede relevans blandt aktørerne på det udførende niveau.

Det fremstår som en generel vurdering, at arbejdet i de fleste delprojekter kunne være kommet hurtigere og bedre fra start, hvis der i højere grad var taget afsæt i den viden og de problemstillinger, der blev oplevet dér, hvor projekterne skulle udmøntes. Der peges fx på, at formulering og konkretisering af projekterne i højere grad kunne være lagt ud til de involverede i stedet for at tage udgangspunkt i et overordnet projektprogram, der af mange blev oplevet som topstyret og formuleret for langt væk fra den hverdag, det skulle udmøntes i.

5.3.2 Forpligtelse fra aktører på det udførende niveau

Graden af forpligtelse fra ledere og medarbejdere på det udførende niveau for at afprøve og implementere delprojekternes forskellige indsatser har også haft stor betydning. Denne forpligtelse hænger naturligvis sammen med den motivation, der ligger i oplevelsen af meningsfuldhed og relevans som beskrevet ovenfor. I tilknytning til flere af delprojekterne blev det fremhævet, at enkeltpersoner havde været den primære drivkraft i delprojekterne og været afgørende for, at de valgte indsatser blev afprøvet, og for at motivere deres kolleger til også at deltage. Dette fremhæves fx i delprojekt 1, hvor en overlæge var en vigtig drivkraft i opstarten af de tværfaglige konferencer for lægerne i Afdelingen for Medicinske Sygdomme, og i delprojekt 6, hvor en overlæge og afdelingssygeplejerskerne tog på sig at sikre den daglige afholdelse af tavlemøder på det sengeafsnit, hvor det først blev afprøvet. I begge tilfælde fremhæves de initiale drivkræfter som afgørende for, at indsatserne blev afprøvet og tilpasset, så de fremadrettet forventes at kunne fortsætte som permanente rutiner i afdelingerne.

Tavlemøder og tværfaglige konferencer, som har været omdrejningspunkter for delprojekt 1 og 6, er karakteriseret ved at være tilbagevendende begivenheder, men også begivenheder, der er afgrænset i tid og sted. Flere af de andre igangsatte indsatser er karakteriseret ved, at de kræver en indsats fra mange i organisationen og er relateret til planlægningen af det kliniske møde med en patient. Koordineringen af patienternes tider i delprojekt 1 kræver eksempelvis løbende opmærksomhed hos hver enkelt sekretær, ligesom samtalen med patienter og pårørende om den sidste levetid (delprojekt 8) kræver løbende opmærksomhed hos det kliniske personale på, hvornår denne samtale er relevant at tage. Der er en tendens til, at de delprojekter, som har krævet en indsats fra flere, også har været sværere at forankre som faste rutiner, bl.a. fordi enkeltaktører har tillagt indsatsen forskellig mening og relevans. Også her ses dog en positiv sammenhæng mellem ledelsens opmærksomhed på og krav til medarbejderne om at implementere de nye rutiner og opnåede resultater.

I nogle delprojekter har ledelsesforankring imidlertid været udfordret af den måde, som projektorganisationen har været organiseret på (se afsnit 3.2.1 for en gennemgang af projektorganiseringen). Flere delprojekter har fx haft en styregruppeformand, der ikke har haft et formelt ledelsesansvar i den afdeling, hvor delprojektet har hørt til. I nogle delprojekter har der også været en oplevelse af, at styregruppeformænd og afdelingsledere har haft et for lille beslutningsmandat i forhold til den overordnede styregruppe for Udviklingshospital Bornholm. Det har skabt usikkerhed i nogle delprojekter (blev især nævnt i relation til delprojekt 2, 6, 8) omkring beslutningsveje og har ført til langsomme beslutningsprocesser, der har forsinket justeringer og afprøvning af nogle delindsatser.

I andre delprojekter (særligt delprojekt 3) har det desuden medvirket til en oplevelse af, at delprojektet var dikteret fra oven, og at der ikke var reel mulighed for at påvirke det fra projektgruppens ellers personalets side. Delprojekt 2 fremhæves imidlertid også som et positivt eksempel på betydningen af placeringen af ledelsesmandatet. Gennem hele projektperioden havde projektet været udfordret af, at projektansvaret ikke var forankret i akutmodtagelsen. I foråret 2018 blev sammensætningen af styregruppen imidlertid ændret, således at den ledende overlæge fra akutmodtagelsen blev styregruppeformand, og rollen som projektleder blev overdraget til en sygeplejerske med baggrund som afdelingssygeplejerske. Begge dele forbindes positivt med fornyet fremdrift og resultater.

5.4 Delkonklusion: Delprojekternes proces og udbytte

Dette kapitel beskriver den del af undersøgelsen, som vedrører implementering og resultater af det projektprogram, der er igangsat som del af Udviklingshospital Bornholm. Samlet set har programets delprojekter bidraget til, at der er igangsat en række indsatser, hvoraf nogle fortsat er i en afprøvningsfase, mens andre er fast implementeret i organisationen. Det har imidlertid ikke været gnidningsfrit at nå dertil, hvor delprojekterne er, efter den cirka treårige projektperiode. Følgende forhold har i varierende grad bidraget til og udfordret delprojekternes fremdrift og resultater.

Forhold, der har bidraget til fremdrift og resultater:

- Oplevelse på det udførende niveau af, at de valgte indsatser var relevante og løste et aktuelt problem.
- Oplevelse på det udførende niveau af, at de valgte indsatser var mulige at påvirke og tilpasse til allerede eksisterende rutiner og arbejdsgange.
- Tilknytning af faste ressourcepersoner til delprojekterne, som har bidraget til afprøvning og kollegers engagement, herunder også ledelsesforankring på det kliniske niveau.

Forhold, der har udfordret fremdrift og resultater:

- Løbende behov for/forsøg på at redefinere mål og indhold i de valgte delindsatser.
- Udfordringer med at trække valide data, der 1) har kunnet kvalificere de oprindelige antagelser i delprojektet, 2) har kunnet bidrage til at udpege relevante målgrupper for indsatserne og 3) vise fremdrift.
- Andre samtidige udviklingsprojekter, der har trukket på de samme ressourcer i organisationen som delprojekterne.
- Løbende udskiftning i projektgruppen og blandt ressourcepersoner på det udførende niveau.
- Manglende forankring af delprojekterne blandt klinikledelserne (afdelings- og afsnitsledere), som har medført uklare og/eller langsomme beslutningsveje.

En vurdering af delprojektenes udbytte baseret på opfyldelse af de definerede mål er vanskelig at foretage. I nogle delprojekter har de nødvendige data ikke været tilgængelige, og i andre delprojekter er man gået væk fra kvantitative mål og over til mere kvalitative vurderinger foretaget af eksempelvis de berørte medarbejdere eller patienter. Alligevel vurderer flere interviewpersoner, at delprojekterne har bidraget til større opmærksomhed på de områder, som er berørt i delprojekterne, og at dette også er et vigtigt, men ikke målbart udbytte.

6 Betydningen af de flere samtidige tiltag

Udviklingshospital Bornholm bestod, som fremhævet i kapitel 3, af flere overordnede tiltag til at opnå målet om bedre patientoplevelse, kvalitet af behandlingen og øget tilfredshed med kontakten til hospitalet, højere faglig kvalitet af pleje og behandling, og bedre økonomisk effekt. I dette kapitel præsenteres ledelse og medarbejderes vurdering af disse mere tværgående styringstiltag, som er igangsat i forbindelse med Udviklingshospital Bornholm. Kapitlet indledes med en præsentation af, hvilken betydning undtagelsen fra takststyring tillægges, efterfulgt af en præsentation af det oplevede udbytte af kulturforandringsprocessen. Til sidst præsenteres det, hvordan projektprogrammet med de otte delprojekter overordnet set har indvirket på forandringer på hospitalet, herunder oplevelsen af stram topstyring.

Kapitlet afsluttes med en gennemgang af, hvordan mange andre udviklingsprojekter har været styrende for udviklingen i arbejdsorganisering og samarbejde på hospitalet og på tværs af sektorer.

Interviewene med afdelingsledere fra Nordsjællands Hospital vedrørte også betydningen af den eksisterende styringsramme. Hovedpointer fra disse interview indgår i dette kapitel i særlige tekstbokse. Formålet er at bruge dem som sammenligningsgrundlag for hovedpointerne fra interviewene på Bornholms Hospital og som grundlag for at forstå betydningen af de enkelte delelementer i Udviklingshospital Bornholm sammenholdt med eventuelle samtidige udviklingstendenser i det øvrige hospitalsvæsen.

6.1 Betydningen af en ændret økonomisk rammemodel

I den første devaluering var konklusionen, at undtagelsen fra takststyring havde haft begrænset betydning (Madsen, Bolvig et al., 2017). Analysen pegede på flere årsager til den manglende påvirkning af den ændrede økonomiske styringsmodel, herunder at afdelingsledelsen fortsat var præget af den aktivitetsbaserede måde at tænke på økonomi og styring af hospitalerne – bl.a. at der fortsat blev lavet opgørelser over de enkelte afdelingers aktivitet, og at disse indgik som en del af den løbende dialog mellem hospitalsledelse og afdelingsledelse. Derudover var der en bekymring for sanktioner ved aktivitetsnedgang, hvilket også hang sammen med manglen på alternative styringsmål, som afdelingerne kunne blive vurderet efter.

Ved sidste interviewrunde beskrev hospitalsdirektionen, at der fortsat var et fokus på registrering af aktivitet, men at det primært hang sammen med implementeringen af Sundhedsplatformen og sikre korrekt dokumentation. Der var dog fortsat ikke defineret nye kvantitative styringsmål til erstatning for aktivitet.

Flere afdelingsledere bekræftede, at det har krævet tilvænning at forlade aktivitet som en prioritet, herunder at det ikke er nødvendigt at fylde senge og ambulatorier. Undtagelsen fra takststyring havde dog, ifølge nogle afdelingsledere, over tid understøttet et større fokus på, hvordan patientforløb kan tilrettelægges til gavn for patienter og personale, frem for om aktivitetsregnskabet stemmer.

"[I starten] havde jeg enormt svært ved at se bort fra antallet af besøg i ambulatoriet, men det er nu kommet længere i baggrunden. Så det [undtagelse fra takststyring] har haft betydning. Jeg er glad for det. Jeg tror ikke, vi havde fået den erkendelse uden at være udviklingshospital". (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Registeranalysen af aktivitet og produktivitet viser en udvikling på flere af de valgte parametre – først et fald i løbet af 2017, dvs. et år inde i projektperioden for Udviklingshospital Bornholm. Disse

fund, kombineret med afdelingsledernes beskrivelse af egen udvikling i løbet af projektperioden, kan fortolkes på den måde, at de ikke har ændret måden at tænke og agere på som ledere, og det først afspejler sig i aktivitetsdata efter et stykke tid.

Det perspektiv, der syntes at fylde mest både blandt hospitalsledelse og afdelingsledere er, at undtagelsen fra takststyring gav rum for at skære noget af den aktivitet væk, som ikke havde værdi for patienten, fx færre ambulatoriebesøg for den enkelte patient og færre indlæggelser. Heri lå der både et ønske om at tage individuelle hensyn til patienterne og et ønske om at sikre en bæredygtig økonomi, hvor hospitalet kunne rumme det pres på ressourcerne, som følger med en aldrende befolkning. Konkret blev det fremhævet, at det fokus, der har været i det ene delprojekt (delprojekt 1, se kapitel 5) på at koordinere ambulatorietider og eksperimentere med telefonkonsultationer frem for fremmødet i de medicinske ambulatorier, er blevet hjulpet på vej af, at der i projektperioden ikke har været incitament til at efterstræbe de typer af aktivitet, der er mest rentable inden for et takststyringssystem. En enkelt medarbejder fremhævede, at undtagelsen fra takststyring potentielt gav mulighed for i højere grad at prioritere konservative behandlingsformer, men uden at give konkrete eksempler på, at der her var tale om en ændret praksis.

Betydningen af takststyring, Nordsjællands Hospital

I interviewene med afdelingsledere fra Nordsjællands Hospital fremgik det, at takststyring kun var et ud af mange tiltag, som påvirkede organisering og planlægning i afdelingerne. Ventetids- og behandlingsgarantier fyldte også ganske meget, og det samme gjorde kliniske kvalitetsmål. Endelig blev udmøntningen af Puljen til Nærhedsfinansiering fremhævet som forhold, som afdelingslederne oplevede at være mere optaget af på interviewtidspunktet (januar 2018), hvilket dog næppe kan have haft indflydelse på udviklingen i aktivitet og produktivitet for hospitalet. Sammenlignet med de interview, der blev foretaget med afdelingsledere på Nordsjællands Hospital ved første delevaluering, fyldte takststyring således også mindre ved slutevalueringen og blev i højere grad anset for at være en del af et større kompleks af styringstiltag.

Nordsjællands Hospital har samlet set ikke været fritaget fra takststyring, men hospitalets Lunge- og Infektionsmedicinske Ambulatorium har været undtaget fra takststyring i 2018. Her er der ifølge interviewpersoner fra Nordsjællands Hospital sket et fald i aktiviteten på ca. 20 % i 2018, hvilket kan være en indikation på, at VBS-projektet har bidraget til en mindre opmærksomhed på aktivitetsafregning. Da Lunge- og Infektionsmedicinsk Ambulatorium kun udgør en mindre del af hospitalets samlede aktivitet, var det imidlertid ikke vurderingen, at det havde haft indflydelse på hospitalets samlede aktivitetsudvikling.

Det var imidlertid ikke i alle afdelinger, at der var en oplevelse af at have fået nye muligheder med en ændret økonomisk rammemodel. I akutmodtagelsen var det afdelingsledelsens oplevelse, at undtagelsen fra takststyring ikke havde givet dem et større råderum til at styre efter 'værdi for patienterne'. Her var der en oplevelse af, at rammerne var de samme, i den forstand at der var uændrede ressourcer til at tage sig af flere patienter. Der var derfor en oplevelse af, at man her har været mere styret af, hvad der kan lade sig gøre inden for en snæver økonomisk/ressourcemæssig ramme end spørgsmålet om, hvad der skaber værdi for patienterne. Dette blev ikke mindst understreget af en sparerunde i efteråret 2018, som havde styrket oplevelsen af at have for lidt tid og for få hænder til at tage sig af patienterne på en måde, der kan skabe værdi for dem. I akutmodtagelsen oplevede de derfor primært, at undtagelsen fra takststyring påvirkede dem i relation til dokumentationspraksis, fordi der ikke længere var incitament til at dokumentere størst mulig aktivitet. Konkret optog man ikke længere fuld journal på alle patienter, men kun for patienter, der skulle indlægges. Vurderingen var, at dette ikke bare var en ændret registreringspraksis, men at det også havde betydning for patientbehandlingen, da det gjorde nogle arbejdsgange mere smidige og frigav ressourcer, som kunne bruges på andre ting. Med andre ord: Man havde haft mulighed for at undlade en praksis, som man tidligere kun havde brugt af økonomiske/administrative hensyn.

Sundhedsplatformen og ændret dokumentationspraksis, Nordsjællands Hospital

Afdelingsledere på Nordsjællands Hospital beskrev også, hvordan implementering af Sundhedsplatformen havde påvirket dokumentationspraksis på nogle områder. Nordsjællands Hospital har – på nær et enkelt ambulatorium – ikke været undtaget fra takststyring, og forklaringen på en ændret dokumentationspraksis relaterede sig udelukkende til implementeringen af Sundhedsplatformen. Her blev brugerfladen beskrevet som lettere at arbejde med end brugerfladen for indlagte patienter, og hvor der før havde været en tilbøjelighed til at registrere alle patienter i akutmodtagelsen som indlagte, så var der nu en tilbøjelighed til kun at registrere patienter som indlagte, når der var en reel plan om indlæggelse. Det er altså sandsynligt, at en del af det fald i indlæggelser, som ses på begge hospitaler, kan tilskrives en ændret registreringspraksis.

Det personale, som blev interviewet til denne devaluering, var ikke på samme måde som afdelingslederne påvirket af undtagelsen fra takststyring. Takststyring havde ikke direkte været en del af deres hverdag, og aktivitet havde ikke været et styringsmål, som de primært havde været påvirket af. Tværtimod gav flere af de interviewede medarbejdere udtryk for, at de tog sig af de patienter, der henvendte sig i akutmodtagelsen, var indlagt eller havde et forløb i et ambulatorie uden at skele til overordnede mål. Det var således primært på hospitals- og afdelingsledelsesniveau, at en egentlig refleksion over betydningen af at være fritaget fra takststyring fandt sted.

6.1.1 Nye og uløste dilemmaer relateret til den økonomiske rammemodel

Selvom den ændrede økonomiske styringsmodel – i hvert fald i nogle afdelinger – blev beskrevet som medvirkende til et større råderum til at tænke på værdi frem for aktivitet, så gav flere afdelingsledere også udtryk for, at den økonomiske ramme, som var gældende i projektperioden, ikke fuldstændigt understøttede en værdiskabende dagsorden. Nogle af disse argumenter er allerede beskrevet ovenfor, herunder at det kan virke modsætningsfyldt at ønske mere værdi for patienter, når der er en oplevelse af for få midler, og der samtidig gennemføres økonomiske besparelser.

Et andet synspunkt, som fremgik i interviewene, var, at den økonomiske model, man prøvede af i projektperioden, ikke tog højde for, at samarbejde om gode patientforløb på tværs af afdelinger kan betyde, at opgaver flyttes rundt. Det fremgik af interviewene i hospitalsledelsen, at ønsket om mere helhedstænkning på tværs af hospitalets afdelinger bliver udfordret af den eksisterende specialeopdelte organisering. Ledere og personale er vant til at arbejde i et system, hvor specialerne både udgør et fagligt tilhørsforhold og definerer, hvordan ressourcer fordeles, og der var, ifølge hospitalsledelsen, fortsat ved projektets afslutning en tilbøjelighed til at være fokuseret på råderummet inden for egen afdeling.

Både afdelingsledere og personale understregede, at værdi for patienterne ultimativt handler om, at der er tilstrækkelige ressourcer i form af personale, tid i mødet med patienterne og tid til udviklingsarbejde. Ifølge de interviewede afdelingsledere var der derfor på den ene side behov for klarhed omkring den økonomiske ramme, så afdelingens råderum er tydeligt:

"Jeg er jo nødt til at vide, om jeg har råd til det, fx hvis jeg skal kalde en [speciallæge] ind på ekstra vagter". (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

På den anden side blev der efterspurgt en åbenhed over for at justere den økonomiske ramme, når opgaver ændrer omfang eller skifter hænder. Der var fra nogle afdelingsledere efterspørgsel på en model, som sikrede, at økonomiske ressourcer blev kanaliseret derhen, hvor ydelserne finder sted. I afdelinger, hvor man ikke oplevede at have mulighed for at selv at regulere aktiviteten, fx på grund

af in-flow af patienter, blev rammebudgettet opfattet som uhensigtsmæssigt – særligt hvis andre afdelinger trods reduktion i aktivitet bevarede de samme økonomiske ressourcer. Heri lå altså et ønske om, at der fortsat indgik en eller form for ressourceallokering mellem hospitalets afdelinger baseret på opgørelser over de enkelte enheders aktivitet. Andre afdelingsledere argumenterede for, at dette også fortsat kunne være relevant i ressourceallokeringen mellem hospitalerne i regionen, fordi der i den økonomiske rammemodel kun er et incitament til at afgive opgaver – ikke hjemtage dem.

"Under [takststyring] følger der betaling med, men det gør der ikke under et rammebudget. Så hvorfor skulle vi gøre os umage for at tage patienter hjem? Derfor skal man være opmærksom på, at der følger penge med til nye opgaver under et rammebudget". (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Flere afdelingsledere understregede, at de havde en oplevelse af, at hospitalet havde været tro mod målet om at skabe patientforløb, som skaber værdi for patienten, og ikke lade økonomiske spørgsmål være afgørende for beslutninger om at afgive eller hjemtage opgaver. Den ændrede økonomiske ramme havde dog ikke fjernet incitamentet til at fastholde en opmærksomhed på egne interne ressourcer.

Betydningen af et stabilt økonomisk råderum i de enkelte afdelinger, Nordsjællands Hospital

Afdelingsledere på Nordsjællands Hospital gav også udtryk for, at det er vigtigt at kende sit økonomiske råderum over længere tid, bl.a. fordi det så er muligt at planlægge udviklingsprojekter inden for den eksisterende økonomiske ramme. De gav desuden udtryk for, at der kan ligge et stort incitament til udvikling og effektivisering, hvis man som afdeling får lov at beholde de ressourcer, der eventuelt frigives, frem for – som det kan opleves – at blive straffet for at have gjort noget smart. Nogle afdelingsledere fra Nordsjællands Hospital vurderede dog også, at de afdelingsspecifikke budgetter er en hindring for at se patientforløb som et kollektivt anliggende.

6.1.2 Nye styringsmål med patienten i centrum

Manglende definition af alternative styringsmål fremgik som en af forklaringerne på, at undtagelsen fra takststyring kun havde haft begrænset betydning ved første devaluering (Madsen, Bolvig et al., 2017). I interviewene til denne slutevaluering var der ikke samme fokus på, at formålet med Udviklingshospital Bornholm var uklart, eller samme efterspørgsel på en entydig definition af værdi. I delprojekterne var man på dette tidspunkt kommet længere med at definere klarere og mere accepterede mål, hvilket syntes at have erstattet noget af behovet for et overordnet mål at styre efter i Udviklingshospital Bornholm som helhed.

Desuden syntes 'patienten i centrum' at have manifesteret sig som en form for pejlemærke både i relation til delprojekterne og mere generelt. I interviewene til denne slutevaluering blev der dog argumenteret for, at værdi for patienten i form af et fokus på 'den rette aktivitet for den enkelte patient' er et problematisk styringsmål. For det første er det vanskeligere at definere generiske mål, fordi der i højere grad end ved takststyring lægges op til en individuel tilpasning:

"Det er svært at sætte på formel, det er nødt til at være individuelt tilpasset til patienten, også over tid for den enkelte patient". (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Der blev eksempelvis henvist til erkendelsen af, at det ikke er alle patienter, som ønsker at samle deres ambulatorietider på samme dag, selvom det ud fra en faglig vurdering er i orden og vil spare hospitalet for ikke-værdiskabende aktivitet. For det andet var der en tendens til, at værdi som mål

blev defineret ud fra et individuelt perspektiv (hvad er vigtigt for den enkelte patient) og ofte blev synonymt med patientinddragelse.

"Så hovedfokus er at spørge patienten fra gang til gang". (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Det var altså tale om en meget processuel forståelse af, hvad målet med værdibaseret styring er. I Udviklingshospital Bornholm har man kun beskæftiget sig med at definere mål inden for delprojekterne, og også her er der tale om output (ændrede arbejdsgange, adfærd) frem for effektmål. Delprojektet, som omhandlede PRO-data (delprojekt 4), blev lukket ned, og der er således ikke skabt nogen erfaring med alternative styringsmål i projektperioden.

6.2 Betydningen af arbejdet med kulturforandring

Det andet hovedelement af Udviklingshospital Bornholm var et målrettet arbejde med hospitalets kultur – og mere specifikt en kultur, hvor hele organisationen tænker patientens præferencer, og hvad der udgør en værdi for patienterne, ind i det daglige arbejde og i planlægningen af patientforløb. Fokus på hospitalets kultur opstod først i løbet af projektperioden, idet der først blev igangsat et workshopforløb med Hotel Nimbs direktør under navnet 'Hverdagens udfordringer', som skulle inspirere ledere og medarbejdere i hele organisationen til at blive mere opmærksomme på, hvad der kan gøres bedre ud fra patientens perspektiv, se løsninger og tage ansvar for at foretage de nødvendige justeringer. Heri ligger også et større råderum for medarbejderne, som blev opfordret til at handle på egen hånd og ikke altid søge godkendelse hos ledelsen. Dette workshopforløb blev igangsat i august 2017, har bestået af forløb for både ledere og medarbejdere og har medvirket til identifikation af en række konkrete forbedringsforslag¹⁶ (se Bilag 2, delprojekt 7 for en mere udførlig gennemgang af forløbet). Ideen om en kulturforbedringsstrategi opstod cirka et år inde i projektperioden i en erkendelse hos hospitalsledelsen af, at takststyring og økonomiske incitamenter ikke opvejer, at ledere og medarbejdere i hospitalsvæsenet er opdraget til at fokusere på den lille del af patientforløbet, som de selv hører til, og ikke i samme grad tænker på tværs af ydelser og organisatoriske enheder. Samtidig var der også en erkendelse af, at de økonomiske styringsmodeller primært præger de øverste ledelseslag, men at der var behov for en oversættelse til medarbejderne af, hvad de nye rammer gjorde muligt, og hvad man ønskede at opnå:

"(...) jeg tror grundlæggende fortsat på, at der er et lag, der er (...) med på den rationelle tilgang til styringsdimensionen, dvs. nogle afdelingsledelser og direktion og derop af, men når du kommer på afsnitsledelse og medarbejderniveau, så er det helt andre mekanismer, der spiller ind. Vi skal blive bedre til at bygge bro imellem dem. (...) Hvis det nu bare havde været på en afdeling, så kunne vi bedre have gjort det. Det er yderligere kompliceret af, at vi er et helt hospital. (...) det multiplicerer behovet for at have den ledelsesmæssige power, og kunne oversætte og slå igennem". (Hospitalsdirektør, Bornholms Hospital)

Hospitalsledelsen, programlederen og flere afdelingsledere beskrev både ved anden og tredje interviewrunde, hvordan der har været behov for at formidle formålet med Udviklingshospital Bornholm. Herunder har det været vigtigt at formidle en samlet fortælling om delprojekternes indbyrdes sammenhæng og sammenhængen mellem delprojekterne, undtagelsen fra takststyring og de øvrige

¹⁶ Ved sidste interviewrunde (november 2018) blev VIVE præsenteret for en liste over 34 forbedringsforslag, som bl.a. indeholdt løsningsforslag, ansvarlige for at iværksætte løsningsforslaget og status. Denne liste blev løbende opdateret og suppleret med nye forslag. Forbedringsforslaget inkluderede fx tilbud om forplejning (kaffe/te) i venteområder, tiltag rettet mod diskretion på patientstuer m.m., bedre information i indkaldelsesbreve, hurtig leverance af tryksårs madrasser m.m.

udviklingsprojekter, fx den nye akutmodtagelse og organisationsforandringerne. Dette er sket i løbende dialog mellem direktionen, ledere og medarbejdere på hospitalet, fx i hospitalets ledelsesfora; på cafe-møder, hvor medarbejdere har haft mulighed for at deltage i en løbende orientering om Udviklingshospitalet Bornholm og hospitalsledelsen, og ved hospitalsledelsens besøg i alle afsnit.

