



Region  
Hovedstaden

# FAGLIGE ORGANISATIONER

## Høringsvar til høring om ny styringsmodel for Region H

Indledningsvis vil Dansk Magisterforening gerne takke for muligheden for at bidrage til høringen om forslaget til ny styringsmodel for Region Hovedstaden. Dansk Magisterforening (DM) har med interesse læst forslaget.

Overordnet finder DM, at det giver god mening at bevæge sig væk fra driftsmålsstyring og i retning af styring efter nogle få overordnede udviklingsmål, der fastlægges af regionsrådet. Det er DM's opfattelse, at det hidtidige fokus på DRG-værdierne har bidraget til at skabe uhensigtsmæssige incitamentter på hospitalerne, og at den værdi, der skabes for patienterne, derfor er et bedre udgangspunkt.

DM bakker ligeledes op om ambitionen om mere ledelse og mindre styring, herunder om mere tillid til både ledelse og medarbejdere. Det sker på baggrund af en holdning om, at lokalt tilrettelagte løsninger ofte er mere robuste og meningsgivende end modeller og måltal, der er dikteret fra centralt hold. I denne sammenhæng finder DM, at ambitionen om at skabe plads og fleksibilitet til, at medarbejderne kan indgå aktivt i arbejdet med at udvikle lokale løsninger med faglighed og engagement, er helt central. Det betyder naturligvis ikke, at man skal skylle barnet ud med badevandet. Det er fortsat vigtigt, at beslutninger træffes med afsæt i evidens, data og gode evalueringer.

DM opfordrer til, at ændringer i styringsmodeller sker i et samarbejde mellem ledelse og medarbejdere. Det er vigtigt, at både ledelses- og medarbejderperspektiver inddrages, og det er også DM's erfaring, at medarbejdernes indflydelse på og forståelse for de mål, der styres efter, bidrager til at højne motivation, arbejdsglæde og i sidste ende kvaliteten i arbejdet. Medarbejderinddragelse er desuden afgørende, når en ny styringsmodel skal forankres i kulturen på en arbejdsplads – og uden en sådan kulturforankring er der en stor risiko for, at en ny model ikke vil fungere efter hensigten. I denne sammenhæng vil det være oplagt at forankre udviklingen i MED-systemet.

Det er samtidig fornuftigt med et udgangspunkt om, at de ressourcer, der frigøres ved regelforenkling eller anden afbureaukratisering, bevares på den lokale afdeling eller hospital, sådan så mere meningsgivende styring kommer både medarbejdere og patienter til gode.

Hvad angår den faglige kvalitet i sundhedsvæsenet bakker DM fuldt ud op om ambitionen om at skabe tid og plads til innovation, forskning, uddannelse og udvikling. Det er vigtigt, at der udvikles nye og bedre måder at gøre tingene på, og det er ligeledes vigtigt, at incitamentstrukturen understøtter dette.

Med venlig hilsen

Dansk Magisterforening



Til udvalget for værdibaseret styring

Roskilde, d. 18. juni 2019

**Dansk Socialrådgiverforening høringsvar til Region Hovedstadens forslag til en ny styringsmodel for arbejdet med sundhed**

Dansk Socialrådgiverforening (DS) takker for muligheden for at afgive høringsvar til forslaget til en ny styringsmodel for arbejdet med sundhed.

Generelt er DS helt enige i ambitionerne i værdibaseret styring og ser meget frem til at følge udviklingen i praksis.

DS hæfter sig særligt ved to ting i pjecen:

- 1) Under pejlemærke 1 fremgår, at *Den gode patientoplevelse afhænger af patientens samlede oplevelse af hospitalets service. Alle faggrupper på hospitalerne spiller en vigtig rolle i at inddrage patienten, skabe tryghed og give en god service.*  
DS mener, at fagligheden på tværs af faggrupper kan udnyttes meget bedre. Til opnåelse af dette vil DS opfordre til, at Region H kigger mod Region Sjælland, som har samlet et katalog over gode erfaringer med brugen af flere faggrupper i opgaveløsningen: <http://publikationer.regionsjaelland.dk/HR/eksempler-faggrupper/#/>. Kataloget er fulgt op af dialogcafé i maj, hvor ledere på flere niveauer og repræsentanter fra alle faglige organisationer udbyggede ideerne, nedbrød fagkampe og viste stor samhørighed omkring at have patienten i centrum for en helhedsorienteret behandling på tværs af psykiatri, somatik og sociale forhold. Den form for dialog er nødvendig, også på afdelingsniveau, hvis faggrupperne skal kende hinandens kompetencer og samarbejde om værdibaseret styring.
- 2) Under dilemmaer og bagvedliggende drøftelser fremgår, at *Regionsrådet er også opmærksomt på, at hvis vi vil fokusere på patientens ønsker til behandlingen, kræver det, at der bliver mere tid til den første samtale med patienten.*  
I en grundig, første samtale bør der blandt andet gives plads til patientens eventuelle sociale forhold såsom bolig, beskæftigelse og økonomi. Psykiske lidelser er tæt forbundet med sociale problemstillinger, men også somatiske lidelser – særligt de kroniske – kan være meget indgribende i patientens og familiens/netværkets sociale forhold. Hvis der på et tidligt tidspunkt i behandlingsforløbet kan skabes ro om de sociale forhold, vil det uden tvivl forbedre patientens samlede oplevelse af behandlingen. DS opfordrer således til, at socialfagligt personale kan trækkes ind i den første samtale.

Med venlig hilsen

Rasmus Hangaard Balslev  
Formand for Dansk Socialrådgiverforening, Region Øst



Region Hovedstaden  
Att.: Forretningsudvalget

Den 12. juli 2019  
Ref.: KHR/SAN/MES

## Dansk Sygeplejeråd

Kreds Hovedstaden  
Frederiksborggade 15, 4  
1360 Københavns K

Åbningstid:  
Mandag, tirsdag, torsdag og fre-  
dag kl. 9.00 – 14.00 samt onsdag  
kl. 13.00 – 16.00

Tel +45 70 21 16 62  
Fax +45 70 21 16 63

hovedstaden@dsr.dk  
www.dsr.dk

### Høringssvar vedr. forslag til værdibaseret styringsmodel

Dansk Sygeplejeråd (DSR) har den 28. maj 2019 modtaget høring af forslag til værdibaseret styringsmodel.

#### Generelle bemærkninger

Overordnet bemærker DSR Kreds Hovedstaden, at det er meget positivt, at regionen med forslaget til værdibaseret styringsmodel går væk fra aktivitetsstyring og i stedet kombinerer rammestyring med fokus på, hvad der giver værdi for det enkelte menneske (patienten).

DSR Kreds Hovedstaden anerkender den inddragende proces, som ligger til grund for forslaget til en ny værdibaseret styringsmodel. Forslaget indeholder mange gode muligheder for at understøtte helhedsorienterede patientforløb til gavn for patienter, de pårørende og medarbejdere.

DSR Kreds Hovedstaden har følgende opmærksomhedspunkter i forhold til forslaget til værdibaseret styringsmodel:

- Rammer for ledelsesrummet
- Sammenhængen mellem primær- og sekundærsektor
- Tydeliggørelse af medarbejderne som en ressource
- Opfølgning på dilemmaer og implementering

Punkterne er uddybet herunder.

#### Rammer for ledelsesrummet

DSR Kreds Hovedstaden støtter forslagets ambition om "Mere ledelse og mindre styring", men bemærker, at det forudsætter en tydelig ramme – økonomisk, fagligt m.v. – at lykkes med opgaven.

Forslaget til en ny styringsmodel indeholder en række mål og krav: 3 overordnede pejlemærker (konkret 17 pejlemærker), yderligere 2-3 regionale mål samt nationale patientrettigheder (udrednings- og behandlingsgaranti), de otte nationale mål på sundhedsområdet, budgetloven, nærhedsfinansiering og de årlige økonomiaftaler, udgifter til medicin og nye behandlinger m.v. DSR Kreds Hovedstaden bemærker, at de mange mål og krav har betydning for ledelsesrummet, og at ledelsesrummet begrænses, hvis den økonomiske ramme er snæver.

Endvidere kan 1-årige budgetter udgøre en begrænsning i forhold til at udvikle, implementere og nytænke måden, som opgaver løses på.

DSR Kreds Hovedstaden er meget positiv over for, at forslaget fremhæver tillid til ledelsen og medarbejderne, som en forudsætning for at kunne lykkes med opgaven. Det er imidlertid vigtigt, at ledelsen har de nødvendige kompetencer til at løfte opgaven og eventuelt har mulighed for opkvalificering.

DSR Kreds Hovedstaden anbefaler endvidere, at forslagets fokus på faglig kvalitet og patientsikkerhed medfører en prioritering af sygeplejefaglig ledelse, der understøtter et helhedssyn på patienten.

#### Sammenhæng mellem primær- og sekundærsektoren

DSR Kreds Hovedstaden er enig i, at det er helt centralt at skabe et godt samarbejde med almen praksis og kommunerne om sammenhængende forløb, der giver værdi for den enkelte patient. DSR Kreds Hovedstaden anbefaler derfor et mere forpligtende samarbejde mellem region, almen praksis og kommunerne om at løse opgaven udover den forventning til ledelserne på hospitalerne, der omtales på forslagets side 7. Formålet er at sikre, at opgaver, kompetencer og ressourcer hænger sammen på tværs af sektorer.

Forslaget har et tydeligt fokus på behandling på tværs af sektorer, men mindre fokus på pleje og rehabilitering, som har stor betydning for det samlede patientforløb. DSR Kreds Hovedstaden anbefaler derfor en præcisering af forslaget, så både behandling, pleje og rehabiliteringsindsatser tilrettelægges med udgangspunkt i patientens livssituation, behov og ønsker for at kunne takle et liv med sygdom med så høj livskvalitet som muligt.

#### Tydeliggørelse af medarbejderne som en ressource

Forslaget til en ny styringsmodel er målrettet ledere og medarbejdere på regionens hospitaler. Det er imidlertid uklart, hvordan medarbejdere får medindflydelse på opgaveløsningen, så den nye styringsmodel bliver forankret lokalt. DSR Kreds Hovedstaden vil anbefale en

præcisering af, at medarbejderindflydelse både foregår lokalt i det daglige arbejde med den lokale ledelse og i de overordnede drøftelser i MED-organisationen med ledelserne på øverste niveau.

DSR Kreds Hovedstaden bemærker, at medarbejdernes mulighed for at arbejde fagligt forsvarligt er afgørende for patientsikkerheden og for at skabe værdi for patienten, og det er en væsentlig del af et arbejdsmiljø, der giver trivsel for medarbejderne. DSR Kreds Hovedstaden vil derfor anbefale en præcisering heraf.

DSR Kreds Hovedstaden vil foreslå en sproglig tilpasning af pejlemærke 3 "God ressourceudnyttelse", så pejlemærket ændres til "God brug af ressourcer" eller "God anvendelse af ressourcer", fordi 'udnyttelse' er negativt ladet.

#### Opfølgning på dilemmaer og implementering

Forslaget er fortsat meget overordnet, ligesom det er forbundet med en række dilemmaer. Eksempelvis kan patienternes ønsker til behandling gå imod de faglige standarder for god kvalitet og den sundhedsfaglige vurdering. Det fremgår ikke af forslaget, hvordan sådanne dilemmaer tænkes løst, eller hvem der følger op herpå.

Lighed i sundhed er et andet centralt dilemma, fordi værdibaseret styring stiller krav til patienterne om at være tydelige omkring egne behov. Det vil nogle patienter være bedre til end andre, og det skal sundhedsvæsenet kunne rumme.

DSR Kreds Hovedstaden deltager gerne i drøftelser for at finde løsninger på de dilemmaer og udfordringer, der løbende vil opstå i forbindelse med implementeringen af den nye styringsmodel.

