

Region Midtjylland

Kvalitetsreform for den offentlige sektor

## **Bilag**

til Regionsrådets

møde den 7. februar 2007

Tillægsdagsorden

Punkt nr. 1

## Oplæg vedrørende klare mål og ansvar for resultater

### 1. Indledning

Regeringens arbejde med en kvalitetsreform for den offentlige sektor omfatter bl.a. en række temamøder i perioden frem mod sommeren 2007, hvor der forventes fremlagt en strategi på området.

Der gennemføres i alt fem temamøder. Til møderne inviteres en række organisationer, erhvervsfolk, eksperter m.fl. Desuden inviteres oplægsholdere.

Overskrifterne for de fem temamøder er:

- Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar (30. november 2006)
- Sammenhængende service – med respekt for borgerne (11. januar 2007)
- Klare mål og ansvar for resultater (8. februar 2007)
- Nytænkning, konkurrence og mest kvalitet for pengene (22. marts 2007)
- Ledelse, medarbejderinddragelse og motivation (19. april 2007)

Nærværende oplæg er udarbejdet som et inspirationsgrundlag for regionsrådets drøftelse af det tema, som regeringen har sat på dagsordenen i forbindelse med temamøde nr. 3 under overskriften "Klare mål og ansvar for resultater".

Oplægget indledes med en diskussion af ansvarsfordelingen mellem stat, kommuner og det nye regionale myndighedsniveau, herunder handlemulighederne for regionen i lyset af den nye opgavefordeling og de nye finansierings- og styringsmæssige rammer for den offentlige sektor i Danmark.

I det følgende afsnit fremhæves det, hvorledes Region Midtjylland rummer et stort potentiale i forhold til opnåelsen af en helhedsorienteret tilrettelæggelse af struktur, funktioner og samarbejdsnetværk inden for de velfærds- og udviklingsområder, som regionsrådet har ansvar for.

I oplæggets afsluttende afsnit redegøres for, hvordan der internt i Region Midtjylland lægges vægt på dialog- og faktabaseret ledelse og målstyring af virksomheden på - og mellem - alle niveauer i organisationen. Afsnittet er centreret omkring den ledelses- og styringsmodel, der er under udvikling i Region Midtjylland.

### 2. Fordelingen af ansvar og handlemuligheder mellem stat, kommuner og region

I det følgende diskuteres en række væsentlige udfordringer i forhold til ansvarsfordelingen mellem stat, kommuner og region med afsæt i en indkredsning af regionens styrings- og udviklingsmæssige muligheder.

Det er en central opgave for regionen at følge med befolkningens efterspørgsel efter sundhedsydelse. Regionerne har ikke selvstændig skatteopkrævningsret og det er som udgangspunkt ikke muligt at omprioritere ressourcer mellem regionens sektorer. I lyset af regionernes finansieringsmæssige rammer er det derfor nødvendigt, at der løbende er en konstruktiv dialog mellem stat/regering og regionerne om de økonomiske rammer for den regionale opgavevaretagelse (drift/anlæg).

De statslige grundbidrag/bloktilskud og aktivitetsafhængige midler udgør regionens hovedfinansieringskilder. Til gengæld for tildelingen af de nødvendige drifts- og anlægsrammer skal regionen kunne præstere en positiv udvikling i produktiviteten.

Netop i den forbindelse hilses det velkommen, at der gennem bl.a. kvalitetsreformen tilsyneladende lægges vægt på et bredere og mere sammensat effektivitetsbegreb. Produktivitet - forstået som forholdet mellem indsatte ressourcer og output i form af antal producerede ydelser eller enheder - udgør kun en nødvendig, men ikke en tilstrækkelig forudsætning for bedømmelsen af regionens indsats og resultater. Ved at udbygge med kvalitetsdimensionen synes det at være særdeles relevant i stedet at fokusere på effektivitet, hvor ressourceforbruget sættes i forhold til realiseringen af regionens mål, strategier, faglige standarder, servicemål mv. (dvs. "outcome").