Som beskrevet i afsnit 6.1 var der i starten af projektperioden en bekymring for, om konsekvenserne af at reducere afdelingernes og hospitalets kvalitet ville være en tilsvarende reduktion i hospitalets budget efter projektperiodens afslutning. Hospitalsledelsen beskrev dette som et eksempel på den kulturforandring, man har ønsket, idet det var nødvendigt at opbygge tillid i organisationen til, at målet er kvalitet og øget sammenhæng, uanset hvad praksis tidligere har været, og hvad man tidligere er blevet bedømt og belønnet for. Hvor det i forbindelse med de første delevalueringer blev beskrevet som en proces, man var i fuld gang med, så blev det i sidste interviewrunde beskrevet som et resultat: at det har nyttet noget at være vedholdende:

"(...) mit mål er jo stadig at få en ændret adfærd og en bedre sammenhæng. Så var der en [en medarbejder], der sagde, at hun var begyndt at erkende, at vi mente det, vi sagde til dem. Når vi sagde værdi for patienten, og du er direktør inden for tre meter¹⁷. Så var der en anden [medarbejder], der sagde, at hun turde gøre noget, hun ikke turde gøre før. (...) Og i øvrigt er vi kun nået til starten, men vi får flyttet noget". (Hospitalsdirektør, Bornholms Hospital)

Fra hospitalsledelsens perspektiv var de mange små ændringer, som var registreret i forbindelse med 'Hverdagens udfordringer', en meget konkret illustration af, at der er sket en bevægelse i organisationen, hvor alle er mere opmærksomme på at lade værdi for patienten være et pejlemærke og tage ansvar for at nå derhen. Den fortælling, som har knyttet sig til Udviklingshospitalet Bornholm om, at der ikke er sket fremdrift (fx i (Madsen, Buch et al., 2017)), tog ifølge hospitalsledelsen og nogle afdelingsledere ikke højde for disse mange små ændringer, som er sket undervejs. På linje med medarbejdere, afdelingsledere og projektledere for delprojekterne var der dog også hos hospitalsledelsen en anerkendelse af, at sammenhængen mellem mål og midler ikke har været tydeligt nok fra start, og at det har været en barriere for at komme i gang med konkrete forandringer.

"Hele det her med mål og midler, det har ikke været skarpt nok. En af udfordringerne var, at vi støbte skinnerne, lagde skinnerne og tegnede linjerne undervejs". (Hospitalsdirektør, Bornholms Hospital)

Derfor blev kulturforandringsprojektet ikke betragtet som færdigt, men som begyndelsen på en proces, som fortsat kræver opmærksomhed, og hvor det nuværende udbytte skal findes i de små justeringer.

Både hospitalsledelsen og flere af afdelingslederne fremhævede, at de anså kulturforandringsprocessen som den vigtigste del af Udviklingshospitalet Bornholm. De vurderede, at hovedudbyttet var en konsensus om at spørge patienterne, hvad de ønsker. Dette fokus blev yderligere forstærket i forbindelse med en studietur i marts 2018 til Kulturmuseum¹⁸ i Jönköping, Sverige, med deltagelse fra

¹⁷ Begrebet 'at være direktør inden for tre meter' indgår som en del af retorikken omkring 'Hverdagens udfordringer' og henviser til, at alle på sygehuset – uanset anciennitet eller faggruppe – forventes at tage ansvar for, at patienten får det bedst mulige forløb på hospitalet og reagerer på de uhensigtsmæssigheder, de oplever i hverdagen.

¹⁸ Kulturmuseum er en enhed for udvikling og forbedringsarbejde inden for sundhedsvæsenet og tandplejen i Jönköpings Län, Sverige. Kulturmuseum tilbyder forskellige ydelser, herunder ledelse af eller støtte til udviklingsarbejde, lederudvikling, konferencer m.m. En væsentlig inspirationskilde herfra var det arbejde, som man har igangsat i Jönköpings Län med udgangspunkt i den fiktive patient 'Esther', som er en patient med komplekse plejebehov, der kræver pleje og behandling fra flere forskellige aktører på sygehus og i kommune. Visionen er at 'Esther' skal opleve tryghed og selvstændighed og støttes af et stærkt samarbejde mellem de involverede parter. I 'Esther'-samarbejdet indgår flere delelementer, herunder 'Esther'-netværk, 'Esther'-koordinatører, uddannelser af 'Esther'-coaches og forskellige konkrete udviklingsprojekter. Fælles for dem er princippet om at spørge 'Esther': 'Hvad er godt for dig?', dvs. fokus på at lade patientens behov styre et forløb frem for organisationens behov. <https://plus.rjl.se/esther>, den 2. april 2019.

hospitalsledelse, afdelingsledere, medarbejderrepræsentanter fra VMU og medlemmer af hospitalets brugergruppe, som yderligere inspirerede til ideen om altid at spørge patienterne om deres ønsker og præferencer (hvad er godt for Esther Kofoed?). Dernæst var det flere af afdelingsledernes vurdering, at samarbejdet på tværs af hospitalets afdelinger var blevet bedre, og at afdelingslederne oplevede en større vilje til at tænke i gode patientforløb frem for kun at have fokus på egne arbejds-gange. Der var en erkendelse af, at dette måske først og fremmest var en forandring, som var sket på ledelsesniveau og som direkte konsekvens af at være blevet tvunget til at indgå i styregrupper for delprojekter, som vedrørte andre afdelinger:

"Delprojekterne har været med til at skubbe i retning af mere tværfaglig tænkning. Og det tror jeg, vi er ved at få, og at vi er ved at få medarbejderen mere med". (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Dette er således en nuancering af den kritik, som blev rejst omkring delprojekternes organisering og uklare beslutningsveje (se afsnit 5.3.2). Afdelingslederne beskrev også delprojekternes organisering og fordelingen af ledelsesansvar som udfordrende, men ved slutningen af projektperioden talte afdelingslederne også denne organisering ind i en positiv fortælling om større kendskab på tværs af afdelingslederne. Konkret blev det fremhævet, at den sparerunde, som blev meldt ud i sommeren 2018, var blevet løst i en større ånd af fællesskab, end det var oplevet ved tidligere sparerunder, hvor der havde været større tilbøjelighed til at kæmpe for afdelingernes egne ressourcer. Afdelingslederne nævnte desuden også flere eksempler på, at der på klinisk niveau er et større fokus på at samarbejde på tværs af afdelinger for at sikre de bedst mulige patientforløb. Et eksempel på samarbejde fremgår af citatet nedenfor:

"En patient modtages i akutmodtagelsen med en problemstilling, der ikke er indlæggelseskrævende, og patienten skal ses ambulant. Men der er ingen tid dagen efter. Først bliver det set i et lægeperspektiv, så sekretær – og så til sidst patienten – og her kommer det ind – hvad er bedst for patienten? Og patienten skal jo ses, og så fandt de ud af at finde en tid. Det er det, der begynder at rykke, og det var ikke sket på samme måde tidligere". (Afdelingsleder, Hospital)

Medarbejderne på hospitalet havde i varierende grad hørt om ledelsens studietur til Jönköping og/eller mantraet: "Hvad er godt for Esther Kofoed". Nogle havde også deltaget i workshop-forløbene om 'Hverdagens udfordringer' eller hørt om dem fra deres leder eller de kolleger, der havde deltaget. Flere gav dog udtryk for, at ideen om patienten i centrum ikke er ny og af nogle blev opfattet som miskreditering af det arbejde, de allerede udfører.

Medarbejder A: "Men det med at spørge, hvad ville være bedst for Esther, er jo ikke noget nyt".

Medarbejder B: "Nej, det er lidt øv. Start da med at se på, hvad vi laver".

(Dialog under interview med medarbejder, Bornholms Hospital)

Andre medarbejdere anførte dog, at det på nogle områder har været sundt at få et skærpet fokus på at spørge til patienternes præferencer, så man ikke risikerer at antage noget på deres vegne. Dette blev eksempelvis nævnt flere gange i relation til indsatsen i delprojekt 8 i forbindelse med samtalen om den sidste levetid med patienter og pårørende. Medarbejderne var heller ikke enige om, hvorvidt Udviklingshospital Bornholm var katalysator for en større frihed til at udvikle og afprøve ideer til bedre arbejds-gange. Nogle vurderede, at det ikke var anderledes end den måde, hvorpå de altid arbejdede – som eksemplificeret i nedenstående citat:

"Vi finder på gode løsninger i hverdagen, som ikke er så regelrette, men af hensyn til patienten. Så godt det kan lade sig gøre". (Medarbejder, Bornholms Hospital)

Denne gruppe af medarbejdere oplevede ikke at have fået et større råderum, og nogle vurderede endda, at råderummet til at være innovativ og reagere, når noget blev oplevet som uhensigtsmæssigt, var blevet mindre. Dette hang imidlertid primært sammen med indførelsen af Sundhedsplatformen, og at arbejdet med at lande i de nye organisationsstrukturer på hospitalet tog meget tid i afdelingerne. Her var altså en oplevelse af modsatrettede krav, der blev oplevet som frustrerende blandt medarbejderne¹⁹.

Andre medarbejdere gav imidlertid udtryk for en oplevelse af større frihed til at finde på løsninger, som er tilpasset den enkelte patient:

"Det [Udviklingshospital Bornholm] har måske gjort det mere lovligt at lave alternative løsninger. Gå en tur med patienten i stedet for at tage samtalen på kontoret". (Medarbejder, Bornholms Hospital)

Medarbejderne nævnte ikke eksempler på, at der er sket en ændring i samarbejdet på tværs af afdelinger. Tværtimod gav flere medarbejdere udtryk for, at hospitalet fortsat var meget siloopdelt, hvilket kan tyde på, at den større oplevelse af samarbejde på tværs af afdelingerne på interviewtidspunktet tydeligere kom til udtryk på hospitalets ledelsesniveau.

6.3 Betydningen af projektprogram og styring efter målopfyldelse

Det sidste hovedelement i Udviklingshospital Bornholm var projektprogrammet med de otte delprojekter, der blev defineret ved projektperiodens begyndelse. Interviewene viser en tydelig tendens til, at delprojekterne og den løbende opfølgning på delprojekternes målopfyldelse har spillet en stor rolle for både personalets og afdelingsledelsens oplevelse af at have været under stram styring i projektperioden. Det har på den ene side haft den positive betydning, at det i nogle tilfælde har været muligt at komme i gang med eller understøtte tiltag, som de tidligere havde ønsket at arbejde med, men ikke havde givet tilstrækkelig prioritet. Dette blev af en afdelingsleder kaldt for en *økonomisk og mental saltvandsindsprøjtning*, og en anden afdelingsleder beskrev, hvordan organiseringen af delprojekter havde medvirket til fastholde en udvikling på trods af de mange andre samtidige udviklingsprojekter (i dette tilfælde organisationsforandringer):

"Det har været med til at fastholde udviklinger, vi ellers ville have haft svært ved at prioritere. Delprojekt 6 [tavlemøder]: Det var så paradoksalt, at vi ville det gerne, men ønskede også at stoppe det, fordi vi var så udfordret af andre ting og ikke gjorde nogen fremdrift. Men det blev fastholdt". (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

I interview med både hospitalsledelse, afdelingsledere og medarbejdere på hospitalet var der generelt enighed om, at delprojekterne på overskriftsniveau var relevante og vedrørte indsatser, som sagtens kunne være gennemført uafhængigt af Udviklingshospital Bornholm. Flere af delprojekterne har dog været udfordret af, at det har taget lang tid at definere mål og aktiviteter, som medarbejdere og samarbejdspartnere i det udførende led har taget ejerskab til (se afsnit 5.2). Det har skabt et krydspres i organisationen, fordi der på samme tid har været en oplevelse blandt både afdelingsledere og medarbejdere af stor bevågenhed fra omverdenen og et oplevet pres fra hospitalsledelsen, programledelsen og regionspolitikere på at levere resultater i en fart. Dette skal ses i sammenhæng

¹⁹ I nogle interview med afdelingslederne blev det nævnt, at hospitalets seneste trivselsmåling vidste dårligere trivsel blandt medarbejderne. Dette tilskrives bl.a. det pres, der har været på at levere resultater inden for de definerede mål og de mange modsatrettede forventninger i projektperioden, som både har været afledt af udviklingshospitalet og andre udviklingsprojekter.

med, at VIVE har fulgt Udviklingshospital Bornholm i hele projektperioden og har haft til opgave at undersøge fremdrift og resultater i delprojekterne. VIVE har desuden hjulpet med at kvalificere nogle af delprojekternes mål, og der er konkrete eksempler på, at projektledere for nogle delprojekter direkte har efterspurgt VIVEs godkendelse af et givent mål. VIVE har imidlertid bestræbt sig på *kun* at bidrage til en refleksion om, hvorvidt de valgte mål er valide indikatorer for de aktiviteter, man har sat i gang, og om datagrundlaget var til stede og stort nok til, at det var muligt at spore en ændring over tid. Alligevel har det medvirket til at underbygge oplevelsen af, at det har været betydningsfuldt, at delprojekterne havde tilstrækkelig fremdrift.

Presset efter resultater har stået i modsætning til udviklingshospitalets andet hovedspor, som har handlet om at skabe større frihed og råderum til at skabe patientforløb, der skaber værdi. I flere interview blev der givet udtryk for, at medarbejderne oplevede at blive stillet til regnskab for, om projektgrupperne var i stand til at gennemføre de aktiviteter, der oprindeligt var planlagt, stedet for at efterstræbe meningsfulde ændringer:

"Der har været for meget fokus på resultaterne og for lidt fokus på, om det giver mening. Fokus på at udføre x antal videokonferencer og x antal tavlemøder. Der er kun et delprojekt, som er lukket ned, og der har været meget fokus på, at de skulle gennemføres for enhver pris". (Afdelingsleder, Bornholms Hospital)

Der har derfor ikke været en oplevelse af, at der i projektperioden har været fuld frihed til at udvikle nye måder at organisere patientforløbene på og efterstræbe 'værdi for patienten'. *"Udviklingshospitalet blev fanget i logikken for delprojekterne"*, som en afdelingsleder formulerede det og henviste til, at udviklingshospitalets succes er blevet defineret som delprojekternes målopfyldelse.

Der var desuden blandt afdelingsledere og medarbejdere en oplevelse af, at flere af delprojekterne har været defineret 'oppefra' og løsrevet fra hverdagen i afdelingerne. Denne oplevelse af topstyring blev i nogle delprojekter bestyrket af den uklare ansvarsfordeling, hvor afdelingslederne ikke i alle delprojekter har haft en plads i projektgruppen, og hvor beslutninger er truffet i projekt- eller styregrupper. Blandt afdelingslederne var der en oplevelse af, at det ville have været tidskrævende, men mere i balance med visionen om at tage udgangspunkt i, hvad der skaber værdi for patienten, og tage lokalt ansvar for gode patientforløb, hvis der havde været tid til inddrage medarbejderne mere i at definere delprojekterne i stedet for at præsentere dem for en færdig løsning.

6.4 Betydningen af flere samtidige udviklingsprojekter

Ovenfor har vi beskrevet, hvordan henholdsvis undtagelsen fra takststyring, kulturforandringsprojektet og delprojekterne hver især har haft en betydning for den udvikling, der har fundet sted i projektperioden. Hospitalet har dog samtidig gennemført mange andre udviklingstiltag, som også har haft betydning for arbejdsorganiseringen og ikke mindst overskuddet i organisationen.

En særskilt udfordring har knyttet sig til, at især fastansatte speciallæger er en knap ressource på Bornholms Hospital, og de fastansatte lægers tid har været allokateret til mange af de udviklingstiltag, som er nævnt ovenfor. Derudover har delprojekterne i stort omfang haft brug for at trække på de samme læger og nøglepersoner, hvorfor det har været svært og har taget uforholdsmæssig lang tid at få bl.a. delprojekterne forankret hos personer, der var i stand til og havde tid til at hjælpe med at drive dem frem. De organisationsændringer, der blev gennemført i samme periode som delprojekterne, har også haft betydning for personkontinuiteten i nogle delprojekter. Eksempelvis betød reorganiseringen på hospitalet, at afdelingsledere, som fra start havde været meget engagerede i at implementere i konkrete delprojekter, ikke længere kunne spille en afgørende rolle, og det tog tid at

sikre interesse og motivation hos en ny afdelingsledelse. Oplevelsen var derfor også, at det krævede en ekstraordinær indsats fra både ledelsen på forskellige niveauer og personalet at holde fast i arbejdet med Udviklingshospitalet Bornholm. Nogle afdelingsledere understregede desuden, at delprojekterne lige så godt kunne være blevet nedprioriteret og glemt imellem organisationsforandringer, implementering af Sundhedsplatformen, sparerunder m.m., og at man i det lys er nået langt i delprojekterne – selv i dem, hvor man fortsat er et stykke fra målopfyldelse.

Ingen informanter fra almen praksis og kommune er i stand til at udpege forandringer, som de forbinder med hospitalets undtagelse fra takststyring. Til gengæld var der mange, som oplevede, at samarbejdet omkring indlæggelse og udskrivning er blevet dårligere i perioden. Formodningen var, at det skyldes indførelsen af Sundhedsplatformen, samt at hospitalet generelt set har været udfordret af mange samtidige udviklingsaktiviteter som illustreret i nedenstående citat fra en praktiserende læge:

"De [hospitalet] er jo kommet på Sundhedsplatformen, og nu skal man jo ikke give den skylden for alt, men noget af det, der halter med Sundhedsplatformen, som ikke var et problem, før vi gik i gang, er, at kommunikationen generelt er blevet dårligere efter udskrivning af patienterne. Kvaliteten af epikriserne er faldet rigtig meget, og vi bruger rigtig meget tid på den basale grundlæggende kommunikation omkring de patienter, der udskrives. Derfor har vi det også lidt sådan, at – så længe den almindelige basale kommunikation ikke er bedre, er det meget svært at se ideen i at lave en forkromet videokonference på nogen patienter, hvor vi ikke rammer plet med målgruppen. Vi ville egentlig hellere bare have en ordentlig generel kommunikation. Den skal simpelthen være i orden, før det andet giver mening". [Praktiserende læge]

Citatet afspejler et generelt ønske om at sætte fokus på den 'basale' kommunikation forstået som overholdelse af de aftaler for samarbejdet, der er indgået i kommunikationsaftalen for indlæggelse og udskrivning. Pointen fremgik også ved midtvejsevalueringen (Madsen, Bolvig et al., 2017), hvor der blev efterlyst indsats, som i højere grad var forankret i eksisterende samarbejdsfora og daglige rutiner frem for projekter med selvstændige projektorganisationer, der introducerer helt nye arbejdsgange og stiller store krav til indsamling af dokumentation. Ved slutevalueringen var denne pointe skærpet, og flere nævner eksplicit, at de ikke ønsker at bruge ressourcer på videokonferencer og lignende projekter, før det daglige samarbejde er tilbage på mindst det niveau, man oplevede inden indførelsen af Sundhedsplatformen.

Vi har ikke undersøgt de hospitalsansattes perspektiver på ovenstående pointer systematisk, men det har ved både første evaluering og midtvejsevalueringen (Madsen, Buch et al., 2017, Madsen, Bolvig et al., 2017) fremgået, at indførelsen af Sundhedsplatformen vurderes at have større betydning for hospitalet end arbejdet med udviklingshospitalet. Enkelte nævner også konkrete eksempler på, hvordan de oplever, at Sundhedsplatformen påvirker deres arbejde, som illustreret i citatet nedenfor:

"Jeg har slet ikke lige så mange patienter nu som før Sundhedsplatformen – det kan bare ikke lade sig gøre at se lige så mange. Kvaliteten af notaterne er heller ikke på samme niveau som før, hvor vi kunne diktere dem. Der er stadig nogen, som er gode, men tit står der ikke rigtig noget, du kan bruge. [Stuegang] tager også lang tid. Jeg kan godt få en formiddag til at gå med 3-4 patienter. Udskrivninger tager også lang tid. Der er mange arbejdsgange i Sundhedsplatformen og mange steder, hvor du kan sidde fast undervejs. I gamle dage kunne jeg lave en udskrivning på et par minutter, nu tager det mindst en

halv time. Ideen om at man kunne spare penge ved at flytte opgaver til læger og spare på andet personale, tror jeg ikke holder". (Overlæge, Bornholms Hospital)

Interviewene indikerer således, at oplevelsen af et samarbejde, som er under pres, gælder i begge sektorer, samt at Sundhedsplatformen – sammen med de øvrige organisationsændringer på hospitalet – har haft større betydning for den daglige praksis end Udviklingshospitalets delprojekter og undtagelsen fra takststyring.

6.5 Delkonklusion: Proces og udbytte af tre styringstiltag

I dette kapitel beskrives udbyttet af tre styringstiltag, som har været taget i brug i Udviklingshospital Bornholm: den ændrede økonomiske rammemodel, et kulturforandringsprojekt og delprojekterne med tilhørende målstyring.

Vi finder med udgangspunkt i interviewene, at undtagelsen fra regionens takststyringsmodel ikke var den primære motor for de forandringer i starten af projektperioden for Udviklingshospital Bornholm. Styring efter økonomiske incitamenter har desuden primært været på spil blandt hospitalets ledere, og oplevelsen af at være presset på ressourcer har medvirket til, at nogle afdelinger ikke så meget har styret efter værdi, som efter, hvad der kan lade sig gøre inden for den givne ressource-mæssige ramme (økonomi, tid, medarbejdere til rådighed). Undtagelsen fra takststyring har dog, ifølge nogle afdelingsledere og medarbejdere, med tiden fjernet en oplevet barriere for at sætte kvalitet og værdi for patienten først og understøttet mulighederne for at arbejde mere på tværs internt på hospitalet.

Afdelingsledere på hospitalet fremhæver også kulturudviklingsprojektet og delprojekterne som tiltag, der har været styrende for udviklingen i projektperioden. Der har dog været tale om to modsatrettede styringstiltag, som for det første er blevet oplevet som frisættende og inspirerende og for det andet som topstyret og med fokus på målopfyldelse.

7 Diskussion af evalueringens fund

I det følgende diskuteres evalueringens resultater i relation til dens tre første hovedspørgsmål: at undersøge effekten af de ændrede økonomiske og styringsmæssige rammer, at undersøge effekten af de otte delprojekter, og at undersøge arbejdet med at implementere, justere og forankre de indsatser, der er sat i gang. I denne diskussion inddrages fundene fra de to tidligere delevalueringer af Udviklingshospital Bornholm og anden litteratur på området som udgangspunkt for at besvare evalueringens sidste spørgsmål: at analysere mulighederne for at udbrede resultaterne til en bredere regional kontekst.

7.1 Fra Value Based Health Care til Udviklingshospital Bornholm

Denne slutevaluering viser, at Udviklingshospital Bornholms treårige projektperiode i kombination med de to øvrige delevalueringer (Madsen, Buch et al., 2017, Madsen, Bolvig et al., 2017) kan karakteriseres som en oversættelsesproces. Denne proces startede med de ideer, som (Porter, 2010) præsenterede i relation til Value Based Healthcare, og som på Bornholms Hospital i første omgang blev omsat til undtagelse fra takststyring og et projektprogram – og til slut også inkluderede et fokus på kultur og ledelse. Projektet har gennemløbet en række faser, som startede med en afsøgning af relativt åbne spørgsmål om definitionen af værdi for patienterne, og hvordan man understøtter et skifte i opmærksomhed fra aktivitet til kvalitet. Dernæst fulgte en fase, hvor man arbejdede med at definere og præcisere mål og indsatser, der blev oplevet som meningsfulde blandt de involverede aktører. Denne fase var karakteriseret ved en fortælling om et fragmentarisk udviklingsprojekt, hvor sammenhængen mellem de mange indsatser og et fælles mål var svært at få øje på. Sidste fase var derimod i højere grad præget af en retrospektiv fortælling om de enkelte indsatser og rammebetingelsers gensidighed og om konkrete forandringer relateret til udviklingsprojektets enkeltdele og helhed. Endelig har processen været præget af andre samtidige udviklingstiltag, som har haft betydning for, hvilken tid og energi ledere og medarbejdere har haft mulighed for at lægge i Udviklingshospital Bornholm.

Værdibaseret styring blev med held introduceret i en dansk kontekst, bl.a. fordi det ramte ned i en tid, hvor der blev rejst en del kritik af aktivitetsbaseret styring, og fordi det blev introduceret i så brede termer, som ingen kunne være uenige i (Møller Pedersen, 2017, Burau et al., 2018). Det er derfor ikke overraskende, at der har været et behov for at lave lokale oversættelser af konceptet. Som beskrevet i afsnit 2.2 har lignende oversættelsesprocesser også gjort sig gældende på nationalt niveau, og andre undersøgelser af forsøg med værdibaseret styring har ligeledes vist, hvordan konceptet forandrer sig, når det skal tages i brug i lokale specifikke kontekster (Nilsson et al., 2017, Andersson et al., 2015, Bonde, Bossen & Danholdt, 2018). I en undersøgelse baseret på et forsøg med værdibaseret styring i Sverige problematiseres det bl.a., hvordan værdibaseret styring blev associeret med 'mere værdi for samme eller færre penge', men at andre af Porter's principper – fx integrerede enheder og bundled payments (Porter, 2010) – helt blev udeladt. Spørgsmålet blev dermed, hvordan værdibaseret styring adskiller sig fra andre ledelseskoncepter, fx Lean, og om konceptet bibringer noget nyt. Desuden blev værdi defineret ud fra et professionelt perspektiv, og hvad der i forvejen var muligt at måle på, hvorved værdibegrebet heller ikke nødvendigvis tilføres noget nyt (Andersson et al., 2015). I Region Midtjylland blev en række hospitalsafdelinger undtaget fra takststyring i en periode og fik derudover til opgave at definere egne indikatorer som styringsmål. En undersøgelse af denne proces viser, at de valgte indikatorer bl.a. blev udvalgt, fordi de understøttede interne udviklingsprocesser, som allerede var i gang, fordi de var til at håndtere, samt ud

fra forskellige forståelser af 'patientperspektivet', og hvordan man måler det (Bonde, Bossen & Danholdt, 2018). Undersøgelser som disse viser altså, at det ikke er ligegyldigt, hvordan et koncept som værdibaseret styring forstås og omsættes lokalt, og at eventuelle effekter skal tolkes i lyset heraf.

Udviklingshospital Bornholm endte relativt langt fra udgangspunktet: *Value Based Healthcare*. Undtagelsen fra takststyring har været et grundelement igennem hele projektperioden, men projektprogrammet og de enkelte delprojekter har ændret sig undervejs, og der er tilføjet nye elementer i form af en kulturudviklingsproces. Udbyttet af Udviklingshospital Bornholm skal både ses i lyset af denne udviklingsproces, der er præget af foranderlighed, tilpasning og flere samtidige mål og indsatser, og i lyset af, at det har taget tid at skabe en tydelig vision og strategi for værdibaseret styring på Bornholms Hospital. Denne proces skal også tages med i betragtning i relation til muligheden for at overføre resultaterne til andre hospitaler, og derfor sammenholdes resultaterne af Udviklingshospital Bornholm i det følgende med andre studier af værdibaseret styring og implementering af større komplekse forandringer på sundhedsområdet.

7.2 Udbyttet af Udviklingshospital Bornholm

Evalueringen har undersøgt udbyttet af Udviklingshospital Bornholm både i relation til hospitalets aktivitetsudvikling, udbyttet af de otte delprojekter og i relation til interviewpersonernes oplevelse af ændrede arbejdsgange, samarbejdsformer og tilgange til organisering og planlægning af patienternes forløb.