Med venlig hilsen

På vegne af kredsbestyrelse og formandskab  
Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden

Kristina Robins  
Kredsformand

Signe Hagel Andersen  
1. kreds næstformand

Hørings svar: værdibaseret styring Danske Bioanalytikere (dbio) hilser den nye værdibaserede styringsmodel velkommen. Det er en styringsmodel, der sætter den patientoplevede effekt af behandlingen i fokus. Den værdibaserede styring og nærhedsfinansieringen giver mulighed for, at Region Hovedstaden går væk fra DRG-beregning og detailstyring, og fremmer fri ledelse og tillid i organisationen. Det sidste har vi brug for. Dette udspil er meget teoretisk og overordnet. Der er selvfølgelig en masse detaljer, der kræver nærmere planlægning og beskrivelse; hermed nogle opmærksomhedspunkter: Sundhedsvæsenet vil komme ind i en forholdsvis stor forandringsproces, hvor en del patientbehandling skal flyttes fra indlæggelse på afdeling til ambulante behandling, eller til behandling hos praktiserende læge. Valget skal rette sig efter, hvad der giver værdi for patienten, men pengene vil selvfølgelig stadig spille en rolle, da der ikke er kommet flere af dem. Derfor vil en anden rettesnor vil være "det lavest mulige omkostningsniveau". Forandringer tager tid og kræver kræfter. Begge dele er der mangel på i organisationen efter mange års besparelser. Der er også en vis "metaltræthed" efter mange forandringsprocesser. Med mangel på personale og økonomiske ressourcer kan vi være bekymrede for, om overskuddet kan mønstres, hvis ikke den helt nødvendige ledelse og motivation er der. Der står ikke meget om regionens medarbejdere i forslaget; derimod står der noget om udnyttelse af ressourcer. Personalemangel indenfor visse faggrupper har fyldt en del i debatten. Vi vil hermed også slå et slag for bioanalytikerne, der oplever mere end fuld beskæftigelse. Stor personaleudskiftning er dyrt og tidskrævende. Derfor vil vi gerne sætte en tyk streg under rekruttering og fastholdelse af medarbejdere", da det er en forudsætning planens gennemførelse. Der er store hospitaler i Region Hovedstaden med patienter fra andre regioner, som afregner efter DRG-takst. De kan få udfordringer med værdibaseret styring, og dette bør løses, inden modellen sættes i gang. Værdibaseret styring lægger op til tværfaglighed. Vi mener i høj grad, at de diagnostiske afdelinger kan bidrage med meget i den forbindelse. Både med hensyn til at komme ud til patienterne, men også til det nødvendige samarbejde professionerne imellem. Her er det værd at nævne dbio's projekter om den borgernære bioanalytiker, hvor diagnostikken følger med ud af hospitalet; enten i form af en bioanalytiker med eller uden mobilt laboratorium, eller i form af andet personale, der betjener sig af patient-nært analyseudstyr (POCT; Point Of Care Testing). Vi medvirker gerne til arbejdsglidning, hvor det er på sin plads. Men vi vil ikke undlade kraftigt at understrege nødvendigheden af, at undervisning i prøvetagning og kvalitetssikring af det patientnære udstyr skal varetages af bioanalytikere, der har den rette faglige baggrund; gerne i klinisk biokemisk regi. Et forkert analysesvar er værre end intet analysesvar! Der er lang vej fra teori til praksis i en meget travl hverdag, men vi medvirker gerne. Danske Bioanalytikere, Hovedstaden

Oprettet af kl. 18-07-2019 15:09 af dbio-hovedstaden dbio-hovedstaden

Senest ændret kl. 18-07-2019 15:09 af dbio-hovedstaden dbio-hovedstaden





### Ergoterapeutforeningens høringssvar til dokumentet "Sammen skaber vi værdi for patienten"

Ergoterapeutforeningen  
Nørre Voldgade 90,2  
DK-1358 København K  
cvr nr. 19 12 11 19  
etf.dk

Den 18. 7.2019  
Side 1 af 2  
Ref.: Åse Munk Mortensen  
E-mail: aamm@etf.dk  
Direkte tlf. 5336 4971

### Pjecen som redskab til forandring

Tak for at vi har mulighed for at bidrage i den nødvendige samskabelsesproces. Når et skriftligt dokument skal være en guide til udvikling, er det et godt afsæt, at vi er mange der reflekterer, diskuterer og giver udtryk for, hvordan vi tror vi kan lykkes med at skabe forandring, forbedring og resultater. Så tak for en bred og langvarig høringsproces.

### Pejlemærker for udviklingen s.3-5

De tre pejlemærker er brugbare som dynamiske faktorer, der inviterer til nysgerrighed efter patientens perspektiv og unikke individuelle behov modsvaret af den faglig tilgang og de økonomiske (for) snævre rammer. Som ergoterapeuter kan vi ikke udføre vores professionsfaglighed uden at sætte patientens sygdom i relation til hans/hendes hverdagsliv og personlige værdier/interesser og behov. Så flere ergoterapeuter, somatisk og psykiatrisk, vil bidrage til øget værdi for patienterne!

Redaktionelt på s.3. Dot 1 og 2 kan samskrives og det samme gælder dot 5 og 6 samt dot 4 og 8. Forenkling vil fremme nytteværdien.

### Ny værdibaseret styringsmodel s. 5-7

Vi håber, at visioner og pejlemærker er konkurrence- og modstandsdygtige i forhold til de udfordringer, der vil komme, når flow, antal ydelser, herunder salg af ydelser til andre regioner stadig er styrende og indlejret i organisationernes vaner og bevidsthed.

**Nationale mål og regionale udviklingsmål.** Vi foreslår at "fastsat" ændres til "revurderes", da en etårig tidshorisont for udvikling er for snæver



### **Øget tillid og klare forventninger til ledelserne.**

Værdibaseret styring er også realiseret når:

- Ambulante patienters afbud givet senere end 24 timer før aftalt tid ikke længere i SP bliver registreret som udeblivelser.
- Behandling med medicin, kirurgi og samtaler med fagprofessionelle har øget værdi for patienterne, når der samtidig tilbydes behandlingsrettede praktiske hverdagsaktiviteter bl.a. i grupper for at ændre vaner og for kunne leve et aktivt hverdagsliv på trods af sygdom.
- Tværsektoriel sammenhæng er kendetegnet af en samordning af udskrivningsbreve, plejeforløbsplaner og genoptræningsplaner.

### **Dilemmaer og bagvedliggende drøftelser s. 7-8**

Kulturændringer kræver indsats både i forhold til ledere og medarbejdere. Vi peger på disse løsninger:

1. Tværsektorielt samarbejde med bl.a. mono- og tværfaglig kompetenceudvikling og supervision.
2. Læringskulturer på tværs af hospitalerne, der understøtter et bæredygtigt sundhedsvæsen. LEON understøttes, da effekten af gode erfaringer kan deles.
3. IT-systemmer, der understøtter pejlemærkerne og ikke giver mulighed for eller anledning til kvantitativ overvågning af medarbejderne.
4. Fokus på bedre mødekvalitet, så alles tid udnyttes konstruktivt og giver effektiv opgaveløsning.

Vi forventer, at der i tilknytning til den værdibaseret styring skabes synlig sammenhæng både til nærhedsfinansieringen og den regionale realisering af visioner og initiativer i Sundhedsaftalen

**Vi stiller os meget gerne til rådighed i den videre dialog.**

Med venlig hilsen

Åse Munk Mortensen  
Regionsformand, Ergoterapeutforeningen, Region Øst

**Høringsvar på Region Hovedstadens forslag til værdibaseret styringsmodel**

FOA takker for muligheden for at afgive høringssvar på Region Hovedstadens forslag til en værdibaseret styringsmodel.

FOA ser det som en bunden og fundamental opgave, som regionen har påtaget sig i forhold til en ændring af styringsparadigmet, hvor regionen ønsker en kurs - *fra* fokus på aktivitet, DRG styring og indtjening - *til* fokus på at skabe værdi for patienten.

FOA anerkender, at regionen og det politiske udvalg har arbejdet målrettet med opgaven og sat nogle konstruktive og kvalificerede pejlemærker og mål for en ny styringsmodel. FOA vil også anerkende, at regionen har haft en inkluderende proces i forhold til MED og de forskellige interesseorganisationer.

Der vil være mange udfordringer ved indførelse af en værdibaseret styringsmodel, som er et større paradigmeskifte i styringen af regionen på alle medarbejder- og ledelsesniveauer. Det politiske udvalg har også opsat en række dilemmaer ved indførelsen af værdibaseret styring, som viser, at der har været arbejdet grundigt og holistisk med en ny model. FOA vil i det følgende påpege en række udfordringer og dilemmaer, som FOA ser ved indførelsen af værdibaseret styring.

Kulturaspektet ser FOA som helt afgørende for indførelse af en ny styringsmodel. Det er medarbejderne og lederne på lokalt niveau, der operationelt skal udføre og sikre de enkelte pejlemærker og mål, som der skal til, for at skabe værdi for patienterne. Det er derfor afgørende, at ledelsen kvalificeres til opgaven og den strategiske indsats gennem uddannelse. Det kunne f.eks. være en del af ledelsesuddannelsesprogrammet i regionen. Det er ligeledes afgørende, at medarbejderne inkluderes i arbejdet med en ny styringsmodel, hvor man f.eks. burde sikre, at det er en gennemgående del af MED udvalgsarbejde og personalemøder. Det er også afgørende, at der afsættes ressourcer til arbejdet lokalt i afdelingerne, f.eks. kvalificeret konsulentbistand og rammer for dialog og sparring.

FOA ser en udfordring i paradigmeskiftet til værdibaseret styring i forhold til lighed i sundhed, specielt når det handler om de psykisk syge, samt de socialt og ressourcetsvage borgere. Hvis ikke der afsættes de fornødne tidsressourcer, faglige- og pædagogiske kompetencer i mødet med denne typer patienter, vil det ikke lykkes at tilpasse behandlingen til den enkelte og at patientforløbet hænger sammen.

FOA er enig i, at PRO data (patientrapporteret outcome) er et vigtigt værktøj at inddrage i arbejdet med at skabe værdi for patienten. FOA er dog betænksom ved, at brugen af PRO data står alene, idet faglige, kliniske og behandlingsmæssige betydninger hos sundhedsprofessionelle også skal inddrages, idet der kan opstå uenighed mellem patientens og den sundhedsprofessionelles opfattelse af betydningen af behandling og pleje. PRO data kan også være med til at øge ulighed i sundhed, idet det vil være de ressourcestærke patienter der har evne til at få adgang, forstå, vurdere og anvende PRO data, og derfor får den største patientinvolverende gevinst.

FOA vil afslutningsvis påpege en række medarbejderperspektiver, som vi mener, er helt centrale i forhold til implementering af værdibaseret styring i regionen. Et godt psykisk arbejdsmiljø og trivsel er helt afgørende på de enkelte arbejdsenheder, idet tillid og inddragelse er væsentlige parametre for arbejdet med værdibaseret styring. Det er vores klare erfaring, at dette ikke er tilstede når der er et dårligt arbejdsmiljø og en dårlig trivsel. FOA vil også påpege, at værdibaseret styring skal inkludere alle medarbejdere, også de medarbejdere, der ikke har direkte patientnære arbejdsopgaver. Målet med værdi for patienten skabes af alle medarbejdergrupper, og alle arbejdsopgaver er vigtige for at opnå dette mål.

**Med venlig hilsen**

Lene Lindberg, talsmand for FOA-afdelingerne i Region Hovedstaden

**På vegne af FOA afdelingerne i Region Hovedstaden**

## Hørings svar

---

<b>Emne:</b>	Forslag til model for Værdibaseret Styring af Sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden
<b>Hørings svar afgivet af:</b>	Overlægerådet i Region Hovedstaden
<b>Høringsfrist:</b>	19. juli 2019

---

Overlægerådet i Region Hovedstaden takker for muligheden for at afgive et høringssvar vedrørende Regionens forslag til en ny værdibaseret styringsmodel i sundhedsvæsenet.

Helt overordnet bakker vi op om en ny styringsmodel med øget fokus på patientinddragelse og på den patient-oplevede kvalitet samtidig med, at den faglige kvalitet og god ressourcudnyttelse også skal være i fokus. Det er dog lidt uklart for os, hvordan vi som læger skal prioritere mellem, hvad der er vigtigt for den enkelte patient og sikringen af en høj faglig kvalitet [side 4].

Afskaffelsen af takststyring på hospitalerne hilser vi velkommen. Det er i den forbindelse vigtigt at få set på, hvordan ambulatoriearbejdet planlægges og sikre, at der i fremtiden tages hensyn til patienternes individuelle behov og ressourcer. Det er vigtigt, at der i processen sikres læring og erfaringsudveksling på tværs af specialer. Desuden kunne man også inddrage patienterne i selve planlægningsfasten, således som man fx gør det på Onkologisk Afdeling på Herlev-Gentofte Hospital ved brug af patientråd. Der vil dog være behov for at afdekke, hvad patienterne oplever som kvalitet, idet det nok ikke bliver muligt at lave individuelle forløb for alle patienter – særligt ikke, når nogle cancersygdomme har meget korte behandlingsgarantier.

Vi hilser det også velkomment, at der nu lægges op til *”mindre politisk brug af driftsmålstyring”* [side 6]. De overordnede regionale udviklingsmål, som nævnes i den forbindelse, om øget tillid og klare forventninger til ledelserne ser vi frem til at være med til at implementere på alle niveauer i sundhedsvæsenet. Vi har især hæftet os ved, at *”ledelserne skal have et stort ledelsesrum til at lykkes med denne opgave”* [side 6].

Overlægerådet er opmærksomme på, at den værdibaserede styringsmodel skal fungere samtidig med andre styringsmodeller – udredningsgarantien, behandlingsgarantien osv. Den skal også fungere i et sundhedsvæsen med et begrænset økonomisk råderum, og vi mener ikke,



at modellen – som den er beskrevet i det forslag, der er sendt til høring – forholder sig til, hvordan opgaven med øget patientkommunikation skal kunne løses inden for de nuværende økonomiske rammer. Efter de seneste års skrappe sparekrav stiller vi os tvivlende over for, om reduktion af bl.a. de ambulante forløb ikke allerede er implementeret, og vi mener, at den ønskede omlægning af aktiviteten med ønske om behandling af flere patienter ikke er realistisk. Man kunne mene, at LEON-princippet allerede er implementeret i hverdagen de fleste steder.

