

## Appendiks – Tværgående kortlægningstabel

<b>Parameter</b>	<b>Region Hovedstaden</b>	<b>Region Sjælland</b>	<b>Region Syddanmark</b>	<b>Region Midtjylland</b>	<b>Region Nordjylland</b>
<b>Styringsgrundlag</b>					
<b>Indeholder styringsgrundlaget:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nationale mål</b></li> <li>- <b>Regionale mål (fx kvalitet)</b></li> <li>- <b>Økonomi og aktivitet</b></li> <li>- <b>Daglig drift (dag-til-dag styring)</b></li> </ul>	<p>De nationale mål er indarbejdet i regionens styringsgrundlag og suppleret med egne regionale mål. Der indgås ikke driftsaftaler mellem regionsledelsen og hospitaler, men alle sygehuse i regionen har pligt til at følge op på de regionale driftsmål.</p> <p>På sygehusniveau er der som supplement til de regionale mål mulighed for at tilføje lokale mål, fx på afdelingsniveau.</p>	<p>De nationale mål er indarbejdet i regionens styringsgrundlag og indgår som integreret del af regionsledelsens driftsaftaler med sygehusene. Driftsaftalerne er endvidere suppleret med specifikke regionale servicemål og indsatser på sygehusniveau.</p> <p>På sygehusniveau udarbejdes driftsaftaler med de enkelte afdelinger, som afspejler nationale, regionale og sygehus-specifikke mål og tilpasses de enkelte afdelinger.</p>	<p>De nationale mål er indarbejdet i regionens styringsgrundlag og suppleret med egne regionale mål, fx indikatorer fra kliniske kvalitetsdatabaser. Der anvendes ikke driftsaftaler mellem regionsledelsen og sygehuse, men alle sygehuse har pligt til at følge op på de regionale mål i løbende rapporteringer.</p> <p>På sygehusniveau er der som supplement til de regionale mål i vid udstrækning mulighed for at udvikle og følge lokale mål.</p>	<p>De nationale mål er indarbejdet i regionens styringsgrundlag (målbillede). Der anvendes ikke driftsaftaler mellem regionsledelse og sygehuse, men alle sygehuse har dog pligt til at følge op på de regionale driftsmål i kvartalsvise rapporteringer.</p> <p>På sygehusniveau nedbrydes og suppleres de regionale mål med lokale driftsmål for økonomi, aktivitet og kvalitet.</p>	<p>De nationale mål er indarbejdet i styringsgrundlaget, der består af tre typer af mål: politiske mål, regionale mål og driftsmål. Der anvendes ikke driftsaftaler mellem regionsledelse og sygehuse, men alle sygehuse har pligt til at følge op på de politiske og regionale mål i kvartalsvise rapporteringer.</p> <p>På sygehusniveau nedbrydes og suppleres de politiske og regionale med lokale driftsmål i den daglige styring.</p>
<b>Er der en klar og entydig sammenhæng i mål gennem styringskæden:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Region til sygehus</b></li> <li>- <b>Sygehus til afdeling</b></li> </ul>	<p>Der er klar sammenhæng mellem nationale og regionale mål samt målsætninger på hospitalsniveau. Sammenhængen fra hospital (og region) til afdelinger opleves på afdelingerne som mindre entydig.</p> <p>Nogle afdelinger definerer lokale driftsmål som supplement til de strategisk forankrede mål fra region og hospital. Udbredelsen af dette varierer på tværs af regionens sygehuse og afdelinger.</p>	<p>Der er klar sammenhæng mellem nationale og regionale mål, og udmøntningen heraf fra region til sygehus- og afdelingsniveau.</p> <p>Relevante dele af nationale og regionale mål afspejles således i sygehus og afdelings driftsaftaler og lokale strategier. Disse suppleres ligeledes med lokalt definerede mål på afdelingsniveau.</p>	<p>Der er en klar sammenhæng mellem de nationale og regionale mål, som er gennemgående i styringskæden fra region til sygehus og afdeling.</p> <p>På sygehusniveau udvikles egne supplerende strategier og mål, der ligger i forlængelse af de regionale mål.</p>	<p>Der er en klar sammenhæng mellem mål i styringskæden, hvor de samme mål er gennemgående i styringskæden fra region til sygehus og afdeling.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau suppleres lokalt med egne mål eller nedbrydning af regionale mål.</p>	<p>Der er en klar sammenhæng i målene gennem styringskæden, hvor de samme mål og indikatorer for patientrettigheder, økonomi og aktivitet mv. er gennemgående fra region til sygehus og afdeling.</p> <p>Målene suppleres lokalt med egne driftsmål på sygehus- og afdelingsniveau.</p>
<b>Er der etableret et klart rapporteringshierarki for data på</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Økonomi/ budget</b></li> <li>- <b>Effektivitet</b></li> </ul>	<p>Regionen har et klart rapporteringshierarki for driftsmål, som dækker både økonomi, effektivitet og kvalitet. Der følges op månedligt fra afdeling til hospitalsledelse samt</p>	<p>Der er etableret et tydeligt rapporteringshierarki for data om økonomi, aktivitet og kvalitet. Ift. økonomi og aktivitet rapporteres med fast kadence på konkrete parametre på sygehus- og</p>	<p>Regionen har defineret et klart hierarki for en række driftsmål, som dækker økonomi, aktivitet og kvalitet.</p> <p>Der følges op månedligt fra</p>	<p>Der er etableret et klart rapporteringshierarki med indikatorer inden for økonomi, aktivitet og kvalitets- og servicemål.</p>	<p>Regionen har etableret et klart rapporteringshierarki med tre typer af mål (politiske mål, regionale mål og driftsmål). De politiske og regionale mål rapporteres til den politiske eller</p>