7.2.1 Udvikling i aktivitetsmønster og kvalitet

Kulturforandringsprojektet og undtagelsen fra takststyring repræsenterer styringstiltag, der er baseret på mere frihed til de sundhedsprofessionelle og mindre bureaukrati. Hypotesen i denne evaluering er, at det medvirker til et stærkere incitament til at styre efter mål, som er af værdi for patienterne, og reducerer incitamentet til at styre efter et givent aktivitetsniveau på hospitalet. Registeranalysen af hospitalets aktivitet og produktivitet sværde i denne devaluering viser en udvikling i aktivitetsmønsteret på Bornholms Hospital, særligt i relation til indlæggelsesdage og antal akutte indlæggelser i perioden 2015-2018. Udviklingen i antal indlæggelsesdage adskiller sig fra den udvikling, som kunne spores ved første devaluering, hvor udviklingen i indlæggelsesmønsteret var stort set uændret på både Bornholms Hospital og Nordsjællands Hospital (Madsen, Bolvig et al., 2017). Udviklingen i antallet af indlæggelser synes til gengæld at være en videreførelse af den udvikling, som blev vist i første devaluering, hvor der også var tendens til en reduktion i antallet af indlæggelser (Ibid). Reduktion af indlæggelsesdage og indlæggelser har begge indgået som delmål i Udviklingshospital Bornholms delprojekter, og det er derfor nærliggende at konkludere, at det ændrede aktivitetsmønster er et resultat af det arbejde, der har fundet sted i relation til Udviklingshospital Bornholm. Der er dog samtidig blevet implementeret en akutmodtagelse, som i tråd med nationale anbefalinger også efterstræber kortere indlæggelser, og at indlæggelser konverteres til subakutte tider i et ambulatorie. Det er derfor uklart, hvor meget af udviklingen i aktivitetsmønsteret der kan tilskrives Udviklingshospital Bornholm – og hvor meget der kan tilskrives de øvrige faktorer.

Forsøget med værdibaseret styring på Bornholms Hospital er kun ét ud af mange (Højgaard, Wolf & Bech, 2016, Region Hovedstaden, Center for Økonomi og Center for HR, 2018). Der findes imidlertid kun sparsom viden om, hvordan forsøgene med værdibaseret styring påvirker aktivitet og kvalitet på de udvalgte hospitaler og hospitalsafdelinger (Larsen, Kristensen & Søgaard, 2018, Søgaard, Kristensen & Bech, 2015). En undtagelse er en undersøgelse af frisættelsen af hospitalsafdelinger fra takststyring i Region Midtjylland (Larsen, Kristensen & Søgaard, 2018). I dette studie er konklusionen, at undtagelse fra takststyring ikke havde tydelig effekt på mål som antal unikke patienter,

produktivitetsværdi eller budgetoverholdelse hverken på kort eller lang sigt. Studiet var designet som et før-/efter-studie uden kontrolgruppe, og det er derfor ikke muligt at afgøre, om den manglende effekt kan tilskrives andre forhold i eller omkring de undersøgte afdelinger, som kan have spillet sammen med de ændrede økonomiske incitamentsstrukturer²⁰. Det diskuteres derfor, om den manglende effekt skyldes, at den ændrede styringsramme ingen betydning har for aktivitet eller kvalitet, eller om aktivitet og kvalitet opretholdes via andre typer af incitamentsstrukturer (ibid.).

Andre undersøgelser foretaget på baggrund af forsøget med værdibaseret styring i Region Midtjylland peger på, at afdelingsledere fra de afdelinger, som blev undtaget fra takststyring, opponerer mod hypotesen om, at takststyringssystemet bidrager til et manglende fokus på kvalitet og værdi for den enkelte patient (Jakobsen, 2019, Bonde, Bossen & Danholdt, 2018). Denne slutevaluering supplerer disse fund ved at pege på mange andre forhold end den ændrede økonomiske styringsramme, som også har haft betydning for den udvikling, der har fundet sted på Bornholms Hospital. Interviewene på Nordsjællands Hospital bekræfter desuden, at takststyring kun er ét ud af mange eksterne krav, som de enkelte afdelinger er styret af, herunder ventetids- og behandlingsgarantier, nationale kvalitetsmål og specialerelaterede kvalitetsmål, in-flow af patienter og oplevede krav til målopfyldelse i forskellige udviklingsprojekter. På Bornholms Hospital har der således ikke entydigt været en oplevelse blandt ledere og medarbejdere af, at de har været underlagt mindre ekstern styring end før. Udviklingen i aktivitetsmønstret skal derfor ses som et resultat af en kompleks styringsramme, der på nogle områder er karakteriseret ved mindre styring efter eksterne krav (undtagelse fra takststyring), og på andre områder – og i nogle dele af organisationen – er karakteriseret ved styring efter flere eller uændrede eksterne krav.

7.2.2 Patientoplevelen udbytte

Flere undersøgelser af værdibaseret styring peger på, at der blandt ledere og fagpersoner hersker uenighed om, hvordan værdi set fra et patientperspektiv skal defineres og dermed måles (Andersson et al., 2015, Bonde, Bossen & Danholdt, 2018). Er det patienttilfredshed, behandling målrettet patienters personlige præferencer og mål, faglig kvalitet eller organisering og planlægning med udgangspunkt i hensynet til patienters tid og hverdagsliv (fx koordinering af ambulatorietider)? Denne diskussion var også fremherskende på Bornholms Hospital ved første devaluering, men fyldte mindre ved slutevalueringen. På dette tidspunkt var en øget opmærksomhed på patientens præferencer og hensynet til patienters tid og hverdagsliv i kombination med en reduktion af unødigt aktivitet tilsyneladende fælles pejlemærker.

Det patientoplevede udbytte af Udviklingshospital Bornholm er imidlertid kun sparsomt belyst, og en del af forklaringen på denne tendens skal formentlig findes i manglen på validerede spørgeskemaer, som kan indfange patienternes vurdering af ydelsernes effekt. En intern erfaringsopsamling foretaget blandt projekter om værdibaseret styring i Region Hovedstaden viser, at det er en udfordring, som gør sig gældende i alle projekter vedrørende værdibaseret styring (Region Hovedstaden, Center for Økonomi og Center for HR, 2018).

7.2.3 Øvrige effekter af Udviklingshospital Bornholm

Evalueringen peger på, at der er effekter af Udviklingshospital Bornholm, som ikke er direkte målbare hverken i relation til de enkelte delprojekter eller i relation til de øvrige tiltag, der har indgået som del af udviklingsprocessen. I interviewene fremhæves et bedre kendskab på tværs af enheder både inden for hospitalsorganisationen og mellem hospital, almen praksis og kommune. Større samarbejde på tværs af afdelinger fremhæves også som en effekt af Udviklingshospital Bornholm, og

²⁰ Herunder eksempelvis, at de undersøgte afdelinger har valgt lokale indikatorer, som de i forvejen arbejdede med, og udviklingspotentialer derfor har været begrænset (Larsen, Kristensen & Søgaard, 2018).

det samme gælder mange mindre, men ikke målbare forbedringer. Delprojekterne, kulturforandringsprocessen og undtagelsen fra taktstyring beskrives således til slut i projektperioden som en helhed, der er opstået undervejs, men som tilsammen er blevet en katalysator for, at hospitalet ikke i samme grad som tidligere går efter aktivitet som mål, men efter det, der skaber værdi for patienten. Dette fund ligger på linje med andre undersøgelser af forsøg med værdibaseret styring, som også viser, at der blandt ledere og medarbejdere opstod en øget opmærksomhed på, hvordan patientforløb kan tilrettelægges med øje for patientperspektivet (Nilsson et al., 2017).

Interviewundersøgelsen foretaget til denne slutevaluering og midtvejsevalueringen (Madsen, Bolvig et al., 2017, Madsen, Buch et al., 2017) peger imidlertid også på, at der i projektperioden er opstået en oplevelse af kvalitetsforringelser på områder såsom tværfaglig kommunikation og tid til fagpersonernes kliniske møde med patienterne. Dette tilskrives imidlertid ikke de enkelte tiltag, der er gennemført under Udviklingshospital Bornholm, men komplekset af samtidige udviklingsprojekter, der har taget tid og opmærksomhed fra den daglige drift og allerede eksisterende samarbejdsaftaler.

7.3 En ændret styringsramme: Nye muligheder og dilemmaer

Evalueringen peger på, at overholdelse af egne budgetter inden for de organisatoriske enheder på hospitalet er et vigtigt styringsparamenter, uanset om man er underlagt rammebudget eller takststyring. Det blev af afdelingsledere både på Nordsjællands og Bornholms Hospitaler opfattet som vigtigt at kende sit ressourcemæssige råderum, da det også er inden for denne ramme, at udviklingsprojekter kan sættes i gang og gennemføres. Samtidig står det dog tilbage som et åbent spørgsmål, hvordan man skaber principper for ressourcefordeling, der både tager højde for, at smarte og mere effektive løsninger ikke straffes med ressourcefratagelse, og sørger for at pengene følger aktiviteten, fx ved opgaveoverdragelse mellem afdelinger eller hospitaler. Der findes ingen perfekte systemer, men processen på Bornholms Hospital viser, at rammebudgettet har understøttet en bevægelse mod mere fokus på hele patientforløb og mindre fokus på fuld kapacitetsudnyttelse. Det stiller dog også afdelingslederne nogle nye dilemmaer, fordi incitamentsstrukturerne ved et rammebudget gør det mere attraktivt at afgive frem for at modtage nye opgaver, hvilket kan være en ulempe i et patientperspektiv.

I delprojekterne var der fra start stort fokus på at definere mål, og om delprojekterne levede op til de fastsatte mål. Dette viste sig på den ene side at være en ulempe, fordi det blev opfattet som demotiverende blandt både afdelingsledere og medarbejdere at skulle leve op til mål, man ikke nødvendigvis var enig i. På den anden side var det én af drivkræfterne, at der var en forventning om fremdrift på trods af de mange andre udviklingsprojekter, der også skulle afgives ressourcer til. Der synes således at være et behov for at balancere et krav om målopfyldelse og opfølgning herpå og fastholdelse af medarbejdernes motivation og ejerskab til den ønskede forandring. Spørgsmålet er, om denne strategi kan overføres til en mere generel styringsmodel? I et studie foretaget med udgangspunkt i de midtjyske forsøg med værdibaseret styring (Bonde, Bossen & Danholdt, 2018) konkluderer forfatterne, at involvering af ledere og medarbejdere i at definere lokale indikatorer for 'værdi for patienterne' medvirker til en fragmenteret forståelse af 'værdi', der ikke kan bruges som del af en national styringsramme, hvor alle bedømmes efter samme skala. Til gengæld argumenterer forfatterne for, at der er tale om en proces, som giver anledning til at diskutere afdelingens kerneværdier og knytte de valgte værdier til konkrete praksisser på en måde, som er mere motiverende og forpligtende for de sundhedsprofessionelle (ibid.). Et lignende argument fremføres af en mere teoretisk funderet artikel (Jakobsen et al., 2018), som med inspiration fra forsøgene med værdibaseret styring i Region Midtjylland præsenterer et forslag til en styringsramme, der kombinerer ekstern kontrol med involvering af sundhedsprofessionelle i at definere mål og fortolke målopfyldelse. Formålet er at

komme nærmere en styringsramme, der sikrer, at både sundhedsorganisationerne og de sundhedsprofessionelle holdes ansvarlige for at opnå udvalgte mål, men hvor de sundhedsprofessionelles motivation²¹ bevares. Dette er en markant anderledes tilgang end den, der blev valgt på Bornholms Hospital, men erfaringen fra denne evaluering underbygger, at medarbejdernes motivation til at deltage i og drive forandringsprocesser er væsentlig at tage vare på. Denne evaluering peger dermed på – som flere andre implementeringsstudier (fx Hellström et al., 2015, Damschroder et al., 2009) – at muligheden for lokal tilpasning er afgørende for implementering. I samtlige delprojekter i Udviklingshospital Bornholm har der været en løbende dialog omkring mål og indhold i delprojekterne, og at de delprojekter, hvor der er blevet foretaget justeringer, er dem, der er kommet længst. Her er en oplevelse af, at det har været muligt at tilpasse mål og indhold til den specifikke lokale kontekst og gøre det meningsfuldt for medarbejdere på det udførende niveau. Muligheden for lokal tilpasning i de enkelte tiltag har således bidraget til lederes og medarbejderes dedikation til afprøvning og implementering af de tiltag, som er gennemført under Udviklingshospital Bornholm.

7.4 Projektorganisering og en afgrænset tidsramme

Udviklingshospital Bornholm er som mange andre udviklingsprocesser organiseret som et tidsbegrænset projekt og et projekt med egne dagsordener, aktører og aktiviteter, som gennemføres sideløbende med den sædvanlige drift (fx Kürstein Kjellberg, Kjellberg, 2012, Bollerup et al., 2018, Buch, Kjellberg & Holm-Pedersen, 2018, Madsen, 2015). I Udviklingshospital Bornholm fik det bl.a. den betydning, at projektorganiseringen skabte en kompleksitet, hvor beslutningsvejene i nogle tilfælde blev uklare, og beslutninger blev forsinket.

Desuden var den afgrænsede tidsramme for Udviklingshospital Bornholm en udfordring, fordi udviklingsarbejdet først kom rigtigt i gang et år inde i projektperioden, og at der her fortsat var et behov for at definere og justere de allerede valgte tiltag og indarbejde nye tiltag i takt med, at man indså, at der var behov for andet og mere end en ny økonomisk rammemodel og otte delprojekter. I tråd med Buch et al. (2018) kan det derfor konkluderes, at planlægning og implementering af større interventioner som Udviklingshospital Bornholm tager tid og kræver ressourcer brugt på at skabe en fælles forståelse af fælles udfordringer og mulige løsninger. På trods af visioner om større frihed til ledere og medarbejdere på hospitalet har Udviklingshospital Bornholm efter nogles opfattelse været præget af en topstyret proces og et massivt tidspres på at opnå resultater. Dette har skabt et modtryk til visionen om at skabe en styringsramme, der understøtter motivationen hos ledere og medarbejdere til at tænke i nye, innovative løsninger med udgangspunkt i patienters præferencer og behov. Derfor bør det overvejes, om fremtidige justeringer i styringsrammer eller arbejdsgange skal afprøves i et projekt-setup eller i stedet som en mere integreret del af driften med mere tid til at sikre enighed om og ejerskab til de interventioner, som skal prøves af.

Denne evaluering viser, som mange andre implementeringsstudier (Greenhalgh et al., 2004), at ledelsesforankring er et afgørende element. Den første devaluering viste imidlertid, at nogle afdelingsledere var bekymrede for, om en aktivitetsnedgang ville medføre et reduceret budget, når hospitalet efter projektets afslutning vendte tilbage til den gældende økonomiske styringsmodel (Madsen, Bolvig et al., 2017). Denne mistillid til, at hospitalet reelt havde frihed til at eksperimentere med nye styringsmål, var karakteristisk i den første fase af Udviklingshospital Bornholm og indgik som

²¹ Motivation kan defineres som "*drivkraften bag målrettede handlinger*" (Andersen, Pedersen, 2014, s. 5). Der kan skelnes mellem ydre motivation, som handler om at gavne sig selv eller undgå straf, og en indre, mere altruistisk motivation, som handler om at gavne andre. Herunder indgår *public service motivation*, som henviser til, når individer ønsker at lægge energi i at bidrage til samfundet i levering af offentlige ydelser. Motivation diskuteres ofte i sammenhæng med styring, hvor der bl.a. argumenteres for, at styring kan reducere den indre motivation (crowding-out), hvis styringen opfattes som kontrollerende, og øge den, hvis styringen opfattes som understøttende (crowding-in) (Ibid.).

en ud af flere forklaringer på en tilbageholdende tilgang til udviklingshospitalet på daværende tidspunkt. Ved slutevalueringen var der tilsyneladende ikke samme bekymring, hvilket blev beskrevet som et resultat af en modningsproces, hvor ledere og medarbejdere i højere grad havde aflært sig at have fokus på aktivitet som styringsmål. I en analyse lavet på baggrund af en interview- og spørgeskemaundersøgelse foretaget i Region Midtjylland med afdelinger, som også har arbejdet med værdibaseret styring, finder man ligeledes en udvikling i afdelingsledernes reaktioner på den midlertidige styringsmodel – en udvikling, som tilskrives tillid. I denne undersøgelse tages der udgangspunkt i tre typer af ledelsesreaktioner: proaktivt (radikal forandring og forsøg på at skabe noget nyt), forsvarende (benytter ny styringsmodel til at styrke eksisterende aktiviteter og projekter) og reaktivt (efterlevelse af formelle krav, men forsøg på at undgå forstyrrelser på medarbejderniveau) (Jakobsen, 2019). I dette studie ses en bevægelse fra flere til færre reaktive ledelsesreaktioner over tid og tilsvarende en bevægelse fra færre til flere proaktive ledelsesreaktioner over tid. Denne bevægelse forklares bl.a. med en øget tillid til, at visionen om et sundhedsvæsen på patientens præmisser med mindre fokus på aktivitet som styringsmål var permanent. Denne tillid opstod i takt med, at regionale topledere gav udtryk for en forpligtelse til den valgte strategi og bl.a. placerede værdi for patienterne højt i regionens målhierarki²² (Ibid.). Også her var der tale om en midlertidig forsøgsordning, og det er således ikke muligt at afgøre, hvor meget af den oplevede mistillid til en ny styringsmodel, der kan tilskrives det midlertidige setup. Denne evaluering og forsøget fra Region Midtjylland (Jakobsen, 2019) tyder dog på, at det har været nødvendigt med et eksplicit fokus fra henholdsvis hospitalsledelse, ledere og politikere på regionsniveau på at formidle visionen om at styre efter værdi for patienterne, og en fastholdelse af at værdi for patienterne er målet, uanset om det måtte få økonomiske konsekvenser på kort eller lang sigt.

Endelig er gennemførelsen af Udviklingshospital Bornholm tidsmæssigt faldet sammen med oprettelse af ny akutmodtagelse, en gennemgribende omorganisering af hospitalets sengeafsnit og implementering af Sundhedsplatformen på Bornholms Hospital. Der vil formentlig altid være igangværende og nye forandringsprocesser, som skal håndteres sideløbende med store udviklingsprojekter. Den samtidige tilstedeværelse af fire komplekse og krævende forandringsprocesser på et af Danmarks mindste hospitaler fremstår imidlertid som en udfordring, der ligger ud over det sædvanlige. Næsten alle, der er interviewet i forbindelse med midtvejs- og slutevalueringen, lægger også vægt på, at de mange samtidige udviklingsprocesser – på et lille hospital – i høj grad har udfordret muligheden for at forpligte ledere såvel som medarbejdere til arbejdet med Udviklingshospitalets projektprogram.

²² <http://www.rm.dk/sundhed/kvalitet-i-region-midtjylland/vi-maler-pa-kvaliteten/>, 8. marts 2019

8 Konklusion

Der ses en udvikling i Bornholms Hospitals aktivitetsmønster i retning af færre indlæggelser (særligt færre akutte indlæggelser) og færre indlæggelsesdage. Udviklingen i indlæggelser og indlæggelsesdage på Bornholms Hospital adskiller sig fra udviklingen på Nordsjællands Hospital og kan tolkes som en effekt af den proces, der har fundet sted på Bornholms Hospital. En proces, der har medvirket til mindre fokus på kapacitetsudfyldelse og i stedet på, hvilke ydelser der er relevante at tilbyde den enkelte patient. Det er dog ikke muligt at afgøre, hvorvidt denne udvikling kan tilskrives de aktiviteter, der er igangsat inden for rammen af Udviklingshospital Bornholm eller andre samtidige udviklingsprocesser.

Interviewene til denne slutevaluering peger på, at den ændrede økonomiske ramme primært tillægges en betydning blandt hospitalsledelse og afdelingsledere. På afdelingsledelsesniveau har undtagelsen fra takststyring over tid skabt en ramme, hvor aktiviteten kunne træde lidt i baggrunden til fordel for et fokus på, hvad der skaber gode patientforløb. Det vurderes dog også, at undtagelsen fra takststyring ikke har været den eneste forandringsmotor i den treårige projektperiode – særligt ikke på medarbejderniveau. I interviewene fremgik desuden en vurdering af, at forsøgsordningen med undtagelse fra takststyring har introduceret nye dilemmaer, idet der er større økonomisk incitament til at afgive end at påtage sig nye opgaver. Det kræver altså en justering, hvis den økonomiske rammemodel skal bidrage til større samarbejde på tværs af afdelinger og hospitaler.

Ud over undtagelsen fra takststyring har Udviklingshospital Bornholm bestået af to andre tiltag, som har været styrende for lederes og medarbejderes ageren i projektperioden. En kulturudviklingsproces har dels bidraget til et større fokus på at inddrage patienternes præferencer i beslutninger om behandling og pleje, et øget fokus på at tage ansvar for at foretage løbende forandringer i retning af bedre patientforløb, og et øget fokus på samarbejde på tværs af hospitalets afdelinger. Evalueringen peger på, at de delprojekter, der blev defineret som del af projektprogrammet, ikke bidrager til udviklingen i aktivitet og produktivitet. Desuden er delprojekterne indført i relativt lille skala, hvilket gør det vanskeligt at sige noget om deres effekt hver for sig. Projektprogrammets fokus på målopfyldelse har dog fastholdt et fokus på de valgte områder og bidraget til flere konkrete forandringer på hospitalet, men har også medvirket til oplevelsen af et pres for at levere forudbestemte mål.

Uklarhed om – og i nogle tilfælde også uenighed i – formålet i såvel det overordnede udviklingsprojekt og delprojekterne har medvirket til, at det har taget lang tid, før ledere og fagpersoner på hospitalet har engageret sig i udviklingsprojektet. Det kan konkluderes, at de delprojekter, som er nået længst i den forstand, at de har ført til forandringer, og at forandringerne er sat i drift, er karakteriseret ved at have redefineret projekternes mål og aktiviteter, så de opleves som meningsfulde og relevante blandt fagpersonerne på det udførende niveau.

Den proces, som har fundet sted på Bornholms Hospital, har udviklet sig undervejs og er tilpasset lokale forhold. Processen kan derfor ikke tages i anvendelse på andre hospitaler. Evalueringen af Udviklingshospital Bornholm peger dog på, at følgende forhold kan være væsentlige at tage højde for i arbejdet med en ny styringsramme:

- Undtagelse fra takststyring er ikke i sig selv en drivkraft for forandring, men kan i højere grad betragtes som en måde at skabe en ramme for at organisere patientforløb med udgangspunkt i patientpræferencer og -behov.
- Det er vigtigt, at der fra start er defineret en overordnet vision/et entydigt formål, som kan fungere som pejlemærke for ledere og medarbejdere i udviklingsarbejdet og kan erstatte/supplere aktivitet som styringsmål.

- Det er afgørende, at ledere og medarbejdere på hospitalerne anser delmål og metoder for at være meningsfulde, og at der er mulighed for at bidrage til løbende udvikling heraf, så de understøtter og justerer allerede eksisterende praksisser.
- Det er samtidig vigtigt at stille klare krav til fremdrift, og at der foregår løbende monitorering heraf (en balancegang mellem sikring af fremdrift og frihed til at definere og udføre udviklingsarbejdet lokalt).
- Det tager tid at omstille sig fra én styringsramme til en anden, og derfor skal der afsættes tid til udviklingsprocessen, særligt hvis der er tale om grundlæggende forandringer, fx i måden at samarbejde, i måden at prioritere i det daglige kliniske arbejde og i måden at inddrage patienter.
- Det er vigtigt, at forhandlingsprocesserne forankres tæt på det kliniske niveau, dvs. med tydelig ledelsesforankring og med inddragelse af de aktører, som skal drive forandringen i den daglige drift – herunder også en sikring af, at der er afsat ressourcer nok til at drive den ønskede udvikling. Dette gælder også, hvis kommuner og almen praksis skal inddrages i de ønskede forandringer.

Litteratur

- Andersen, L.B. & Pedersen, L.H. 2014, *Styring og motivation i den offentlige sektor*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.
- 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.
- Bollerup, S., Jensen, L.G., Burau, V., Søgaard, R., Klausen, M.B., Bossen, C., Danholdt, P., Jakobsen, M.L., Bækgaard, M. & Nielsen, C.P. 2018, *Ny styring i et patientperspektiv*, DEFAC-TUM, Region Midtjylland & Aarhus Universitet, Aarhus.
- 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. Art. 6.
- Burau, 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.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsch, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. 2009, "Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science", *Implementation Science*, vol. 4, no. 50.
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2013, *Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet*, Version 1 edn, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Hvidovre.
- Danske Regioner *Omkostninger for patientforløb. Metoder og datakilder til dokumentation af ressourceforbrug/omkostninger for patientforløb*, Danske Regioner, København.
- Danske Regioner, Team Styring og Sammenhæng 2016, *Arbejdsrapport: Beskrivelse af afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret styring. Arbejdsgruppen for økonomi, afregningsmodeller og data i projekt om værdibaseret styring*, Danske Regioner, København.
- Danske Regioner, Lægeforeningen & Danske Patienter 2018, *Fem principper for styring af et sammenhængende sundhedsvæsen*, København.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. 2004, "Diffusion of innovations in service organisation: Systematic review and recommendations", *The Milbank Quarterly*, vol. 82, no. 4, pp. 581-629.
- Hellström, A., Lifvergren, S., Gustavsson, S. & Gremyr, I. 2015, "Adopting a management innovation in a professional organization. The case of improvement knowledge in healthcare", *Business Process Management Journal*, vol. 21, no. 5, pp. 1186-1203.
- Heskett, J.L., Jones, T.J., Loveman, G.W., Sasser jr., W.E. & Schlesinger, L.A. "Putting Service-Profit Chain to Work", *Harvard Business Review*, .

- Højgaard, B. & Kjellberg, J., Bech, M. (eds) 2018, *Den statslige styring af det regionale sundhedsområde. Analyse af centrale instrumenter*, VIVE, 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, København.
- Jakobsen, M.L. 2019, "Buy-in to a Credible Vision! Why leaders make prospector responses to learning-oriented performance reform", *Public Organization Review*, .
- Jakobsen, M.L., Baekgaard, M., Moynihan, D.P. & van Loon, N. 2018, "Making sense of performance regimes: Rebalancing external accounting and internal learning", *Perspectives on Public Management and Governance*, , pp. 127-141.
- Jensen, P.M. 2018, "Her er mindst én god grund til at elske værdibaseert styring", *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, vol. 94, no. 3, pp. 20-25.
- Kürstein Kjellberg, P. & Kjellberg, J. 2012, *Ny honorarstruktur i almen praksis. Sammenfatning af konklusioner*, KORA, København.
- Kvale, S. 1994, *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag, København.
- 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. 2015, *Emerging and Temporary Connections in Quality Work. An Ethnographic Study of Quality Coordinator Work in Two Danish Hospital Departments (PhD Series 39.2015)*, Copenhagen Business School, København.
- Madsen, M.H., Bolvig, I., Højgaard, B. & Kjellberg, J. 2017, *Evaluering af Udviklingshospital Bornholm. Betydningen af en ændret økonomisk rammemodel*, KORA, København.
- Madsen, M.H., Buch, M.S., Brorholt, G. & Kjellberg, J. 2017, *Evaluering af Udviklingshospital Bornholm. Anden devaluering: delprojekternes status og fremdrift - 1. halvår 2017*, VIVE, 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. 2017, "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.
- 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. & Teisberg, E.O. 2006, *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston.
- Regeringen & Danske Regioner 2015, *Aftale om regionernes økonomi for 2016*, Regeringen & Danske Regioner, København.