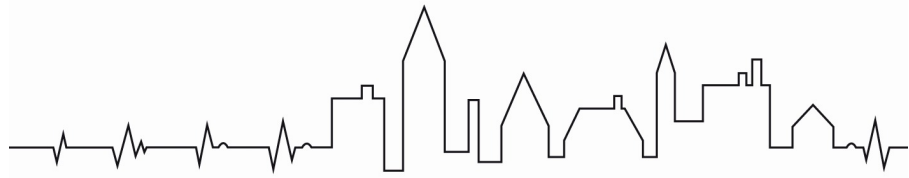
Vi har noteret os de dilemmaer, som er oplyst sidst i forslaget, og som netop også er vores bekymring, når det drejer sig om en vellykket og realistisk implementering af værdibaseret styring - fx (1) patienternes ønsker og vurdering af egne symptomer og behandlingsbehov kan gå imod de faglige standarder for god kvalitet ... og (2) patientens behov for tryghed i form af fx faste kontroltider hos en fast læge kan være svære at imødekomme ...

Overlægerådet stiller sig meget gerne til rådighed for det videre arbejde med at implementere modellen på alle hospitaler i Region Hovedstaden.

Med venlig hilsen

Morten Boye Petersen, formand  
Overlægerådet i Region Hovedstaden

Palle Miliam, næstformand



**PLO-HOVEDSTADEN**

Stockholmsgade 55  
2100 København Ø

Telefon 35 44 10 94  
plo-h@dadl.dk

Den 27. juni 2019  
Sagsnr.: 2019 - 3906/1970305  
MaH

**Høring af forslag til værdibaseret styringsmodel – PLO-Hovedstaden**

PLO-Hovedstaden hilser en ny styringsmodel velkommen og takker for at have været inddraget i processen og for høringsmuligheden nu.

Vi er helt enige i behovet for en mere personcentreret og helhedsorienteret tilgang til opgaveløsningen i sundhedsvæsenet med fokus på, hvad der er vigtigst for den enkelte patient, og vi er åbne over for at drøfte nye veje og muligheder.

PLO-Hovedstaden tror ligeledes på, at modellen kan skabe bedre tværsektorielt samarbejde med anvendelsen af de rette redskaber.

**Prioritering i sundhedssektoren – en nødvendighed for det gode patientforløb og den faglige standard**

Det er PLO-Hovedstadens opfattelse, at modellens ambitiøse mål kun kan nås, hvis det personale, der har patientkontakterne, får de rette rammer. Herunder også, at de økonomiske rammer, som er afsat til opgaven, stemmer overens med opgavens omfang.

Det er vores oplevelse, at de seneste års pres på sundhedsvæsenet og fokus på målbare parametre og standarder har udfordret helhedshensynet i den direkte patientkontakt.

Helt generelt ser vi nogle dilemmaer i "værdibaseret styring", blandt andet det dilemma, at patientens ønsker og behov ikke altid er i overensstemmelse med det, som er fagligt anbefalet, og at patienten kan have en forventning om udrednings- eller behandlingstilbud, som kan være i modstrid med dét, der er god faglig standard.

PLO-Hovedstaden finder det ikke klart i modellen, hvem der skal prioritere, og hvilket pejlemærke der i givet fald vægtes højest.

Vi mener, at det er en nødvendighed, at politikerne forholder sig til prioritering af ressourcerne i sundhedsvæsenet for ikke at svinge de behandlingsansvarlige læger. For eksempel ved at bakke op om, at faglighed vægter højest i eventuel konflikt mellem pejlemærkerne.



Vi er glade for, at der er opmærksomhed på dette som et centralt dilemma, nævnt på side 7.

### **Ledelse, implementering – og det tværsektorielle samarbejde**

Vi finder det essentielt, at både frontpersonale og ledelseslag inddrages i den kulturændring, der er nødvendig for den nye styringsmodel. Vi bifalder derfor principperne om "mere ledelse og mindre styring" samt den øgede vægt på faglighed.

PLO-Hovedstaden oplever dagligt udfordringerne med den nuværende styringsmodel, hvor silotækning og new public management synes fremherskende.

Vi oplever et øget antal kontakter, der handler om problemer i relation til det tværsektorielle samarbejde, og hvor opgaver, som burde være løst samlet, kan ende med, at patienten bliver kastebold mellem primær- og sekundærsektor.

Denne type "opgaver" vokser i omfang hos den praktiserende læge, når presset på sundhedsvæsenet stiger.

PLO-Hovedstaden finder det derfor vigtigt at inddrage samarbejdspartnere (kommune og praksissektor) i arbejdet med implementering af den værdibaserede styringsmodel, så der kommer fokus på værdibaseret styring i det tværsektorielle samspil.

PLO-Hovedstaden finder det tankevækkende, at der kun indgår få ord om dette i oplægget (side 7). I den forbindelse foreslår PLO-Hovedstaden, at der på side 7, 3. afsnit, lægges yderligere vægt på samarbejdet, fx ved at afsnittet ændres til:

"I regionsrådet forventer vi, at ledelserne på hospitalerne sikre et godt, konstruktivt og gensidigt anerkendende samarbejde med almen praksis og kommunerne om at skabe gode, sammenhængene forløb, som giver værdi for patienterne på tværs af sektorer".

### **Forbedringer for patienten kræver samarbejde med respekt for forskellighed**

PLO-Hovedstaden tror på, at den værdibaserede model vil kunne medføre et samlet kvalitetsløft for patienten. Og vi er åbne over for at drøfte nye veje og muligheder.

Vi ser dog en risiko for opgaveglidning med ønsket om, at mere behandling flyttes til eget hjem eller tæt på patienten – som nævnt på side 3.

Hvis kvaliteten for patienten samlet set skal vokse, kræver det et højere niveau af samarbejde, og at samarbejdet sker med respekt for de forskellige kulturer i henholdsvis region, kommuner og almen praksis.

I almen praksis ønsker vi fokus på og respekt for den særlige aftalemæssige struktur, som er fundamentet for samarbejdet mellem almen praksis og henholdsvis region og kommuner. Dette kan gøres ved åbent og konstruktivt at prioritere, at nye eller ændrede forudsætninger for eksisterende opgaver i almen praksis aftales, så der skabes klarhed fra begge sider om opgaver, ansvar, kvalitet og honorering.





Med håb om en succesfuld implementering af den kommende værdibaserede styringsmodel.

Karin Zimmer

Formand, PLO-Hovedstaden

28-6-2019

Jr. 2019 - 3859/1962281

iop/bra

## HØRINGSSVAR

---

**Emne:** Høring af forslag til værdibaseret styringsmodel

**Høringsfrist:** 19. juli 2019

**Fra:** Yngre Læger i Region Hovedstaden

---

Yngre Læger i Region Hovedstaden (YLRH), har følgende bemærkninger til det udsendte forslag til ny værdibaseret styringsmodel:

YLRH tilslutter sig oplægget til, at regionens sundhedsvæsen fremover er mindre styret af New Public Management og at flere beslutninger overlades til faglig ledelse. Vi bemærker dog, at regionsrådet forventer at både de foreslåede pejlemærker og de nationale mål og krav skal overholdes – samtidig med at 2-3 overordnede, regionale udviklingsmål skal sætte retning for udviklingen for ét år ad gangen. Det vurderer vi er en særdeles vanskelig opgave inden for de økonomiske ressourcer, der er til rådighed, og det er uklart, hvordan man forestiller sig, at modellen kan omsættes til praksis.

Overordnet ser vi forslaget til en ny styringsmodel som regionens bud på, hvordan man forener en række tilsyneladende modstridende mål, hensyn og rammebetingelser, herunder:

- øget efterspørgsel efter de ydelser, som sundhedsvæsnen kan og skal levere
- øget fokus på patientens oplevelse af mødet med sundhedsvæsnen
- større lighed i sundhed
- et godt arbejdsmiljø for de ansatte i sundhedsvæsnen
- høj faglig kvalitet i sundhedsydelserne
- et sammenhængende sundhedsvæsen

Alt sammen inden for en begrænset økonomisk ramme.

Vi er som udgangspunkt ikke uenige i de beskrevne visioner, men har svært ved at se, at den værdibaserede styringsmodel løser det væsentlige problem, som er økonomisk: der er skåret for meget, for længe og for dybt i bevillingerne til regionens sundhedsvæsen.

God ledelse, høj faglighed og engagerede medarbejdere er klart nødvendige forudsætninger for, at sundhedsvæsnen kan levere sundhedsydelser af høj kvalitet. Men det er ikke tilstrækkelige forudsætninger. I en undersøgelse fra 2019 svarer 69 pct. af de ledende læger, at de er uenige eller meget uenige i, at der er balance mellem de opgaver, som deres afdeling forventes at løse, og de ressourcer, der er til rådighed. Og 77 pct. af de ledende læger er i samme undersøgelse uenige eller meget uenige i, at det er realistisk, at de senere års udvikling i forholdet

mellem opgaver og ressourcer, på deres afdeling, kan fortsætte år for år, uden at det påvirker kvaliteten i behandlingen.<sup>1</sup>

Vi opfordrer derfor til, at politikere i regionsråd og Folketing skaber rammer for, at en større del af prioriteringsopgaven løses nationalt i sundhedsvæsenet, for eksempel ved at give fagfolk i et behandlingsråd mulighed for at påtage sig den vanskelige opgave at anbefale, hvilke behandlinger og teknologier, der nationalt skal sættes på. Det vil også sikre, at borgere og patienter i højere grad har vished om, at prioriteringerne i sundhedsvæsenet sker synligt, transparent, baseret på faglighed og med et klart politisk mandat.

Det fremgår af politikpapiret, at regionsrådet har en opgave i at skaffe råderum, blandt andet ved at definere principper, rammer og metoder for prioritering i sundhedsvæsenet. Der er ikke nærmere bud på, hvordan regionen vil løfte denne opgave.

Mængden og omfanget af reformer i regionens sundhedsvæsen har været omfattende de senere år, og det må forudses, at den nye regering vil rulle yderligere reformer ud over hele sundhedsområdet. Der er mange forskellige styringsredskaber i brug på samme tid, og det gør det vanskeligt at se, hvordan de virker, hver for sig og sammen.

Den traditionelle benchmark analyse, hvor afdelinger måles op mod hinanden, skønt deres vilkår er meget forskellige, bør ikke være en del af de redskaber, som understøtter modellen.

Vi anbefaler, at kommende ændringer som følge af en ny styringsmodel implementeres i et roligt tempo, med tid til grundig forberedelse af de "værktøjer", som skal understøtte modellen og med mulighed for, at centrale initiativer kan tænkes med i processen.

Målsætningerne for regionens sundhedsvæsen bør suppleres med et særligt fokus på målsætningerne *medarbejdertilfredshed* og *arbejds miljø* på samme måde, som man i styringsmodellen har fokus på *økonomi* og *patienttilfredshed*.

### **Konkrete bemærkninger til pejlemærkerne for den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden**

Under pejlemærke 1 er det patientens oplevede effekt af behandlingen, som er i fokus. Behandlingen skal tilpasses den enkelte og forløbet skal hænge sammen. I den sammenhæng indgår bl.a. at forventningerne afstemmes, så patienten kan overskue sin situation og forstår, hvad der skal ske.

YLRH ser en risiko for, at forventningsafstemningen med patienten drejer sig om, *hvad der er muligt* snarere end, *hvad der er ønskeligt*. Dette fremhæver vi, fordi det under pejlemærke 3 tydeligt fremgår, at opgaver løses efter LEON-princippet (laveste effektive omkostningsniveau).

Under pejlemærke 3 fremhæves i øvrigt, at der skal være en tilstrækkelig kapacitet til at udrede og behandle alle patienter, der har behov, samtidig med, at ressourcerne løbende tilpasses og prioriteres, så de bruges der, hvor behovet er størst, og hvor vi får mest sundhed for pengene.

YLRH mener, at den faglige kvalitet, pejlemærke nr. 2, bør have større fokus, når det drejer sig om sundhed i Region Hovedstaden.

---

<sup>1</sup> Lægeforeningen: Spørgeskemaundersøgelse blandt ledende læger i sygehusvæsenet (2019). Undersøgelsen er endnu ikke publiceret. Spørgeskemaet blev udsendt til 543, hvoraf 230 har svaret, hvilket giver en svarprocent på 44. 181 af de læger, der svarede, oplyste, at de var ansat på et offentligt sygehus og havde formelt ledelsesansvar. Det er disse 181 besvarelser, der indgår i ovenstående.

Det er tydeligt, at ressourcerne til sundhedsvæsnet er med til at udfordre de nævnte pejlemærker. YLRH peger igen på behovet for en national prioritering som supplement til den prioritering, der naturligt skal gøres på det enkelte hospital og på den enkelte afdeling.

### **Rammestyning og god udnyttelse af ressourcerne**

YLRH støtter naturligvis, at den patientoplevede kvalitet løftes. Men patienttilfredshed må ikke blive et parameter for ressourcefordeling. Internationale erfaringer med at koble økonomisk finansiering til opfyldelsen af kvalitetsmål er tvetydige eller decideret dårlige.