<p>- <b>Kvalitet</b></p>	<p>samlet fra hospitalerne op mod regionsledelsen. Der rapporteres kvartalsvist til det politiske niveau.</p> <p>De enkelte hospitaler supplerer i varierende omfang de regionale driftsmål med lokale mål på hospitals- og afdelingsniveau, der ligeledes indgår som en del af opfølgningen.</p>	<p>afdelingsniveau. Det samme gælder kvalitet, som er forankret i de regionale mål og konkretiseres og fortolkes ned gennem styringskæden, hvorfor der ligeledes her er et klart hierarki. Der rapporteres tre gange årligt til det politiske niveau.</p>	<p>afdeling til sygehusledelse, ligesom sygehusene rapporterer til det politiske niveau i regionen kvartalsvist.</p>	<p>Der rapporteres kvartalsvist til det politiske niveau. Sideløbende hermed er en systematisk administrativ opfølgning på mål og indikatorer.</p>	<p>administrative, mens driftsmål i udgangspunktet alene er målrettet driftshederne og den direkte driftsplanlægning.</p> <p>Der rapporteres kvartalsvist til det politiske niveau.</p>
<p><b>Stilles et fælles datagrundlag til rådighed på alle niveauer, som understøtter en sammenhængende styring og rapportering i regionen?</b></p>	<p>Regionen anvender et fælles ledelsesinformationssystem, FLIS, som kan tilgås på tværs af regionen på alle niveauer. Hospitalerne kobler dette systemet til lokale BI-systemer, men det hele bygger på et fælles datagrundlag.</p> <p>Dog anvender flere hospitaler og afdelinger lokale datakilder som supplement, hvilket i øjeblikket er yderligere forstærket af dataudfordringer i forbindelse med Sundhedsplatformen.</p>	<p>Regionen anvender et fælles datagrundlag for økonomi, aktivitet og sundhedsdata på tværs af regionens virksomheder i det fælles BI system, ”InfoSjælland”.</p> <p>Datagrundlaget anvendes i den daglige styring på sygehus- og afdelingsniveau, og opleves generelt som understøttende for styringen.</p>	<p>Der stilles en regional database (SydLis) til rådighed, der rummer en stor portefølje af data, men der kræves særskilt databehandling for at dække det lokale behov for ledelsesinformation, ligesom der opleves en midlertidig manglende rettilighed i aktivitetsdata.</p> <p>Det betyder, at datagrundlaget ikke fuldt ud understøtter en sammenhængende styring, i det der på sygehuse og afdelinger udvikles egne excel-baserede værktøjer og rapporteringer.</p>	<p>Region og sygehuse anvender fælles BI-portal med data for økonomi, aktivitet, kvalitet og servicemål. Rapporteringen tilpasses på sygehusene til det lokale behov for detaljering og visninger. Opleves af sygehuse og afdelinger som validt og brugervenligt.</p>	<p>Datagrundlaget for målstyringen er samlet i en regional databank (KoncernInfo), som kan tilgås på alle niveauer i regionen. Data opleves generelt som valide, om end det kan opleves som en udfordring at afgrænse det styringsrelevante. Desuden en udfordring at sikre valide og tidstro data om kvalitet.</p>
<p><b>Økonomi og aktivitet</b></p>					
<p><b>Er der beslutningsgrundlag til at kunne omfordele ressourcer på tværs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- på regionsniveau</li> <li>- på sygehusniveau</li> <li>- på afdelingsniveau</li> </ul>	<p>Der er et detaljeret datagrundlag ift. udvikling i økonomi, aktivitet, produktivitet og definerede driftsmål på alle niveauer.</p> <p>På regionsniveau omfordeles ressourcer mellem hospitalerne primært i forbindelse med udvidelser eller flytninger af opgaver. Produktivitetskravet er til tider blevet anvendt som omfordelingsværktøj ved differentieret udmøntning baseret</p>	<p>Der er et detaljeret datagrundlag ift. udvikling i økonomi, aktivitet, produktivitet og definerede driftsmål på alle niveauer.</p> <p>På regionsniveau omfordeles midler mellem sygehuse dog typisk kun i forbindelse med udvidelser, hjemtagning eller flytninger af opgaver mellem sygehuse. Dette foregår som en del af budgetlægningen eller løbende gennem året. Ekstra</p>	<p>Der er et detaljeret datagrundlag ift. udvikling i økonomi, aktivitet, produktivitet og definerede driftsmål på alle niveauer.</p> <p>På regionsniveau baseres omprioriteringer primært på overordnede størrelser som budgetoverholdelse, målopfyldelse og nøgletal for produktivitet i forbindelse med</p>	<p>Der er et detaljeret datagrundlag ift. udvikling i økonomi, aktivitet, produktivitet og definerede driftsmål på alle niveauer.</p> <p>På regionsniveau sker omfordeling af ressourcer primært i forbindelse med udvidelser, hjemtagning eller flytninger af opgaver mellem sygehuse., suppleret med marginale ændringer som følge af fx benchmarkanalyser på udvalgte</p>	<p>Der er et detaljeret datagrundlag ift. udvikling i økonomi, aktivitet, produktivitet og definerede driftsmål på alle niveauer.</p> <p>På regionsniveau baseres omprioriteringer på overordnede størrelser som budgetoverholdelse og målopfyldelse.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau anvendes mere driftsnære</p>