- Region Hovedstaden 2016a, *Organisationsanalyse på Bornholms Hospital 2016. Efter Planetree-modellen*, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, København.
- Region Hovedstaden 2016b, *Projektgrundlag for Udviklingshospital Bornholm. Styring efter værdi for patienten i et menneskeligt sundhedsvæsen*, Bornholms Hospital og Region Hovedstaden, [U.st.].
- Region Hovedstaden 2015, *Hovedstaden på forkant. Budgetaftale 2016*, .
- Region Hovedstaden, Center for Økonomi og Center for HR 2018, *Første interne, tværgående erfaringsopsamling på projekter om værdibaseret styring*, Region Hovedstaden, Hillerød.
- Region Hovedstaden. Udvalget for Værdibaseret Styring 2018, *Værdi for patienten - principper og dilemmaer*, Region Hovedstaden, Hillerød.
- Rud Pedersen & KORA 2015, *Værdibaserede strategier i sundhedssektorerne med fokus på medicinområdet: Fra skåltaler til virkelighed?* Rud Pedersen A/S, København.
- 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, pp. 1076-1085.
- Sundhedsdatastyrelsen 2016, *Takstsystem 2017. Vejledning (Version: 2016-1 / Versionsdato 18.12. 2016)*, DRG og Finansiering, Sundhedsdatastyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2007, *Styrket akutberedskab. Planlægningsgrundlag for det regionale område*. Sundhedsstyrelsen, København.
- Wisborg, K. 2018, "Et værdibaseret sundhedsvæsen kræver patientnær ledelse", *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, vol. 94, no. 3, pp. 12-19.
- Wolf, A. 2018, "Sådan skaber vi et mere værdibaseret sundhedsvæsen", *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, vol. 94, no. 3, pp. 6-12.

Bilag 1 Undersøgelsens design og metode

Denne evaluering har været tilrettelagt med henblik på at kunne følge Udviklingshospital Bornholm i den treårige projektperiode. Evalueringen består af en registerbaseret komparativ analyse af udviklingen i aktiviteten på Bornholms Hospital og en kvalitativ undersøgelse baseret på interviewdata og lokalt indsamlede data.

Evalueringens tilrettelæggelse

Evalueringen har været tilrettelagt, så projektet kunne følges på to niveauer: et hospitalsniveau, som har undersøgt betydningen af de styringsmæssige rammer, som er valgt (undtagelse fra DRG, kulturudviklingsprocessen og projektprogrammet med otte delprojekter), og et indsatsniveau, som har undersøgt betydningen af de otte delprojekter. På begge niveauer er der brugt en kombination af kvalitative og kvantitative metoder til at belyse, om de ønskede mål indfris, og hvilke aktiviteter relateret til implementering, udvikling og forankring af de valgte tiltag der har medvirket til/modvirket målopfyldelse.

En eksplorativ og dynamisk evalueringstilgang

Evalueringen har fulgt forløbet i Udviklingshospital Bornholm i hele projektperioden og har derfor været tilrettelagt som en række af fortløbende empiriske nedslag fordelt over de tre år, som projektet varede. Evalueringen består af tre delevalueringer²³:

- *Første delevaluering* blev gennemført i slutningen af 2016. Formålet var at undersøge betydningen af de ændrede økonomiske rammevilkår på hospitalets aktivitet, og hvordan disse bidrog til ændrede betingelser for styring og ledelse på hospitalet (*hospitalsniveau*).
- *Anden delevaluering* blev gennemført i sommeren 2017. Formålet var at undersøge de udviklings- og implementeringsprocesser, som var gennemført i relation til delprojekterne i det første halvandet år af projektperioden samt status på delprojekternes hovedaktiviteter (*indsatsniveau*).
- *Tredje delevaluering (denne slutevaluering)* blev gennemført i efteråret 2018. Formålet var både at undersøge betydningen af de ændrede styringsmæssige rammevilkår og af indsatserne gennemført i delprojekterne (*hospitals- og indsatsniveau*).

Ambitionen om at følge forløbet i Udviklingshospital Bornholm betød også, at der er lagt vægt på at tilpasse evalueringen til det forløb, som fandt sted på hospitalet. Det har været en implicit forventning, at Udviklingshospital Bornholm ville udvikle sig undervejs, og det er en helt naturlig udvikling i store og komplekse udviklingsprojekter. Både på hospitalsniveau og indsatsniveau har der derfor været lagt vægt på at anvende en eksplorativ tilgang, hvor hospitalets ledere, medarbejdere og samarbejdspartnere i andre sektorer har fået lejlighed til at beskrive den proces, de har gennemlevet. Det har dels betydet, at nye tiltag er blevet inkluderet i evalueringen undervejs (fx forløbet 'Hverdagen udfordringer', dels at der på indsatsniveau har været åbenhed for at justere evalueringskriterierne for delprojekterne i takt med den udvikling, der er sket her. Eksempelvis har det været formålet at undersøge og dokumentere effekten af de otte del-indsatser via registerdata, fordi indsatsgrupperne har været for små til at spore en udvikling på de valgte mål. Formålet er i stedet søgt besvaret

²³ Der indgik oprindeligt fire delevalueringer i evalueringens design. Den tredje delevaluering blev imidlertid aflyst efter aftale mellem VIVE og Region Hovedstaden. Vurderingen var, at der var så kort tid mellem anden delevaluering og slutevalueringen, at det ville blive vanskeligt at spore en markant udvikling. Det blev derfor besluttet at lade den tredje delevaluering udgå og konvertere de afsatte midler til supplerende analyser af arbejdet med Værdibaseret Styring i Region Hovedstaden. Der er således gennemført en analyse af patienters perspektiv på et udvalg af Region Hovedstadens projekter. Denne undersøgelse afrapporteres særskilt.

via lederes og medarbejderes oplevede udbytte og via de data, som er blevet indsamlet i delprojekterne.

Betydningen af ændrede økonomiske rammevilkår

På hospitalsniveau er der blevet holdt fast i at undersøge betydningen af de ændrede styringsmæssige rammevilkår for udviklingen i hospitalets aktivitet både i første delevaluering og denne slutevaluering. Analysen på hospitalsniveau tager udgangspunkt i den hypotese, som blev formuleret i økonomiaftalerne for 2016 om baggrunden for at igangsætte regionale forsøg med nye styrings- og afregningsmodeller:

"Det hidtidige fokus på aktivitet har medvirket til at øge produktiviteten i sygehusvæsenet. Fremadrettet tænkes dette sammen med udvikling af styring og incitamenter, der ligeledes sætter fokus på kvalitet og resultater. Konkret igangsættes regionale forsøg på udvalgte områder med at udvikle og afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring". (Regeringen, Danske Regioner, 2015, s. 45)

Hypotesen var altså, at man – ved at undtage hospitaler eller hospitalsafdelinger for takststyring og produktivitetskrav i en periode – ville give mere frihed til at arbejde mere målrettet med *kvalitet* frem for *kvantitet*. Et vigtigt spørgsmål i denne evaluering har derfor været, hvorvidt og hvordan der er sket en udvikling i hospitalets aktivitet i projektperioden.

Bilagsfigur 1.1 nedenfor illustrerer den forandringsteori, der blev udarbejdet i forbindelse med udfærdigelsen af evalueringsdesignet. Forandringsteorien illustrerer den forventede betydning af en ændret økonomisk rammemodel for adfærd og aktivitet på hospitalet, og den har fungeret som rettesnor for evalueringens interview med ledelsen og medarbejderne på Bornholms Hospital.

Bilagsfigur 1.1 Forventet betydning af de ændrede økonomiske rammevilkår

Problem/udfordring:	Aktivitet, region:	Aktivitet, hospital:	Aktivitet, afdeling:	Effekt på kort sigt (output):	Effekt på lang sigt (outcome):
Uhensigtsmæssig balance mellem <i>kvantitet</i> og <i>kvalitet</i> som styringsmål	Fritagelse fra aktivitetshonorering	Nedjusteret eller elimineret fokus på aktivitetsopgørelse blandt direktion og afdelingsledelse/ evt. fokus på andre mål Oplevet mulighed blandt ledere og personale for at udvikle og igangsætte forandringer uden at skele til betydningen for aktivitetsniveauet	Øget ledelsesopbakning til forsøg med ændrede arbejds gange og ændringer i patientbehandling/-forløb Idéudvikling og opsamling på afdelingsniveau Initiativer til forsøg med konkrete forandringer på afdelingsniveau Evt. udvikling af nye incitamenter med fokus på kvalitet, fx udvikling af nye typer mål	Ændrede arbejds gange på hospitalet Ændringer i patientbehandling/-forløb Ændret aktivitetsmønster	Størst mulig værdi (fx kvalitet, service og sammenhængende forløb) inden for de gældende ressourcer

Kilde: Evaluering af Udviklingshospital Bornholm, VIVE 2019.

Betydningen af kontekst for Udviklingshospital Bornholm

Med udgangspunkt i den eksisterende viden om, hvad der har betydning for implementering af større innovationer, fx på sundhedsområdet (Damschroder et al., 2009, Greenhalgh et al., 2004), har evalueringen også haft fokus på betydningen af forhold i Bornholms Hospitals omverden eller forhold

internt på hospitalet, som kunne modvirke eller spille sammen med de indsatser, der blev gennemført som del af Udviklingshospital Bornholm. Ved evalueringens start blev det eksempelvis besluttet, at Bornholms Hospital skulle implementere Sundhedsplatformen i marts 2017, hvilket forventeligt ville påvirke hospitalets drift i en periode. Derudover var værdibaseret styring – og ny styring generelt – temaer, som ikke kunne isoleres til Udviklingshospital Bornholm, idet det var et omdiskuteret emne i hele sundhedsvæsenet (se fx Højgaard, Wolf & Bech, 2016, Højgaard, Kjellberg, J., Bech, M., 2018, Rud Pedersen, KORA, 2015, Møller Pedersen, 2017).

Der er derfor blevet tilstræbt at designe evalueringen, så den:

1. kunne indfange de forhold i og omkring Udviklingshospital Bornholm, som kunne bidrage til en nuanceret beskrivelse af implementeringsprocessen og en forståelse af, hvad der bidrog til udviklingen på hospitals- og indsatsniveau
2. kunne adskille effekten af Udviklingshospital Bornholm fra mere generelle udviklingstendenser på danske hospitaler.

Ovenstående hensyn betyder for det første, at interviewundersøgelsen løbende har haft fokus på at afdække og forstå andre samtidige forhold, som kan have påvirket implementeringsprocessen i Udviklingshospital Bornholm. For det andet er den registerbaserede analyse af udviklingen i aktiviteten på Bornholms Hospital designet som et komparativt studie, hvor udviklingen sammenlignes med udviklingen på Nordsjællands Hospital. Formålet med sammenligningen er at sandsynliggøre, hvor stor del af udviklingen der kan tilskrives en generel udvikling, og hvor meget der kan tilskrives ændringer foretaget på Bornholms Hospital i projektperioden. Der er desuden blevet gennemført interview med hospitals- og afdelingsledere på Nordsjællands Hospital med henblik på at søge en forståelse af, hvilke forhold der har bidraget til aktivitetsudviklingen på dette hospital, og hvordan man her har oplevet at være påvirket af den eksisterende økonomiske rammemodel.

Nordsjællands Hospital blev valgt som sammenligningshospital. Dette hospital er både større og mere specialiseret end Bornholms Hospital, men er valgt, fordi det ved evalueringens begyndelse blev vurderet, at det var det hospital i region Hovedstaden, der var mest sammenligneligt med Bornholms Hospital. Et vigtigt kriterie ved tidspunktet for udvælgelse var, at Sundhedsplatformen blev implementeret i samme periode som på Bornholms Hospital, og at den forventede aktivitetsnedgang som følge heraf ville falde på samme tidspunkt på de to hospitaler.

Metode og empirisk materiale i slutevalueringen

I det følgende fremgår en nærmere beskrivelse af henholdsvis den kvalitative undersøgelse af implementeringsprocessen og oplevede resultater og den registerbaserede analyse af udviklingen i aktivitet gennemført i forbindelse med denne slutevaluering.

Komparativ registerbaseret analyse af aktivitet og produktionsværdi

Den kvantitative analyse anvender tidstrendanalyser til at sandsynliggøre, om Udviklingshospital Bornholm har påvirket aktiviteten på Bornholms Hospital. Analysen er opbygget som et komparativt registerstudie, hvor udviklingen i centrale aktivitets- og kvalitetsmål for Bornholms Hospital sammenholdes med udviklingen på Nordsjællands Hospital. Begge hospitaler følges i en treårig periode, 2016-2018, dvs. et år inden indførelsen af udviklingshospital Bornholm og ændringen i den økonomiske styringsmodel for Bornholms Hospital. Det giver 1-2 år med implementering af de enkelte delprojekter og et enkelt år, hvor både styringsmodel og delprojekter har været implementeret. Vi undersøger således, om udviklingen i aktiviteten på Bornholms Hospital har fulgt en anden kurve end aktiviteten på Nordsjællands Hospital, og i givet fald om denne forskel skyldes den økonomiske

styringsmodel eller de enkelte delprojekter. Analysen omfatter ikke aktiviteten i almen praksis, da der ikke er tilvejebragt data fra aktiviteten i almen praksis i Nordsjælland og på Bornholm.

Vi ønsker overordnet at undersøge, om Udviklingshospital Bornholm har haft en effekt på aktivitet og produktionsværdi på Bornholms Hospital. Men vi kan med denne type data og design ikke med særlig stor sikkerhed drage kausale konklusioner. Denne registerbaserede analyse skal derfor fortolkes i sammenhæng med den øvrige empiri, som er indsamlet til evalueringen. Figurer skal fortolkes med forsigtighed, og konklusioner skal holdes op imod øvrige fund præsenteret i rapporten.

Usikkerheden forstærkes af, at Sundhedsplatformen er indført midt i observationsperioden. Dette skifte kan betyde, at forskelle i ændringer i registreringspraksis på de to hospitaler kan fejltolkes som effekter af udviklingsprojekterne.

Data

Til det registerbaserede komparative studie benyttes dels data om hospitalernes aktivitetsniveau, dels produktionsværdi fra Landspatientregisteret. Data dækker perioden 1. januar 2015 til og med 3. kvartal 2018. Ydelsesproduktionen måles i DRG-grupperede opgørelser baseret på Landspatientregisteret.

Produktionsværdi

Produktionsværdien af hospitalernes aktivitet er opgjort i form af DRG-produktionsværdien. Siden januar 2018 skelnes der ikke længere mellem ambulant og stationær behandling i beregningen af produktionsværdien.

DRG-produktionsværdien er den DRG-takst (pris), en given udskrivning er fastsat til at koste. DRG afspejler landsgennemsnittet af udgifter til behandling og pleje af den enkelte DRG-gruppe.

Grupperingen af hospitalernes aktivitet i DRG-grupper foretages under hensyntagen til, at grupperingen af patienterne skal være klinisk meningsfuld, grupperne skal være ressourcehomogene, og antallet af grupper skal være overskueligt (Sundhedsdatastyrelsen, 2016). Der foretages løbende en validering af grupperingslogikken, som afspejler, at der sker en udvikling i behandlingsmåder og forandringer i ressourceanvendelsen. Det betyder, at der mellem de enkelte år sker ændringer i sammensætningen og antallet af DRG-grupper.

I 2018-grupperen er der 1.016 DRG-grupper (Sundhedsdatastyrelsen 2017), ingen gråzonegrupper og ingen skelnen mellem DRG og DAGS. Men i 2017 var der eksempelvis 740 DRG-grupper, 205 gråzonegrupper, 130 gråzoneproceduregrupper og 194 DAGS-grupper (Sundhedsdatastyrelsen 2016).

For at muliggøre en sammenligning af produktionsværdien på tværs af år anvendes derfor 2018-DRG koden også for 2016, 2017 og 2018.

Analysemetode

Udviklingen i produktivitet og aktivitet på Bornholms Hospital sammenlignes med udviklingen på Nordsjællands Hospital. Vi anvender både grafer og supplerende statistiske test for at vurdere omfanget af en eventuel forskel i produktivitetsudviklingen. Der korrigeres for strukturelle forskelle på de to sygehuse på fire forskellige måder: vægtning, ensartet takstsystem, eksklusion af afvigende DRG-grupper og indeksering.

Vægtning

Alle aktivitetstal korrigeres for udviklingen i patientsammensætning. Vi benytter sammensætningen af patienter i 1. kvartal 2016 som udgangspunkt for aktiviteten. Det betyder, at de enkelte hospitalsforløb i fx 2017 vægtes med en faktor større end 1, hvis den pågældende patients alder og køn optræder sjældnere i 2017 end i 2016. Omvendt vægtes de enkelte hospitalsforløb i 2017 med en faktor mindre end 1, hvis den pågældende patients alder og køn optræder oftere i 2017 end i 2016.²⁴ Dette sikrer, at resultaterne korrigeres for de demografiske ændringer, som sker over tid. Vi anvender særskilte køns- og aldersbetingede vægte for både Nordsjællands og Bornholms Hospitaler og for særlige patientundergrupper.

Takstsystem

Vi anvender samme takstsystem i hele den undersøgte periode, dvs. takstsystemet for 2018. Dette sikrer, at der analyseres på udviklingen i aktivitet – og ikke på ændringer i takster og grupperinger. Det har ikke været muligt at inkludere data fra før 2016 med en anden grupperingsnøgle i analysen.

Eksklusion af afvigende DRG-grupper

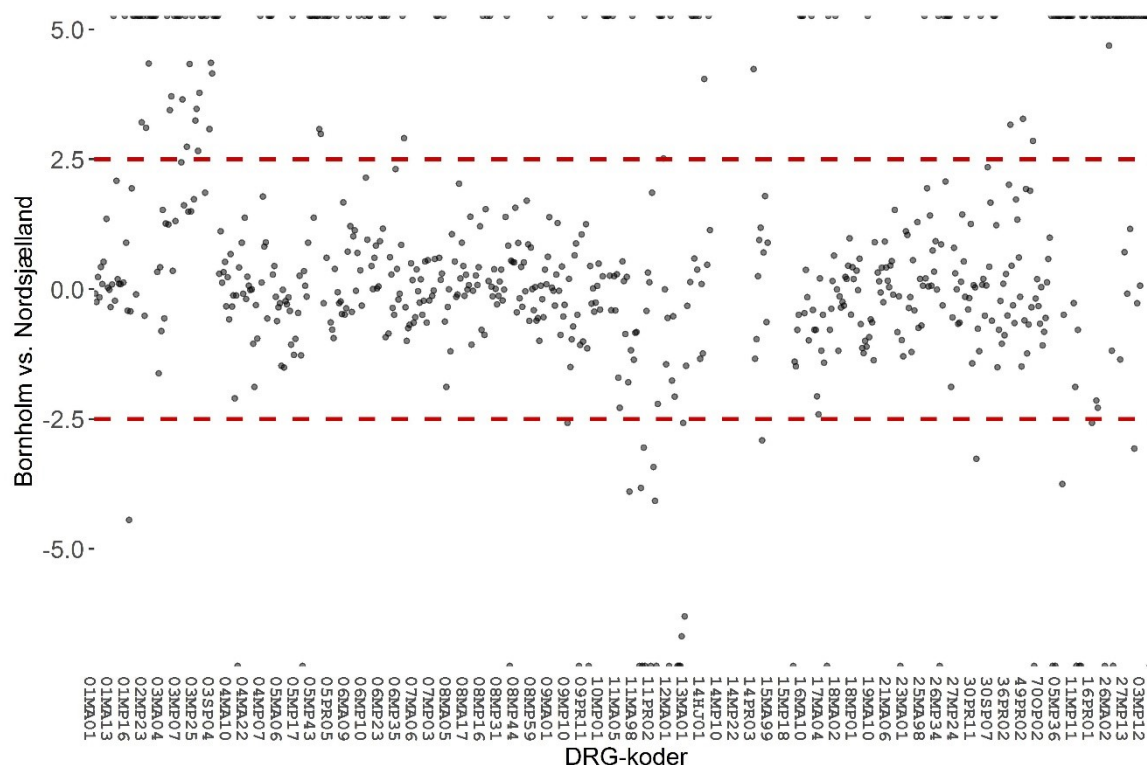
For yderligere at sikre sammenligneligheden mellem de to hospitaler anvendes udelukkende forløb med DRG-koder, der er repræsenteret nogenlunde ensartet på begge hospitaler. Dette kriterie fjerner omkring 8 % af registreringerne, hvorved de resterende registreringer i højere grad ligner hinanden. Ydelser, som kun eller langt overvejende finder sted på ét af de to sygehuse, ekskluderes dermed fra analyserne. Bilagsfigur 1.2 illustrerer omfanget og fordelingen af ydelser, som forekommer på tværs af de to hospitaler. De DRG-koder, der anvendes ca. 12 gange²⁵ mere eller mindre på det ene hospital frem for det andet, optræder enten over den øverste eller under den nederste stiplede linje i grafen. Det er disse ubalancerede DRG-koder, der fjernes, inden analysen gennemføres.

Ud over eksklusion af forløb med DRG-koder, der er repræsenteret forskelligt på de to hospitaler, har vi også ekskluderet kontakter, der relateres til graviditet (ICD10: Kapitel XV O00-O99 Svangerskab, fødsel og barsel). Begrundelsen herfor er, at Nordsjællands hospital i løbet af den belyste periode har oplevet en større ændring i optageområdet på dette felt, hvilket vil kunne forstyrre sammenligningsgrundlaget. Ydelser til børn under 10 år er også ekskluderet fra analysen på grund af udvidelse af optageområdet inden for pædiatri. Optageområdet for Nordsjællands Hospital er derudover også vokset inden for elektiv ortopædkirurgi. Derfor har vi yderligere ekskluderet alle observationer med aktionsdiagnoserne M05, M06, M16, M17, M50, M51, M54, M66, M75, M99, S43, S83 og S93.

²⁴ Antallet af unikke patienter korrigeres dog ikke for udvikling i alders- og kønssammensætning.

²⁵ Log (Odds Ratio) på 2,5 svarer til en odds ratio på 12,2. Odds ratioen kan ikke omregnes til en generel andel, men da vi ved, at oddsene for en bestemt DRG-kode ud af den samlede gruppe af DRG-koder er forsvindende lille (i gennemsnit 0,0007), ved vi også, at odds ratioen approksimerer en rate-ratio eller relativ sandsynlighed. Derfor kan vi her alligevel generalisere grænsen for over- eller underrepræsenterede DRG-koder til at ligge omkring en 12-foldig sandsynlighed.

Bilagsfigur 1.2 Forekomster af ydelser på Bornholms og Nordsjællands Hospitaler

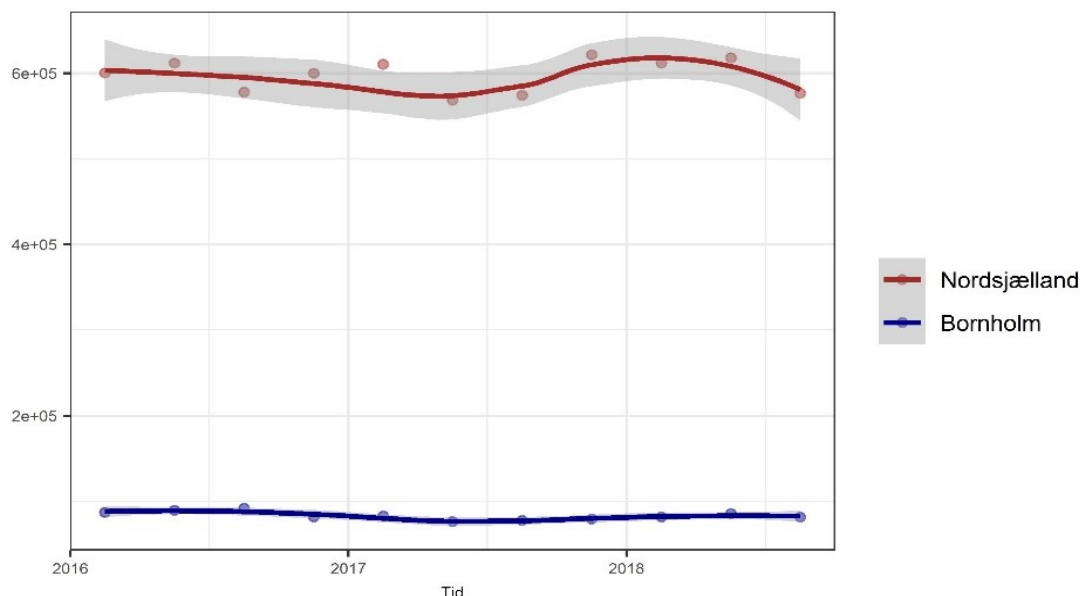


Kilde: Evaluering af Udviklingshospital Bornholm, VIVE 2019.

Indeksering

Alle analyser tager udgangspunkt i 1. kvartal 2016 som referenceperiode for henholdsvis Nordsjælland og Bornholm. Det betyder, at produktiviteten i fx 1. kvartal 2017 opgøres relativt til referenceproduktiviteten i 2016. Dermed kan udviklingen i aktivitet og produktivitet nemt aflæses og sammenlignes for de to sygehuse. I forhold til aktivitetsudviklingen på de to hospitaler er det således den procentvise udvikling, der sammenlignes, da Nordsjællands Hospital er ca. seks gange så stort som Bornholms Hospital. Vi bruger en indeksering af graferne, så udgangspunktet i 1. kvartal af 2016 sættes til indeks 100, og kurven herefter viser den procentvise udvikling fra dette udgangspunkt. Bilagsfigur 1.3 nedenfor illustrerer behovet for en skalamæssig indeksering af aktiviteten på de to sygehuse.

Bilagsfigur 1.3 Absolut produktionsværdi, Bornholm og Nordsjælland



Kilde: Evaluering af Udviklingshospital Bornholm, VIVE 2019.

Statistisk test

De figurer, som viser udviklingen over tid, suppleres af en statistisk test af, om forskellen i udviklingen mellem Bornholms og Nordsjællands Hospitaler har et omfang, der rækker ud over tilfældig variation. Vi anvender en regressionsmodel, som er robust over for skæve fordelinger. Testen bygger på de vægtede observationer (kvartalsvise summer), der også ses i grafen. Vi tester niveauet i 2017-2018 mod niveauet i 2016 og tager højde for den generelle udvikling ved specifikt at teste forskellen mellem de to hospitalers udvikling fra 2016 til 2017/2018. Vi anvender et signifikansniveau på 5 %. Det betyder, at forskelle i udvikling accepteres som statistisk signifikante, hvis de er så store, at der er mindre end 5 % sandsynlighed for, at det ville kunne forekomme tilfældigt.

Udfaldsmål

Aktiviteten måles på det samlede antal forløb samt på undertyper af forløb: akutte, planlagte ambulante forløb og indlæggelser. Indlæggelser er defineret ved at række ud over én dag fra ind- til udskrivning. Derudover ser vi også på antallet af unikke cpr-numre, antallet af indlæggelsesdage og antallet af genindlæggelser. Produktionsværdien opgøres som den samlede produktionsværdi og som produktionsværdi særskilt for akutte, planlagte, ambulante forløb og indlæggelser.