Ud fra denne forståelse må den centrale bestræbelse altså være, at regionens tildelte midler udnyttes så effektivt som muligt. De centrale spørgsmål bliver dermed: Laver vi det rigtige? Og laver vi mest muligt af det rigtige? Det indebærer, at der løbende sker omstillinger og implementeres "smartere" måder at løse opgaverne på, herunder gennem (ny) teknologi, kompetenceudvikling, opgaveflytning, fokus på arbejdsgange/logistik mv.

*Men hvordan sikres den politiske og ledelsesmæssige prioritering af indsatsen og ressourceanvendelsen på det regionale niveau? (jf. fastlæggelsen af, hvori "det rigtige" består).*

Fritvalgsmekanismen/efterspørgselsstyringen og den aktivitetsafhængige finansiering rummer mange styrker i forhold til at skabe opmærksomhed omkring krav og forventninger hos brugere og patienter, jf. dynamik/udvikling i kraft af konkurrence og markeds lignende incitamenter og en tilhørende sikring af "kundefokus" hos de offentlige producenter.

Det frie valg og den kraftige fokusering på (mer)aktivitet og produktivitet kan dog i visse tilfælde resultere i et fravær af en bevidst faglig og politisk/samfundsmæssig prioritering af de knappe ressourcer. Dette peger på et eventuelt behov for at kunne afbalancere automatik og "mekanistisk" styring over for en mere direkte politisk og ledelsesmæssig prioritering af indsatser og ressourcer.

Omstillingen i retningen af en styrket kronikerindsats kunne være et eksempel på, hvordan der kan opstå konflikt mellem på den ene side automatik i honoreringen for (mer)aktivitet og på den anden side ønsket om at realisere et politisk højt prioriteret indsatsområde.

## **En styrket kronikerindsats i spændingsfeltet mellem økonomiske incitamenter og politisk prioritering**

Op mod en tredjedel af befolkningen lider i dag af en eller flere kroniske lidelser og kroniske patienter lægger dermed beslag på betydelige ressourcer i det danske sundhedsvæsen. Det må forventes, at antallet af mennesker med kroniske lidelser - og dermed også udgiftspresset - vil vokse i takt med stigende levealder, forbedrede behandlingsmuligheder samt generelt øgede forventninger i befolkningen til livskvalitet og adgang til behandling.

Region Midtjylland arbejder derfor med formuleringen af en mål- og handleplan for indsatsen over for mennesker med kroniske lidelser. En effektiv kronikerindsats kræver et tæt samspil mellem sundhedsvæsenets hovedaktører, herunder hospitalerne. Imidlertid rummer den DRG-takstbaserede, aktivitetsafhængige finansiering af hospitalerne ikke umiddelbart de rette økonomiske incitamenter for hospitalerne i forhold til kronikerindsatsen.

Det skyldes for det første, at sådanne incitamenter, som tilskynder til aktivitetsstigning, kan være u hensigtsmæssige i forhold til behandling af patienter med en kronisk sygdom. Der vil være en potentiel risiko for overbehandling af kronikere i hospitalsregi, som i stedet burde behandles f.eks. hos egen læge eller håndtere sygdommen gennem egenomsorg (i kraft af bl.a. patientuddannelse).

For det andet tilskynder den generelle takstfinansieringsmodel ikke i tilstrækkelig grad hospitalerne til en omlægning af indsatsen for kronikerne, der indebærer færre traditionelle ambulante besøg og i stedet en øget fokus på andre ydelser fra hospitalerne i form af bl.a. specialiseret rådgivning af praktiserende læger, kommuner m.fl., beskrivelse/opstilling af standarder for hensigtsmæssige og sammenhængende kronikerforløb, overvågning af den samlede population af forskellige typer af kronikere mv.

Af disse årsager har regionsrådet besluttet en takststyringsmodel for regionens hospitaler, der holder udvalgte kronikergrupper uden for den generelle takststyringsmodel. I stedet indføres en dialog- og aftalebaseret økonomistyring, hvor det budget en given hospitalsafdeling tildeles i 2007 til udvalgte grupper af kroniske patienter, vil være en ramme baseret på foregående års aktivitetsniveau.