### **Mål, ledelse og styring**

YLRH ser frem til et bud på, hvordan regionsrådet vil følge op på sin opgave med at skaffe råderum, definere principper, rammer og metoder for prioritering i sundhedsvæsnet. Vi vil gerne understrege, at vi ønsker at deltage aktivt og konstruktivt med vores faglige viden og kunnen.

Vi er enige i ønsket om mere ledelse og mindre styring, og ønsker inddragelse af medarbejderne i at finde gode løsninger på et fagligt fundament.

På vegne af Yngre Læger i Region Hovedstaden

Anders Hedeboe Hebert  
formand



**Region  
Hovedstaden**

# **HOSPITALER**

Dato: 1. juli 2019

## NOTAT

Til: Region Hovedstaden

# Høringssvar fra Amager og Hvidovre Hospital vedr. værdibaseret styring

Amager og Hvidovre Hospital afgiver hermed høringssvar på pjecen om værdibaseret styring i Region Hovedstaden - Sammen skaber vi værdi for patienten. Høringssvaret er tilblevet på baggrund af input fra hospitalets afdelinger, der fremgår i bilag 1, samt vedlagt høringssvar fra VMU.

Amager og Hvidovre Hospital vil gerne starte med at anerkende, at der er lagt et stort arbejde i udarbejdelsen af den nye styringsmodel for at skabe nye rammer og retninger, der afløser takststyringen. Generelt set ligger pjecen op til, at der skal skabes mere helhedssyn med lighed i sundhed og forløb på tværs af sektorer.

Overgangen fra takststyring til værdibaseret styring med opstillingen af pejlemærker giver retning at arbejde hen imod, og den detaljerede uddybning medvirker til at gøre det relevant helt ud i den kliniske hverdag. En udfordring med de mange gode hensigter er prioritering. I en hverdag præget af stadig større pres på ressourcerne, skal der ske en klar prioritering, men det er ikke tydeligt om regionsrådet vægter nogle af pejlemærkerne højere end andre.

Det anerkendes, at der ønskes at skabe en styringsform, der medfører, at *det vi gør*, giver værdi for patienterne. For at værdibaseret styring fra det politiske niveau skal være synligt ud i klinikken, efterspørges, hvad forpligtigelsen fra politisk og administrativ side er, således det sikres, at alle tiltag bibringer en reel værdi for patienterne.

I forhold til læsevenlighed og forståelse foreslås det at fremrykke boksen, der opsummerer styringsmodellen, med tilhørende tekst, således det fremgår inden vision og pejlemærker. Samtidig foreslås det, at formuleringen nederst

side 1 "Den nye styringsmodel kalder vi "værdibaseret styring"" ændres således "kalder vi" ændres til "kaldes", idet værdibaseret styring tolkes som et generelt koncept.

### **Sammenhængende patientforløb, faglig kvalitet og ressourcer**

Intentionen om, at patienten skal opleve stor effekt af behandling, er ønskværdig, men eksempelvis for patienter med kroniske lidelser kan dette være svært at honorere.

Samarbejdet med kommunerne og almen praksis skal fortsat styrkes og det er derfor vigtigt, at det bliver tydeligt, hvad hospitalets forpligtigelse er.

### **Incitament**

Forventning om incitamentsstrukturer på alle niveauer, der understøtter pejlemærkerne og lokale løsninger er ønskværdig, men på nogle områder kan man have gavn af generelle løsninger for at understøtte en helhedsorienteret tilgang og vidensdeling mellem hospitaler, og det kan bidrage til at lette implementeringsopgaven.

I formuleringen om incitament til at omlægge og forbedre behandlingen (øverst på side 6), ved eksempelvis at reducere overflødige besøg, så patienterne kun får de besøg, der giver værdi for dem, kan formuleringen tolkes ud i, at hospitalerne i dag afvikler overflødige besøg og fortsat vil gøre det. I stedet foreslås formuleringen omskrevet til: "vi skal effektivisere ambulante forløb, så der skabes sammenhæng i behandlingen, og patienterne får de besøg, der giver værdi for dem".

### **Mere tillidsbaseret ledelse, udviklingsmål og gennemsigtighed om data**

Det er positivt, at forventningerne til ledelsesopgaven beskrives som mere tillidsbaseret og helhedsorienteret. Samtidig forventes et mere fokuseret brug af driftsmål, og med mere pejling efter retning i stedet for mål. Når dette skal bygge på åben dialog og transparens om data, er det vigtigt at være enige om datagrundlag og definitioner for at kunne have en konstruktiv dialog på alle niveauer i organisationen.

Der beskrives store ambitioner for at måle outcome – og om patienterne oplever reel værdi af behandlingen via PRO-målinger. Der savnes en præcisering af dette, da PRO traditionelt måler, om patienten har haft gavn af behandlingen snarere end om patienten oplever værdi af behandlingen.

Det er en stor styrke, at dilemmaerne knyttet til værdibaseret styring beskrives, for det signalerer politisk forståelse af, at omstillingen er en større proces, der ikke sker fra den ene dag til den anden.

**Bilag 1: Afdelingers input til høringsvar, Amager og Hvidovre Hospital**

Afdeling	Besvarelse
Direktionssekretariat	<p>Generelt er det en rigtig fin beskrivelse af den nye styringsmodel. Det er godt, at der bliver kommunikeret om værdibaseret styring og frihed til at "gøre det rigtige for patienten" adskilt fra teknikken i nærhedsfinansiering. Dvs. det bliver ledelsesbudskaberne, der står frem, frem for de økonomiske og styringstekniske budskaber, som har domineret kommunikationen indtil nu. Der er fortsat mange klinikere og mellemledere, som ikke ved, at vi ikke længere er takststyrede.</p> <p>Desuden er det en stor styrke, at dilemmaerne knyttet til værdibaseret sundhed beskrives, for det signalerer, at politikerne har forstået, at det ikke bare kan ændres med et snuetag eller er let at implementere.</p> <p>Skulle man udfordre pjecen i høringsvaret, kan man vælge også at beskrive det helt centrale dilemma, der ligger mellem at opfylde det lovbestede patientrettigheder på den ene side og skabe værdi for den enkelte patient på den anden side. Det vil give større følgeskab til tænkningen, hvis man adresserer dette meget reelle dilemma. Patientrettighederne er lovbestede, og vi kan ikke ændre dem – men det ville klæde pjecen at beskrive det dilemma, de indebærer, netop når vi taler om værdibaseret styring.</p> <p>Skal man derudover være tro mod det internationale styringskoncept VBHC, som værdibaseret styring er inspireret af, så mangler der fokus på effektbaseret behandling, hvor de behandlinger med mest effekt prioriteres over andre samt et øget fokus på det endelige outcome (hvor også ydelser fra andre sektorer indgår i ligningen). Side 1: "Den nye styringsmodel kalder vi "værdibaseret styring"". Ret beset er værdibaseret styring som koncept ikke opfundet af Region Hovedstaden. "Kalder vi" bør nok ændres til "kaldes".</p>
Direktionssekretariat	<p>Side 5: "Afreigningen til hospitalerne efter aktivitet er afskaffet fra 2019". Er det den fuldstændige sandhed? Der er jo sundhedsøkonomer, der mener, at værdibaseret styring stadig vil indeholde et element af aktivitetsstyring, bl.a. for at opretholde produktiviteten. Med en så skrånlig formulering risikerer man at sælge konceptet som noget, det ikke er. Fokus på en værdibaseret tilgang (kvalitet) kan jo godt samtænkes med et eksisterende fokus på aktivitet og produktivitet (kvantitet) – en blandingsmodel. Samtidig bidrager DRG-systemet vel også til, at man ret præcist kender omkostningen for en størstedelen af alle behandlinger i sundhedsvæsenet. Denne viden/data (som skal vedligeholdes) har man vel brug for, for at kunne monitorere ift. omkostningseffektivitet (som er et vigtigt element i VBHC).</p> <p>Side 5: Boksen og den tilhørende tekst bør rykkes frem foran vision og pejlemærker – det ville gøre det lidt mere stramt og ikke så rodet.</p> <p>Side 6: Afsnittet om "Nationale mål og regionale udviklingsmål" er spøjst formuleret. Der bliver lagt op til mindre brug af målstyring, men samtidig vil de enkelte politiske udvalg følge udvalgte mål og krav. Hvordan har man fra politisk side tænkt sig gribe ind, hvis et hospital "stikker af" fra retningen?</p> <p>Troværdigheden i tiltaget ville måske være lidt større, hvis der samtidigt var et mere tydeligt fokus på outcome delen – for hvordan vil man følge den reelle værdiskabelse, hvis man ikke samtidigt har et anvendeligt system til "patientrapporteret outcome" (PRO) – her står der blot (side 7) at man vil udvikle og afprøve PRO for at se på om patienterne oplever værdi i forløbene – det er vist nok endda lidt forkert, idet PRO data relaterer sig til patientens gavn af en behandling og et forløb, men rapporteret af patienten og ikke af systemet via DRG takster, som vi kender det fra tidligere. Der mangler med andre ord et afregningssystem baseret på patientrapporteret outcome, og det gør jo værdibaseret styring lidt ufuldstændig i den nuværende form. Det kunne der måske stå lidt mere om.</p> <p>Driftsmålstyring, datadrevet ledelse, øvrig målstyring skal fortsat være et vigtigt ledelsesredskab – ja, men hvordan få vi VBS på tavlerne så længe vi ikke har gode og rigtige PRO data?</p> <p>Side 6: "(...) udvikle lokale løsninger". Det bør overvejes, hvordan man sikrer et grundlag for erfarings- og videndeling mellem hospitaler og virksomheder. På nogle område er øget autonomi ikke nødvendigvis en fordel – og hospitalerne bør fortsat lade sig inspirere på tværs uden at skulle opfinde den dybe tallerken hver gang.</p>
Medicinsk afdeling Amager	<p>Vi er ganske enige i værdi-intentionen, men der mangler tilstrækkelig fokus på, hvad forpligtigelsen skal være for hele det politiske og administrative niveau. Vores ledere og medarbejdere oplever at bruge ganske mange tidsressourcer på administrative opgaver, hvis endelige værdi for patienterne hyppigt kan diskuteres. Derfor:</p> <p>Forpligtigelse af vores ledere og hele vores administrative lag i både regionen og på hospitalerne til at sikre, at alle tiltag reelt giver værdi ift ressourceforbruget. (møder, analyser, råd, projekter, udvalg etc).</p> <p>Vi skal i vores udredning og behandling af den enkelte patient sikre reel værdi af vores handlinger – specielt set med patientens øjne. (defensive undersøgelser/behandlinger, unødigt polyfarmaci specielt hos de ældre).</p>
Gastroenheden	<p>Vi ser værdibaseret styring som en tiltrængt ændring i praksis for samarbejdet omkring patienten og sammen med primær sektor – og specielt den praktiserende læge.</p> <p>Samtidig skabes der større mulighed for mere ledelse og mindre styring – som udført i praksis gerne skulle betyde større fokus på den faglige indsats til gavn for patienterne og større anvendelse af ressourcer, der hvor behovet er</p> <p>Enkelte forklarings usikkerheder er der dog i oplægget:</p> <p>Punkt 1, "dot" 4: at patienten oplever stor effekt af behandlingen kan være vanskelig at honorere ved kroniske lidelser</p> <p>Punkt 1, "dot" 8: hvordan skal hospitalerne sikre de nødvendige ressourcer til behandling i eget hjem?</p> <p>Punkt 1, "dot" 9: oplevelse af service kan være meget forskellig og vanskelig at honorere den enkelte, og hvad menes med service?</p> <p>Punkt 2, "dot" 3: Hvordan tænkes det praktisk at sikre tid og rum til innovation, forskning, uddannelse og udvikling? Kan nemt blive til fine ord uden indhold</p> <p>Punkt 3, "dot" 3: Hvordan sikres tilstrækkelig kapacitet= hvilke tanker er der bag den målsætning</p> <p>Punkt 3, "dot" 4: vi skal løbende tilpasse og prioritere ressourcerne – hvordan harmonerer det med ex patientrettigheder, med udredningsret o.s.v?</p>
Medicinsk Enhed	<p>Overordnet fylder pejlemærke 2 (faglig kvalitet) meget lidt i pjecen sammenholdt med de øvrige pejlemærker. Faglig kvalitet kan i større omfang inddrages i en samlet drøftelse af ressourceudnyttelse og patientinddragelse.</p> <p>"Regionsrådet forventer, at ledelserne på alle niveauer sikrer, at der er incitament til at omlægge og forbedre behandlingen. Fx skal vi reducere overflødige ambulante besøg, så patienterne kun får de besøg, som giver værdi for dem, ligesom vi skal skabe bedre sammenhæng i behandlingen. Incitamenterne fastlægges lokalt og kan både være økonomiske og ikke-økonomiske (side 6).</p> <p>Sætningen er uhensigtsmæssigt, da det anføres at hospitalsvæsenet afvikler overflødige ambulante besøg, og fortsat vil gøre det. Kan ændres til "Fx skal vi effektivisere ambulante forløb, så der skabes sammenhæng i behandlingen, og patienterne får de besøg, som giver værdi for dem.</p>





[Navn og adresse]

**Opgang** 20D, stuen  
**Direkte** 40197786  
**Web** [www.bispebjerghospital.dk](http://www.bispebjerghospital.dk)  
[www.frederiksberghospital.dk](http://www.frederiksberghospital.dk)

Journal-nr.: 19032150  
Ref.: MBK

Dato: 1. juli 2019

## Hørings svar fra BFH til forslag til ny, værdibaseret styringsmodel

Forslag til ny, værdibaseret styringsmodel for Region Hovedstaden har været drøftet på møde i hospitalets VMU d. 20. juni 2019.