Hypoteser

Vi forventer overordnet at se en synlig forandring i produktionsværdi og aktiviteter på Bornholms Hospital. Ændringerne forventes at træde i kraft i løbet af 2017. Specifikt forventer vi, at fritagelsen for aktivitetsafregning kommer til udtryk i et fald i aktiviteter på Bornholm sammenlignet med Nordsjælland. I Bilagstabel 1.1 ses en oversigt over de variable, som analysen er baseret på.

Bilagstabel 1.1 Udfaldsmål

Mål	Definition	Kilde
Hospitalsaktivitetsmål:	Bornholms og Nordsjællands Hospital 2015-2018	
Den samlede produktionsværdi Alle kontakter Ambulante kontakter Indlæggelser Genindlæggelser Akutte kontakter Planlagte kontakter	DRG-værdi baseret på 2018-gruppering og 2018-takster	Landspatientregisteret og DRG-gruppering samt takster fra Sundhedsstyrelsen + egne beregninger
Antallet af kontakter	Antallet af udskrivninger fra sygehusforløb	Landspatientregisteret + egne beregninger
Antal akutte kontakter	Antal kontakter klassificeret som akutte	
Antal planlagte kontakter	Antal kontakter, som ikke er akutte.	
Antal ambulante kontakter	Antal af kontakter med ind- og udskrivning på samme dag	
Antal indlæggelser	Antal kontakter, som rækker over mere end én dag	
Antallet af unikke patienter	Optælling af antallet af forskellige cpr-numre, der har en kontakt i løbet af perioden	Landspatientregisteret + egne beregninger
Antallet af indlæggelsesdage	Summen af sengedage for indlæggelser	Landspatientregisteret + egne beregninger
Nationale mål:	Bornholms og Nordsjællands Hospital 2015-2016	
Genindlæggelser	Summen af antallet af somatiske genindlæggelser (akut indlæggelse senest 30 dage efter seneste udskrivning)	Landspatientregisteret + egne beregninger
Forebyggelige genindlæggelser	Forebyggelige indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår	Landspatientregisteret + egne beregninger

Kilde: Evaluering af Udviklingshospital Bornholm, VIVE 2019.

Analyse af fald i indlæggelser på Bornholms Hospital udarbejdet af Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har udarbejdet et internt dokument, der beskriver et fald i indlæggelser. Faldet tilskrives især fald i indlæggelser inden for kardiologi og cancerbehandling. Vi finder tilsvarende resultater, men med et lidt andet fokus. Vi forholder os til difference-in-difference-estimer, hvor Region Hovedstaden beskriver en absolut udvikling isoleret til Bornholms Hospital. Difference-in-difference-tilgangen er et værktøj til at finde forskelle, som kan isoleres til en udvikling på Bornholms Hospital modsat en generel udvikling i sygehussektoren.

Når Region Hovedstadens interne opgørelse finder et fald i antallet af indlæggelser for kardiologiske patienter, finder vi tilsvarende et fald for kardiologiske patienter isoleret set på Bornholms Hospital. Vi finder dog ingen reduktion på Bornholms Hospital, som adskiller sig signifikant fra udviklingen på Nordsjællands Hospital. Derfor kan vi ikke pege på kardiologiske indlæggelser som drivkraft til en udvikling, som kun forekommer på Bornholms Hospital. På cancerområdet kan vi til gengæld med difference-in-difference-modellen finde en markant reduktion på Bornholms Hospital, som også er signifikant forskellig fra udviklingen på Nordsjællands Hospital. Dermed kan vi for cancerpatienter godt underbygge, at reduktionen i indlæggelser for cancerpatienter særligt er for Bornholms Hospital. Da data ikke forsvarligt har kunnet understøtte analyser for særskilte diagnosegrupper i vores design, har vi valgt ikke at fortolke og rapportere resultater fra særlige diagnosegrupper.

Udvikling i kvalitet

For at undersøge om patienter på Bornholms Hospital har en ændret oplevelse af kontakten med hospitalet i forbindelse med hospitalets forskellige udviklingstiltag, præsenterer vi i dette afsnit udviklingen i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), se desuden Bilag 3.

Udviklingen er opgjort separat for de tre patientgrupper planlagt ambulant, planlagt indlagt og akut indlagt. Generelt ses der meget stabile besvarelsesniveauer for perioden 2014-2018, og intet tyder på, at udviklingshospital Bornholm har medført ændrede patientoplevelser.

Der ses en svag tendens til, at de patientoplevede fejl blandt ambulante patienter har været nedadgående over perioden, mens de har været stigende blandt planlagte indlæggelser. Der lader dog ikke til at ske et markant fald/en stigning omkring 2016, så udviklingen kan næppe tilskrives Udviklingshospital Bornholm. Både for de planlagt ambulante og de planlagt indlagte patienter ses en svag stigning i patientinvolvering. For de ambulante patienter sker stigningen primært mellem 2015 og 2016, mens den for de indlagte patienter først og fremmest ses mellem 2017 og 2018. Noget kunne altså tyde på, at man er blevet bedre til at involvere patienterne på Bornholm. De ambulante patienter er desuden blevet spurgt, om de mener, at der er tydelig skiltning til ambulatoriet. Dette spørgsmål relaterer direkte til delprojekt 7 og har derfor særlig interesse i denne analyse. Som det fremgår af Bilagsfigur 3.1, så ses der faktisk en større stigning for dette spørgsmål fra 2017 til 2018 (stigningen er signifikant ifølge patientoplevelser.dk), men denne stigning skyldes udelukkede et tilsvarende fald fra 2016 til 2017.

Kvalitativ undersøgelse af implementeringsprocessen og oplevede resultater

Den kvalitative analyse har bestået af interview med ledere, medarbejdere, patientrepræsentanter fra Bornholms Hospital, samarbejdspartnere til Bornholms Hospital i almen praksis og i Bornholms Regionskommune (BRK). Desuden er der gennemført interview med hospitalsledelse og afdelingsledelse på Nordsjællands Hospital. Endelig er der indsamlet tilgængeligt skriftligt materiale om de enkelte delprojekter, herunder løbende statusrapporter og opgørelser af målopfyldelse.

Interview med ledere, medarbejdere og patienter på Bornholms Hospital

Interviewene på Bornholms Hospital blev gennemført i efteråret 2018. I tråd med den overordnede strategi om at følge Udviklingshospital Bornholm på hospitalsniveau og indsatsniveau samt at følge op på de to foregående devalueringer blev interviewundersøgelsen tilrettelagt i to spor. Det ene spor relaterede sig til de enkelte delprojekter og det andet til hospitalet som helhed, herunder betydningen af hospitalets undtagelse fra takststyring og det kulturudviklingsprojekt, som blev igangsat midt i projektperioden.

Deltagere i interview

Til det spor, der vedrører delprojekterne, blev projektlederne for de enkelte delprojekter kontaktet og bedt om at udpege mulige interviewpersoner, som havde været involveret i udvikling og afprøvning af delprojekternes hovedaktiviteter. Disse potentielle interviewpersoner blev kontaktet, og der blev truffet aftale om et interview, som enten blev gennemført i forbindelse med VIVEs ugelange besøg på hospitalet i uge 45 (2018) eller i de følgende uger via telefon. Projektlederne for de enkelte delprojekter blev også interviewet i denne periode. Interviewene i dette spor blev primært gennemført som enkeltmandsinterview eller interview med 2-3 deltagere.

Til det spor, der vedrører hospitalsniveauet, blev programlederen for Udviklingshospital Bornholm bedt om at arrangere interview med hospitalets afdelingsledere og afsnitsledere. Her blev der efter-

stræbt repræsentation af de afdelinger og afsnit, der primært havde været berørt af Udviklingshospital Bornholm. Medarbejderrepræsentanter blev rekrutteret ved kontakt til afdelings-/afsnitsledere, som udpegede personale fra egne afdelinger/afsnit. Endelig blev der taget kontakt til hospitalets brugerråd med henblik på at få repræsenteret patienternes perspektiv på Udviklingshospital Bornholm. Interviewene i dette spor blev primært gennemført som gruppeinterview – dog med få undtagelser i de tilfælde, hvor enkelte interviewpersoner ikke havde mulighed for at deltage på tidspunktet for gruppeinterviewene.

I Bilagstabel 1.2 og Bilagstabel 1.3 ses en oversigt over de i alt 68 interviewpersoner²⁶, som deltog i undersøgelsen.

Bilagstabel 1.2 Interviewpersoner relateret til de enkelte delprojekter, Bornholms Hospital

Delprojekt	Interviewpersoner	Uge (2018)
1: Fælles og fleksible ambulatorier	Projektleder* <i>Fagpersoner, der har været involveret i delprojektets indsatser:</i> Forløbskoordinering for multisyge: forløbskoordinator (sygeplejerske), Afdeling for Medicinske Sygdomme Telefonkonsultationer: 1 overlæge, Afdeling for Medicinske Sygdomme Patientansvarlig læge: 1 overlæge, Afdeling for Medicinske Sygdomme Koordinering af tider: 2 lægesekretærer og sektionsleder for sekretærer	45
2: Ny visitationsform for akutte patienter	Projektleder* <i>Medlemmer af styregruppe:</i> Sundhedschef, BRK Praktiserende læge <i>Fagpersoner, der har været i kontakt med/involveret i indsatsen:</i> 2 projektsygeplejersker, Akutmodtagelse 2 sygeplejersker fra socialpsykiatrien, BRK 1 overlæge (dækker rådgivende funktion), Afdeling for Medicinske Sygdomme 1 uddannelseslæge fra almen praksis (har brugt rådgivende funktion)	45-46
3: Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre patienter mellem hospital, kommune og almen praksis	Projektleder* <i>Medlemmer af projekt- og styregruppe:</i> Sundhedschef, BRK 1 praktiserende læge <i>Fagpersoner der har deltaget i videokonferencer:</i> 2 overlæger, Afdeling for Medicinske Sygdomme 2 sygeplejersker, Afdeling for Medicinske Sygdomme 2 praktiserende læger 2 sygeplejersker, BRK	45-46
4: Patientrapporterede oplysninger – PRO	Projektet er lukket	-
5: Bedre bestilling og brug af diagnostik	Projektleder* Formand for styregruppe	45
6: Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår	Projektleder** <i>Fagpersoner, der har været involveret i/kontakt med indsatsen:</i> 3 overlæger, Afdeling for Medicinske Sygdomme 1 sygeplejerske Observation af et tavlemøde	39-46
7: Kultur, rammer og kompetencer	Projektleder* Formand for styregruppe	45

²⁶ Nogle af interviewpersonerne har deltaget i flere interview, og derfor vil en sammentælling på baggrund af tabellerne give et højere antal interviewpersoner end 68.

Delprojekt	Interviewpersoner	Uge (2018)
8: Følg patienternes præference i den sidste levetid	2 projektledere*** (projektlederskift i foråret 2018) <i>Fagpersoner, der har været involveret i/kontakt med indsatsen:</i> 2 overlæger, Afdeling for Medicinske Sygdomme 3 sygeplejersker, Afdeling for Medicinske Sygdomme 1 afdelingsleder, Afdeling for Medicinske Sygdomme Leder af rehabiliteringsenhed, BRK Leder af sygeplejen, BRK 1 praktiserende læge (skriftlige svar)	40-45

Noter: * Ansat på Bornholms Hospital
** Ekstern konsulent ansat i Kompetencecenter for Patientoplevelser
*** Ekstern konsulent ansat i Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
BRK: Bornholms Regionskommune.

Kilde: Evaluering af Udviklingshospital Bornholm, VIVE 2019.

Bilagstabel 1.3 Interviewpersoner, tværgående interview på Bornholms Hospital

	Interviewpersoner	Uge (2018)
Direktion og programleder	Hospitalsdirektør Vicedirektør Programleder	37-38
Afdelingsledere	Gruppeinterview 1: Afdelingssygeplejerske for Akutmodtagelsen Afdelingssygeplejerske for Medicinsk Ambulatorium Ledende overlæge, Afdeling for Medicinske Sygdomme Oversygeplejerske, Kirurgisk Afdeling Ledende fysioterapeut, Fysio- og ergoterapi Ledende bioanalytiker, Diagnostisk Enhed (prøvetagning og laboratorie) Kvalitetschef (konst.), Kvalitet- og Uddannelse Serviceleder, Enhed for Ventet og Velkommen Gruppeinterview 2: Oversygeplejerske, Afdeling for Akutmodtagelse, bedøvelse og intensiv behandling Oversygeplejerske, Afdeling for Medicinske Sygdomme Afdelingssygeplejerske, Afdeling for Medicinske Sygdomme Afdelingssygeplejerske, Diagnostisk enhed (prøvetagning og laboratorie) Afdelingsleder, Diagnostisk enhed Enkelmandsinterview (manglende mulighed for at deltage i gruppeinterview) Sektionsleder for sekretærer Ledende overlæge, Afdeling for Kirurgi (konst.) og Afdeling for Akutmodtagelse, bedøvelse og intensiv behandling	45
Medarbejdere	Gruppeinterview: Sygeplejerske, Afdeling for Akutmodtagelse, bedøvelse og intensiv behandling (Akutmodtagelsen) Sygeplejerske, Afdeling for Akutmodtagelse, bedøvelse og intensiv behandling (Intensiv Behandling) Sygeplejerske, Afdeling for Medicinske Sygdomme (medicinsk ambulatorie) Sekretær, Afdeling for Medicinske Sygdomme (medicinsk sengeafsnit) Sygeplejerske, Diagnostisk enhed (røntgen og scanning) Bioanalytiker, Diagnostisk enhed (prøvetagning og laboratorie) Fysioterapeut, Fysio- og ergoterapi	45
Patientrepræsentanter	4 medlemmer af hospitalets brugerråd	45
Øvrige	Specialkonsulent fra Kompetencecenter for Patientoplevelser (udarbejdede den indledende organisationsanalyse ((Region Hovedstaden, 2016a)) har bidraget med løbende sparring på patientinddragelse og foretaget analyser vedrørende patientoplevelser knyttet til udvalgte projekter)	41

Kilde: Evaluering af Udviklingshospital Bornholm, VIVE 2019.

Interviewenes indhold og struktur

Alle interview er gennemført med udgangspunkt i en semi-struktureret interviewguide, hvor interviewpersonerne bliver bedt om at forholde sig til forudbestemte temaer, men med mulighed for at give åbne og detaljerede svar (Kvale, 1994, s. 129). Interviewene har fulgt en interviewguide, som er tilpasset den enkelte interviewperson og dennes rolle i Udviklingshospital Bornholm, men med vægt på at spørge ind til flere af de samme temaer. De temaer, som har indgået i de respektive interviewguides, fremgår af Bilagstabel 1.4.

Bilagstabel 1.4 Hovedtemaer fra interviewguides, Bornholms Hospital

	Hospitals- ledelse/pro- gramleder	Afdelings- ledere/af- snitsledere	Medarbej- dere	Patient- repræsen- tanter	Projektledere	Deltagere i delprojekter
Oplevet betydning af undtagelse fra takststyring – ændret ledelsesrum og handlerum m.m.	X	X	X			
Oplevelse og beskrivelse af udviklings- og implementeringsprocessen – delprojekterne	X	X	X		X	X
Oplevelse og beskrivelse af udviklings- og implementerings processen – kulturudviklingsprocessen	X	X	X			X
Samspillet med andre samtidige udviklingsprocesser	X	X	X		X	X
Kendskab til Udviklingshospital Bornholm og oplevet betydning for det daglige arbejde på medarbejderniveau – delprojekterne	X	X	X		X	X
Oplevet udbytte – delprojekter (indsatsniveau)	X	X	X	X	X	X
Oplevet udbytte – hospitalsniveau	X	X	X	X		X

Kilde: Evaluering af Udviklingshospital Bornholm, VIVE 2019.

Efterbearbejdning og analyse af interview

De fleste interview blev optaget elektronisk og efterfølgende lyttet igennem og sammenfattet i et udførligt referat. Enkelte interview er ikke blevet optaget, eksempelvis fordi interviewpersonen ikke ønskede det. I de tilfælde er der taget noter undervejs, og umiddelbart efter interviewet er der skrevet et fyldigt referat. I et delprojekt var en praktiserende læge ikke interesseret i at stille op til interview, men ville gerne besvare spørgsmålene skriftligt. Denne skriftlige tilbagemelding har indgået på lige fod med interviewreferaterne.

Interviewene, som vedrørte delprojekterne (*indsatsniveau*), blev i første omgang sammenfattet i relation til de enkelte delprojekter under følgende temaer:

- Formål og mål
- Aktører, som har været inddraget i delprojekterne
- Status på hovedaktiviteter
- Forhold, der har påvirket fremdrift og resultater.

Disse sammenfatninger fremgår af Bilag 2 og har dannet baggrund for en analyse foretaget på tværs af delprojekterne med henblik på at kunne fremhæve tværgående forhold, som har påvirket delprojekternes fremdrift og resultater. Denne analyse har taget udgangspunkt i meningskondensering (Kvale, 1994, s. 192-194), hvor sammenfatningerne er blevet læst igennem og tematiseret ud fra interviewpersonernes oplevelse af, hvad der henholdsvis har udfordret eller bidraget positivt til hovedaktiviteternes udvikling og fremdrift. Her opstod tre overordnede temaer: *oplevelse af meningsfuldhed og relevans, forpligtelse fra aktører på det udførende niveau* og *svære rammebetingelser* som fremtrædende forklaringer (se afsnit 5.3).

De tværgående interview (*hospitalsniveau*) er ligeledes blevet optaget elektronisk og sammenfattet i referater. Ved disse interview deltog to af denne rapports forfattere, hvoraf den ene styrede interviewet, og den anden skrev referat undervejs i interviewet. Disse referater blev ligeledes læst igennem med henblik på en meningskondensering. I første omgang blev interviewudsagnene sorteret i forhold til, om de vedrørte de tre styringstiltag: *undtagelsen fra takststyring, kulturforandring* og *projektprogrammet*. Inden for hvert af disse styringstiltag blev interviewpersonernes udsagn tematiseret i forhold til, om de beskrev styringstiltagets måde at påvirke til forandringer, og hvilke forandringer de bidrog til. Endelig blev der i disse tværgående interview også foretaget en tematisering af interviewudsagn, som vedrørte de mange andre udviklingstiltag, som foregik på hospitalet samtidig med Udviklingshospital Bornholm, og hvordan de har påvirket til forandringer alene og i samspil hermed.

Der anvendes *ikke* citater i relation til delprojekterne, da det er vurderingen, at der er tale om en så lille gruppe personer, at det vil være for let at genkende de interviewpersoner, som har udtalt sig. I rapporten bruges derfor kun *citater* med det formål at illustrere en bestemt pointe fra den del af analysen, som vedrører hospitalsniveauet. Citaterne illustrerer generelle analytiske pointer og repræsenterer ikke en enkelt interviewperson, medmindre dette er angivet i teksten. Der er henvist til interviewpersonens titel, men ikke til navn eller organisatorisk tilhørsforhold.

Skriftligt materiale vedrørende delprojekterne

Som supplement til de interview, der blev gennemført i relation til delprojekterne, blev der også indsamlet tilgængeligt skriftligt materiale. VIVE har løbende modtaget opdaterede versioner af delprojekternes projektbeskrivelser, som har bidraget til at følge udviklingen i mål og aktiviteter. VIVE har også haft adgang til delprojekternes løbende tilbagemeldinger om fremdrift og målopfyldelse til Udviklingshospital Bornholms styregruppe og Advisory Board, der har suppleret interviewpersonernes beskrivelser af fremdrift og udbytte. Derudover har VIVE i forbindelse med interviewene fået tilsendt delprojekternes egne evalueringer, eksempelvis af patienters oplevelse af en given indsats eller en kortlægning af patientgrundlaget for en given indsats. Projektlederne for de enkelte delprojekter har desuden udarbejdet en erfaringsopsamling til slut i projektperioden, som har suppleret interviewpersonernes vurdering af de udfordringer, der har været i delprojekterne, hvilke forhold der har bidraget positivt til fremdrift, og hvilken læring man kan tage med fra projektet.

Interview med hospitalsledelse og afdelingsledere på Nordsjællands Hospital

Interviewene på Nordsjællands Hospital blev gennemført i januar 2019. Interview med informanter havde to formål: For det første skulle interviewene bidrage til en forståelse af den udvikling i hospitalets aktivitet, som blev undersøgt i det komparative registerstudie. For det andet skulle interviewene bidrage med en mere generel forståelse af, hvilken betydning de økonomiske rammer har for udvikling og forandring på hospitaler.

Deltagere i interview, Nordsjællands Hospital

Nordsjællands Hospital indgik også som sammenligningsgrundlag ved den første devaluering, og hospitalet blev derfor kontaktet med henblik på at gennemføre interview med afdelingsledere fra de

samme afdelinger, som deltog i interview dengang. Ved første devaluering blev det tilstræbt, at de afdelinger fra Nordsjællands Hospital, der blev repræsenteret i interviewundersøgelsen, skulle dække de samme patientgrupper, som behandles på Bornholms Hospital. De to hospitaler er dog ikke organiseret på samme måde, idet den medicinske og kirurgiske afdeling på Bornholms Hospital ikke er specialeopdelt. Der blev derfor valgt en medicinsk og kirurgisk afdeling på Nordsjællands Hospital (henholdsvis Nefrologisk, Endokrinologisk, Kardiologisk, Ortopædkirurgisk Afdeling), der varetog de samme patientgrupper som de tilsvarende afdelinger på Bornholms Hospital. Anæstesi-afdelingen og Akutmodtagelsen er under samme afdelingsledelse på Bornholms Hospital, men organisatorisk adskilt i Nordsjællands Hospital, og der blev her foretaget interview med afdelingsledere fra begge afdelinger. Derudover deltog afdelingsledelsen fra Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling i interview. Afdelingsledelsen for Billeddiagnostisk Afdeling deltog i interview i forbindelse med første evaluering, men var forhindret i at deltage ved denne slutevaluering. Endelig deltog hospitalets ene vicedirektør og økonomichef. I Bilagstabel 1.5 ses en oversigt over interviewpersoner fra Nordsjællands Hospital.

Bilagstabel 1.5 Interviewpersoner, Nordsjællands Hospital

Afdeling	Interviewpersoner
Akutmodtagelsen	Ledende oversygeplejerske
Anæstesiologisk Afdeling	Ledende overlæge
Endokrinologisk og Nefrologisk Afdeling samt Kardiologisk Afdeling	Ledende overlæge og ledende oversygeplejerske
Ortopædkirurgisk Afdeling	Ledende overlæge og ledende oversygeplejerske
Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling	Chefjordemoder, ledende oversygeplejerske og ledende overlæge
Hospitalsledelse	Vicedirektør og økonomichef

Kilde: Evaluering af Udviklingshospital Bornholm, VIVE 2019.

Interviewenes indhold og struktur, Nordsjællands Hospital

Interviewene med afdelingsledere og hospitalsledelse på Nordsjællands Hospital er også gennemført som semi-strukturerede interview, men fulgte en lidt anden interviewguide end den, der blev fulgt i interview med afdelingslederne fra Bornholms Hospital. Det skyldes, at Nordsjællands Hospital ikke har været undtaget fra aktivitetsstyring og derfor primært er blevet bedt om at forholde sig til den styringsramme, som de har været underlagt. Følgende temaer indgik i interviewguiden på Nordsjællands Hospital:

- Betydningen af at være takststyret for henholdsvis administrative procedurer, planlægning og arbejdstilrettelæggelse på klinisk niveau og den kvalitet i patientbehandling og -pleje, som kan leveres i afdelingen/på hospitalet, herunder også betydningen af udmeldingen om at fjerne kravet om årlig produktivitetsstigning.
- Andre formelle styringstiltag, som har indflydelse på den måde, hvorpå arbejdet planlægges og udføres.
- Ændringer i afdelingen/på hospitalet, som kan bidrage til at forklare den udvikling i aktivitet, som undersøges i registerstudiet.
- Generel vurdering af undtagelsen fra takststyring og værdibaseret styring som redskaber til at skabe forandring/forbedring i fx kvalitet, aktivitet, bedre ressourceudnyttelse, patienten i centrum m.m.

Efterbearbejdning og analyse af interview, Nordsjællands Hospital

Interviewene på Nordsjællands Hospital er bearbejdet og analyseret på samme måde som de tværgående interview på Bornholms Hospital, dog med fokus på andre temaer. Interviewene er dels tematiseret i forhold til udsagn, som vedrører udviklingen i aktivitet på hospitalet og de enkelte afdelinger, dels i forhold til udsagn, som vedrører den oplevede betydning af eksisterende styringstiltag. Disse udsagn indgår i rapporten, i det omfang de understøtter de analytiske pointer, som udledes på baggrund af analysen af interview foretaget på Bornholms Hospital.

Bilag 2 Delpjekternes status og fremdrift

I dette bilag præsenteres de enkelte delpjekter hver for sig. Præsentationen er struktureret under temaerne: delpjektets mål, aktører inddraget, status på hovedaktiviteter og forhold, der har påvirket fremdrift og resultater. Formålet med beskrivelserne er at give en oversigt over, hvor langt delpjekterne var ved projektperiodens afslutning, hvilke resultater der var opnået, og hvilke udfordringer der har været undervejs.

Beskrivelsen af delpjekterne er baseret på interview foretaget i efteråret 2018 og skriftligt materiale indsamlet om delpjekterne, herunder projektledernes løbende statusopgørelser over delpjekterne, projektledernes afsluttende erfaringsopsamlinger og dataindsamling samt analyse initieret af projektgrupperne selv.

Beskrivelserne har været sendt til gennemsyn og kommentering hos projektlederne for de enkelte delpjekter, afdelingsledere samt programlederen for Udviklingshospital Bornholm. Delpjekt 4 blev lukket undervejs i projektperioden og er derfor ikke beskrevet i det følgende.

Delpjekt 1: Fælles og fleksible ambulatorier	
Mål	Projektets formål har været at afprøve, om gruppen af kronikere med mange ambulante besøg oplever, at deres besøg i ambulatorierne bliver mere passende og bedre tilrettelagt, når hospitalet koordinerer aftaler, så flere ambulatoriebesøg kan klares på én dag. Det har desuden været et formål at erstatte patienters fremmøde med telefonkonsultationer og arbejde med koordinering på tværs af specialer via ugentlige tværfaglige konferencer for lægerne i Afdeling for Medicinske Sygdomme. Mål: ▪ Mål: 10 % reduktion af antal ambulante besøg for de inkluderede patienter ▪ Mål: 15 % øgning i antal telefonkonsultationer for de inkluderede patienter ▪ Kvalitativt mål: Patienterne oplever, at antallet af ambulante besøg er passende ▪ Kvalitativt mål: Patienterne oplever, at deres fremmøde i ambulatoriet er godt tilrettelagt.
Aktører inddraget	Projektledelsen har været varetaget af en ledelseskonsulent i Afdeling for Medicinske Sygdomme. Projektgruppen har derudover bestået af en overlæge fra Afdeling for Medicinske Sygdomme, en sygeplejerske fra ambulatorie 1 (blev erstattet af afdelingssygeplejerske fra ambulatorie 1 i forbindelse med barsel), en lægesekretær fra ambulatorie 1 og en sygeplejerske fra ambulatorie 2. Særligt sekretærerne har haft en opgave med at koordinere tider, men det har også krævet inddragelse af det kliniske personale.