	<p>på hospitalernes relative produktivitetniveau.</p> <p>På sygehusniveau benyttes sparekrav og produktivitetkrav til relative omfordelinger. Herudover anvendes dialog med afdelinger til at fordele besparelser "intelligent", fx med afsæt i benchmarkanalyser. Løbende omfordelinger foregår dog kun i mindre grad, ud fra hensyn til stabile budgetter på afdelingsniveau.</p>	<p>midler eller besparelser fordeles typisk via en fordelingsnøgle, med udgangspunkt i den budgetmæssige fordeling mellem sygehuse.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau omfordeles sjældent signifikante ressourcer internt mellem afdelinger/afsnit, ud fra et ønske om stabile budgetter på afdelingsniveau.</p>	<p>den årlige budgetlægning.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau anvendes mere driftsnære nøgletal, fx for normering pr. sengeplads, forbrug af diagnostiske ydelser eller kapacitetsudnyttelse. Løbende omfordelinger foregår dog kun i mindre grad, da man søger at holde budgetter stabile på afdelingsniveau.</p>	<p>områder.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau omfordeles sjældent signifikante ressourcer internt mellem afdelinger, ud fra et ønske om stabile budgetter på afdelingsniveau. Ændringer håndteres i konkrete budgetsager til sygehusledelsen og med afsæt i konkrete analyser.</p>	<p>nøgletal som grundlag for omfordeling og fordeling af sparekrav. Ændringer håndteres i konkrete budgetsager til sygehusledelsen.</p>
<p><b>Revurderes tidligere års budgetter som grundlag for prioritering og omfordeling på tværs af sygehuse i budgetprocessen?</b></p>	<p>Budgetlægningen tager afsæt i forrige års budget, justeret for ændringer i rammerne i økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen. Der er et generelt ønske om at give hospitalerne og afdelingerne stabilitet i budgetterne, hvorfor der kun foretages væsentlige revurderinger af budgettet ved fx organisatoriske forandringer og lignende.</p>	<p>Regionens budgetlægning tager udgangspunkt i forrige års budget, justeret for ændringer i rammerne i økonomiaftalen og det forventede udgiftspres i regionen. Sygehuse oplever sjældent store udsving i budgetterne fra år til år.</p>	<p>Budgetlægningen tager udgangspunkt i sidste års budget, justeret for marginale ændringer som følge af fx rammerne i økonomiaftalen, aktivitetsafregning, forventet udgiftspres i regionen og politiske prioriteringer. Omprioriteringer på sygehuse anses fra regionen som et decentralt ansvar.</p>	<p>Budgetlægningen tager på alle niveauer udgangspunkt i sidste års budget, justeret for rammerne i økonomiaftalen, forventet udgiftspres i regionen og politiske prioriteringer. Dette ud fra et generelt ønske om at give hospitalerne og afdelingerne stabilitet i budgetterne.</p>	<p>Budgetlægningen tager udgangspunkt i sidste års budget, justeret for rammerne i økonomiaftalen, forventet udgiftspres i regionen og politiske prioriteringer. Dette ud fra et generelt ønske om at give hospitalerne og afdelingerne stabilitet i budgetterne.</p>
<p><b>Udmøntes et aktivitetsbudget/baseline (aktivitetsvækstforudsætninger) sammen med økonomisk budget:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- på sygehusniveau</li> <li>- på afdelingsniveau</li> </ul>	<p>Aktivitetsbaseline og dertilhørende aktivitetskrav (frem til 2018 også produktivitetkrav) udmøntes sammen med økonomisk budget på hospitalsniveau og på afdelingsniveau. Internt på hospitaler er det sjældent, at afdelinger bliver 'straffet' for mindreaktivitet, selv om der formelt set bør være sanktioner i sådanne tilfælde.</p> <p>Bornholms Hospital, enkelte centre på Rigshospitalet, samt</p>	<p>Sygehuse modtager et aktivitetsbudget, som udmøntes på afdelingsniveau. Alle sygehuse i regionen er dog fra 2017 fritaget for aktivitets- og produktivitetkrav, og der er således ikke konsekvensafregning ved mer-/mindreaktivitet. Sygehuse og afdelinger monitorerer dog fortsat aktivitet, herunder især antal kontakter mv.</p> <p>Regionsledelsen påtager sig den økonomiske risiko ved ikke</p>	<p>Der udmøntes principielt et aktivitetsbudget til sygehuse (dvs. også aktivitetskrav og indtil 2018 produktivitetkrav), men bortset fra enkelte områder med et loft over muligheden for finansiering af meraktivitet. Der udmøntes fra 2017 ikke et aktivitetsbudget og -krav til afdelinger, som indgår i forsøg med "populationsansvar" (rammebudget uden aktivitetskrav, kombineret med ansvar for overholdelse af</p>	<p>Der udmøntes fra 2017 ikke et aktivitets- og produktivitetkrav på sygehus- og afdelingsniveau. Udviklingen i aktivitet følges tæt (fx lokale vejledende baselines), men der er ikke sanktioner ved manglende opfyldelse. Sygehuse og afdelinger monitorerer dog fortsat aktivitet, herunder især antal kontakter mv.</p> <p>Regionsledelsen påtager sig den finansielle risiko ved manglende overholdelse af aktivitets-og</p>	<p>Der er indtil 2017 udmøntet et aktivitetsbudget på sygehus- og afdelingsniveau. Regionen har fra 2018 afskaffet brugen af aktivitetsbudget og aktivitetsfinansiering. Sygehuse og afdelinger monitorerer dog fortsat aktivitet, herunder især antal kontakter mv.</p> <p>Regionsledelsen påtager sig den økonomiske risiko ved ikke opnået aktivitetspuljefinansiering.</p>

	udvalgte områder på øvrige hospitaler, er (eller bliver fra 2018) fritaget fra takststyring.	opnået aktivitetspuljefinansiering.	patientrettigheder).  Regionsledelsen påtager sig den økonomiske risiko ved ikke opnået aktivitetspuljefinansiering.	produktivitetskrav fra staten.	