Hospitalets VMU bakker op i retningen i forslaget, der er overensstemmelse med den påbegyndte udvikling på hospitalet. VMU bemærker, at personalemangel kan være en hindring for at udleve målsætningen, samt at der skal være opmærksomhed på, at ressourceforskydninger mellem afdelinger og sektorer kan have afledte konsekvenser for afdelingerne.

Erfaringerne fra hospitalets egne projekter med værdibaseret styring viser, at et øget værdibaseret fokus giver god værdi i patientforløbet, men kan være sværere at måle effekten af ressourcemæssigt, ligesom det tager tid at opbygge og ændre fokus, i det der i høj grad også er tale om en kulturændring.

Hospitalsdirektionen bakker ligeledes op om den nye styringsmodel, der vil understøtte det allerede igangværende arbejde med at skabe endnu bedre sammenhængende patientforløb på tværs af afdelinger og sektorer og med fokus på den enkelte patients ønsker og behov.

På vegne af VMU på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital,

Med venlig hilsen



Anne Jastrup  
Hospitalsdirektør

Enheden for Budget og Økonomistyring  
Center for Økonomi  
Att. Malene Jørgensen

**Telefon** 3867 0020  
**Direkte** 38 67 00 20

**Mail** [direktion.bornholms-hospital@regionh.dk](mailto:direktion.bornholms-hospital@regionh.dk)  
**Web** [www.bornholmshospital.dk](http://www.bornholmshospital.dk)

EAN-nr: 5798009960351  
CVR/SE-nr: 29 76 56 77

Dato: 18. juli 2019

Efter aftale fremsendes hørings svar i Word dokument jf. mail af den 29/5-2019 med høringsfrist den 19/7-2019.

På vegne af Bornholms Hospital fremsendes følgende svar.

Bornholms Hospital har fået del erfaringer med værdibaseret styring som Udviklingshospital Bornholm.  
Den viden bør anvendes i det videre forløb med forslag til ny værdibaseret styringsmodel.

Med venlig hilsen

**Tina Munch-Kure**  
Direktionssekretær

Bornholms Hospital  
Direktionen  
Ullasvej 8 · DK-3700 Rønne  
Dir. tlf. 3867 0020 / Tlf. 3867 0000  
[tina.munch-kure@regionh.dk](mailto:tina.munch-kure@regionh.dk)  
[www.bornholmshospital.dk](http://www.bornholmshospital.dk)

## Ny, værdibaseret styring

Herlev og Gentofte Hospitals VMU har modtaget udkast til Ny, Værdibaseret Styring i høring. Dokumentet er drøftet på møde i VMU den 25. juni 2019. Udvalget har følgende bemærkninger til modellen:

1. Antallet af mål og pejlemærker.

Udvalget har optalt antallet af mål som hospitalet/ledelserne i klinikken fremover skal forholde sig til. Der er 20 overordnede mål og 38 undermål. Der er således ikke tale om en forenkling af styringen af hospitalerne i Region Hovedstaden. Udvalget foreslår derfor, at de udefra kommende krav og regler samles under et, dvs. de nationale mål, patientrettighederne, nærhedsfinansieringen og samarbejdsaftalerne med kommunerne. Det foreslås endvidere at de to-tre regionale mål udledes, eller integreres som en del af de overordnede pejlemærker.

Overordnet er VMU enige i de tre pejlemærker *fokus på den faglige kvalitet og god ressourceudnyttelse og patientoplevelse effekt*. Udvalget savner imidlertid medarbejderperspektivet i styringsmodellen. Der savnes konkret en tilkendegivelse af, hvordan den gode ressourceudnyttelse hænger sammen med det gode arbejdsmiljø, i en tid hvor afdelingerne oplever, at det bliver sværere at rekruttere kvalificeret personale.

2. Øget tillid og mindre styring

VMU finder, at denne del af modellen viser de gode politiske intentioner om end 20 mål og undermål ikke umiddelbart giver en oplevelse af et stort spillerum og en øget tillid.

Hertil kommer, at det ikke kan udelukkes at målene kan være modsatrettede og dermed vil give usikkerhed om den ønskede retning.

3. Rammestyring og god udnyttelse af ressourcerne

Modellen har stor fokus på nye frihedsgrader ved afskaffelsen af takststyringen og mindre DRG-værdi. VMU peger på, at DRG indgår fortsat som en del af styringen, dels gennem et af de 8 nationale mål, dels gennem de årlige økonomiaftaler og endelig som en del af den lokale styring. Hospitalet oplever således fortsat, at der i dialogen med koncerncentrene er fokus på DRG-værdien, ligesom der arbejdes på et aktivitetsbudget. Et stort fokus på afskaffelsen DRG giver derfor uklarhed i styringen og kan betyde, at forankringen af modellen i organisationen vil blive sværere end intenderet.

4. Forankring i daglige arbejdsgange

VMU bemærker, at der lige nu på hospitalet arbejdes med implementering af nærhedsfinansieringens principper om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Erfaringerne fra hospitalets eget projekt om Værdibaseret styring viser, at det tager tid at ændre arbejdsgange og fokus.

En styringsmodel, der ikke umiddelbart eksplicit bygger videre på allerede igangsatte forandringer vil derfor være svær at tage til sig.

Med venlig hilsen

Klaus Lunding  
Hospitalsdirektør, formand VMU

Kim H. Olsen  
Næstformand VMU

# Hørings svar fra Nordsjællands Hospital til forslag til værdibaseret styringsmodel

Direktionen og medarbejdersiden på NOH synes overordnet, at der er tale om et velskrevet dokument, som sætter en god og visionær ramme for udviklingen af styring efter værdi for patienten, og at signalerne er i overensstemmelse med tidligere udmeldinger omkring den fremtidige styring af regionens sundhedsvæsen.

Vi finder, at det er positivt, at der bliver formuleret nogle politiske visioner og pejlemærker for udviklingen, og at man giver hospitalerne relativt frie rammer til at styre og foretage de nødvendige omlægninger og forbedringer for at kunne understøtte disse visioner og mål.

Vi finder det også rigtigt at understøtte denne udvikling via incitamenter, og at der både kan være tale om økonomiske og ikke-økonomiske incitamenter.

Endelig noterer vi med tilfredshed, at det pointeres, at Regionsrådet skal bidrage til at skaffe råderum for hospitalernes imødekommelse af et øget opgavepres, ved blandt andet at definere principper, rammer og metoder for prioritering i sundhedsvæsenet.

Herudover har vi nogle konkrete bemærkninger til dokumentet:

- Pejlemærke 1 benævnes "Patientens oplevede effekt af behandlingen". Dette fokuserer snævert på effekten af behandlingen og ikke patientens samlede oplevelse. Vi foreslår, at pejlemærket ændres til det bredere dækkende "Patientoplevelse".
- PRO nævnes som et pejlemærke for udviklingen af en høj faglig kvalitet. Det kan være ét af flere mulige redskaber, men vi mener ikke, at redskabet er så udviklet, at man kan basere den faglige udvikling alene herpå, og vi stiller spørgsmålstejn ved om det skal nævnes specifikt.

- Det fremgår at ledelserne skal handle, hvis de i arbejdet med at skabe mest mulig værdi for patienterne støder på barrierer, som ikke kan håndteres med en ledelsesmæssig indsats lokalt eller regionalt. Det er uklart, hvad der sigtes til her og hvad intentionen er? Man må gå ud fra, at der er tale om barrierer, som kun kan løses tværregionalt/nationalt, men hvordan man som hospitalsledelse skal kunne "handle" på det forekommer uklart.

Med venlig hilsen

Bente Ourø Rørth

Hospitalsdirektør, formand VMU

Ingrid Thrane

Næstformand, VMU

Region Hovedstadens Akutberedskab takker for muligheden for at afgive hørings svar til "forslag til model for værdibaseret styring af sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden". Akutberedskabet bemærker, at forslaget indeholder politiske visioner og relevante og meningsfulde pejlemærker i arbejdet for mere patientinvolvering samt bedre kvalitet og højere effektivitet i patientbehandlingen.



## Hørings svar til forslag til værdibaseret styringsmodel

Region Hovedstadens Apoteks MED-udvalg og apotekets direktion bakker i høj grad op om forslaget til værdibaseret styringsmodel. Forslaget åbner mulighed for at forbedre den patientoplevede kvalitet af Sundhedsvæsenets ydelser og for at bruge ressourcerne bedre. Vi har følgende bemærkninger til den kommende implementering af modellen:

### **Information til patienter om virkninger og bivirkninger ved medicin**

Det slås i forslaget fast, at de politiske målsætninger om at "patientens situation styrer forløbet", og at vi skal have "høj faglig kvalitet", sammen med regionens vision er udgangspunktet for forslaget. Det angives endvidere, at det er vigtigt, at vi fortsat har datadrevet ledelse af sundhedsvæsenet.

I de landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP) har Region Hovedstaden gennem en lang årrække scoret meget dårligt på spørgsmålene om medicin.

I LUP 2018 svarer 23 % af de akut indlagte patienter således, at de slet ikke bliver informeret om virkninger og bivirkninger ved ny medicin, der skal tages efter udskrivelse, mens 33 % kun i ringe eller nogen grad bliver informeret. Scoren er den dårligste blandt samtlige 31 spørgsmål.

Blandt de planlagt indlagte patienter svarer 12 %, at de slet ikke bliver informeret om virkninger og bivirkninger ved ny medicin, der skal tages efter udskrivelse, mens 28 % kun i ringe eller nogen grad bliver informeret. Her er scoren den 3. dårligste blandt de 31 spørgsmål.

Patienternes besvarelser tyder således på, at vi i dag ikke informerer om virkninger og bivirkninger ved medicin med høj faglig kvalitet.

I løbet af det seneste år har Apotekets farmaceuter og farmakonomer i stigende omfang påtaget sig forskellige opgaver i klinikken, herunder dispensering og administration af medicin og information til patienterne om medicinens virkninger og bivirkninger.



Det er imidlertid karakteristisk, at opgaveløsningen er aftalt med enkelte individuelle afdelinger. Der eksisterer ikke en sammenhængende regional strategi på området og det forslås således, at det overvejes, om bedre information til patienterne om virkninger og bivirkninger ved medicin kan blive et regionalt udviklingsmål.

Det må forventes, at bedre information om medicin vil føre til færre genindlæggelser og dermed bedre ressourceudnyttelse.

### **Behandling af flere patienter i eget hjem**

Det beskrives i forslaget, at behandling af flere patienter i eller tæt på eget hjem er et led i omstillingen mod det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Apoteket driver i dag produktionsenheder på Rigshospitalet, Herlev og Gentofte Hospital, Amager og Hvidovre Hospital og Nordsjællands Hospital, der fremstiller enten kemoterapi eller antibiotikablandinger til patienterne.

Enkelte hospitalsafdelinger bestiller blandinger fra apotekets produktionsenheder med henblik på brug i patienternes eget hjem. Det foregår imidlertid meget uensartet og det er oplagt, at der findes et stort uopdyrket potentiale for at behandle flere patienter i eget hjem.

Heller ikke på dette område findes der imidlertid en sammenhængende regional strategi og det foreslås således, at det overvejes, om øget behandling med intravenøs medicin i eget hjem kan blive et regionalt udviklingsmål.

### **Vederlagsfri udlevering af medicin til ambulante patienter**

Region Hovedstadens hospitaler bruger i dag ca. 3,4 mia. kr. om året på medicin. Heraf anvendes ca. 1,7 mia. kr. til vederlagsfri udlevering af medicin til ambulante patienter.

Ofte udleveres medicinen i forbindelse med, at patienten skal have udført en kontrol, men i nogle tilfælde kommer patienterne udelukkende for at hente deres medicin. I disse tilfælde vil behandlingen kunne flyttes tættere på patienternes eget hjem, hvis regionen indretter et system, hvor medicinen kan afhentes på nærmeste hospital fremfor på den behandlende afdeling.

### **Forskellige priser på medicin på hospitaler og i praksissektoren**

Under det tredje pejlemærke angives, at vi skal bruge de samlede ressourcer godt, både på tværs af hospitaler og på tværs af sektorer. Det er apotekets vurdering, at regionens virksomheder også spiller en rolle i opgaveløsningen og formuleringen kunne således ændres, så det fremgår, "at vi skal bruge de samlede ressourcer godt på tværs af hospitaler, virksomheder og sektorer".

I forbindelse med overvejelser om at lægge behandlinger ud i praksissektoren ønsker apoteket at gøre opmærksom på, at det som hovedregel vil føre til markant stigende medicinudgifter.