Status på hoved-aktiviteter	Der har i projektet været fokus på koordinering af tider for patienter, som har forløb i flere ambulatorier – herunder også koordinering af tider til blodprøvetagning eller andre diagnostiske undersøgelser. I sekretærgruppen har der været særligt stort fokus på koordination, når de booker patienters ambulatorietider. Blandt de interviewede sekretærer var der dog også en oplevelse af, at læger og sygeplejersker er mere opmærksomme på at gøre sekretærene opmærksomme på, hvis patienten har forløb i andre ambulatorier eller eksplicit har ønsket, at tiderne koordineres. Der er foretaget interview med fem patienter om deres oplevelse af at have flere tider på samme dag (interview foretaget af ekstern konsulent fra KOPA). Disse patienter var overvejende positive over for at samle flere tider på én gang, så de slap for at tage fri fra arbejde eller bede pårørende om hjælp flere gange. Patienterne efterspurgte til gengæld bedre information om mødetider i indkaldelsesbrevet. Personalet, som blev interviewet i forbindelse med denne devaluering, havde dog erfaring med, at ikke alle patienter foretrak at samle tider, og at det er vigtigt at afklare dette med patienten, så man ikke lader sine egne personlige forestillinger og præferencer guide planlægningen af patientens forløb. Der er frikøbt tid til en forløbskoordinator, som kan hjælpe multisyge patienter med at overskue og håndtere deres mange besøg på hospitalet. Der blev i interviewene beskrevet konkrete eksempler på patienter, som ikke kunne overskue deres mange kontrolforløb, og som forløbskoordinatoren havde haft samtaler med og bl.a. fået afklaret, om de ønskede en samling af tider, i det omfang det kunne lade sig gøre. Dernæst har forløbskoordinatoren været tovholder på koordineringen, herunder at fremsætte patientens ønsker for den sekretær, der skulle booke tider, og for den patientansvarlige læge, som kunne tage stilling til, om nogle kontroltider kunne forskydes i forhold til den sædvanlige kadence inden for de enkelte subspecialer. I forbindelse med budgetplanlægningen for 2019 er det blevet besluttet fortsat at allokere ressourcer til forløbskoordination for multisyge patienter. Tilbuddet fortsættes derfor og videreudvikles i 2019. Patientansvarlige læge (PAL) er blevet inddraget som en del af delprojekt 1, selvom det egentlig er en ordning, der kører som et udviklingsprojekt uafhængigt af Udviklingshospitalet Bornholm. Vurderingen var, at formålet med PAL (tryghed, overblik og sammenhæng) passede godt til delprojektets målsætninger og bl.a. er tænkt ind som en ressource i beslutningen om, hvornår kontroltider kan flyttes, med henblik på koordinering med andre kontroltider (se ovenfor). Interviewene tyder på, at nogle læger, der er udpeget som PAL, ikke har haft yderligere opgaver i relation til denne rolle, hvor andre har spillet en aktiv rolle enten i dialogen med patienter og pårørende eller i dialogen med sekretær og forløbskoordinator. Arbejdet med PAL fortsætter efter projektets afslutning. Der har været fokus på telefonkonsultationer. Her har der været fokus på: ▪ at erstatte fremmøde med telefonskonsultationer i de tilfælde, hvor det har været relevant ▪ at kode telefonskonsultationer korrekt ▪ at indføre en telefon med synligt nummer som erstatning for hospitalets øvrige telefoner, der viser 'hemmeligt nummer'. Erfaringen var, at en del patienter var tilbøjelige til ikke at besvare opkaldet, når der ringes uden synligt nummer. Opgørelser over antallet af telefonkonsultationer viser en markant stigning fra marts 2017 til april 2017. Dette hænger formentlig sammen med en anden kodningspraksis efter indførelse af Sundhedsplatformen. Der ses imidlertid fortsat en stigning på 19 % i medianen for maj-december 2017 til januar-august 2018. Denne øgning skyldes formentlig ikke kun indsatsen i delprojektet, idet udredningsretten formentlig har betydet, at der har været større tilbøjelighed til at ringe patienter op frem for et fremmøde for at skabe flere tider til udredningspatienter. Der er desuden sket en udskiftning i lægestaben, og der ses en tendens til, at de yngre læger i højere grad gør brug af telefonkonsultationer. Det er desuden vurderingen, at brugen af telefonkonsultationer
------------------------------------	--

Delprojekt 1: Fælles og fleksible ambulatorier

	er specialeafhængig. Erfaringen med telefonkonsultationerne er, at det ikke nødvendigvis tager kortere tid, men kan være en fordel for patienterne, som ikke skal møde op i ambulatoriet. Der er indført ugentlige tværfaglige konferencer for lægerne i Afdeling for Medicinske Sygdomme. Konferencens gennemføres som en forlængelse af middagskonferencen hver onsdag. Her præsenteres en konkret patientcase, som en af afdelingens læger gerne vil have sparring på fra kolleger fra andre subspecialer. Der er tilknyttet en sekretær til den tværfaglige konference, som sørger for at minde lægerne om at melde cases ind til konferencen, og som hjælper den læge, der præsenterer, med at tage referat af de drøftelser, der foregår på konferencen. Den tværfaglige konference betragtes som et tiltag i drift.
Forhold, der har påvirket fremdrift og resultater	Det har været en udfordring at få data om udviklingen i koordineringen af ambulatorietider. Der har været et ønske om at blive klogere på, hvilke typer af konsultationer der koordineres (fx sygeplejekonsultationer og lægekonsultationer eller lægekonsultationer og diagnostiske test), og hvilke patienter der koordineres for. Det har kun været muligt at trække lister over besøg i ambulatoriet for en enkelt dag og manuelt tælle sammen, hvor mange patienter der har haft flere tider på samme dag. Afdeling for Medicinske Sygdomme er kommet med et netværk for multisygdomsklinikker på grund af arbejdet med fælles og fleksible ambulatorier²⁷. I dette netværk arbejder man på i fællesskab at finde en måde at notere koordinerede tider i Sundhedsplatformen, men dette var ikke afklaret på interviewtidspunktet (november 2018). Sekretærerne efterspørger en systematik omkring notering af patienters præferencer i forhold til at få koordineret/ikke koordineret deres tider i ambulatoriet. Det er erfaringen, at nogle patienter ikke ønsker at få koordineret deres tider, og enten ringer til sekretærerne og beder dem flytte runde på de tider, de har fået, eller fortæller det i samtalen med lægen/sygeplejersken. I Sundhedsplatformen er der et felt (FYI), hvor man kan notere forhold omkring patientens livssituation, men informationen om ønsker til booking risikerer at drukne i anden information. FYI-feltet bruges dog til mange andre oplysninger, som kommer til at ligge i en lang tekststrække. Patientens ønsker til koordinering kommer nemt til at forsvinde i den samlede tekstmængde. Eftersom Bornholms Hospital er en lille organisation, og fordi mange ambulatorier varetages af eksterne lægekonsulenter, er det ikke muligt at holde alle ambulatorier åbne på samme tid. Det vanskeliggør målet om at koordinere tider. Dette anses for at være en præmis, som kan være svær at løse, men i vagtplanlægningen forsøges det så vidt muligt at sikre sammenfald i åbne ambulatorier mellem relevante subspecialer. Der har desuden været forsøg med at flytte et lungemedicinsk sygeplejeambulatorie til om lørdagen, hvor der var en lungemediciner til stede, men de seneste spærkrav medførte, at dette blev lavet om igen. En vigtig læring i projektet har været at have fokus på at koordinere ud fra de muligheder, som hospitalet har, i samspil med patientens præferencer og en faglig vurdering. Hvis patienten eksempelvis ønsker at blive set af den samme læge ved næste kontroltid, og det betyder, at ventetiden bliver længere, så afklares det med en speciallæge, om det er forsvarligt. Der er identificeret en udfordring i relation til den information, som gives til patienterne i indkaldelsesbrevene. Her fremgår mødetid og -sted, men ikke hvilken sygdom de skal til kontrol for. For multisyge patienter med mange forløb kan det være forvirrende. Det er et generelt problem i Sundhedsplatformen, som skal afklares og ændres fra regionalt hold.

²⁷ Inkluderer bl.a. Fælles Medicinsk Ambulatorium på Holbæk Sygehus.

Delprojekt 2: Ny visitationsform for akutte patienter	
Mål	Indsatsens formål var i udgangspunktet at mindske antallet af forebyggelige akutte indlæggelser, og fokus var på KOL- og diabetespatienter. Indsatsen skulle dels konvertere akutte indlæggelser til subakut ambulant udredning (også en del af delprojekt 1), dels udnytte kommunale pleje- og rehabiliteringstilbud som alternativ til hospitalsindlæggelse. I udgangspunktet var der opstillet en række kvantitative succeskriterier, fx omkring 50 % reduktion af akutte indlæggelser i dagtiden. Endvidere var der en intention om at udarbejde lister over særlige risikopatienter, som man skal være særlig opmærksom på, om der findes alternativer til indlæggelse for. Der er gennemført en række analyser af data for akutte indlæggelser og ambulante besøg samt indhentning af erfaringer fra læger og plejepersonale. Analyserne er brugt til at vurdere omfang og potentiale af indlæggelser, der kan forebygges/konverteres, samt til at kvalificere antagelserne bag projektet. Analyserne viste, at datakodningen er for dårlig til at udarbejde de ønskede opgørelser over antallet af indlæggelser relateret til projektets resultatmål. Manuelle gennemgange har samtidig vist, at antallet af de pågældende indlæggelser langt fra var så højt som først antaget. Ingen af de gennemførte indsatser har derfor et omfang, hvor det er muligt at vurdere, om indsatsen forebygger indlæggelser på et validt grundlag. Delprojektet har derfor forladt tanken om risikolister og kvantitative mål til fordel for et kvalitativt fokus på at forbedre eksisterende arbejdsgange og forløb for udvalgte patientgrupper. Endvidere indgår det som et vigtigt fokus, at nye rutiner og justering af arbejdsgange m.m. opleves som relevante forbedringer af fagpersoner og patienter, så de kan videreføres på permanent basis efter afslutning af projektperioden.
Aktører inddraget	Der er udsendt information om hotlinen "Rådgivende visitationsansvarlig overlæge" til de praktiserende læger og medarbejdere i akutmodtagelsen. Tovholder for KBU-læger og KBU-læger, som deltager i nyt tilbud: introduktionsdag til det kommunale sundhedsområde og socialpsykiatrien. Medarbejdere fra akutmodtagelsen, socialpsykiatrien og selvskadende patienter er involveret i indsatsen for psykiatiske patienter i akutmodtagelsen.

Status på hoved-aktiviteter	Der er oprettet en visiterende/rådgivende funktion, hvor praktiserende læger i tidsrummet kl. 13.30-14.00 kan ringe til visitationsansvarlig overlæge for at konferere om patienter, der er indlæggelsestruede. I dagtiden har forvagten i akutmodtagelsen samme mulighed for at kontakte rådgivende visitationsansvarlig overlæge, hvis patienten allerede er ankommet til akutmodtagelsen, og det vurderes muligt at anvende kommunale tilbud/en subakut ambulant tid som alternativ til en indlæggelse. Aften og nat konfererer forvagten på hospitalet med den medicinske bagvagt om muligheden for bestille subakutte tider som alternativ til indlæggelse. Ordningen vurderes vel implementeret, og implementering/drift påvirker ikke den daglige drift ressourcemæssigt. Ordningen bruges i det omfang, det er relevant, og der er 2-3 henvendelser om ugen. De praksislæger, der har gjort brug af ordningen, udtrykker stor tilfredshed med udbyttet, og ordningen ses også som et af de elementer, der understøtter, at indlæggelser konverteres til akutte ambulante tider. På den baggrund er det besluttet, at ordningen videreføres i drift. Der er udviklet et introduktionsforløb, hvor KBU-læger fra hospital og praksis skal modtage undervisning og en guidet tur i de kommunale/misbrugs- og psykiatriske tilbud på Bornholm. Indtil videre har der været tre hold KBU-læger afsted, og evalueringerne viser, at der er stor tilfredshed med udbyttet af dagen. Med afsæt i de gennemførte arrangementer er programmet justeret, så der er mere fokus på socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen i kommunalt regi. Med afsæt i de positive erfaringer er det aftalt, at introforløbet fortsætter som et fast element i KBU-introduktionen. Der er igangsat et udviklingsprojekt for at forbedre forløbene for psykiatriske patienter i akutmodtagelsen og udnævnt to faste ressourcepersoner for afdelingens arbejde med denne patientgruppe. Fokus er dels på akutmodtagelsens generelle kompetencer og rutiner, dels på særlige grupper. Første patientgruppe, som der er særligt fokus på, er selvskadende patienter, men der er en forventning om, at resultater og justeringer kan anvendes som afsæt for yderligere grupper – fx demente, misbrugere og udadreagerende patienter. De selvskadende patienter er valgt, fordi gruppen har relativt mange og gentagne henvendelser til akutmodtagelsen, samtidig med at der vurderes at være et stort potentiale for at forbedre deres forløb på den til tider pressede akutmodtagelse. Indsatsen er startet med at kortlægge forløb og forbedringsmuligheder for gruppen af selvskadende patienter. Det er sket med afsæt i interview med personale, patienter og personale fra den kommunale socialpsykiatri, samt studiebesøg på psykiatriske skadestuer i København. Arbejdet har resulteret i nedenstående justeringer, der vurderes at være velfungerende og til gavn for de selvskadende patienter: ▪ To sygeplejersker har været på studiebesøg på Psykiatrisk Center Bornholm, psykiatrien og misbrugsteamet. ▪ Der er implementeret en ny rutine, så Psykiatrisk Center Bornholm og socialpsykiatrien henvender sig direkte til akutmodtagelsen, når selvskadende patienter fx har behov for fx at blive syet. Dette giver mulighed for at aftale et tidspunkt, hvor patienten kommer over og for det meste kan komme til direkte og uden at skulle vente med de øvrige patienter. ▪ Det er ikke kun blandt sygeplejersker, at man har arbejdet målrettet med denne patientgruppe. Lægerne har bl.a. også drøftet suturering eller stapling af sår ud fra, hvad er bedst for patienten, og hvad ønsker patienten. Det er aftalt, at personale fra Psykiatrisk Center Bornholm underviser personalet i akutmodtagelsen i deeskalering og konflikthåndtering, samt at konflikthåndtering indgår som en del af afdelingens årshjul. ▪ Der planlægges oplæg fra psykisk syge patienter til personalet i akutmodtagelsen. ▪ Der er planlagt åbent hus for socialpsykiatrien, psykiatrisk center og misbrugsteamet, hvor de har mulighed for at se rammerne og arbejdet i akutmodtagelsen på Bornholm. Erfaringer fra arbejdet med kateterpatienter: Ved starten af delprojektet var der en antagelse om, at mange kateterpatienter indlægges unødigt på grund af stop i kateter
------------------------------------	---

Delprojekt 2: Ny visitationsform for akutte patienter	
	o.l. Det har efterfølgende vist sig meget vanskeligt at identificere antallet af disse patienter, da de kan 'gemme' sig under flere forskellige diagnoser. Der er gennemført manuelle optællinger over de diagnoser, hvor man formoder, at kateterpatienterne findes, men det har ikke været muligt at vurdere det præcise antal årlige indlæggelser med afsæt i disse. Delprojektets sidste fokusområde er konvertering af akutte indlæggelser til sub-akut tid hos en speciallæge i ambulatoriet inden for 1-2 dage. Ansvar for denne vurdering ligger hos den visiterende overlæge i Akutmodtagelsen. Manuelle optællinger viser, at det gennemsnitligt er to patienter pr. dag, som henvises fra akutmodtagelsen til ambulatoriet. De fleste patienter falder inden for det medicinske speciale, og derfor har en intern medicinsk overlæge dagligt afsat akuttider i tidsrummet kl. 13.30-15.00. Patienter fra andre specialer bookes på ad hoc basis. Uden for projektet er der udarbejdet en ny arbejdsgang for patienter med dyb venetrombose, således at disse henvises til en ambulant tid frem for at blive indlagt. Med det afsæt er projektgruppen i gang med at undersøge, om der er andre patientgrupper – fx patienter med galde- og nyresten, hvor der kan etableres lignende rutiner.
Forhold, der har påvirket fremdrift og resultater	Oprettelsen af ny akutmodtagelse og implementering af Sundhedsplatformen udkonkurrerede til dels arbejdet med nye visitationsformer i første halvdel af projektperioden. Det har taget lang tid at kvalificere de antagelser og succeskriterier, delprojektet var bundet op på. Analyserne har endvidere vist, at de overordnede antagelser ikke holdt stik eller ikke var mulige at belyse og dokumentere med afsæt i tilgængelige data. Løbende udskiftninger i indsatsens projekt- og styregruppe har også gjort det vanskeligt at fastholde kontinuitet og fremdrift i arbejdet. Projektet har derfor stået stille i længere perioder. Med afsæt ovenstående forhold fremstår det som en generel vurdering, at projektet kunne være kommet hurtigere i gang, hvis det i højere grad tog afsæt i den viden og de problemstillinger, der i forvejen arbejdes med i relation til samarbejdet omkring indlæggelse og udskrivning. Flere involverede efterlyser også en mere entydig ledelsesmæssig forankring, hvor fx projektets styregruppe i højere grad var forankret i afdelingsledelsen for Akutmodtagelsen og relevante ambulatorier. Dette har været tilfældet siden foråret 2018, hvor den ledende overlæge fra Akutmodtagelsen har været styregruppeformand, mens indsatsens projektleder har en baggrund som afdelingssygeplejerske. Begge dele forbindes positivt med fornyet fremdrift og resultater. I starten af projektperioden var det ikke muligt at forankre et ejerskab til delprojektet hos relevante hospitalslæger. Det skyldes – ifølge informanterne – bl.a., at Udviklingshospitalets delprojekter kæmper om at involvere de samme læger og nøglepersoner, fordi der er for få at vælge imellem. I sidste halvdel af projektet er det lykkedes at skabe en fast forankring, hvilket har haft positiv betydning for fremdrift og resultater.

Delprojekt 3: Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre medicinske patienter mellem hospital, kommune og almenpraksis

Mål	Indsatsens overordnede mål var at styrke koordination og sammenhæng i patientforløbet for 65+-årige patienter ved indlæggelse og udskrivelse. Endemålene var, at antallet af indlæggelser for patientgruppen skulle reduceres med 10 %, samt at inkluderede patienter og deres pårørende oplever en tryk indlæggelses-/udskrivesproces og velkoordinerede overgange mellem egen bolig og hospital. Under opstarten af indsatsen blev det besluttet, at midlet til at realisere de overordnede målsætninger var udvikling af et koncept for korte, fokuserede og tværsektorielle videokonferencer, hvor hospital, egen læge, hjemmepleje og patient/pårørende kunne lægge en fælles plan for overlevering og det videre forløb. Delmål for videokonferencernes udvikling og implementering knyttede sig til, at: ▪ konceptet skulle udvikles, så pårørende/patienter har mulighed for at deltage ▪ det skulle dokumenteres, hvilke typer af patientforløb der egner sig bedst til at afholde videokonferencer ▪ der efter fuld implementering afholdes minimum 5 konferencer om ugen. Indsatsens overordnede mål er ikke ændret i løbet af projektperioden, men i takt med, at indsatsen har vist sig vanskelig at implementere, er der lavet en række justeringer. De vigtigste knytter sig til at: ▪ videokonferencer ved indlæggelse ikke blev igangsat, fordi det ikke var muligt at få logistikken omkring deres afholdelse til at gå op på tværs af de involverede aktører ▪ alderskriteriet på 65+-år er frafaldet, dels fordi de involverede fagpersoner ikke fandt det relevant at afgrænse på alder frem for kompleksitet, dels for at få flere patienter inkluderet.
Aktører inddraget	Afdelingsledelser, læger og plejepersonale på medicinsk afdeling samt 9 af øens 27 praktiserende læger har tilmeldt sig ordningen, og to kommunale koordinører fra hjemmesygeplejen har fungeret som tovholdere for kommunen i forbindelse med konferencer. Der har deltaget en patient i én af de 33 afholdte konferencer, mens tre konferencer har haft deltagelse af pårørende.

Status på hoved-aktiviteter	Indsatsen for at udvikle og implementere et koncept for videokonferencer krævede relativt meget forberedelse. Det skyldes, at konferencerne introducerer ny teknologi, en række nye rutiner og en logistisk udfordring relateret til timing og koordinering på tværs af aktører, når den enkelte konference skal gennemføres. Første halvdel af projektperioden gik derfor med at: ▪ informere om indsatsen og indgå aftaler omkring logistik med kommune og praksislæger samt honorering af praksislæger ▪ designe, afprøve og beskrive arbejdsgange for videokonference ▪ udlevere, installere og teste videoudstyr i almen praksis og på hospitalsafdelinger ▪ informere om indsatsen på hospitalets sengeafdelinger og igangsætte procedurer for opsporing/aftaler for relevante patienter ▪ udvikle rammer for dokumentation af afholdte konferencer og oplevet udbytte. Ved midtvejsevalueringen fremgik det samtidig, at delprojektet var udfordret af arbejdet med ny akutmodtagelse og introduktionen af Sundhedsplatformen og en oplevelse af manglende relevans hos de involverede fagpersoner (især hospitalslæger). Komplexiteten af projektet samt udfordringerne for implementering var også afspejlet i, at det kun var lykkedes at afholde i alt seks konferencer, selvom delprojektets projektgruppe havde gjort en stor indsats for at understøtte opsporing af patienter. Med afsæt i den manglende fremdrift blev det ved midtvejsevalueringen drøftet, om delprojektet skulle stoppes eller ændres. Beslutningen blev, at projektet skulle fortsætte, og der blev opstillet et mål om at om gennemføre 100 videokonferencer inden afslutningen af projektet. Samtidig blev det besluttet at sætte ekstra fokus på at implementere strukturerede rutiner for opsporing af patienter til konferencerne samt involvere hospitalslæger i delprojektet. Det fremgik ved slutevalueringen, at indsatsen i anden halvdel af projektperioden har medvirket til følgende: ▪ Der er etableret faste rutiner, som sikrer, at alle indlagte patienter dagligt vurderes i forhold til relevansen af en videokonference. Konkret screener en sekretær dagligt patienterne for, om de er tilmeldt en af de 9 deltagende praksislæger, og om de modtager hjemmesygepleje. Rutinen har medvirket til, at 235 patienter er identificeret som mulige kandidater, mens der har været afholdt konference for 27 af disse ▪ De mulige patienter noteres i Sundhedsplatformen, hvorefter afdelingens læger på tavlemødet (delprojekt 6) og i forbindelse med stuegang skal tage stilling til, om en videokonference er relevant – og hvis ikke, det er tilfældet, skal årsagen angives. ▪ Arbejdsgangene omkring afholdelse af konference er implementeret og kendte blandt interviewdeltagerne. Det fremgår videre, at teknikken opleves velfungerende. ▪ Der i perioden 1. januar til 1. oktober 2018 er afholdt 27 konferencer, hvilket bringer det samlede antal i løbet af projektperioden op på 33. ▪ Alle interviewede fagpersoner giver eksempler på konferencer, der har været relevante og givet et godt udbytte for primærsektor og borger/pårørende. ▪ Cirka halvdelen af interviewpersonerne finder det relevant at beholde muligheden for videokonference, såfremt de forbeholdes de mest komplekse patienter, og såfremt alle praktiserende læger fremadrettet bliver tilmeldt ordningen. Det fremgår dog også, at de deltagende fagpersoner oplever, at ca. to tredjedele af de afholdte konferencer ikke er relevante, fordi de indmeldte patienter ikke har haft en kompleksitet, som gør, at konferencen er påkrævet. Oplevelsen forklares med, at det har været svært at finde relevante patienter, hvilket i kombination med de opstillede aktivitetskrav og et stort pres fra ledelsen betyder, at hospitalslægerne er endt med at inkludere patienter af hensyn til projektet frem for med afsæt i konkrete problemstillinger, der skulle løses i relation til patientens videre forløb. Svarene på de spørgeskemaer om oplevet udbytte, der løbende er indsamlet fra de fagpersoner, på-
------------------------------------	--

Delprojekt 3: Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre medicinske patienter mellem hospital, kommune og almenpraksis

rørende og patienter, der har deltaget i videokonferencerne (Videokonferencer Bornholms Hospital – analyse af evalueringer 21.09.2018, internt dokument) afspejler også, at denne oplevelse er udbredt, da over to tredjedele af respondenterne svarer, at de kun i begrænset eller i nogen grad har fået a) vigtige oplysninger, der ikke kunne tilgås andre steder, og b) er blevet mere afklarede omkring patientens videre forløb end inden konferencen.

En generel anbefaling fra interviewpersonerne er derfor, at videokonferencen bør være forbeholdt en mindre gruppe af særligt komplekse patientforløb. Vurderingen er også, at behovet langt fra er så stort, som det blev vurderet ved indsatsens start. Ved fuld implementering, hvor alle praksislæger er tilmeldt indsatsen, vurderes det, at der vil være behov for ca. to konferencer om ugen. Hospitalspersonalet ser det samtidig som en betingelse for at kunne fortsætte indsatsen, at alle praksislæger fremadrettet er tilmeldt ordningen. Argumentet er, at volumen bliver for lille til, at indsatsen kan betale sig, hvis det fortsat kun er 9 praksislæger, der deltager. De fleste praksislæger og de kommunale informanter deler hospitalspersonalets anbefaling. Praksislægerne vurderer dog også, at det ikke er realistisk at få flere af deres kolleger med fremadrettet – dels på grund af et stigende arbejdspress og det forestående arbejde med akkreditering, dels fordi udbyttet generelt ikke vurderes at stå mål med de ressourcer, som konferencerne kræver.

Et sidste opmærksomhedspunkt handler om, at det har vist sig svært at kombinere målsætningerne om faglig koordinering med ønsket om aktiv inddragelse/deltagelse af patienter og pårørende. Som årsager angives for det første, at flertallet af de relevante patienter er ældre og svækkede, hvilket betyder, at de takker nej til tilbuddet om at deltage i en konference, samtidig med at de har svært ved at formulere deres ønsker og forventninger til indhold og udbytte. For det andet vurderes det, at rammen – hvor der er afsat 15 minutter pr. konference – gør det vanskeligt at nå både den faglige koordination og involvering af pårørende og patienter. Erfaringen fra de fire konferencer, der har været afholdt med patienter og pårørende, er, at konferencen kommer til at handle om en afstemning af forventninger og om at skabe tryghed i forhold til de aftaler, der indgås for det videre forløb. Udbyttet af disse konferencer vurderes at være godt for deltagende patienter/pårørende, hvilket er i overensstemmelse med de fire spørgeskemabesvarelser, der er indhentet fra pårørende og den deltagende patient. Til gengæld stiller især de deltagende læger spørgsmål til, hvorvidt deres deltagelse ved denne type af konferencer er relevant.

Ved en eventuel videreførelse af konceptet for videokonferencer fremstår det som et generelt ønske, at koncepterne gøres mere fleksible, således at form og deltagere i højere grad tilpasses formålet med den enkelte konference, frem for at der skal være et identisk setup for alle konferencer.