Hvis afdelingen behandler færre patienter med en af de udvalgte diagnoser, f.eks. som følge af ændret arbejdsdeling i forhold til de praktiserende læger eller kommunerne, vil afdelingens budget ikke automatisk blive reduceret, som det ville være tilfældet med den generelle takststyring. Omvendt er afdelingen ikke afskåret fra at få tilført flere midler end den beregnede ramme til disse patienter. Oplever afdelingen f.eks. en stigning i aktiviteten, fordi patientpopulationen vokser, kan der gennem en konkret aftale være mulighed for en tillægsbevilling. Dette vil bero på dialog og en konkret vurdering af afdelingens aktivitet/ydelser, herunder f.eks. andre aktiviteter end den direkte patientbehandling.

Eksemplet illustrerer, hvordan der i praksis - for at tilgodese et politisk prioriteret indsatsområde - kan være behov for at modificere eller tilpasse den automatik, der ligger indbygget den aktivitetsbaserede finansieringsform og de tilhørende økonomiske incitamenter.

*Hvordan sikres regionens muligheder for at foretage de investeringer i udstyr, bygninger, apparatur, mennesker (uddannelse/kompetencer), som er nødvendige for effektivitet i opgaveløsningen (således at der til stadighed opnås maksimal mål- og standardopfyldelse på basis af de indsatte ressourcer)?*

Betydningen af regionens investeringsmæssige rammer og den tilhørende planlægning synes ikke at kunne betones kraftigt nok. Lidt forenklet er sammenhængen den, at tilstrækkelige, løbende investeringer er forudsætningen for driftsmæssig effektivitet (omkostningseffektivitet), som igen er forudsætningen for tildelingen af de (aktivitetsafhængige) midler, der er nødvendige for at kunne imødekomme befolkningens efterspørgsel efter regionens ydelser og service.

*Hvordan skabes der hos kommunerne indsigt og accept i forhold til den opgave, som regionerne har fået med et mere efterspørgselsdrevet sundhedsvæsen?*

Samarbejdet mellem kommunerne og regionen er af vital betydning for en gennemtænkt arbejdsdeling samt en tæt integration af ydelser og forløb. Målet er opnåelsen af høj faglig kvalitet, tilfredshed hos borgerne, tilstrækkelig kapacitet samt omkostningseffektivitet.

Fastlæggelsen af fælles normer og standarder sker ikke mindst inden for rammerne af sundhedsaftalesamarbejdet mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen. Det overordnede formål med samarbejdet er at værne om borgerens tarv og sikre sammenhæng i indsatsen – uanset skift i ansvar.

Som følge af strukturreformen får kommunerne en større rolle/ansvar på sundhedsområdet. Det indebærer overtagelse af opgaver, herunder bl.a. genoptræning og borgerrettet forebyggelse/sundhedsfremme. Men samtidig vil kommunerne også skulle medfinansiere udgifterne til både indlæggelser og ambulante besøg på regionens hospitaler.

Bag disse strukturændringer ligger en antagelse om, at man gennem en effektiv forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats i kommunalt regi kan undgå et senere behandlingsbehov hos kommunens borgere. Den kommunale medfinansiering skal altså give kommunerne en økonomisk tilskyndelse til at sætte effektivt ind med både forebyggelse og sundhedsfremme.

I kraft af den kommunale medfinansiering af både stationær og ambulante aktiviteter på regionens hospitaler vil stigninger i hospitalsvæsenets aktivitetsniveau i sagens natur fremover have direkte konsekvenser for den enkeltes kommunes økonomi, jf. medfinansiering af egne borgeres sygehusforbrug.

Der kan med andre ord opstå konflikt mellem statens/regeringens succeskriterie gående på maksimal vækst i aktiviteten (i bestræbelsen på at imødekomme befolkningens efterspørgsel efter sundhedsydelser) og kommunernes ønske om at inddæmme væksten i de kommunale sundhedsudgifter.