På Region Hovedstadens Apotek køber vi, som følge af rabatter opnået i samarbejdet med Amgros I/S, medicinen langt billigere, end det er muligt for de private apoteker. Region Hovedstadens Apotek leverer medicinen til hospitalsafdelingerne til indkøbspriser, mens de private apoteker pålægges avance og moms, når de udleverer medicin til patienterne.

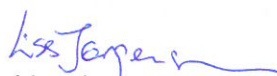
Resultatet af at lægge en given behandling ud i praksissektoren vil således være, dels at patienterne pålægges en egenbetaling til det private apotek og dels, at regionens udgifter til medicintilskud langt vil overgå den udgift, hospitalet vil have haft til vederlagsfri udlevering af den samme medicin.

Der er således behov at udvikle systemer, hvor praksissektoren overtager dele af behandlingen, men hvor behandlingsansvaret fortsat er placeret på hospitalet, og hvor udlevering af medicin fortsat finder sted fra hospitalet.

Med venlig hilsen



Lars Aage Nielsen  
Regionsapoteker  
[lars.aage.nielsen@regionh.dk](mailto:lars.aage.nielsen@regionh.dk)



Liss Jørgensen  
Farmakonom  
Næstformand VMU





Region Hovedstadens  
Udvalg for Værdibaseret Styring

Dato: 22. juni 2019

### **Høringssvar fra Rigshospitalet om værdibaseret styringsmodel**

Forslag til ny styringsmodel i Region Hovedstaden har været drøftet i Rigshospitalets VMU, hvor der er opbakning til den regionale hensigt om at skabe bedre rammer for, at "den enkelte patient får det resultat i mødet med sundhedsvæsenet, som giver værdi for ham eller hende".

VMU finder, at pjecen sender et vigtigt signal om den vej, regionen ønsker at gå, samt at den beskriver gode værdier for sundhedsvæsenet. Pjecen ses dog mere som en hensigtserklæring end en egentlig styringsmodel:

På trods af de gode hensigter er oplevelsen på hospitalet, at man fra regional side grundlæggende ikke har sluppet den økonomiske taktstyring. Der afregnes således fortsat med DRG-takster ift. patienter, der ikke kommer fra Region Hovedstaden.

På et hospital som Rigshospitalet med mange "fremmede patienter" er vi derfor nødt til at holde fast i en vis grad af taktstyring, så vi sikrer, at patienterne behandles ens - uanset om der følger ekstra økonomi med eller ej.

I forlængelse heraf noterer VMU sig, at medarbejderperspektivet kun beskrives sporadisk i pjecen. Dette er særligt problematisk, når målgruppen i høj grad er medarbejderne i regionen:

Konflikten mellem de værdibaserede hensigter og de faktiske økonomiske rammevilkår, som medarbejderne fortsat skal agere under, bør således beskrives mere konkret i pjecen. Den bør i højere grad sætte fokus på og hjælpe medarbejderne med at håndtere dette dilemma.

På VMU's vegne

Per Christiansen  
Formand

Charlotte Vallys  
Næstformand

# **KONCERNCENTRE**

## NOTAT

Click or tap here to enter text. Click or tap here to enter text.

Click or tap here to enter text.

Ref.: Mads Teisen

Dato: 17-06-2019

# Center for HR's bemærkninger til forslag til ny styringsmodel

Det politiske udvalg for værdibaseret styring har udarbejdet et forslag til ny værdibaseret styringsmodel, ”Sammen skaber vi værdi for patienten, pejlemærker og ny styringsmodel”. Forslaget er sendt i høring til hospitaler, centre og virksomheder, patientforeninger og organisationer m.fl.

Baggrunden for den nye styringsmodel er aftalen mellem Danske Regioner og staten fra 2016. Det fremgår her at der skal gøres forsøg med nyes styringsformer som erstatning for den hidtidige takststyringsmodel.

CHR har følgende bemærkninger til forslaget.

- CHR finder at den nye styringsmodel lægger op til en væsentlig positiv justering af Region Hovedstadens styringsmodel.
- Det er indlysende, at styringsmodellen er underlagt en lang række bindinger i form af allerede givne nationale mål og krav. I den sammenhæng mangler i øvrigt en eksplicit henvisning til FNs verdensmål for bæredygtig udvikling.
- CHR bemærker, at styringsmodellen kun sporadisk peger på de grundlæggende forudsætninger med hensyn til at have tilstrækkelige ressourcer med de rette kompetencer og engagement. Det er afgørende at kunne tiltrække og fastholde medarbejdere samt at disse trives og agerer professionelt inden for rammerne af regionens værdisæt (tillid, åbenhed, helhedssyn og professionalisme).
- En inddragelse af de nævnte aspekter vil bidrage yderligere til, at også medarbejderne i regionen kan se sig selv som en væsentlig aktør på området. Det ligger i øvrigt godt i tråd med overskriften ”Sammen skaber vi værdi for patienten”.
- CHR efterlyser endvidere, at styringsmodellen adresserer, at de aktuelle og kommende rekrutteringsudfordringer på sundhedsområdet ikke kun bør fokusere på

enkelte faggrupper, men også på de kompetencer, der i fremtiden er nødvendige for at kunne løse kommende opgaver.

- CHR er også af den opfattelse, at den omfattende og nødvendige løbende kompetenceudviklingsindsats med fordel kunne få en mere offensiv placering end en 'dot' under høj faglig kvalitet, hvor det nævnes, at "Der er tid og rum til innovation, forskning, uddannelse og udvikling i sundhedsvæsenet".
- CHR savner desuden, at en kommende styringsmodel også inddrager elementer som medarbejdertrivsel som en bidragende eller forudsætningskabende faktor. En ny værdibaseret styringsmodel bør bidrage til en øget medarbejdertrivsel eksempelvis gennem mindre meningsløs styring og i stedet en højere grad af ansvarliggørelse af den enkelte medarbejder. Trivselelementet er ikke et mål i sig selv. Vi tror på, at når der er plads til faglig udfoldelse, og til anvendelse af kompetencer, så løser vi opgaverne bedst, og så skal den relevante trivsel også nok indfinde sig.
- Afsnittet om mindre styring og mere ledelse bør afspejle dette. Den øgede trivsel vil i øvrigt relevant kunne dokumenteres gennem de løbende målinger af medarbejdertrivsel idet der lægges vægt på at undgå yderligere mål.
- Endelig efterlyser CHR, at styringsmodellen afspejler regionens tiltag til øget samskabelse med pårørende og borgere, jf. regionsrådet beslutning om oprettelse af opgaveudvalg den 14. maj 2019.

Forslaget til ny styringsmodel har en god og tydelig beskrivelse af forventningerne til regionens ledere.

Dygtig ledelse betyder noget for de resultater vi skaber sammen i regionen og på tværs af sundhedssektoren. Derfor tilbyder regionen lederudvikling til ledere på alle niveauer.

Ledelse betragtes i dag som et fag - noget man skal lære og træne hele tiden, og ikke bare noget nogen kan fra naturen hånd. CHR finder det formålstjenligt at formidle de hidtidige erfaringer fra de regionale projekter i form af forskelligt lettilgængeligt materiale. Materialet kan med fordel være rettet mod både hospitalets kliniske ledere og mod ledere i stabene, som også står over for en stor ændring i deres kerneopgave og tænkemåde.

Det er CHR's opfattelse, at det bør overvejes om yderligere referencer til dele af det tidligere arbejde vedrørende ny styring, der understøtter den nye styringsmodel. Det gælder blandt andet KORA's rapport "Styringsreview på hospitalsområdet" og den erfaringsopsamling vedrørende arbejdet med værdibaseret styring, som CHR og CØK har udarbejdet. Sidstnævnte peger fx på, at styringsmodellen herunder DRGs rolle skal være tydelig, så ledere og medarbejdere på hospitalerne tillidsfuldt kan implementere værdibaseret styring.

Den interne erfaringsopsamling pegede derudover på flere forhold, der med fordel kan tænkes ind, når den nye styringsmodel skal implementeres. CHR vil særligt fremhæve behovet for, at koncerncentrenes bistand til hospitalerne er tydelig, koordineret og konsistent. Derfor foreslår CHR, at CØK, CIMT, CSU og CHR etablerer en samordnet arbejdsform, som kommunikerer til hospitalerne.





Region  
Hovedstaden

# PATIENT FORENINGER

Til Center for Økonomi

**Opgang** B & D  
**Telefon** 3866 6000  
**Direkte** 38666103  
**Mail** csu@regionh.dk

Dato: 3. juli 2019

## Høringsvar fra Patientinddragelsesudvalget om forslag til værdibaseret styringsmodel

Patientinddragelsesudvalget takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til værdibaseret styringsmodel.

### Generelle kommentarer

Patientinddragelsesudvalget vil give ros til en kort og klar pjece med brug af **skal** rigtig mange steder.

Patientinddragelsesudvalget finder Region Hovedstadens pejlemærker for udvikling af regionens sundhedsvæsen gode. Vi ser alle tre pejlemærker som relevante.

Patientinddragelsesudvalget hilser velkomment, at målsætningen om at fokusere på værdi for patienten og mest mulig sundhed for pengene frem for aktivitet, DRG og indtjening.

Patientinddragelsesudvalget finder det positivt, at der med en værdibaseret styringsmodel kommer en friere ramme til at prioritere, udvikle og skabe samarbejde på tværs af afdelinger. Sundhedsvæsenet er under massivt økonomisk pres. Det er derfor vigtigt at regionens styringsmodel indeholder incitamentter til at omlægge og forbedre behandling med udgangspunkt i patienten.

Behandling skal i videst muligt omfang tage udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov og være individuelt tilpasset, men Patientinddragelsesudvalget kan være bekymret for at der vil ske en for stor prioritering i behandling med udgangspunkt i økonomi fremfor sundhedsfaglig vurdering, hvis rammen ikke følger demografien og behovet for behandling.

Det er vigtigt, at prioriteringen sker med udgangspunkt i nationale retningslinjer og at prioriteringen sker på et oplyst og gennemsigtigt grundlag i samspil med patienter og andre relevante parter. Et yderligere fokus på patientens ønsker til behandling er meget positivt, men kan skabe yderligere ulighed i behandlingen, hvis det afhænger af den enkelte patients kompetencer og overskud til at argumentere en behandling igennem.

Rammestyling kræver, at politikerne fastsætter nogle konkrete målelige krav, der kan styres efter, og bevillingernes størrelse afhænger af, hvad det koster at opfylde styringsmålet. Patientens

oplevede værdi af hospitalsbehandlingen bør ligeledes inddrages som parameter i styringsmodellen ikke blot som foreslået via PRO, men også ved kontinuerlig opsamling via patientgrupper.

Regionsrådet skal fastsætte 2-3 overordnede regionale udviklingsmål.

Patientinddragelsesudvalget vil foreslå, at der fastsættes mål for:

- Permanent nedbringelse af overbelægning
- Øget andel af patienter oplever, at de har mulighed for at deltage i beslutninger om deres behandling/undersøgelse
- Øget andel af patienter oplever, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje samarbejder om udskrivelse.

Patientinddragelsesudvalget mangler en oversigt over, hvornår Regionsrådet foretager deres vurderinger af om udviklingsmål/pejlemærkerne bliver fulgt/opfyldt. Det er heller ikke tydeligt hvilke metoder der bruges for dette? Her kan PROdata kun bruges i begrænset omfang.

Med den nye styringsmodel forventes det, at de nye rammer vil skabe innovation og udvikling. Nye innovative løsninger kan kræve ekstra ressourcer i opstartsperioden. Hvis ikke der tilføres ekstra midler, kan det gå ud over kvaliteten af behandlinger på hospitalet. Ligeledes kan et ønske om øget fokus på patientens ønsker kræve ressourcer.

Patientinddragelsesudvalget er bekymret for, at hensigterne med den nye styringsmodel ikke vil blive indfriet, hvis økonomien ikke følger den demografiske udvikling og ikke understøtter hensigterne i forslaget.

Undtagelse for takststyring driver ikke i sig selv forandring, men kan skabe rammen for en mere patientorienteret tilgang. Målsætningen om yderligere fokus på patientens perspektiv kræver samarbejde på tværs af afdelinger, hvilket kalder på investering i ændring af kultur og samarbejde.

Patientinddragelsesudvalget vil opfordre til, at implementeringen af den nye styringsmodel evalueres, og opfordrer til, at der iværksættes understøttende indsatser udover pjecen for at understøtte målsætningerne i den værdibaserede styringsmodel.

Patientinddragelsesudvalget savner tydeliggørelse om organisatorisk patient/pårørendeinddragelse ved udvikling, vurdering/fortolkning af resultater og evaluering. Kun ved en høj prioritering af, at det er effekten af det hele, der skal skabe værdi for patienten.

Patientinddragelsesudvalget savner fokus på børn og unge i pejlemærkerne. Hvilke rettigheder har de? Har de nogen? Så hvordan sikres deres patientrettigheder? Hvordan sikres det, at børnene – også de mindre bliver hørt? Hvilke tiltag for inddragelse er der for børn, som endnu ikke er gamle nok til at starte deres transitionsforløb op?