Delprojekt 3: Fælles ansvar for indlæggelse og udskrivelse for ældre medicinske patienter mellem hospital, kommune og almenpraksis

Forhold, der har påvirket fremdrift og resultater	Den generelle vurdering ved både ved midtvejs- og slutevalueringen var, at projektet kunne have være kommet hurtigere i gang, hvis det i højere grad tog afsæt i den viden og de problemstillinger, der i forvejen arbejdes med i relation til samarbejdet omkring indlæggelse og udskriving. En målrettet indsats for at implementere og overholde de procedurer og retningslinjer, der er aftalt i Region Hovedstadens kommunika-tionsaftale for indlæggelse og udskriving, fremhæves fortsat som et eksempel på et sådant indsatsområde. Det er en generel oplevelse, at delprojektet har været topstyret, og manglende lydhørhed over for at reagere på de vanskeligheder, der har været for at implemen-tere indsatsen, er også udbredt. Beslutningen om at fortsætte indsatsen i anden halv-del af projektperioden og det store fokus på aktivitet i form af afholdte konferencer fremstår som et konkret eksempel, der har øget denne opfattelse af projektet. Interviewdeltagernes anbefaling er derfor, at fremadrettede tiltag i højere grad invol-verer det kliniske personale og den kliniske ledelse, når de skal defineres. Endvidere opfordres til, at der i langt højere grad er mulighed for at afprøve antagelserne bag de indsatser, der arbejdes med, og justere indsatsen i takt med, at man bliver klogere.
---	---

Delprojekt 5: Bedre bestilling og brug af diagnostik

Mål	I udgangspunktet var der opstillet en række kvantitative succeskriterier relateret til at: - øge antallet af efterbestillinger af blodprøver/mindske antallet af unødvendige blodprøver og stik i patienterne - øge andelen af henvisninger til CT-, MR- og UL-scanninger med en koncis anam-nese med 40 % - halvere andelen af patienter, der venter mere end 20 minutter på at få taget en blodprøve. Det første år af projektet blev der gennemført et omfattende analysearbejde for at kvalificere antagelserne bag projektets delindsatser og succeskriterier og forberede de konkrete tiltag, der efterfølgende er arbejdet med. Analyserne var med til at de-montere begrundelsen for dele af indsatsen, mens andre elementer blev kvalificeret. Analyserne, dialogen i projektgruppen og det løbende arbejde med forbedringer har endvidere identificeret en række nye forbedringsmuligheder, som løbende er omsat til nye indsatser med tilhørende mål. I takt med at indsatsen har udviklet sig, har mål-sætningerne flyttet sig fra de opstillede kvantitative succeskriterier til et mere nuance-ret fokus på kvalitative forbedringer og justering af arbejdsgange samt information til og undervisning af relevant personale.
Aktører inddraget	En stor del af analyse- og udviklingsarbejdet har primært involveret projekt- og styre-gruppe. Formidlingen af resultater og arbejdet med de konkrete indsatser, der efter-følgende er sat i gang, har involveret en bred kreds af ansatte i afdelingen, det perso-nale, der bestiller ydelser i afdelingen, samt de praksislæger og øvrigt personale, der fx er blevet undervist i 'den gode henvisning'. Det seneste år er der også involveret patienter og kommunalt personale i arbejdet med a) at forbedre venteområder og information omkring ventetider m.m. og b) kom-munalt personale/praksislæger i at undersøge muligheder for mobil prøvetagning på øens plejecentre.

Status på hoved-aktiviteter	Reduktion i antal unødige stik og øget brug af efterbestillinger: Med afsæt i analysearbejdet er der oprettet et mobilnummer til en bioanalytiker, som lægerne kan ringe til, når de har brug for efterbestillinger. Endvidere er der arbejdet med en systematisk og tilbagevendende information omkring muligheden for at efterbestille prøver med afsæt i det blod, der allerede er tappet, frem for at bestille nye prøver. Analysen viste, at potentialet for at øge antallet af efterbestillinger er lille. Det høje efterbestillingsniveau skyldes i høj grad en særlig praksis på Bornholms Hospital, hvor der tages ekstra prøvemateriale i akutmodtagelsen. Analysen viste, at denne praksis sparer patienterne for ca. 300 stik om året, og at der frigøres ca. 37 timers arbejdstid pr. år for afdelingens bioanalytikere. Løsningen er velimplementeret, og informationsindsatsen fortsætter som del af den daglige drift. Gode henvisninger til billeddiagnostik: Med afsæt i audit og drøftelser i projektgruppen er der udarbejdet et nyt undervisningsmateriale i 'den gode henvisning', som anvendes til undervisning af KBU-læger og praktiserende læger. Undervisningsmaterialet, der består af en video og en folder, blev udviklet i et samarbejde mellem læger fra hospital, almen praksis og røntgenafdelingen. Deltager-evalueringer viser stor tilfredshed med undervisningen, og årlige journalaudits viser, at andelen af koncise henvisninger er forbedret med 44 %, og at resultatet holder over tid. Succeskriteriet for indsatsen er hermed opfyldt. Undervisningsmaterialet er gjort frit tilgængeligt (kortlink.dk/v47r). Forbedre patienternes møde med diagnostisk enhed: Med afsæt i oplevede u hensigtsmæssigheder italesat af enhedens patienter ses følgende: ▪ Det er dokumenteret, at de blodprøver, hospitalet tager, ikke overlapper unødigt med de prøver, der tidligere er bestilt af praktiserende læger, og er sat ind med løbende information om dette til de ventende patienter. ▪ For at mindske patienternes ventetid er det kortlagt, hvilke dage og tider der typisk er spidsbelastning. Der informeres skriftligt om dette, ligesom personalet løbende er opmærksomme på at informere patienterne om mulighederne for at styre uden om spidsbelastningerne. Ventetiden er monitoreret igennem hele projektperioden, og det fremgår, at projektet har ikke har kunnet indfri målet om at halvere andelen af patienter, der venter mere end 20 minutter på at få taget blodprøve. Årsagerne er bl.a., at antallet af henvisninger alene i perioden 2017-2018 er steget med 19 %, uden at andelen af personale er øget. ▪ For at tydeliggøre, hvorfor patienterne ikke altid får taget prøver i den rækkefølge, de kommer, er der oprettet en elektronisk informationstavle i venteområdet, der bl.a. viser antallet af ventende patienter i akutsporet. Personalet er også opmærksomme på løbende at informere om dette. ▪ Venteområdet til røntgenundersøgelser er blevet renoveret med enkelte nye møbler samt rumdelere og forbedret skiltning. Patienternes perspektiver er undersøgt via interview og observationer, hvoraf det bl.a. fremgik, at de efterlyste klarere skiltning, bedre mulighed for privatliv og bedre lyddæmpning for at beskytte personfølsomme oplysninger fra at kunne høres af andre patienter. ▪ Der er også lavet en undersøgelse af mulighederne for at forbedre venteområdet til CT-scanning, men grundet fysiske udfordringer og en planlagt flytning af CT-scanneren er det besluttet ikke at gå videre med denne indsats, før de nye rammer er på plads. Patienternes perspektiver er undersøgt gennem en stor interviewundersøgelse. ▪ Det er undersøgt, om det er muligt at indføre elektronisk selvbookning af tider efter indførelsen af Sundhedsportalen. Dette er kun muligt for de ca. 30 % af ambulatoriets brugere, der har åbent behandlingsforløb på hospitalet. Da der ikke er fundet andre tekniske løsninger, som var realistiske at gennemføre inden for rammerne af delprojektet, blev indsatsen derfor skrinlagt ved udgangen af 2017. Arbejdsgangsanalyse i blodprøvetagningen: Da der er et stort og stigende arbejdspress i blodprøvetagningen, er der gennemført en intern arbejdsgangsanalyse for at kortlægge muligheder for forbedringer og effektivisering. Analysen afdækkede
------------------------------------	---

Delprojekt 5: Bedre bestilling og brug af diagnostik

	en række mulige forbedringer, men det har efterfølgende vist sig vanskeligt at omsætte disse til ny praksis. Årsagerne er dels, at rutinerne i blodprøvetagningen er meget fast forankrede, samtidig med at der er et stort arbejdspress, dels at en række af forbedringsmulighederne knytter an til ændringer, der skal implementeres bredt på de afdelinger/læger, som bestiller prøver hos diagnostisk enhed. Pilotprojekt omkring mobil blodprøvetagning: I foråret 2018 er der gennemført et pilotprojekt, hvor bioanalytikere fra Diagnostisk Enhed tager blodprøver i alle plejecentre på Bornholm. Formålet med projektet var at udvikle en business case for en permanent ordning. Baggrunden er et ønske om at ligestille praktiserende læger og patienter på plejecentre uden for Rønne med resten af Region Hovedstaden. Projektet varede 4 måneder, og med afsæt i resultaterne fra en kvantitativ og kvalitativ evaluering er det indstillet, at ordningen gøres permanent. Beslutning omkring dette – herunder hvordan ordningen skal finansieres – er fortsat i proces ved tidspunktet for dataindsamlingen. Ultralydsvejledt venflon/PVK-anlæggelse: En del patienter, der fx er i kræftbehandling, er svære at anlægge venflon på, hvilket betyder, at de ofte må stikkes flere gange. Det giver et stort ubehag og risiko for subcutan ophobning af væske, når anlægning af venflon mislykkes. Problemstillingen indebærer desuden, at man ofte må tilkalde hjælp fra anæstesiologien, når anlæggelsen mislykkes. Delprojektet har derfor afprøvet en ordning, hvor afdelingens radiografer er lært op i at bruge en lille mobil ultralydsscanner til at guide anlæggelsen. Effekten af tiltaget er vurderet ved at monitorere antallet af gange, hvor personale fra anæstesiologien tilkaldes. Tidligere var der ca. 6 tilkald om måneden, og siden den første indkøring af ultralyd har der været ganske få tilkald. Indsatsen videreføres derfor i daglig drift.
Forhold, der har påvirket fremdrift og resultater	Konkrete tiltag i forbindelse med projektet har været længe om at komme i gang, fordi det har taget tid og krævet ressourcer at kvalificere de antagelser, der lå bag de udarbejdede projektbeskrivelser, indsatser og målsætninger. Investeringen i grundige analyser har imidlertid vist sig at være en væsentlig kilde til fremdrift i de efterfølgende faser af projektet. Dels har de involverede parter oplevet, at indsatserne er planlagt på baggrund af et kvalificeret vidensgrundlag, dels har de direkte berørte fagpersoner oplevet en høj grad af medindflydelse på de indsatser, der er igangsat. Deltagerne i projektets styregruppe oplever, at de har haft de rette kompetencer til at løfte projektet. Samtidig har der været personkontinuitet og et stabilt fremmøde i projekt- og styregruppe. Disse forhold fremhæves som en væsentlig driver for fremdrift og resultater. Diagnostisk Enhed fungerer i høj grad som en støttefunktion for hospitalsafdelinger, og mange af de forbedringer, der er arbejdet med i indsatsen, har kunnet indføres internt i enheden eller har karakter af ændrede procedurer/undervisning og informationsindsatser. De gennemførte forbedringer i samarbejdet med hospitalsafdelinger og praktiserende læger har i højere grad handlet om at forbedre eksisterende arbejdsgange end om at introducere nye opgaver. Det fremhæves også som understøttende elementer, at der er rigtig gode og systematiske data for enhedens ydelser, samt at enheden i mindre omfang end de kliniske afdelinger er påvirket af arbejdet med Sundhedsplatformen.

Delprojekt 6: Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår

Mål	Det overordnede formål har været at planlægge stuegang og derved forbedre kvaliteten heraf. Konkret er der indført tværfaglige tavlemøder, der er et medarbejdermøde, hvor læger og sygeplejersker i fællesskab fordeler patienter den pågældende dag. Tavlemødet foregår på et fast tidspunkt hver morgen (kl. 9) og varer maksimalt 15 minutter. Sygeplejerskerne gennemgår kort de indlagte patienter, som prioriteres i forhold til, hvornår stuegang skal finde sted, og hvilke læger der skal foretage stuegangen. Patienter med høje EWS²⁸-scorer prioriteres højt, og det samme gælder patienter, som skal udskrives i løbet af formiddagen. Projektet startede med at blive gennemført på det ene sengeafsnit: SA2, og tavlemøder er siden taget i brug i hospitalets andet sengeafsnit: SA1 og akutmodtagelsen. Mål: ▪ At læger og sygeplejersker får fælles overblik over stuegang ved møde kl. 9. hver morgen, eventuelt ved brug af tavle. ▪ At 90 % af patienterne kender tidspunktet for deres egen stuegang, og at denne foregår planlagt i et separat rum med mulighed for deltagelse af pårørende. <u>Dette mål blev sidenhen reduceret til, at 60 % af patienterne på SA2 kender tidspunktet for deres egen konsultationsstuegang/lægesamtale.</u> ▪ At der for 90 % af patienterne er en dokumenteret forløbsplan inkl. forventet tidspunkt for udskrivelse 48 timer efter indlæggelsen. <u>Dette mål er sidenhen reduceret til, at 60 % af patienterne på SA2 inden for 48 timer har en forventet forløbsplan inkl. forventet tidspunkt for udskrivelse.</u> ▪ At den gennemsnitlige indlæggelsestid fastholdes eller reduceres.
Aktører inddraget	Projektgruppen har bestået af en afdelingssygeplejerske, en sygeplejerske, en overlæge og projektlederen. En patientrepræsentant er inddraget ad hoc. Projektgruppen er løbende blevet udvidet, i takt med at projektet er igangsat på hospitalets andre afdelinger.

²⁸

EWS: Early Warning Score dækker over en række vitale tegn på sygdomstilstanden hos en patient. EWS-scoren udgør en samlet score baseret på patientens temperatur, blodtryk, puls, respirationsfrekvens og iltmætning i blodet.

Delprojekt 6: Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår

Status på hoved-aktiviteter

Det var oprindeligt planlagt, at tavlemøderne skulle implementeres i det daværende sengeafsnit F1, men på grund af manglende lægefaglig motivation til at gennemføre tavlemøderne her blev det besluttet at flytte delprojektet til det nyetablerede sengeafsnit SA2. Fra efteråret 2017 har **tavlemøder på sengeafsnit SA2 været en fast procedure i drift**. Der har været behov for en indkøringsperiode, hvor sygeplejerskerne skulle lære at fremlægge de indlagte patienter på en kort og præcis måde, og afdelingssygeplejersken og den overlæge, som engagerede sig i projektet, har i starten medtaget ved alle tavlemøder og sikret sig, at start- og sluttidspunkter blev overholdt.

Det andet sengeafsnit, SA1, er også begyndt at arbejde med tavlemøder. De to sengeafsnit organiserer tavlemøder lidt forskelligt; bl.a. bruger SA2 Epic-tavler til overblik, hvor SA1 arbejder med en mere manuel løsning på papir.

Der er i tilknytning til delprojekt 3 lavet aftale om, at tavlemøder også bruges til at identificere relevante patienter til de tværfaglige videokonferencer.

Analyse af registerdata viser et samlet fald i indlæggelsestid på hele hospitalet, men det kan ikke afgøres, om det har relation til dette delprojekt.

Interviewene viser, at projektlederen og de involverede læger og sygeplejersker primært er optaget af tavlemødernes udbytte i form af bedre planlægning og prioritering af stuegangen, så patienterne ses i den mest hensigtsmæssige rækkefølge (fx først de mest syge patienter og de patienter, der skal udskrives). Interviewpersonernes (fra SA2) vurdering er, at det er det vigtigste positive udbytte af tavlemøderne.

En overlæge på SA2 gennemfører desuden **planlagte konsultationsstuegange** for udvalgte patienter, hvor der er afsat omkring 20 minutter til samtalen, hvor lægen har sat sig grundigt ind i lægens journal, og hvor patienter og pårørende kan forberede spørgsmål. Der deltager også en sygeplejerske til den planlagte konsultationsstuegang. Konsultationsstuegang har været afprøvet af en enkelt overlæge på SA2, men er ikke implementeret som en fast rutine i afdelingen eller på hospitalet. Der er hængt patienttavler op ved siden af hver seng i SA1 og SA2, hvor personalet kan skrive tidspunkt for en eventuel konsultationsstuegang. Der fremgår ingen opgørelser over, hvorvidt dette sker, og hvorvidt patienter og pårørende kender tidspunktet for denne stuegang.

Der blev gennemført to konsultationsstuegange i gennemsnit pr. uge. Der er ikke foretaget særskilt opfølgning på disse. Det konkluderes dog i delprojektets statusopgørelse fra september 2018 (Delprojektets statusopgørelse fra september 2018, internt dokument), at delmål 3 (at der for 60 % af patienterne på SA2 inden for 48 timer er en forventet forløbsplan, inkl. forventet tidspunkt for udskrivelse) ikke er nået.

Derudover har en anden overlæge på eget initiativ udarbejdet en **tjekliste for stuegang**, der indeholder et minimum af temaer, som skal afdækkes. Denne tjekliste var under udarbejdelse på tidspunktet for dataindsamlingen til denne evaluering (efteråret 2018).

Delprojekt 6: Bedre overblik for patienten over, hvad der skal ske og hvornår

Forhold, der har påvirket fremdrift og resultater

Der har derfor været **behov for at skabe et ejerskab** til delprojektet ved tavlemøder i de berørte afsnit. Det afspejlede sig bl.a. i beslutningen om at gennemføre tavlemøderne på et andet afsnit end først tiltænkt, da det oprindelige afsnit F1 havde stor modstand mod den grundlæggende idé om at ændre stuegangen. Til gengæld blev det **et afgørende vendepunkt, da afdelingsledelsen på A2 engagerede sig i delprojektet og også påtog sig at drive tavlemøderne** i gang ved dagligt at møde op og lede møderne, indtil det øvrige personale selv kunne tage over. Erfaringen fra de øvrige afsnit, som arbejder med tavlemøder, er også, at ledelsesopbakning er afgørende for implementeringen af tavlemøderne.

Der har i delprojektet – både i projektgruppen og blandt øvrigt personale, som har bidraget til projektets delelementer – været **en oplevelse af langsomme beslutningsveje**. Der har desuden været tvivl om beslutningskompetencen i henholdsvis styregruppe for delprojekt, afdelingsledelse, programleder og direktion. Det har gjort det usmidigt at træffe beslutninger og har også bidraget til en fornemmelse af, at selv de tiltag, som let kunne afprøves i mindre skala, ikke er kommet i gang (fx tjekliste for stuegang).

Projektlederen og flere fra det interviewede personale har **en oplevelse af, at der har været mange (og muligvis for mange) projekter og forandringer i gang på Bornholms Hospital**, og at det har været en udfordring for personale og afdelingsledelser at allokere tilstrækkelig tid til det hele. Konkret nævnes udskiftning i ledelser, flytning af senge og implementering af Sundhedsplatformen som samtidige forandringsprocesser, der har taget tid fra delprojektet.

Mål	Delprojektets formål var oprindelig at ændre de fysiske rammer, så brugerne af hospitalet oplevede rammerne som venlige og imødekommende. Desuden var det et formål, at de ændrede fysiske rammer skulle medvirke til, at personalet oplevede, at de fysiske rammer gav mulighed for at yde bedre faglig kvalitet og bedre service til patienterne. Under dette delprojekt blev der defineret en række fokusområder (jf. projektbeskrivelse fra november 2016, internt dokument): ▪ Servicekultur: Patienter og besøgende skal føle sig ventede og velkomne i mødet med hospitalet. Fokus på servicekulturen skal bidrage til, at patienterne og deres pårørende har en oplevelse af at blive mødt med imødekommenhed, nærvær, respekt og klar kommunikation. ▪ Parkeringspladser til patienter, pårørende, øvrige gæster og medarbejdere: Adgangen til hospitalet både i akutte og planlagte tilfælde skal forbedres. ▪ Synlig fælles reception: Hovedindgangen skal være imødekommende, og patienter og besøgende skal mødes af en synlig reception. Her blev der igangsat en ombygning af den nuværende hovedindgang og reception. ▪ Skiltning i lofter, på vægge og gulve: Vejvisning og skiltning skal være konsistent og med dansk navngivning. Dette fokusområde indgik også som del af regionens strategi for patienternes møde med hospitalerne ('Ventet og Velkommen'). Der blev igangsat en proces med udskiftning af skilte og markeringsstriber i gulvet, som skulle hjælpe patienterne med at finde vej. ▪ Udvikling af design for udvalgte patientrelaterede rum: Ny indretning af venteområder og etablering af værtsfunktion. ▪ Forplejning under kontakten med hospitalet: Forplejning under kontakten med hospitalet skal være tilgængelig og uden brugerbetaling. 'Værter' i venteområderne skal gøre det muligt for eventuelle værter i ventearealer at tilbyde let forplejning. Styregruppen godkendte i november 2017 en revideret projektbeskrivelse, som også inkluderede kompetenceudvikling for plejepersonalet, der skulle kunne varetage en bredere gruppe patienter i de nyligt sammenlagte sengeafsnit, som nu rummer både medicinske og kirurgiske patienter, og en kultur, hvor "<i>patienten er i centrum og bliver mødt med imødekommenhed</i>" (jf. projektbeskrivelse november 2017, internt dokument). Som led i den ønskede kulturforandring blev der igangsat et kulturudviklingsforløb – 'Hverdagens udfordringer' – som har haft til formål at skabe en kultur, hvor ledere og medarbejdere ser og tager sig af de problemer, de oplever i deres egen hverdag og i patienternes forløb, og giver personalet en større frihed til selv at foretage forandringer. Derudover er der som led i målet om kompetenceudvikling udarbejdet et kompetenceudviklingsforløb for plejepersonalet, som skal kunne varetage en bredere gruppe af patienter. Af den nyeste projektbeskrivelse fremgår følgende mål og delmål: <u>Mål:</u> > 90 % af de patienter, der svarer i DLP, er tilfredse med behandlingen på Bornholms Hospital. <u>Delmål:</u> Kultur: ▪ > 90 % af patienter oplever en god formidling af faglighed i mødet med en sundhedsfaglig person ▪ Inden udgangen af 2017 er der gennemført minimum 10 varige forbedringer, der har gjort hverdagen nemmere for patienter, pårørende og medarbejdere
-----	---

Delprojekt 7: Kultur rammer og kompetencer

	- I 2018 er der gennemført minimum 20 varige forbedringer, der har gjort hverdagen nemmere for patienter, pårørende og medarbejdere. Rammer: - Maks. 4 månedlige henvendelser om mangel på ledige p-pladser - Maks. 5 ugentlige henvendelser om dårlig wayfinding > 90 % af patienter og besøgende er tilfredse med serviceydelserne i receptionen > 90 % af patienter og pårørende oplever venteområder indbydende. Kompetencer: > 90 % af de indlagte multisyge patienter er tilfredse med fagligheden og oplever sig medinddraget i behandlingen > 30 % læringsudbytte målt på medianfremgang efter undervisning i forhold til før.
Aktører inddraget	De fysiske rammer har primært været drevet af projektlederen via ad hoc sammensatte grupper i projektet, men har involveret ledelse, personale og patientrepræsentanter på hospitalet i de tilfælde, hvor det krævede deres stillingtagen, fx indretning af venteområder. Der er også foretaget observationer og interview med patienter og pårørende (foretaget af KOPA) i venteområder med henblik på at afdække patienters og pårørendes oplevelse af venteområderne og komme med ideer til, hvad der kunne forandres. Beslutninger om og tilrettelæggelse af forløbet omkring 'Hverdagens udfordringer' er primært foretaget af projektgruppen (inkl. styregruppeformand og projektleder) og programlederen for hele Udviklingshospital Bornholm. De øvrige afdelingsledere er orienteret om proces og indhold, men projektgruppens vurdering var, at der var stor opbakning fra ledelsesgruppen til forløbet, og der derfor var 'carte blanche' til at træffe beslutninger på egen hånd. Kompetenceudviklingen af plejepersonalet på de to sengeafsnit er blevet udliciteret til 'Kvalitet og uddannelse' på Bornholms Hospital, som har stået for at tilrettelægge og drive kursusforløbet. Indholdet er defineret i samarbejde med afdelingssygeplejerskerne, som har gjort rede for, hvad der er behov for.