Regionen har stort set ingen relevante handlemuligheder i forhold til at afbøde denne konflikt mellem aktivitetspresset og kommunernes ønske om udgiftsstyring. Region Midtjylland forsøger dog bl.a. at stille oplysninger og prognoser til rådighed for de kommunale samarbejdspartnere med henblik på, at kendt opdrift i de kommunale sundhedsudgifter kan indarbejdes i de kommunale budgetter i så god tid som muligt.

Samlet set synes det at være et vigtigt indsatsområde, at der foregår en afbalanceret dialog mellem kommunerne og regionen på både politisk og administrativt niveau. Hensigten må være at skabe så stor gensidig indsigt og forståelse som muligt for de økonomiske og styringsmæssige vilkår på det regionale niveau.

Tilsvarende er der behov for gensidig accept af henvisende/visiterende aktørers faglige vurderinger; eksempelvis når en læge på vegne af regionen vurderer, at en borger har behov for et høreapparat, der imidlertid udløser en udgift hos den pågældendes bopælskommune. Dette fordrer bl.a. dialog og tillid til den faglighed og den praksis, der udfoldes i regionalt regi. Fælles uddannelsesaktiviteter, fagligt og forsknings-/udviklingsmæssigt samarbejde på tværs af sektorer, tværsektorielle ledelses- eller rådgivningsfora mv. kunne være eksempler på aktiviteter, der i praksis kan stimulere den gensidige respekt og tillid til hinandens beslutninger og handlinger på tværs af ansvarsområder.

Opgavefordelingsreformen har således ikke i alle tilfælde virket præciserende i forhold til ansvarsfordelingen. Kommunerne har ganske vist fået det samlede ansvar for den ambulante genoptræning (enten som leverandør og/eller finansieringsansvarlig). Tidligere var der en gråzone mellem genoptræning (amtsligt ansvar) og vedligeholdelsestræning (kommunalt ansvar). Imidlertid har denne gråzone nu i nogen grad blot flyttet sig og befinder sig fremover i stedet i feltet mellem "almindelig" ambulante genoptræning (kommunen) og specialiseret ambulante genoptræning (regionen).

### **3. Regionen som en større og mere bæredygtig enhed**

Regionen har en vigtig opgave i forhold til sikringen af sammenhæng i ydelser og forløb samt faglig og (samfunds)økonomisk bæredygtighed. Dette skal ikke mindst opnås gennem en langsigtet og helhedsorienteret planlægning.

Region Midtjylland har gode muligheder for at arbejde strategisk med udgangspunkt i LEON-princippet, der står for Laveste Effektive OmkostningsNiveau. Princippet går ud på, at en given opgave skal løses på så lavt et specialiseringsniveau som muligt under hensyntagen til opnåelsen af den ønskede effekt og kvalitet. Omkostningselementet knytter sig til specialiseringen, idet løsningen af f.eks. en ukompliceret opgave på et for højt specialiseringsniveau alt andet lige vil udløse et for højt ressourceforbrug i forhold til den nytte/kvalitet, som modtageren af ydelsen opnår.

Det er vurderingen, at dannelsen af Region Midtjylland med et stort patientunderlag på en række områder vil give et stærkere grundlag for at forbedre udredning og behandling gennem bl.a. en øget faglig specialisering. Dette gælder f.eks. inden for både det somatiske hospitalsvæsen og behandlingspsykiatrien.

En række rapporter og udvalgsarbejder har peget på behovet for en udvidelse af det befolkningsmæssige grundlag for en række specialer og beredskaber på hospitalsområdet. Region Midtjylland har med sine ca. 1,2 mio. indbyggere et godt udgangspunkt for at kunne sikre et tilstrækkeligt patientunderlag for enheder og funktioner, der er både fagligt, økonomisk og rekrutteringsmæssigt bæredygtige.

Region Midtjyllands opgaveportefølje rummer en bred vifte af tilbud gående fra det mindre specialiserede/almene tilbud til det meget højt specialiserede tilbud. Dermed råder Region Midtjylland både over institutioner/funktioner, der varetager basisopgaver og institutioner/funktioner, der varetager højt specialiserede og forskningsrelaterede opgaver. Det gælder bl.a. inden for både det somatiske og det psykiatriske hospitalsvæsen, hvor der findes både et universitetshospital og en række enheder, der varetager basisbetjeningen af regionens borgere.