<b>Effektiviseringer</b>					
<b>Udmøntes produktivitetskravet (indtil 2018) til sygehusene, og udmøntes kravet i så fald differentieret eller generelt:</b> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau	Udmøntning af produktivitetskravet til hospitalerne har varieret år fra år: Nogle år har man fordelt de 2% ligeligt mellem hospitalerne, andre år differentieret ift. relativt produktivetsniveau eller særlige indsatser.  Hospitalerne har metodefrihed til at udmønte produktivitetskravet på afdelingsniveau med udgangspunkt i ledelsesmæssige vurderinger af potentialer.	Alle sygehuse har været fritaget for produktivitetskravet siden 2017. Regionsledelsen påtager sig den finansielle risiko ved manglende overholdelse af aktivitets- og produktivitetskrav fra staten.	Regionsledelsen har tidligere differentieret kravet på baggrund af produktivetsniveau. De seneste år har kravet været ligeligt fordelt til sygehusene, da produktivetsniveauet ifølge regionen har nærmet sig hinanden. På sygehusniveau er kravet på 2 pct. udmøntet generelt til alle afdelinger.	Der udmøntes fra 2017 ikke et aktivitets- og produktivetskrav på sygehus- og afdelingsniveau. Regionsledelsen påtager sig den finansielle risiko ved manglende overholdelse af aktivitets- og produktivetskrav fra staten.	Produktivetskravet er indtil 2017 udmøntet som et generelt krav på sygehus- og afdelingsniveau.  Det har været muligt for hospitalerne at differentiere internt på det enkelte hospital (mod at det samlet set er gået op), men muligheden har ikke været benyttet.
<b>Initieres tiltag til effektiviseringer fra:</b> - Regionsniveau ("oppefra") - Sygehusniveau - Afdelingsniveau ("nedefra")	Effektiviseringstiltag initieres både på regionsniveau og på sygehus- og afdelingsniveau. På regionsniveau drives effektiviseringer via Region Hovedstadens "analyseprogram", og support i form af analysekapacitet til ad hoc initiativer på hospitalerne.	Effektiviseringer drives primært nedefra (sygehuse og afdelinger), men tværgående enheder i regionen involveres også i forbindelse med generelle besparelsesrunder og centrale tiltag, der kan styrke det lokale arbejde med effektiviseringer, fx <i>Lean i stor skala</i> .	Effektiviseringer initieres typisk på sygehus- og afdelingsniveau. Det er en bevidst tilgang fra regionen, at effektiviseringer så vidt muligt bør initieres på operationelt plan og så langt nede i styringskæden som muligt (et decentralt ansvar inden for rammestyringen).	Effektiviseringstiltag initieres hovedsageligt på sygehus- og afdelingsniveau. Regionale effektiviseringstiltag vedrører primært håndtering af (større) strukturelle ubalancer i økonomien, fx i form af større spareplaner eller stigende medicinudgifter.	Effektiviseringstiltag initieres primært på sygehus- og afdelingsniveau. På regionalt niveau vedrører effektiviseringstiltag typisk strukturelle eller strategiske tiltag, eksempelvis reduktion af merarbejdsaftaler eller mål om reduktion i antallet af ambulante besøg med 10 pct.