### Tekstnære kommentarer

- Side 3 under 1 - bullet 1 ” *Hvad er vigtigt for dig*” Her bør være tid til at sætte sig ind i hele patientens livssituation, så det sundhedsfaglige personale ikke gætter på, hvad der har værdi, men spørger og giver sig tid.
- Side 3 under 1- bullet 3: ” *Behandlingen skal tilrettelægges med respekt for patientens og de pårørendes tid*” her savnes patientens og de pårørendes ressourcer – det er ikke kun tid.
- Side 3 under 1- bullet 8: ” *Patienten er tryk gennem hele behandlingsforløbet. Hospitalet har et særligt ansvar for at sikre de nødvendige ressourcer for en videre behandling i overgangen*” Her er det uklart hvilke ressourcer hospitalet er forpligtet til at sikre ved overgang til eget hjem. Det er også vigtigt at sikre kvalitet i den videre behandling.

Med venlig hilsen  
Patientinddragelsesudvalget  
i Region Hovedstaden

Kai Nørrung  
Jette Bay  
Bente Clausen  
Kirsten Elise Hove  
Mads Engholm  
Julie L.L. Kofoed  
Sine Lyons  
Jørgen Sande Elleboe

## Høringssvar fra Regionshandicaprådet vedrørende:

### Forslag til værdibaseret styringsmodel

Regionshandicaprådet har med interesse læst forslaget om en ny styringsmodel for arbejdet med sundhed i Region Hovedstaden.

Regionshandicaprådet anerkender behovet for at den hidtidige takststyringsmodel nu forlades, så der i stedet kan arbejdes ud fra en værdibaseret styringsmodel.

Rådet har noteret sig, at der nu politisk sættes fokus på et økonomisk bæredygtigt sundhedsvæsen med fokus på værdi for patienten og mest mulig sundhed for pengene.

Bemærkninger til de enkelte afsnit i pjecen:

Pejlemærke 1 – behandlingen skal tilpasses den enkelte og forløbet skal hænge sammen:  
Regionshandicaprådet finder det meget positivt, at der er et ønske om at sætte patienten i fokus – tilpasse behandlingen patientens behov, ønsker og formåen med særligt fokus på sårbare patienter og pårørende.

Netop i den sammenhæng vil Rådet anbefale, at der tages udgangspunkt i patientens samlede livssituation og ikke kun forholdene i en given behandlingssituation, Hvordan er eksempelvis patientens boligforhold, arbejdssituation, sociale situation, så der dermed ses på det samlede menneske i patienten.

Her ser Regionshandicaprådet gerne, at der rettes ekstra opmærksomhed på, at der ikke ubevidst medvirkes til at skabe mere ulighed i sundhed. Det er ikke alle patienter, der har formåen (=kompetencer) til f.eks. at argumentere for en bestemt behandling.

I forslaget fremgår det desværre ikke tydeligt, hvordan der efterfølgende tænkes målt på effekten af, at der tages udgangspunkt i patientens ønsker, behov og formåen.

”Hospitalerne har et særligt ansvar for at sikre de nødvendige ressourcer til den videre behandling i overgangen fra hospital til eget hjem” – formuleringen forekommer uklar for Regionshandicaprådet. Når man bevæger sig over til behandling i eget hjem, bevæger man sig også over til de kommunale ressourcer. Og hvordan skal det enkelte hospital leve op til et særligt ansvar med at sikre de nødvendig ressourcer til en behandling i eget hjem?

#### Pejlemærke 2 – Høj faglig kvalitet

Det nævnes senere i pjecen, at kulturen på afdelingerne og hospitalerne skal forandres. Netop ændringer i kultur er noget, der ikke blot tager tid men også kræver engagement og involvering af alle – både ledelse og medarbejdere.

Her virker det påfaldende for Rådet, at medarbejderne er næsten ’fraværende’ i den foreslåede styringsmodel. Det er ganske rigtigt vigtigt, at der er tilstrækkelige ressourcer med de rette kompetencer. Men Rådet foreslår, at der tilføjes sætning/afsnit, der understreger vigtigheden af medarbejdernes trivsel og engagement ift. den værdibaserede styringsmodel.

#### Pejlemærke 3 – Bæredygtigt sundhedsvæsen i fremtiden

Regionshandicaprådet foreslår det rettet til ’økonomisk bæredygtigt sundhedsvæsen’, når det nu er det, der menes – og som det fremgår af den efterfølgende tekst. ’Bæredygtighed’

er i dag meget andet end økonomi.

#### En ny værdibaseret styringsmodel

Det nævnes, at Regionrådet forventer, at de ressourcer, hospitalerne frigør bruges til at sikre en tilstrækkelig kapacitet til at behandle det stigende antal patienter.

Regionshandicaprådet stiller sig tvivlende over for, at en ny styringsmodel vil kunne frigøre ressourcer, der står i et rimeligt forhold til den forventede stigning i antallet af patienter og de ændrede behandlingsbehov. Det er en ny styringsmodel næppe tilstrækkelig til at løfte.

Venlige hilsener

på Regionshandicaprådets vegne

Lea Jensen            Anders Dinsen

formand              næstformand

16.. juli 2019

Karin Friis Bach  
Udvalgsformand Region Hovedstaden

5. juli 2019

## Høringssvar - Værdibaseret styringsmodel

Ældre Sagens sygehusudvalg i region Hovedstaden takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til værdibaseret styringsmodel.

Ældre Sagens sygehusudvalg finder Region Hovedstadens pejlemærker for udvikling af regionens sundhedsvæsen gode.

Vi ser alle tre pejlemærker som relevante, men pejlemærket ”Behandlingen skal tilpasses den enkelte, og forløbet skal hænge sammen” anses som et indsatsområde som kalder på ekstra fokus for ældre medicinske patienter. Ældre medicinske patienter har mange kontakter med sundhedsvæsenet, og har derfor et særligt behov for koordinering, sammenhæng og et individuelt tilpasset forløb. Det kræver, at sundhedsvæsenet samarbejder på et helt andet niveau end i dag. De kommende år vil der komme flere ældre patienter. Det afføder et endnu større behov for koordinering de enkelte instanser imellem. Der er bl.a. behov for geriatriske kompetencer, både på det medicinske område, men også indenfor eksempelvis ortopædkirurgi, onkologi og neurologi og på akutmodtagelser.

Målsætningen om at fokusere på værdi for patienten og mest mulig sundhed for pengene frem for aktivitet, DRG og indtjening hilser Ældre Sagens sygehusudvalg velkomment. Ligeledes finder Ældre Sagens sygehusudvalg det positivt, at der med en værdibaseret styringsmodel kommer en friere ramme til at prioritere, udvikle og skabe samarbejde på tværs af afdelinger.

Sundhedsvæsenet er under massivt økonomisk pres. Det er derfor vigtigt at regionens styringsmodel indeholder incitamentter til at omlægge og forbedre behandling med udgangspunkt i patienten.

Hvis det offentligt finansierede sundhedsvæsen skal følge med behovet for behandling og pleje, er der behov for, at budgetterne for det samlede sundhedsvæsen løftes med cirka 2 procent årligt frem imod 2025<sup>1</sup>. Ældre Sagens sygehusudvalg kan derfor være bekymret for, at der med det eksisterende pres på sundhedsvæsenet gives en bevilling, der ikke dækker det reelle behov for udgifter.

Behandling skal i videst muligt omfang tage udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov og være individuelt tilpasset. Ældre Sagens sygehusudvalg kan dog være bekymret for, der vil ske en

---

<sup>1</sup> Anbefalingen baserer sig på en beregnet demografieeffekt uden sund aldring på 1,1 i årlig realvækst samt en velstands- og teknologieffekt på i alt 0,8 i årlig realvækst. Anbefalingen er udarbejdet af Lægeforeningen, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, FOA, Dansk sygeplejeråd og Ældre Sagen og er bl.a. baseret på VIVE (2018) Flere ældre og nye behandlinger – hvad kommer det til at koste? Udviklingen i ressourcer, opgaver og økonomi.

for stor prioritering i behandling med udgangspunkt i økonomi fremfor sundhedsfaglig vurdering, hvis den økonomiske ramme ikke er stor nok til at tage højde for den demografiske udvikling og de forbedrede muligheder for effektive behandlinger.

Det er vigtigt, at prioriteringen sker med udgangspunkt i nationale retningslinjer, og at prioriteringen sker på et oplyst og gennemsigtigt grundlag i samspil med patienter og andre relevante parter. Et yderligere fokus på patientens ønsker til behandling er meget positivt, men kan skabe yderligere ulighed i behandlingen, hvis det afhænger af den enkelte patients kompetencer og overskud til at argumentere en behandling igennem.

Rammestyring kræver, at politikerne fastsætter nogle konkret målelige krav, der kan styres efter, og bevillingernes størrelse afhænger af, hvad det koster at opfylde styringsmålet. Patientens oplevede værdi af hospitalsbehandlingen bør ligeledes inddrages som parameter i styringsmodellen ikke blot som foreslået via PRO, men også ved kontinuerlig opsamling via patientgrupper.

Regionsrådet skal fastsætte 2-3 overordnede regionale udviklingsmål. Ældre Sagens sygehusudvalg vil i den sammenhæng foreslå, at der fastsættes mål for:

1. Nedbringelse af overbelægning
2. Øget andel af patienter oplever, at de har mulighed for at deltage i beslutninger om deres behandling/undersøgelse
3. Øget andel af patienter oplever, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje samarbejder om udskrivelse.

Med den nye styringsmodel forventes det, at de nye rammer vil skabe innovation og udvikling. Nye innovative løsninger kan kræve ekstra ressourcer i opstartsperioden. Hvis ikke der tilføres ekstra midler, kan det gå ud over kvaliteten af behandlinger på hospitalet. Ligeledes kan et ønske om øget fokus på patientens ønsker kræve ressourcer. Ældre Sagens sygehusudvalg er derfor bekymret for, at hensigterne med den nye styringsmodel ikke vil blive indfriet, hvis økonomien ikke følger den demografiske udvikling og ikke understøtter hensigterne i forslaget. Undtagelse for takststyring driver ikke i sig selv forandring, men kan skabe rammen for en mere patientorienteret tilgang. Målsætningen om yderligere fokus på patientens perspektiv kræver samarbejde på tværs af afdelinger, hvilket kalder på investering i ændring af kultur og samarbejde.

Ældre Sagens sygehusudvalg vil derfor opfordre til, at der iværksættes understøttende indsatser udover pjecen til at understøtte målsætningerne i den nye værdibaserede styringsmodel. Desuden anbefaler udvalget, at der under implementeringsprocessen løbende foretages evalueringer, således at målet med den værdibaserede styringsmodel, bedst muligt nås.

Venlig hilsen

Jan Falkenstein

Fungerende formand for Ældre Sagens sygehusudvalg i region Hovedstaden





Region  
Hovedstaden

# MEDARBEJDER UDVALG

Region Hovedstadens udvalg for værdibaseret styring

Dato: 5. juli 2019

## **Høringssvar – forslag til ny styringsmodel i Region Hovedstaden**

Koncerncentrenes VMU takker for muligheden for at komme med bemærkninger til forslaget til ny styringsmodel for arbejdet med sundhed i Region Hovedstaden.

VMU finder det positivt, at regionen afprøver en ny værdibaseret styringsmodel, som skal skabe bedre rammer for at sikre værdi for patienterne og et økonomisk bæredygtigt sundhedsvæsen.

Det falder i god tråd med, at der forventeligt er et behov for i øget grad at tænke økonomi og kvalitet sammen og til en vis grad at "aflære" det tidligere fokus på DRG-værdi og aktivitet. I den forbindelse er VMU optaget af, hvordan koncerncentrene bedst hjælper klinikkerne med dette.

VMU har fokus på at sikre en koordineret indsats på tværs af koncerncentrene, være den gode samarbejdspartner for hospitalerne og sikre helhedssyn i centrenes understøttelse af klinikken. Udgangspunktet for drøftelser og indsatser er overordnede mål og strategier, både nationale og regionale, regionale værdier og særligt udpegede fokusområder. VMU opfordrer til opmærksomhed på, at de påtænkte pejlemærker for den ønskede udvikling af regionen læner sig op ad de mål og fokusområder, som vi allerede har, fremfor at udpege tre nye.

Afslutningsvis er VMU interesseret i, hvordan koncerncentrene bedst kan hjælpe med at understøtte implementeringen af den nye styringsmodel på hospitalerne.

Koncerncentrene er selvstændige høringssparter, og VMU henviser til de enkelte centres høringssvar for centerspecifikke bemærkninger til forslaget.

Med venlig hilsen

Jens Gordon Clausen  
Formand

Inger Margrete Siemsen  
Næstformand

## NOTAT

Dato: 28. juni 2019

Til: Region Hovedstaden, Center for Økonomi

# Høringssvar forslag til værdibaseret styringsmodel fra Regions MED-udvalget (RMU)

RMU vil først og fremmest gerne benytte lejligheden til at takke Center for Økonomi for gennemgangen af forslag til værdibaseret styringsmodel på udvalgets ordinære møde den 27. juni 2019.

På baggrund af oplægget og den efterfølgende drøftelse fremkommer følgende regionale udtalelse.