Dette skaber mulighed forskning/udvikling og uddannelse på højeste internationale niveau samt løbende udlægning af opgaver fra det højt specialiserede niveau. Dette skal skabe plads til de (nye) højt specialiserede opgaver på universitetshospitalet og samtidig danne grundlag for, at der på alle regionens hospitaler – herunder de enheder, som primært behandler basispatienter – kan ske opbygning af mere specialiserede tilbud, jf. "spydspidsfunktioner", "nicher", satellitter mv. Dette har ydermere en gavnlig effekt i forhold til dannelsen af fagligt set attraktive miljøer i hele regionen, hvilket har betydning for rekrutteringsmulighederne.

Region Midtjylland har volumen til at sikre forsknings- og udviklingsaktiviteter og faglige miljøer, som kan bidrage til, at der til stadighed udvikles ny erkendelse. Dette understøtter den grundlæggende ambition om en evidensbaseret indsats - altså systematisk indsamlet og bearbejdet viden, som kan udbredes til praksis og dermed udviklingen af nye og bedre ydelser til borgerne.

Det kunne eventuelt overvejes, om regionerne i kraft af størrelse og tilhørende politisk og administrativ kapacitet med fordel kunne overtage forskellige opgaver, som på nuværende tidspunkt er placeret i bl.a. statsligt regi. Som et eksempel kunne nævnes uddannelsesområdet, hvor regionens rolle som en betydende politisk og administrativ aktør dækkende et stort geografisk område muligvis kunne begrunde en udbygning af regionens formaliserede ansvar og kompetencer i relation til en række koordinerende opgaver. Herunder inden for områder, hvor regionerne i samarbejde med kommunerne vil kunne sikre en tættere lokal/regional koordinering mellem bl.a. uddannelsesstilbud/institutioner, aftagerbehov og den bredere erhvervs- og arbejdsmarkedsudvikling. Dette kunne f.eks. oplagt ske inden for uddannelsesområder, hvor kommunerne og regionerne er hovedaftagere af arbejdskraft.

I relation til arbejdsdelingen og ansvarsfordelingen mellem det lokale/regionale niveau og staten skal der endelig peges på perspektiverne i indgåelse af partnerskabsaftaler. Partnerskabsaftaler indgås mellem de regionale vækstfora og staten. Partnerskabsaftalen skal indeholde konkrete mål for den regionale erhvervsudviklingsindsats og tage udgangspunkt i Vækstforums erhvervsudviklingsstrategi og initiativerne i regeringens globaliseringsstrategi. Formålet med partnerskabsaftalerne er at sikre en regional forankring af disse initiativer og at understøtte de regionale erhvervsudviklingsstrategier.

Aftalernes konkrete mål for den regionale erhvervsudviklingsindsats kan f.eks. bestå i mål for kvaliteten af iværksætterhuse og mål for regionens, kommunernes og erhvervslivets arbejde med spredning af viden. Der skal årligt gennemføres en sammenligning af kvaliteten af de lokale og regionale vækstvilkår på tværs af landet. En partnerskabsaftale består af en strategisk del, der tager udgangspunkt i den regionale erhvervsudviklingsstrategis visioner og målsætninger og en handlingsorienteret del, der beskriver hvilke initiativer, de regionale vækstfora vil gennemføre for at realisere målsætningerne, og hvilken indsats, der iværksættes fra statslig side.

Partnerskabsaftalerne tjener dermed som et redskab til en løbende dialog mellem staten og vækstfora om vækstpolitiske målsætninger og initiativer, der udmøntes regionalt. Dette kan medvirke til at sikre regional/lokal koordinering af sammenhængende og målrettede indsatser i relation til den regionale udvikling. Dermed kan partnerskabsaftalerne understøtte regionens rolle som en central politisk-administrativ aktør i samspillet med erhvervsliv, kommuner, foreninger, forsknings-/udviklingsmiljøer m.fl. Med andre ord regionens muligheder for at tage (med)ansvar som netværksbygger og koordinator/facilitator på tværs af sektorer, brancher, politikområder og myndighedsniveauer til gavn for væksten og rammevilkårene for bl.a. virksomheder, uddannelsesinstitutioner mv. i det midtjyske område.