Status på hoved-aktiviteter	P-pladser og hovedindgang/reception er ombygget og i brug. Der er ikke opgjort måltal for henvendelser vedrørende p-pladser. Det fremgår af en smiley-måling (ugentlig måling, der blev registreret på en smiley-stander, som stod i receptionen) gennemført i perioden april 2018 til august 2018, at 92-97 % af de patienter, som har deltaget i undersøgelsen, har angivet, at de er tilfredse med de tilbud, som receptionen tilbyder (Delprojektets statusopdatering fra september 2018, internt dokument). Udskiftning af skiltning og vejvisning er gennemført. I første halvdel af 2018 ses relativt store udsving i ugentlige henvendelser i receptionen vedrørende wayfinding og en median på 68 henvendelser pr. uge i receptionen vedrørende wayfinding. Dette er er mere end det mål, der var sat, men man har dog i delprojektet vurderet, at dette mål er misvisende, da mange patienter naturligt henvender sig og spørger om vej i receptionen ved hovedindgangen som det første, inden de har prøvet på egen hånd. Den Løbende Patienttilfredshedsundersøgelse gennemført i maj, juni og juli 2018 viser, at 80 % af de patienter, som har deltaget i undersøgelsen (i alt 2.060 patienter), har angivet, at de i høj grad eller meget høj grad har oplevet tydelig skiltning til det ambulatorie eller afsnit, de skulle besøge. 13 % har svaret 'i nogen grad' til dette spørgsmål (Delprojektets statusopdatering fra september 2018, internt dokument). Der er indrettet et nye venteområder i relation til to ambulatorier (ambulatorie 1 og 2). Der er samlet data ind om patienters oplevelse af venteområdet ved ambulatorie 2 og via besvarelser til Den Løbende Patienttilfredshedsundersøgelse afgivet i perioden fra januar 2018 til juli 2018. Denne undersøgelse viser, at 77 % af de i alt 119 patienter, som har afgivet svar, har angivet, at de oplever venteområdet som meget eller i høj grad indbydende. Yderligere 21 % har svaret 'nogen grad' på dette spørgsmål (Delprojektets statusopdatering fra september 2018, internt dokument). Der er ikke fremlagt lignende opgørelser for de øvrige afsnit. Der er gennemført syv kompetenceudviklingskurser med i alt 100 deltagere. Deltagerne blev bedt om at udfylde en tipskupon før og efter kurset for at måle læringsudbyttet. Opgørelser efter det første kursus vidste noget udsving i besvarelserne, men med en median på 36 % (Delprojektets statusopdatering fra september 2018, internt dokument). I november og december 2018 er der gennemført en anden runde kompetenceudvikling, hvor der er gennemført fem kurser med 147 deltagere. Forløbet omkring 'Hverdagens udfordringer har bestået af en række workshops, hvor de enkelte afdelinger og afsnit alle har været repræsenteret med ledelse og personale ved de afholdte workshops. Ved workshopperne blev der udarbejdet lister over ændringsforslag med angivelse af, hvem der er ansvarlig for at drive den pågældende forandring. I 2017 var der i alt gennemført 44 ændringer (Delprojektets statusopdatering fra september 2018, internt dokument). I 2018 er der gennemført 2 workshops med deltagelse af medarbejdere, som ikke tidligere havde deltaget og deres respektive ledere. Pr. september 2018 var der gennemført 28 forbedringer. Et konkret eksempel på et ændringsforslag, der er arbejdet videre med, er sekretærgruppens arbejde med indarbejde mere forklarende tekst i indkaldelsesbreve, så patienterne undgår tvivl om, hvilke diagnose de er indkaldt til kontrol for. Alle afsnit har arbejdet med denne type konkrete ændringer baseret på identificerede problemområder. Derudover har de hver især grebet det videre arbejde med tankegangen præsenteret i 'Hverdagens udfordringer' forskelligt an. Eksempler på forskellige tilgange er: ▪ Opsamling af problemområder på <i>driftsmålstavle</i> og løbende opsamling på, om der er fundet en løsning/foretaget ændringer. ▪ Opsamling af problemområder på <i>personalemøder</i> og dialog om ændringer, der efterfølgende kan afprøves af personalet. ▪ <i>Oversigtstavle</i> i venteområde, hvor patienter kan skrive om problemer, som de oplever (under overskriften: "<i>Du siger</i>"), og personalet kan skrive, hvad de har gjort for at løse problemet (under overskriften: "<i>Vi gør</i>"). Tavlen vaskes ren med jævne mellemrum, så patienterne har mulighed for at skrive nyt.
------------------------------------	--

Delprojekt 7: Kultur rammer og kompetencer	
	Når projektgruppen nedlægges, skal 'Hverdagens udfordringer' forankres et andet sted. Forventningen er, at det bliver forankret i det lokale MED-udvalg, hvor der indgår både ledere og personale, og hvor problemer, som opleves på tværs af hospitalets afdelinger, kan tages videre til den samlede ledelsesgruppe. Der er ikke planlagt flere workshops inden for arbejdet med 'Hverdagens udfordringer', og forventningen er, at de enkelte afsnit skal arbejde videre med tankegangen på deres egen måde.
Forhold, der har påvirket fremdrift og resultater	Forandringen og forbedringen af de dele af delprojektet, som vedrører fysiske rammer, har i det store hele foregået gnidningsfrit. Der er tale om tekniske løsninger, som er løst inden for de planlagte rammer. Den ændrede skiltning har særligt udfordret personalet på hospitalet, da der både er kommet en ny etageinddeling og nye navne på afsnittene. Der er også i enkelte tilfælde uhensigtsmæssigheder i den måde, som patienterne bliver ført rundt imellem afsnittene på, og det er ved at blive udbedret. Et konkret eksempel er patienters vej til MR-scanning, som nu leder fra hovedindgangen til receptionen for 'Røntgen og Scanning' og tilbage igen til hovedindgangen for at gå ned i kælderens til scanneren. Det er man ved at løse, så patienterne kan gå direkte igennem afdelingen ned til scanneren. Det var oprindeligt planlagt, at indretningen af venteområdet skulle foregå i Akutmodtagelsen, men da afdelingsledelsen her gav udtryk for, at de lige havde arbejdet med venteområdet (i forbindelse med nybyggeriet) og ikke havde behov for en ændring af det lige nu, så traf projektgruppen beslutning om at vælge et af de andre afsnit, som var mere interesseret i en renovering af venteområdet (ambulatorie 2). Da forløbet omkring 'Hverdagens udfordringer' blev introduceret, var der til at starte med behov for en afklaring af formålet med forløbet. Det førte til at starte med – dvs. ved de indledende møder om forløbet – til en principiel samtale om, hvad 'værdi' vil sige på Bornholms Hospital. Herefter besluttede projektgruppen sig for at tilrettelægge et forløb, hvor ledere og personale blev inspireret til at tage fat i de større og mindre udfordringer, som de oplevede i deres egen hverdag, eller ting som var uhensigtsmæssige for patienterne. Hurtig og umiddelbar handling skulle være målet frem for lange processer med formulering af målsætninger og dokumentation. Siden har der primært været tale om justering i forhold til, hvordan de planlagte workshops skulle forløbe. En anden udfordring har været, at deltagelse af personalet i workshopperne har været i konkurrence med den daglige drift og vagtplanlægning. Det beskrives som en generel udfordring og ikke noget, der relaterer sig specifikt til forløbet, eller hvorvidt der har været opbakning til det.

Delprojekt 8: Følg patientens præferencer i den sidste levetid	
Mål	Delprojektet har haft som formål at udvikle en indsats til at håndtere og tale med patienter om deres sidste levetid. Målgruppen er patienter i den palliative fase med anden diagnose end cancer. Delprojektet startede med at have fokus på patienter med KOL, men blev udvidet til at gælde flere patientgrupper undervejs. Det har desuden været et formål at undersøge, hvordan sundhedssektoren kan løfte og koordinere opgaven med at sikre, at den sidste tid bliver, som patienter og pårørende ønsker det. Mål: ▪ At patienter har samtalen med de sundhedsprofessionelle om ønsker til den sidste levetid ▪ At patienter og pårørende oplever den sidste tid på den måde, de har ønsket ▪ At medarbejderne har kompetencer til at foretage denne samtale.

Delprojekt 8: Følg patientens præferencer i den sidste levetid

Aktører inddraget	Projektlederen var en ekstern konsulent fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som var frikøbt til at arbejde med projektet ca. en dag om måneden. Der skete et skift af projektleder i februar 2018. I begyndelsen af projektperioden var målgruppen for projektet udelukkende patienter med KOL, og der var derfor deltagelse fra en overlæge og en sygeplejerske fra lungeambulatoriet, en afdelingssygeplejerske fra et sengeafsnit med erfaring i samtaler om den sidste tid med cancerpatienter, en praktiserende læge og en sygeplejefaglig konsulent fra BRK samt lederen af rehabiliteringsenheden BRK. Der har i projektperioden været en del udskiftning i projektgruppen. Det skyldes dels opsigelser, dels en udvidelse af målgruppen, som medførte, at der blev inddraget både læger og sygeplejersker fra andre medicinske afsnit på hospitalet (dialyseafsnit og hjertesvigtambulatoriet). Der har desuden været udskiftning af delprojektets styregruppeformand tre gange i perioden.
-------------------	--

Status på hoved-aktiviteter	Projektet blev igangsat i februar 2017. Her blev projektgruppen etableret, og de begyndte at udarbejde en forandringsteori for projektet. I første del af projektperioden arbejdede projektgruppen på en pjec med samtale-emner, der vedrører den sidste levetid. Pjecen blev udarbejdet som et støtteredskab for personalet i dialogen med patienten og som et redskab til patienter og pårørende, der kan tage snakken i hjemmet og eventuelt notere ønsker i pjecens tekstfelter. På Bornholms Hospital er der været gennemført flere undervisningssessioner om-handlende samtaler om den sidste levetid. I nogle har udvalgte projektdeltagere deltaget, i andre har personale og afdelingsledelse fra hospitalet deltaget. Der er desuden frikøbt timer hos en medarbejder, der i marts 2018 til november 2018 kan sparre og vejlede personalet i de deltagende afsnit. Der er gennemført 24 (registrerede) samtaler med patienter om den sidste levetid i perioden marts til oktober 2018 i de deltagende afsnit (lungeambulatoriet, dialyseafsnittet og hjerteambulatoriet). I samme periode er der udleveret 22 pjecer til patienter, som desuden har fået tilbud om at kunne få en samtale, hvis de ønskede det. Ikke alle har taget imod denne mulighed. ▪ Lungeambulatoriet har været med fra start og har medvirket til at udvikle og afprøve pjecen undervejs. Her er ikke etableret en entydig systematik omkring brugen af pjecen. Årsagen er bl.a., at en del bevidst undlod at anvende den i samtalen med patienter om deres ønsker til den sidste levetid, fordi den ikke blev oplevet som et godt afsæt for samtalen. ▪ Dialyseafsnittet kom med i starten af 2018 og er efter en indkøringsperiode i gang med at udvikle en systematik omkring, hvordan og hvornår man i afsnittet tager hul på 'de svære snakke', som både kan handle om ønsker til livet og til døden. ▪ Hjerteambulatoriet kom med i projektet i september 2018 og havde på interviewtidspunktet (november 2018) kun testet pjecen på en enkelt patient. Der var igangsat et arbejde med at udvikle pjecen, så den passede bedre til hjertesvigt-patienter i forskellige stadier af deres sygdom. På lungeambulatoriet er der gennemført journalaudit med henblik på at undersøge, om der hos patienter med KOL er taget stilling til behandlingsniveau og genoplivning henholdsvis 3 og 6 måneder, før patienten afgik ved døden, og ved sidste indlæggelse, før patienten afgik ved døden. I perioden fra februar 2017 til september 2018 er der gennemført audit på i alt 14 patientjournaler. Heraf fremgik det, at der var taget stilling til genoplivning og behandlingsniveau hos 2 ud af 14 patienter både 3 og 6 måneder, før patienten afgik ved døden. Ved sidste indlæggelse, inden patienten afgik ved døden, var der taget stilling til behandlingsniveau og genoplivning hos 13 ud af 14 patienter. Hos 12 ud af 14 patienter er det noteret, at patient og pårørende har været involveret i beslutningen om behandlingsniveau. Dette fortolkes i projektlederens erfaringsopsamling efter delprojektets formelle afslutning som et tegn på, at der fortsat er behov for at udarbejde en struktur for, hvornår og hvordan samtalerne tilbydes og gennemføres. Projektdeltagere fra hospitalet fortalte i interviewet, at de oplever at have fået en anden opmærksomhed på at få taget hul på samtalen om den sidste levetid. Der var generelt en oplevelse af, at der i projektgruppen havde været nogle spændende drøftelser både om indholdet i en sådan samtale, hvornår man starter den i forhold til sygdomsprogression, hvad det kræver af den enkelte sundhedsprofessionelle, og hvordan man får kommunikeret, at samtalen om den sidste levetid er påbegyndt, til andre aktører i og uden for hospitalet. Det har ikke været muligt at indsamle data om patienters og pårørendes oplevelse af den sidste tid, og om den forløb som ønsket. Kun én pårørende har deltaget i interview herom, og der er derfor for lille et datagrundlag til at evaluere på patienters og pårørendes oplevelser. Den <i>praktiserende læge</i> i projektgruppen har forsøgt at anvende pjecen i egen praksis, men synes ikke, den var anvendelig, og vurderer ikke, at andre praktiserende læger på øen gør brug af den. Det er heller ikke vurderingen, at de øvrige praktiserende
------------------------------------	---

Delprojekt 8: Følg patientens præferencer i den sidste levetid

læger har øget deres fokus på samtalen om den sidste levetid eller ændret deres praksis.

Den praktiserende læge oplevede ligeledes en større opmærksomhed på patientens ønsker til den sidste levetid og på at få taget samtalen med patienter og pårørende. Lægen var desuden blevet mere opmærksom på at få skrevet, at samtalen er taget, i korrespondancemeddelelsen til kommune eller hospital.

Den konsulent fra BRK, som var en del af projektgruppen til at starte med, var med til at udvikle pjecen. I BRK indgår pjecen som et muligt redskab, som den kommunale sygepleje kan anvende i dialogen med borgerne, men er ikke meldt ud som et krav. Der er ikke foretaget opfølgning på brug eller udlevering af pjecen. På rehabiliterings-hjemmet, som er repræsenteret i projektgruppen, anvendes eget redskab til samtalen med borgerne.

Projektdeltagerne fra BRK vurderede ikke, at de kunne bruge pjecen i deres arbejde, men havde en oplevelse af, at der var kommet et større fokus på tværsektoriel kommunikation om dette emne.

Der var forsøg på at etablere et samarbejde med Falck, som skulle hjælpe med at afprøve pjecen. På grund af organisationsomlægning og dermed manglende ressourcer trak Falck sig imidlertid ud af delprojektet.

Det er besluttet, at **projektgruppen fortsætter som en netværksgruppe** efter afslutningen af den formelle projektperiode med henblik på fortsat at kunne holde fokus på samtalen og patientens ønsker til den sidste tid. Der er desuden udpeget en tovholder for denne gruppe blandt projektgruppemedlemmerne.

Delprojekt 8: Følg patientens præferencer i den sidste levetid

Forhold, der har påvirket fremdrift og resultater

Pjecen har været udsat for en del kritik både fra sundhedspersonale på hospitalet og blandt samarbejdspartnere i almen praksis og kommune, som virkede som en barriere for at tage den i brug i en samtale med en patient. Kritikken består af flere dele:

- De emner, som indgår i pjecen, konfronterer patienter med døden på en uhen-sigtsmæssig måde, og fratager patienter håbet. Der synes at være sket en udvik-ling i projektet, som startede med at være rettet mod palliative patienter, og se-nere blev en mere bred patientgruppe, hvor patienter kan være i meget forskel-lige stadier af deres kroniske lidelse. Spørgsmål om genoplivning og behand-lingsstop blev derfor af flere af projektgruppemedlemmerne oplevet som et meget konfrontatorisk sted at starte samtalen. Flere ville hellere tale om 'livsønsker' med patienterne, da de synes, det passede bedre til de fleste patienters situation.
- Pjecen lægger op til, at samtalen om den sidste levetid er noget, der 'krydses af' og overstås med en samtale: Flere af projektdeltagerne gav udtryk for en bekym-ring for, at samtalen om den sidste tid blev et spørgsmål om at nå igennem alle emner i pjecen – og dermed var for rigid. Deres vurdering var, at de ofte ville spørge ind til de samme emner, som indgår i pjecen, men med en større naturlig-hed, end de vurderede, at pjecen lægger op til. Desuden talte flere om, at samta-len om den sidste levetid er en dynamisk samtale, som kan startes, sættes på pause og tages op igen, og patienten kan skifte mening undervejs. De mente ikke, at pjecen understøttede denne løbende samtale.
- Pjecen indgyder falsk håb om valgfrihed: Nogle projektdeltagere gav udtryk for, at der kunne opstå en forståelse hos patienter og pårørende om, at de ting, de har skrevet ned i pjecen eller talt med en sundhedsprofessionel om, er juridisk bin-dende. Nogle fandt det uetisk, hvis patienten eller de pårørende fik forståelsen af, at et ønske udtrykt i en samtale fx med almen praksis var en bindende aftale, som også gjorde sig gældende på hospitalet, hvor behandlingsansvaret skifter.

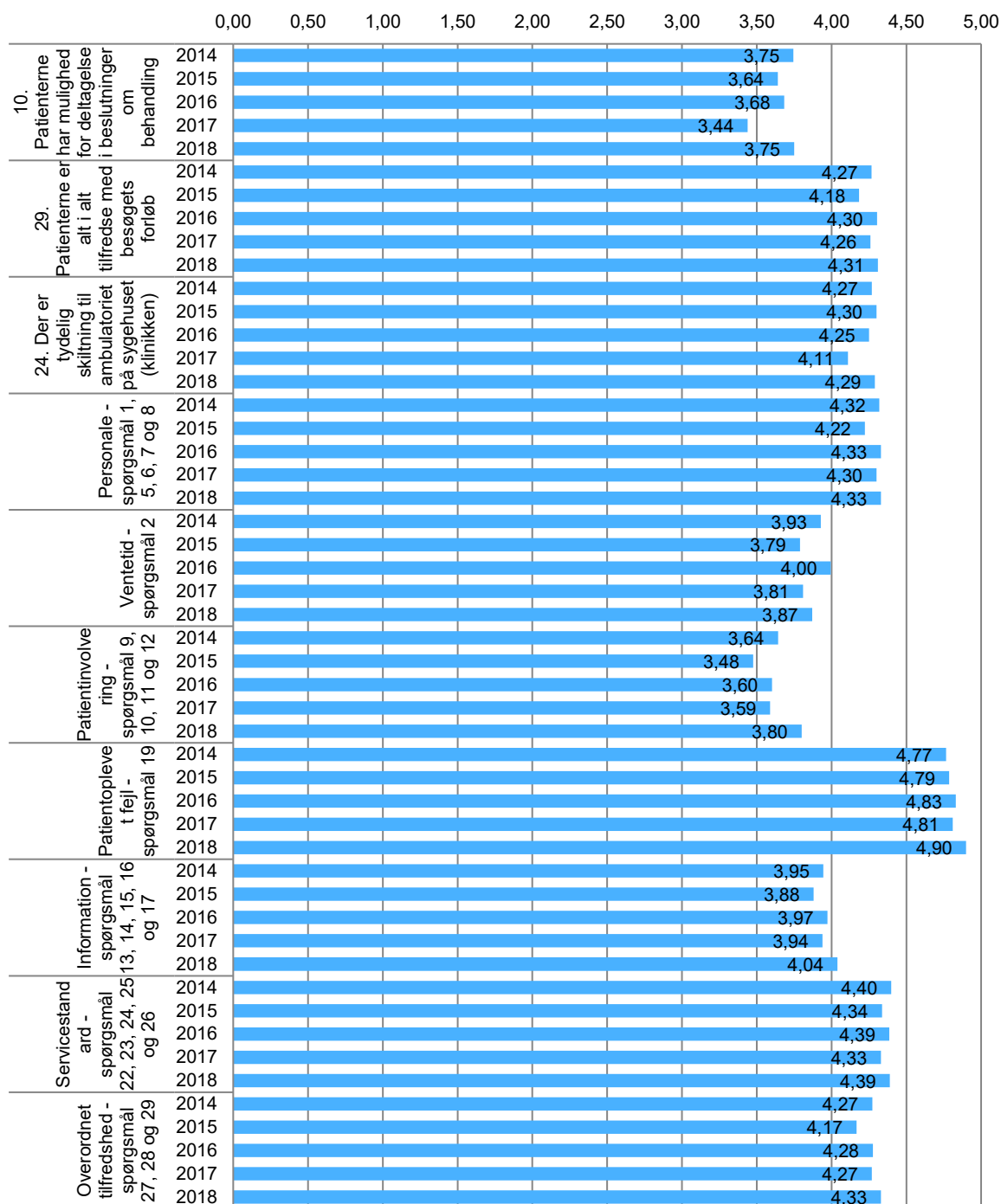
Denne **kritik har skabt modstand** mod at tage pjecen i brug både på hospitalet, i al-men praksis og i BRK. Kritikken gav sig desuden udtryk i uklarhed om projektets fo-kus: Handler projektet om samtalen om patientens ønsker til livet eller til døden? Samtaler om døden skabte modstand, hvorimod samtaler om livet blev accepteret som vigtigt at starte på tidligt i et sygdomsforløb.

Nogle af projektgruppemedlemmerne gav dog også udtryk for en fornemmelse af, at en del af modstanden mod pjecen kan være udtryk for, at nogle har en **personlig op-levelse af, at det er ubehageligt at tage de svære samtaler** om afslutning på livet med patienter og pårørende.

I interviewene blev det dog også fremhævet, at drøftelserne omkring pjecen har bi-draget til et øget fokus på patientens ønsker til den sidste levetid, og at denne sam-tale både skal ses som proces, der forløber over længere tid (fx over flere ambulante besøg), og en proces, der kan handle om ønsker for den kommende tid og ikke bare ønsker relateret til døden.

Bilag 3 Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

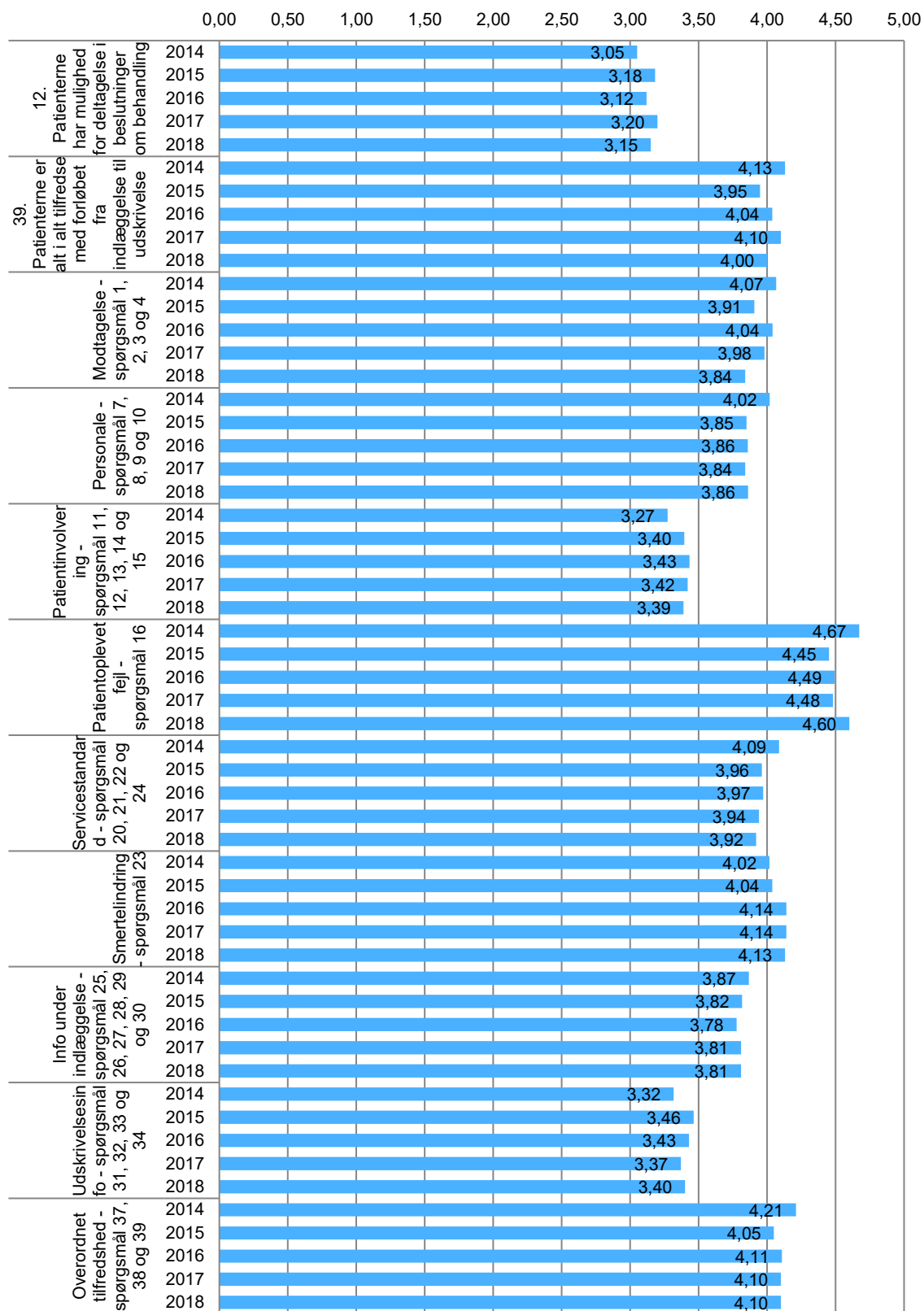
Bilagsfigur 3.1 Planlagte ambulante patienter, Bornholms Hospital 2014-2018



Note: Alle spørgsmål og temaer måles på en 5-punktskala (1-5), hvor alle svar er vendt, så den højeste værdi er mest ønskværdig.

Kilde: <https://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersoegelse-patientoplevelser-lup>

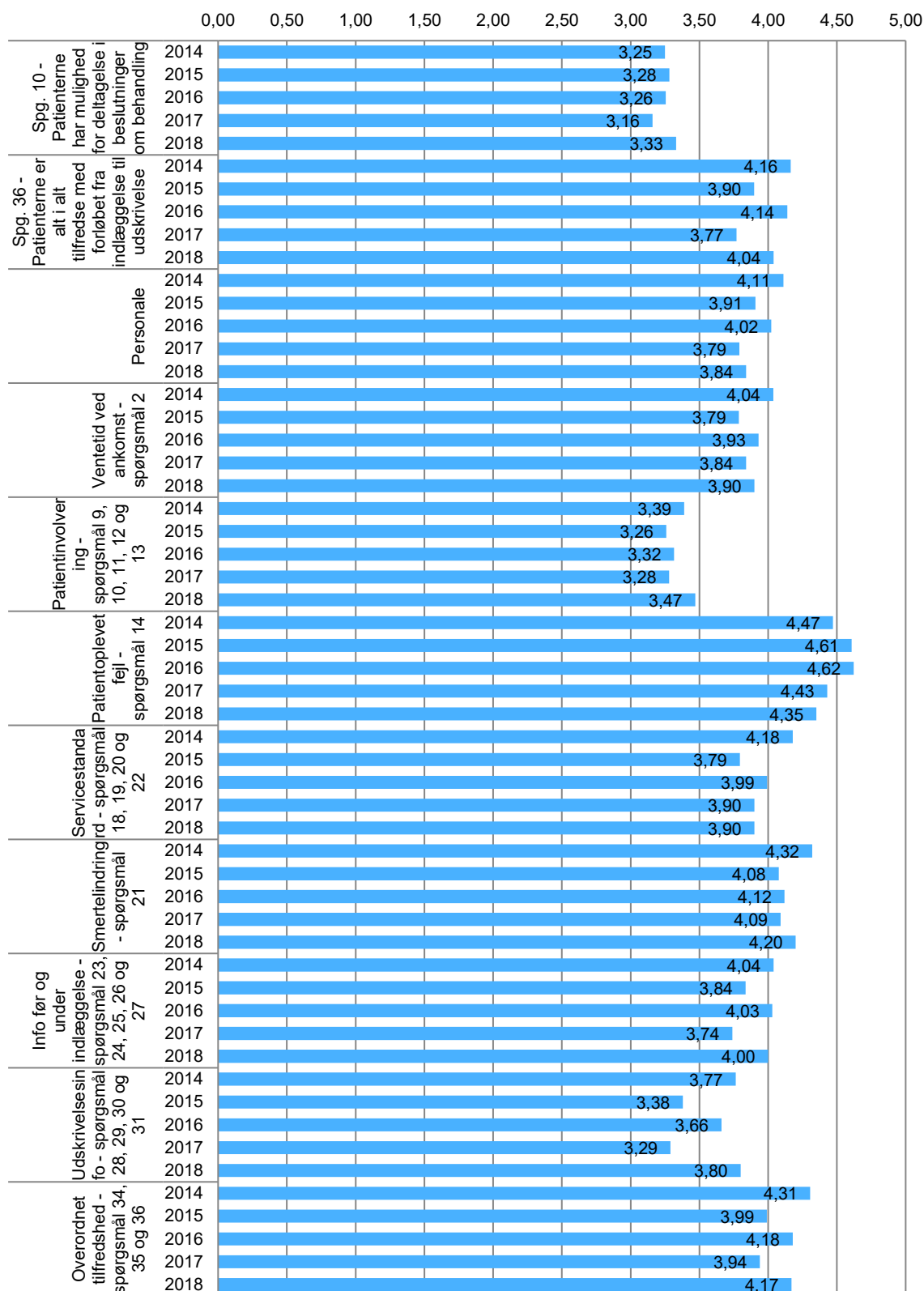
Bilagsfigur 3.2 Akut indlagte patienter, Bornholms Hospital 2014-2018



Note: Alle spørgsmål og temaer måles på en 5-punktskala (1-5), hvor alle svar er vendt, så den højeste værdi er mest ønskværdig.

Kilde: <https://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersogelse-patientoplevelser-lup>

Bilagsfigur 3.3 Planlagt indlagte patienter - Bornholms Hospital 2014-2018



Note: Alle spørgsmål og temaer måles på en 5-punktskala (1-5), hvor alle svar er vendt, så den højeste værdi er mest ønskværdig.

Kilde: <https://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersogelse-patientoplevelser-lup>