<b>Er der tiltag/mekanismer, der sikrer, at effektiviseringer løbende identificeres og drives?</b> - På regionsniveau	Regionens analyseprogram for effektiviseringer opdateres årligt. Desuden sætter regionsledelsen i dialog med hospitalerne særligt fokus på ét effektiviseringstema årligt ifm. budgetlægningen.  På hospitals- og afdelingsniveau	De tværgående enheder i regionen driver konkrete effektiviseringsprojekter på regionalt plan samt supporterer sygehuse og afdelinger i disses effektiviseringsarbejde lokalt.  På sygehus-, afdelings- og	Regionen anvender en decentral tilgang, hvor det som udgangspunkt er sygehusenes ansvar at sikre løbende effektiviseringer inden for rammestyringen. Dog anvendes en fælles forbedringsmodel på	Regionale tiltag er typisk som reaktion på udgiftspres og eksterne krav, fx i form af krav til effektivisering ved sygehusbyggerier. Herudover løbende benchmarkanalyser med henblik på at identificere muligt	På regionsniveau initieres tiltag primært ved problemer med overholdelse af budget eller politiske mål. Derudover er der etableret en forbedringsorganisation, som sygehusene kan rekvirere til at

<p>- <b>På sygehusniveau</b></p>	<p>afholdes løbende Lean-tavlemøder, som skal bidrage til bedre driftsmålsopfyldelse samt identifikation af effektiviseringstiltag. Der er eksempler på, at afdelinger samler effektiviseringstiltag i en 'pipeline' således, at fremadrettede krav om effektivisering lettere kan imødekommes.</p>	<p>afsnitsniveau afholdes Lean-tavlemøder løbende (der er indført 500 mødetavler i regionen), som skal bidrage til bedre driftsmålsopfyldelse samt identifikation af effektiviseringstiltag, og der er eksempler på lokale "Lean-teams" på sygehusniveau.</p>	<p>tværs af region og sygehuse.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau afholdes løbende Lean-tavlemøder, som skal bidrage til bedre driftsmålsopfyldelse samt identifikation af effektiviseringstiltag. Hertil kommer krav til effektivisering ved ibrugtagning af sygehusbyggeri.</p>	<p>prioriteringsrum.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau afholdes løbende Lean-tavlemøder, som skal bidrage til bedre driftsmålsopfyldelse samt identifikation af effektiviseringstiltag. Hertil kommer krav til effektivisering ved ibrugtagning af sygehusbyggeri.</p>	<p>understøtte effektiviseringstiltag.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau anvendes en fælles tilgang til Lean-tavlemøder på tværs af sygehuse og afdelinger.</p>
<p><b>Er der økonomiske incitament til løbende at identificere og gennemføre effektiviseringer på afdelingsniveau?</b></p>	<p>Takststyringen anvendes som et bærende økonomisk incitament til løbende at effektivisere og øge produktivitet på hospitals- og afdelingsniveau. Der er dog på afdelingsniveau eksempler på, at aktivitetdæmpende initiativer ikke realiseres fuldt ud eller hurtigst muligt pga. negative økonomiske konsekvenser forbundet hermed.</p> <p>På afdelingsniveau kan mindreforbrug overføres med op til 0,5% af nettodriftsrammen mellem år. Der anvendes andre incitamentsmekanismer, fx intern afregningsmodel for parakliniske ydelser og finansieringsmodel for stigende medicinudgifter.</p>	<p>Det faste rammebudget og patientrettighederne kombineret med den stigende efterspørgsel anvendes som incitament til at effektivisere – for at holde sig inden for rammen.</p> <p>På afdelingsniveau kan mindreforbrug på nogle sygehuse overføres med op til 2% af det korrigerede grundbudget ved årets afslutning. Andre eksempler er finansiering af behandling på privathospitaler, og egenfinansiering af eksternt bestilte prøver og analyser.</p>	<p>Incitamenterne til effektivisering ligger primært i overholdelse af budget og håndtering af øget efterspørgsel.</p> <p>Herudover er det et centralt incitament, at sygehuse og afdelinger kan beholde provenuet ved effektiviseringer. Merforbrug på sygehuse og afdelinger overføres til næste år, mens mindreforbrug delvist kan overføres, med variation i de lokale modeller.</p>	<p>Krav til overholdelse og øget efterspørgsel er det væsentligste incitament til effektivisering.</p> <p>Der er varierende muligheder for at overføre overskud mellem år på afdelingsniveau. De begrænsede muligheder opleves som et negativt incitament. Herudover er budgetansvaret for behandling på privathospitaler og specialiseret behandling i andre regioner decentraliseret til afdelingsniveau.</p>	<p>Krav til overholdelse af budget og øget efterspørgsel er det væsentligste incitament til effektivisering.</p> <p>Der er ikke mulighed for at overføre overskud mellem år på alle klinikker, hvilket opleves som et negativt incitament til at igangsætte mere langsigtede tiltag. Som et økonomisk incitament er budgetansvaret for behandling for udenregionale patienter decentraliseret til klinik- og afdelingsniveau.</p>
<p><b>Understøttes effektiviseringer på afdelingsniveau med analysekapacitet, kompetencer, uddannelse, værktøjer mv. fra sygehus og/eller region?</b></p>	<p>Regionsgården understøtter delvist effektiviseringsarbejdet på hospitalsniveau igennem regionens "analyseprogram" bl.a. vha. analytisk kapacitet og i form af tværgående initiativer, fx benchmarkanalyser, som kan anvendes som inspiration på de</p>	<p>Regionshuset understøtter delvist effektiviseringsarbejdet på sygehuse med <i>Lean i stor skala</i>, som indeholder en værktøjskasse med fx indførelse af Lean-tavler, coaching, uddannelse, kommunikation, brug af data og forandringsledelse. Arbejdet</p>	<p>Regionens administration støtter delvist effektiviseringsarbejdet gennem uddannelse af alle afdelingsledelser i værktøjer og metoder i den Syddanske Forbedringsmodel.</p> <p>Regionens decentrale</p>	<p>Regionens administration understøtter kun i mindre grad effektiviseringsarbejdet på sygehuse og afdelinger. Regionen har en forbedringsenhed, der kan understøtte afdelingerne ved tværgående, regionale effektiviseringsprogrammer, fx</p>	<p>Regionens administration understøtter kun i mindre grad effektiviseringsarbejdet på sygehuse og afdelinger. Der er etableret en (mindre) udgående forbedringsenhed, som skal understøtte sygehusenes effektiviseringsarbejde.</p>