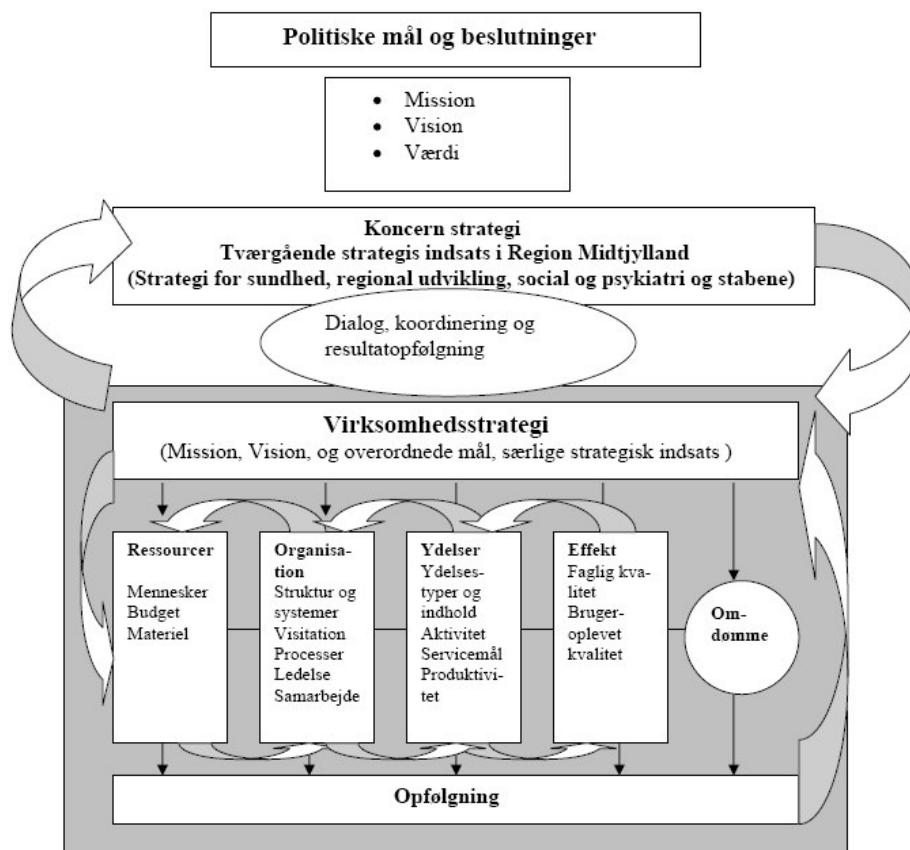
#### 4. Opbygningen af et ledelses- og styringsgrundlag i Region Midtjylland

I Region Midtjylland arbejdes der målrettet med udviklingen af et ledelses- og styringsgrundlag, som skal medvirke til, at regionens aktiviteter af borgere, folkevalgte og medarbejdere opleves som sammenhængende og understøttende i realiseringen af de mål, som regionsrådet opstiller. På nuværende tidspunkt er ledelses- og styringsgrundlaget endnu ikke færdigt, men foreligger i et udkast, der om kort tid forventes sendt i høring i regionens samarbejdssystem.

Ledelses- og styringsgrundlaget er tænkt som en samlet model for udfoldelsen af mål- og rammestyringen i en politisk ledet, regionalt baseret organisation (dialog- og resultatbaseret styring), der skal understøtte:

- opfyldelsen af politisk fastsatte mål, strategier, servicemål, faglige standarder mv.
- effektiv drift og udvikling/innovation i regionens opgaveløsning
- gennemsigtighed i forhold til regionens indsats og resultater muligheden for decentralisering af ansvar og kompetence (tillid til det decentrale initiativ og en vis grad af mangfoldighed i metoder og organisering kombineret med en endelig ansvarlighed i forhold til de politiske rammer, som regionsrådet opstiller for virksomhedens indsats og resultater).