RMU hilser en ny styringsmodel velkommen. En ambitiøs styringsmodel med fokus på værdien for patienterne og derved et skridt væk fra detailstyring. Styringsmodellen understøtter således en bevægelse i den rigtige retning mod et populationsansvar og målsætningen om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Herudover er RMU af den opfattelse, at den værdibaserede styringsmodel lægger op til tværfaglighed og tillid som helt afgørende elementer for at leve op til overskriften "Sammen skaber vi værdi for patienten." Et vi som omfatter alle medarbejdere med og uden patientkontakt.

Værdibaseret styring er et helt nyt og knapt så veldefineret bud på en anden styringsmodel end takststyring. Det vil stille krav til såvel ledelse som medarbejdere. Derfor mener RMU, at der fremadrettet vil være behov for at arbejde med færre regionalt fastsatte mål udover de nationale mål, krav, rettigheder og aftaler.

Med venlig hilsen

Svend Særkjær  
Formand, RMU

Carsten Olsen  
Formand, RKU



Region Hovedstaden  
Center for Økonomi

Kettegård Allé 30  
2650 Hvidovre

**Opgang** Center 1, tagetagen  
**Afsnit** 160  
**Telefon** 38623862  
**Direkte** 38621135  
**Web** [www.hvidovrehospital.dk](http://www.hvidovrehospital.dk)

Dato: 25. juni 2019

## **Høringssvar vedr. Region Hovedstadens forslag til ny værdibaseret styringsmodel**

VMU på Amager og Hvidovre Hospital takker indledningsvis for muligheden for at afgive høringssvar på forslag til en ny værdibaseret styringsmodel: Sammen skaber vi værdi for patienten.

VMU har på mødet d. 19. juni 2019 drøftet den udsendte pjece, og der er ikke tvivl om, at pjecen bidrager til andre typer af drøftelser i organisationen end de tidligere styringsparadigmer gjorde.

VMU anerkender, at det politiske udvalg har arbejdet målrettet og konstruktivt for at frembringe et forslag til ny styringsmodel. Arbejdet har været bredt inkluderende, hvilket der sættes pris på.

Pjecens formål er at samle de mangeartede initiativer, der omhandler en ny måde at styre sundhedsvæsenet på, og det er i sig selv en vanskelig opgave. Pjecen indeholder de væsentligste elementer i den nye retning mod at skabe værdi for patienten og samtidig anvende de givne ressourcer bedst muligt, samt hensigten om et tættere og bedre samarbejde med primær sektor.

Pjecen er god og overskuelig, og den fremstiller styringsmodellen på en forståelig måde og modellens elementer enkelt og overskueligt. VMU lægger særlig vægt på, at der udvises tillid til, at medarbejdere og ledere i høj grad skal have frihed til at indfri de få og enkle mål, de vil følge.

Endvidere er det positivt, at pjecen har et klart budskab om lighed i sundhed som et bærende princip, og der fremstilles eksempler på de indbyggede dilemmaer, der kan være ved styringsmodellen. VMU på Amager og Hvidovre Hospital lægger særligt vægt på dette, fordi der i hospitalets optageområde er mange sårbare patienter, der netop kan have behov for ekstra ydelser.

Drøftelserne i VMU bragte dog også en række opmærksomhedspunkter frem:

- Det er en meget stor kulturændring, der skal bære dette igennem, og det kræver både viden, diskussioner/dialog/refleksion og tid/ressourcer. Bevægelsen væk fra afregning ud fra aktivitet og DRG takststyring mod rammestyring kræver et andet udgangspunkt og særlig koordinering tæt på den enkelte patient.
- Der er ligeledes tale om en kulturændring for patienterne, hvor patientforløbene bliver afstemt i dialog mellem sundhedspersonale og patient. VMU udtrykker bekymring for, at de sårbare patienter i mindre grad vil være i stand til at deltage aktivt i denne dialog. Ligeledes er der en bekymring for, at det vil lægge yderligere pres på de pårørende til denne patientgruppe.
- VMU er bekymret for netop planområde Syds optageområdes store fremtidige vækst alene vil kunne rummes indenfor rammen af dette tiltag, idet der i optageområdet netop er særligt sårbare borgere, der kan kræve en ekstra indsats.
- VMU udtrykker generelt bekymring for implementeringskraften, idet der er mangel på kvalificeret personale på både hospital og i primær sektor. Med opgaveflytning til kommuner og praksis imødeses en vis bekymring for rekrutteringsgrundlaget i fremtiden. Hospitalet vil fremover få koncentreret de mere komplekse patientforløb, hvilket fordrer flere og højere kompetencer i samspil med en primærsektor, der har forudsætningerne for at tage del i opgaveløsningen i højere grad.

VMU imødeser i øvrigt, at der følger en implementeringsplan, hvor flere detaljer vil fremgå, herunder mål, målepunkter og rammesætning. Det er fortsat abstrakt at forholde sig til i forhold til det kliniske arbejde og værdien for patienten.

På VMU's vegne,

Birgitte Rav Degenkolv  
Formand

Elsebeth Bjørnkjær  
Næstformand



**Den Sociale  
Virksomhed**

[Navn og adresse]

Milnersvej 35B  
3400 Hillerød

**Telefon** 38 66 69 62  
**Direkte** 38666962  
**Web** [www.densocialevirksomhed.dk](http://www.densocialevirksomhed.dk)

Dato: 28. juni 2019

## Svar på "Høring af forslag til værdibaseret styringsmodel" fra VMU i Den Sociale Virksomhed.

VMU i Den Sociale Virksomhed (DSV) kan konstatere, at DSV ikke er direkte omfattet af den værdibaserede styringsmodel. Særligt takstmodellen, som er grundlaget for alle indtægter til driften af DSV, er anderledes.

DSV har igennem en årrække styringsmæssigt haft en værdibaseret tilgang, hvor netop borgeren er i centrum for de dispositioner der foretages lokalt både personaleledelsesmæssigt som økonomisk. Selve modellen er derfor helt i tråd med den faktisk udførte ledelse i DSV.

---

Formand – Søren Bech

---

Næstformand René Silword



Region Hovedstadens udvalg for værdibaseret styring  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

Telefon 38640000  
Direkte 38640171

Dato: 2. juli 2019

## Høringssvar vedr. forslag til værdibaseret styringsmodel

Vedlagt fremsendes høringssvar fra VMU i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP).

Forslaget til ny værdibaseret styringsmodel er ligeledes drøftet i RHP's direktion og hospitalsledelse, som i denne sammenhæng kan tilslutte sig det vedlagte høringssvar fra VMU.

Med venlig hilsen

Hans Henrik Kühl  
Planlægningskonsulent



Region Hovedstaden  
Center for Økonomi  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

Kristineberg 3  
2100 København Ø.

**Telefon** 3864 0001

**Mail** psykiatri@regionh.dk

**Web** www.psykiatri-regionh.dk

Dato: 27. juni 2019

### **Høringssvar fra VMU i Region Hovedstadens Psykiatri vedr. forslag til ny værdibaseret styringsmodel for Region Hovedstadens sundhedsvæsen**

Region Hovedstadens udvalg for værdibaseret styring har udarbejdet forslag til en ny styringsmodel for arbejdet med sundhed i Region Hovedstaden og udsendt dette i høring til bl.a. Region Hovedstadens Psykiatri (RHP's) VMU. I det fremsendte høringsbrev anføres, at den nye styringsmodel skal skabe rammerne for, at klinikere, administratorer og politikere kan arbejde for, at den enkelte patient får det resultat i mødet med sundhedsvæsenet, som giver værdi for ham eller hende – holdt op imod forbruget af ressourcer.

Den ny styringsmodel består af:

- En politisk vision
- Tre pejlemærker for den ønskede udvikling af Region Hovedstadens sundhedsvæsen
- Rammestyring og god udnyttelse af ressourcerne
- Nogle få, regionale udviklingsmål
- En forudsætning om, at de nationale mål og krav overholdes
- Øget tillid og klare forventninger til ledelserne

Det skal indledningsvist bemærkes, at RHP's overordnede strategi og styring tager afsæt i "Værdi for patienten" – med tilhørende konkrete pejlemærker, der er nærmere beskrevet og udmøntet i årsplaner m.m.

RHP's "Værdi for patienten" er i nedenstående figur sammenstillet med pejlemærkerne i forslaget til ny styringsmodel.



Forslag til  
ny styringsmodel



RHP's model

## Værdi for patienten

- FUNDAMENTET FOR EN FELLES FORBEDRINGSKULTUR



Som det fremgår, er det stort sammenfald mellem de to modeller. VMU finder dog, at den foreslåede ny værdibaserede styringsmodel ligeledes bør have medarbejderdimensionen med i form af ”Kompetente Medarbejdere”.

Med den ny styringsmodel lægges op til rammestyling i stedet for takststyring, med fokus på nationale mål (fx ift. tvang), patientrettigheder og få overordnede regionale udviklingsmål. Det skal her bemærkes, at Psykiatrien ikke har været underlagt samme styringsparadigme som somatikken – herunder (DRG) takststyring, men styringsmodellen har imidlertid overordnet set god sammenhæng med den igangværende udvikling vedr. bl.a. Recovery, pårørendeinddragelse, patientstyrede indlæggelser, tid med patienten (ugeplaner) m.m.

Selvom oplægget er formuleret i meget overordnede vendinger, kan RHP's VMU på det generelle plan støtte op om indholdet i den ny styringsmodel, herunder politisk vision, pejlemærker, rammestyling m.m. Som nævnt foreslås tilføjet ”Kompetente medarbejdere” som pejlemærke, ligesom styringsmodellens sidste element bør ændres til ”Øget tillid og klare forventninger til ledelserne og medarbejderne”.

Med venlig hilsen,

Martin Lund  
Formand

B Christensen  
Britt Christensen  
Næstformand



Region  
Hovedstaden

# ØVRIGE

Til Udvalget til Værdibaseret Styring

10 juli 2019

### **Hørings svar til Regionsrådets Forslag til model for værdibaseret styring af sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden**

Vi har med interesse læst og drøftet Regionsrådets forslag til en ny model for værdibaseret styring for sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden.

Forslaget er et velkomment indspark til debatten om transformering af sundhedsvæsenet mod et mere patientfokuseret sundhedsvæsen baseret på høj faglig kvalitet og hvor patientens situation styrer forløbet. Baseret på de tre pejlemærker: Patientens oplevede effekt af behandlingen; Den faglige kvalitet og God ressourceudnyttelse, mener vi det lader sig gøre at skabe en situation, hvor værdi for patienten er kernen for behandlingen og dermed bliver styrende herfor.

Med udgangspunkt i et konkret offentligt-privat-innovationspartnerskab (OPI) og et VBHC projekt mellem Onkologisk Afdeling, Herlev Gentofte Hospital, Roche og Koncernindkøb, Region Hovedstaden mener vi det er muligt at omsætte og implementere disse pejlemærker i klinikken, hvorfor vi gerne vil henlede opmærksomheden på dette projekt.

Ambitionen i projektet er at forbedre behandlingen af nyrekræftpatienten (en patientgruppe, som i dag desværre har en ringe prognose), og gennem nye behandlingstager at øge kvaliteten i form af længere overlevelse og højere livskvalitet for patienten set ud fra en værdibaseret ramme.

I praksis at implementere de tre pejlemærker.

Vi gør det ved at inddrage helt nye innovative værktøjer i behandlingen, hvor patientens behandling bestemmes ud fra en dna/rna-analyse af patientens tumor og hvor behandlingen dermed målrettes specifikt til den enkelte patient med udgangspunkt i tumoren (præcisionsmedicin).

Samtidig monitoreres patienten løbende via Patient Rapporterede Outcomes (PRO) i forhold til patientens eventuelle bivirkninger ved den medicinske behandling og patientens livskvalitet ved at få adgang til langt mere skånsomme behandlinger baseret på den enkeltes profil (præcisionsmedicin) måles. Målingerne af PRO suppleres med en hjemmemonitorering af både blodtryk og udvalgte blodanalyser, der har specifik betydning for håndtering af patientens behandling, med henblik på at undgå udsving i behandlingen.

Med andre ord inddrages patienten mere aktivt i den løbende behandling og den behandlende læge får samtidigt et større løbende dataunderstøttet vidensniveau omkring patientens oplevelse af behandlingen og tilstand gennem hele forløbet.

Alt sammen set i en værdibaseret kontekst med henblik på at opnå den mest skånsomme vej for patienten gennem behandlingsforløbet ved dels, at minimere belastning af patienten gennem en løbende monitorering af patienten og forebyggende handling og dels, ved alene at behandle efter patientens reelle gavn (respons) af behandling og med henblik på at minimere ressourcebelastningen ved behandlingen af patientgruppen.

Vi finder dermed forslaget til ny styringsmodel interessant og mener vi med igangsættelsen af denne protokol vil blive i stand til bidrage med væsentlig erfaringer fra klinisk praksis til Regionsrådets arbejde med styring baseret på værdi.

Vi står i projektet naturligvis til rådighed for uddybende omkring protokol, OPI-partnerskabet, dataunderstøttelse mv.

Med venlig hilsen

På projektets vegne

Poul Geertsen, Lars Dahl Allerup, Kenneth Forsstrøm Jensen