	<p>enkelte sygehuse.</p> <p>På sygehusniveau er der variation i kapaciteten til understøttelse af effektiviseringer. På Bornholm er der generel mangel på ressourcer til at drive og understøtte sådanne initiativer, mens der på Bispebjerg og Rigshospitalet findes mere kapacitet i staben, som understøtter afdelinger med analyser, support af løbende Lean-tavlemøder mv.</p>	<p>drives både via regionale initiativer og support af ad hoc ideer fra sygehuse og afdelinger.</p> <p>På sygehusniveau understøttes afdelingerne med lokale Leanhold (Holbæk Sygehus). Leanholdet kan både være opsøgende eller få udpeget områder af sygehusledelsen, hvor der tænkes at være optimeringspotentiale.</p>	<p>styringsmodel indebærer, at effektiviseringer primært er båret af afdelingsledelserne. Disse understøttes centralt fra sygehusets administrative funktioner, men graden af analysekapacitet varierer dog på tværs af afdelinger, hvor fx de større afdelinger har ansat egen økonomikonsulent. Der anvendes tavlemøder som et værktøj til at identificere effektiviseringsmuligheder.</p>	<p>Lean eller "Sikkert flow". Sygehusenes synes dog ikke at anvende enheden systematisk i den daglige drift.</p> <p>På sygehus- og afdelingsniveau er identifikation og gennemførelse af tiltag primært personbåret. Afdelingerne støttes af sygehusets centrale stabe, men graden heraf varierer på tværs af sygehuse, fx brug af lokalt udviklede værktøjer til kapacitetsudnyttelse.</p>	<p>Prioritering af enhedens arbejde sker ud fra de politiske målsætninger om at sikre hurtig udredning og hurtig behandling.</p> <p>På klinik- og afdelingsniveau er effektiviseringer primært personbåret, og der er varierende grad af systematik og uddannelse. Lokalt arbejdes med forskellige metodikker, fx klinisk prioritering gennem standardisering af patientforløb. Der anvendes en fælles tilgang til Lean-tavlemøder på tværs af region og sygehuse.</p>
<p><b>Har en eventuel "frisættelse" fra produktivitetskrav via meraktivitet betydet introduktion af nye redskaber til at realisere effektiviseringsgevinster?</b></p>	<p>Der er ikke påvist nogen målbar sammenhæng mellem frisættelse fra takststyring for udvalgte områder på hospitaler og centre samt øget realisering af effektiviseringsgevinster.</p> <p>Kortlægningen har endvidere ikke identificeret nye redskaber til realisering af effektiviseringsgevinster, som direkte kan kobles til frisættelsen inden for de udvalgte områder.</p>	<p>Der er ikke påvist nogen målbar sammenhæng mellem frisættelsen fra aktivitetsfinansiering og øget realisering af effektiviseringsgevinster, herunder indførelse af nye redskaber direkte relateret hertil.</p> <p>Der er dog på sygehus- og afdelingsniveau en opfattelse af, at det har en positiv effekt på motivationen for at identificere og realisere (potentielt aktivitetsnedsættende) effektiviseringer, når man ikke skal have konsekvenser for produktionsværdi for øje.</p>	<p>Der er endnu kun få erfaringer, idet regionens forsøg med populationsansvar (frisættelse for aktivitetsstyring) på en række medicinske afdelinger først evalueres i 2018/2019.</p> <p>Nogle afdelinger oplever dog et større frirum til at igangsætte tiltag, som tidligere ville være besværligt at "få lov til" at implementere. Andre afdelinger giver udtryk for at foretrække aktivitetsstyringens mulighed for at skabe ekstra indtjening ved en effektiv drift.</p>	<p>Der er ikke påvist en klar målbar sammenhæng mellem frisættelse og øget realisering af effektiviseringsgevinster. Det er dog opfattelsen på sygehus- og afdelingsniveau, at frisættelsen har en positiv effekt på motivationen for at identificere og realisere effektiviseringer.</p> <p>Foreløbige evalueringer af et pilotprojekt med frisættelse for aktivitetsstyring på 9 afdelinger viser, at aktivitetsniveauet er fastholdt, med en svag stigning i antallet af cpr-numre og i den patientoplevede kvalitet.</p>	<p>Der findes endnu ikke erfaringer med frisættelse for produktivitetskravet.</p> <p>Aktivitetsstyring og produktivitetskrav er ophørt fra 2018, hvor sygehusene vil blive målt på budgetoverholdelse og overholdelse af politiske og regionale mål om eksempelvis ventetider.</p>
<p><b>Tværgående samarbejde</b></p>					
<p><b>Er der mekanismer til at kunne foretage prioriteringer mellem sektorer?</b></p>	<p>Kun i mindre grad. Tværgående styring og prioritering diskuteres løbende i regionens politiske og administrative fora, men kortlægningen har ikke identificeret systematiske værktøjer til at foretage</p>	<p>Kun i mindre grad. Tværgående styring og prioritering håndteres med afsæt i sundhedsaftalen gennem Sundhedskoordinationsudvalget og en række underliggende samarbejdsfora, der sikrer</p>	<p>Kun i mindre grad. Samarbejdet mellem sektorer er præget af forskellige incitamentsstrukturer, som besværliggør at kunne foretage prioriteringer mellem sektorer. Kortlægningen har ikke identificeret reelle værktøjer eller</p>	<p>Kun i mindre grad. Tværgående styring og prioritering håndteres i regi af sundhedsaftalen. Kortlægningen har ikke identificeret reelle værktøjer eller mekanismer til at foretage</p>	<p>Kun i mindre grad. Tværgående styring og prioritering håndteres i regi af sundhedsaftalen. Samarbejdet mellem sektorer er dog præget af barrierer med forskellige opfattelser af opgaveplacering, finansiering af</p>

	prioritering, hvilket i regionen bl.a. tilskrives lovmæssige begrænsninger i datadeling på tværs af sektorer.	ledelsesmæssig implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen. Kortlægningen har ikke identificeret reelle værktøjer eller mekanismer til at foretage prioritering mellem sektorer.	mekanismer til at foretage prioritering mellem sektorer.	prioritering mellem sektorer.	initiativer, datadeling mv. Kortlægningen har ikke identificeret reelle værktøjer eller mekanismer til at foretage prioritering mellem sektorer.