**Figur 1. Dialog- og resultatbaseret styring i Region**





Følgende overordnede principper er i det foreliggende udkast lagt til grund for en ledelses- og styringsmodel for Region Midtjylland:

- Modellen er baseret på dialog mellem de respektive ledelseslag og mellem ledelse og medarbejdere.
- Dialogen sker på et faktisk grundlag.
- Modellen skal kunne synliggøre, at forbedringer i velfærd og vækst kan henføres til Region Midtjyllands indsats.
- Den overordnede vision skal kunne omsættes i en strategi indeholdende en række konkrete succeskriterier. Succeskriterierne skal omsættes i den indsats, der giver størst mulig effekt.
- Strategierne skal være fleksible således, at det er muligt at foretage bevidste omprioriteringer, hvis ændringer i omverdenen kræver det.
- Både sektorområder, hospitaler, institutioner og stabe skal være omfattet af modellen.
- Der skal udvikles strategier og opstilles succeskriterier for den interne administrations bidrag til løsningen af opgaverne over for slutbrugerne.
- Der skal ske en løbende, sammenfattende rapportering til regionsrådet vedrørende opfyldelsen af de opstillede succeskriterier, ressourceforbrug mv.
- Modellen skal omfatte både drift og udvikling.
- Modellen skal give en ramme for at arbejde systematisk både med den "interne" styring og med servicestrategi og politisk fastsatte servicemål.

Fremadrettet styring og dialog via mål og strategier sker på – og mellem – alle niveauer i Region Midtjyllands organisation. Det samme gælder opfølgningen. Det konkrete indhold og detaljeringsgraden varierer i sagens natur afhængigt af, om der er tale om overordnede målsætninger på tværs af regionen eller målsætninger for eksempelvis en institution eller afdeling. Men princippet er, at der er en styrings- og opfølgningskæde, som sikrer, at højereliggende niveauers krav og forventninger omsættes til mere operationelle målsætninger på lavereliggende niveauer i organisationen.

Denne styringskæde går fra det politiske niveau og ud til den enkelte medarbejder, der i yderste led leverer regionens ydelser til borgerne – hvad enten det sker direkte (f.eks. behandling) eller indirekte (f.eks. administrative funktioner, der understøtter frembringelsen af kerneydelserne/slutproduktet).

## **InfoRM – værktøj til dialog og styring**

InfoRM er et it-baseret værktøj for ledelser på alle niveauer i Region Midtjylland, som er under udvikling. Der vil både være data for f.eks. de enkelte sengeafsnit på sygehusene og for den samlede region. Formålet er at etablere et redskab, der understøtter dialogen mellem de forskellige ledelsesniveauer i regionen, samt at give den enkelte ledelse mulighed for at følge med i, "hvordan forretningen går". Herudover kan det omfattende datamateriale benyttes til analyseformål. Formålet med at have et stærkt fælles ledelsesinformationssystem er også at sikre, at dialogen foregår ud fra det samme grundlag.

Der åbnes for, at alle ledere og medarbejdere kan gå ind i InfoRM og se de oplysninger, der relevante for deres område. Det eneste krav er, at man har adgang til en PC, der tilkoblet regionens netværk.

InfoRM kommer til at indeholde oplysninger om bl.a. aktivitet, økonomi, personaleforbrug og kvalitet. Det vil sige, at man kan se oplysninger om budgetoverholdelse, opfyldelse af service- og kvalitetsmål osv., herunder også udviklingen henover året. Informationerne bliver samlet i en portal, hvor der bliver et faneblad for hvert emneområde.

Som led i InfoRM bliver der udviklet et såkaldt "ledelsesoverblik", som sammenstiller oplysninger inden for de forskellige områder, for både sundhedsområdet og psykiatrien. Hermed kan man få et samlet overblik over status på en række udvalgte centrale parametre. Der laves en farvemarkering således, at ledelsen med et enkelt blik kan se, om alt er i orden (grønt) eller om der er nogle problemområder (rødt), der skal følges op på. Hvis der er problemer på et område, er der mulighed for at få nogle mere detaljerede rapporter herom.