<b>Er der anvendelse af data i styring og opfølgning, fx overblik over samlede patientomkostninger på tværs og visitationsmønstre i almen praksis?</b>	Ad hoc analyser foretages på forskellige områder, men sådanne data anvendes ikke systematisk. Brugen af data på tværs af sektorer er præget af organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer.	Ad hoc analyser foretages på forskellige områder, herunder henvisningsmønstre, men sådanne data anvendes ikke systematisk. Brugen af data på tværs af sektorer er præget af organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer.	Ad hoc analyser foretages på forskellige områder, men data anvendes ikke systematisk. Brugen af data på tværs af sektorer er præget af organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer.	Ad hoc analyser foretages på forskellige områder, fx forskningsprojekt i Horsens med samkøring af tværsektorielle data, men sådanne data anvendes ikke systematisk. Brugen af data på tværs af sektorer er præget af organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer.	Ad hoc analyser foretages på forskellige områder, fx konkret analysearbejde med fokus på tværsektorielle patientomkostninger, men sådanne data anvendes ikke systematisk. Brugen af data på tværs af sektorer er præget af organisatoriske og lovgivningsmæssige barrierer.
<b>Er der tværgående styring af kapacitet og aktivitet mellem:</b> - sygehuse i regionen? - afdelinger på sygehuse?	Kun i mindre grad på regionalt niveau, via hospitalsplanlægningen og på kort sigt via 'drifts'-kapacitetsstyring på tværs af hospitaler via overholdelse af patientrettigheder samt vha. "garantiafdelinger" på kort sigt.  På afdelingsniveau planlægges den løbende kapacitet på tværs af afdelinger typisk decentralt mellem enkelte afsnit, fx vha. tværgående morgenkonferencer.	I nogen grad. På regionsniveau anvendes data til bedre kapacitetsudnyttelse på tværs af regionens sygehuse. Den centrale Henvisningsenhed henviser patienter efter tilgængelig kapacitet på tværs af regionens sygehuse.  På afdelingsniveau afholdes daglige kapacitetsmøder, hvor eventuelle spidsbelastninger kan afhjælpes afdelinger imellem.	I nogen grad. På regionalt niveau er der udpeget afdelinger (garantiklinikker), der har økonomisk ansvar for behandling af patienter på private sygehuse og i andre regioner. Afdelingerne har meraktivitets-afregning uden loft for ambulans aktivitet og stationær planlagt aktivitet.  På afdelingsniveau koordineres den daglige, tværgående styring på daglige kapacitetskonferencer med koordinerende medarbejdere og på ugentlige tavlemøder med deltagelse af afdelingsledelserne.	Kun i mindre grad på regionalt niveau. Dog fælles visitation på udvalgte områder, fx mellem de østjyske hospitaler (Horsens, Randers, Aarhus). Omvisitering af patienter til frit valg og udvidet frit valg håndteres af central regional enhed.  På afdelingsniveau koordineres den daglige, tværgående styring på 2-3 daglige kapacitetskonferencer. Hertil ugentlige tavlemøder på flere niveauer.	Kun i mindre grad på regionalt niveau. Sygehuse i regionen har dog (inden for regionalt fastsatte rammer) et tæt samarbejde på tværs om lægerekruttering og opgavedeling i forhold til overholdelse af patientrettigheder og prioritering af højt specialiseret behandling på Aalborg Universitetshospital.  I tillæg hertil er der på afdelingsniveau eksempler på fælles visitation, fx i forhold til kontrol af patienter.