Det er væsentligt at bemærke, at krav og forventninger også opsamles ad andre kanaler end det mål- og rammestyringshierarki, der er skitseret ovenfor. På institutionsniveau tages der også direkte udgangspunkt i den dialog og i de tilbagemeldinger fra brugere og pårørende, der formidles via tilfredshedsundersøgelser, brugerbestyrelser, brugerråd, personalets daglige kontakt til borgere og samarbejdspartnere samt andre supplerende kanaler.

Den dialog- og resultatbaserede styringsmodel tænkes sammen med regionens lønstrategi og dermed den incitamentstruktur, som regionens ledere er stillet overfor. Der er mulighed for at indgå resultatlønsaftaler med alle chefer på 1 månedsløn hvert andet år ved fuld målopfyldelse.

### *Gennemsigthed i forhold til succeskriterier og faktiske resultater*

I amterne har der været tradition for at arbejde systematisk med opstilling af målsætninger for ydelserne og servicen samt for at dokumentere målopfyldelsen - og dermed kvaliteten - gennem forskellige former for såvel kvantitative som kvalitative målinger.

Denne tradition videreføres i høj grad i Region Midtjylland, hvilket bl.a. udkastet til et ledelses- og styringsgrundlag samt den vedtagne organisationsplan er udtryk for, jf. dialog- og faktabaseret styring og udvikling af organisationen samt funktioner inden for alle centrale ansvarsområder/sektorer i regionen, der kan arbejde kvalificeret med opsamling af viden om og erfaringer med regionens indsats og resultater.

## **Offentliggørelse af data om patienttilfredshed og faglig kvalitet**

På sundhed.dk kan borgerne allerede i dag lave f.eks. sammenligninger af patienttilfredsheden på samme type hospitalsafdelinger. Med andre ord er der mulighed for at kombinere eksisterende data præcis den måde, som passer til den pågældende borgers informationsbehov.

På tilsvarende vis offentliggøres resultater af indikatorbaserede målinger af den (sundheds)faglige kvalitet også på sundhed.dk. I øvrigt sammen med audit-rapporter, der er udarbejdet på baggrund af fagfolks gennemgang af opnåede resultater i konkrete patientforløb.

Eksempler på, hvordan opfølgningen på standardopfyldelse kombineres med anbefalinger i retning af bedste praksis, kan man finde i f.eks. rapporter om opfyldelsen af standarderne i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP). Her kombineres analysen af de opnåede resultater med anbefalinger om at arbejde med konkrete områder, hvor navngivne afdelinger har præsteret særligt gode resultater; f.eks. på grund af en hensigtsmæssig arbejdsgang e. lign.

Disse tiltag kan ses som eksempler på, hvordan der skabes gennemsigtighed og sammenligningsmuligheder inden for et centralt velfærdsområde, som regionen har ansvaret for.

Nogle væsentlige fokusområder i de kommende år bliver at videreføre og videreudvikle:

- Formidlingen af den dokumentation, som bl.a. kan understøtte borgerens frie valg og sikre, at lægfolk har adgang til letforståelig information om ofte komplicerede opgørelser og sammenhænge.
- Den systematiske udveksling af erfaringer med bedste praksis og implementering af de mest effektive metoder ("best practice") – altså når Afdeling/institution A har opnået bedre resultater end andre sammenlignelige afdelinger/institutioner, kan andre afdelinger/institutioner eventuelt lære af, hvordan Afdeling/institution A har tilrettelagt opgaveløsningen. Dette synes at ligge i naturlig forlængelse af muligheden for systematisk opfølgning på - og sammenligning af - resultater (patient-/bruger-tilfredshed, opfyldelse af standarder for den faglige kvalitet, opfyldelse af servicemål mv.). Det er dog væsentligt, at udbredelsen af bedste praksis sker med respekt for de lokale omstændigheder. En god metode ét sted vil ikke altid fungere andre steder, hvor vilkår og omstændigheder er anderledes. Med andre ord skal villigheden til at lære af hinanden følges af en kritisk "oversættelse" til den kontekst, hvori opgaveløsningen udspiller sig.

1. februar 2007