<b>Er der regionale initiativer til samarbejde på tværs af sektorer, og drives disse projektbaseret eller systematisk?</b>	Initiativer drives primært projektbaseret, men i regi af de politiske og administrative fora og Sundhedsaftalen. På regionalt niveau er der i 2017 igangsat fire modelprojekter.	Initiativer er primært projektbaserede og lokalt forankrede på sygehuse. Ud over de i Sundhedsaftalen aftalte samarbejds mål nævnes fx Broen til Bedre Sundhed og geriatrisk samarbejde mellem Holbæk	Initiativer drives primært projektbaseret. Regionens forsøg med populationsansvar skal tilskynde sygehuse og afdelinger til at indgå i tættere lokale samarbejder med kommuner og praktiserende læger ud fra en	Initiativer er primært projektbaserede og initieres hovedsageligt på sygehus- og afdelingsniveau i lokale samarbejder. Det tværsektorielle samarbejde er organisatorisk forankret i lokale klynger med sygehus, kommuner og almen	Der er igangsat forskellige regionale projekter, der primært er drevet af lokale udfordringer med lægemangel i praksis eller op sygehuse. Herudover en række eksempler på lokale – primært projektbaserede – tiltag på sygehus- og afdelingsniveau, fx

		Sygehus og tre kommuner.	decentral styringstilgang.	praksis. Dog også eksempler på regionale projekter i større skala.	udgående teams og projekter med telemedicin.
<b>Styringsopfattelse</b>					
<b>Opleves økonomi, aktivitet og produktivitet som overstyrende ift. andre styringsværktøjer/-dimensioner på de forskellige niveauer?</b>	Budgetoverholdelse er grundlaget for, at hospitalerne kan fokusere yderligere på nationale mål, patientrettigheder og faglig kvalitet. Mens der er generel forståelse for, at økonomiske budgetter skal overholdes, opleves aktivitets- og produktivitetskrav til tider som overstyrende på afdelingsniveau, idet disse ofte står i vejen for rationelle beslutninger vedr. omlægning af patientforløb og lign.	Budgetoverholdelse er grundlaget for, at sygehuse kan fokusere yderligere på nationale mål, patientrettigheder og faglig kvalitet. Økonomi, aktivitet og produktivitet fylder i den daglige styring, men opfattes ikke som overstyrende. Det er opfattelsen på sygehus- og afdelingsniveau, at ændringen af styringen fra takststyring til ramkestyring har bevirket at netop aktivitet og produktivitet er mindre overstyrende nu end tidligere.	Budgetoverholdelse er en grundlæggende forudsætning på alle niveauer, men økonomi opleves generelt ikke som overstyrende. Det opleves på regions- og sygehusniveau som en udfordring, at der i den nuværende statslige styringsmodel principielt mistes finansiering, når der mistes aktivitet. Nogle afdelinger foretrækker dog at være aktivitetsafregnet, da det giver mulighed for ekstra indtægter.	Budgetoverholdelse er grundlaget for, at sygehuse kan fokusere yderligere på nationale mål, patientrettigheder og faglig kvalitet. Økonomi, aktivitet og produktivitet fylder i den daglige styring, men opfattes ikke som overstyrende. Der opleves dog en risiko for overstyring ved manglende tålmodighed for opfyldelse af mål for patientrettigheder.	Budgetoverholdelse er en grundlæggende forudsætning på alle niveauer, men økonomi og aktivitet opleves generelt ikke som overstyrende. Det opleves dog på sygehus- og afdelingsniveau, at der kan være en manglende sammenhæng mellem ressourcer og politiske forventninger.
<b>Hvordan opleves styringsrelevansen af nationale og regionale mål?</b> - på sygehusniveau - på afdelingsniveau	På hospitals- og afdelingsniveau opleves nogle mål som unødvendige dokumentationskrav og med for lidt fleksibilitet, mens størstedelen anses som støttende op om fx patientsikkerhed og rettidig behandling. Dette er særligt gældende på afdelingsniveau.  Der efterspørges mere fleksibilitet i nationale mål, således at målene ikke ender med at sætte fokus på en rigid styring af fx tidsfrister, som ikke har signifikante konsekvenser for patienter.	På sygehus- og afdelingsniveau anses de fleste mål som relevante og støttende op om fx patientsikkerhed og rettidig behandling. Dette tilskrives dels, at man på sygehus- og afdelingsniveau generelt tilpasser de nationale og regionale mål til lokale behov med afsæt i den lokale sygehusstrategi.	Der opleves på sygehus- og afdelingsniveau en stor motivation blandt personalet ved at have et styringsmæssigt fokus på "Patienten først" og en forbedringskultur. Der er en fælles forståelse for, hvad der er styringsrelevant.  På afdelingsniveau opleves til tider, at patientrettighederne bliver overstyrende, fordi der er stort politisk fokus på overholdelse heraf, uagtet at det ikke altid giver en optimal udnyttelse af ressourcerne på sygehusene.	På sygehus- og afdelingsniveau opleves, at styring efter patientens præmisser giver større mening for personalet end tidligere krav og procesmål, og bl.a. giver bedre rum for styring efter klinisk prioritering. Der gives udtryk for en fælles forståelse for, hvad der er styringsrelevant.  På afdelingsniveau opleves til tider manglende overensstemmelse mellem forventninger og ressourcer, fx afledt af krav til overholdelse af patientrettigheder.	På sygehus- og afdelingsniveau gives udtryk for en fælles forståelse for styringsrelevansen af de politiske mål. Særligt opleves det styringsmæssige fokus på patienten i centrum som motiverende.  På afdelingsniveau efterspørges – på trods af gode intentioner i patientrettigheder – et større fokus på den reelle faglige kvalitet for patienten frem for procesmål om fx ventetid. Fx bruges unødigt tid på registrering af data i systemer, som ikke anvendes i den daglige styring på afdelingen.