



Beretning til Statsrevisorerne om styring af aktivitet på sygehusene

Marts
2010

revision
revision

revision

Indholdsfortegnelse

| | | |
|------|---|----|
| I. | Introduktion og resultater | 1 |
| II. | Indledning | 5 |
| | A. Baggrund | 5 |
| | B. Formål..... | 5 |
| | C. Afgrænsning og metode..... | 6 |
| III. | Planlægning og budgettering af aktivitet..... | 8 |
| | A. Planlægning af aktivitet..... | 8 |
| | B. Udmelding af budgetter..... | 10 |
| IV. | It-systemer til planlægning og afvikling af aktivitet..... | 14 |
| | A. It-systemer til planlægning og afvikling af aktivitet..... | 14 |
| V. | Ledelsesinformation og opfølgning..... | 19 |
| | A. Systemer til ledelsesinformation | 19 |
| | Bilag 1. Oversigt over besøgte regioner, sygehuse og afdelinger | 22 |
| | Bilag 2. Processen for indberetning og opgørelse af aktivitet på sygehusafdelingerne..... | 23 |
| | Bilag 3. Ordliste..... | 24 |

Rigsrevisionen afgiver denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997 som ændret ved lov nr. 590 af 13. juni 2006.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Indenrigs- og Sundhedsministeriet).

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Jacob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010

Bertel Haarder: februar 2010 -

I. Introduktion og resultater

1. Denne beretning handler om styring af aktiviteterne i form af udredning og behandling af patienter på 5 udvalgte sygehusafdelinger. Beretningen vedrører Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Indenrigs- og Sundhedsministeriet) samt regionerne, der har ansvaret for driften af sygehusene.

2. Sygehusafdelingerne har gennem de seneste år stået over for stadig større krav til styring af deres aktiviteter. Vedtagelsen af en ny sygehusstruktur har krævet en del omorganiseringer på sygehusene. Dette er sket, samtidig med at kravene til behandling er blevet skærpet, og den økonomiske styring af sygehusene gradvist er blevet omlagt i retning af en aktivitetsbestemt finansiering. Hertil kommer, at sygehusene gennem en årrække er blevet stillet over for krav om stigninger i aktivitet og produktivitet i medfør af de årlige økonomiaftaler indgået mellem regionerne og regeringen.

3. Formålet med undersøgelsen har været at vurdere rammerne for styring af aktiviteter på en række udvalgte sygehusafdelinger. Undersøgelsen har et fremadrettet sigte og har søgt at identificere områder, hvor rammer og styring på sygehusafdelingerne kan styrkes.

Med udgangspunkt i 5 mave-/tarmkirurgiske afdelinger har Rigsrevisionen undersøgt rammerne for aktivitetsstyringen på afdelingerne i form af bl.a. aktivitetsmål og budgetter. Formålet har været at vurdere, hvorledes disse rammer påvirker aktivitetsstyringen.

Undersøgelsen har ikke belyst afdelingernes økonomi- og budgetstyring samt de økonomiske og aktivitetsmæssige resultater af afdelingernes drift, ligesom undersøgelsen ikke beskæftiger sig med de problemer om budgetunderskud og afskedigelse af personale, som er set på nogle sygehuse i starten af 2010.

4. Formålet er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Har afdelingerne et tilfredsstillende grundlag for at planlægge og budgettere aktiviteten på afdelingen?
- Understøtter afdelingernes it-systemer planlægning og afvikling af aktiviteten på afdelingen?
- Udgør systemerne til ledelsesinformation et tilfredsstillende grundlag for opfølgning på aktivitet?

Styring af aktivitet

Afdelingens aktivitet er udtryk for det samlede antal undersøgelser, operationer og behandlinger, der finder sted på afdelingen.

Med styring af aktivitet sigtes til de processer og handlinger, som skal sikre, at aftalte behandlinger og undersøgelser leveres under hensyntagen til de økonomiske rammer samt kvalitet og service.

UNDERSØGELSENS RESULTATER

Inden for de seneste 2 årtier er der i sundhedsvæsenet sket en betydelig decentralisering af driftsansvaret til de enkelte sygehusafdelinger, som har det primære ansvar for at sikre en effektiv styring af aktiviteten på sygehusene. Aktiviteten er udtryk for det samlede antal undersøgelser, operationer og behandlinger, der finder sted på en afdeling. En effektiv aktivitetsstyring er en væsentlig forudsætning for, at afdelingerne kan levere ydelser på et højt fagligt niveau og med en omkostningsbevidst anvendelse af resurser.

Undersøgelsen har rettet sig mod aktivitetsstyringen på 5 afdelinger inden for det mave-/tarmkirurgiske område. Det er Rigsrevisionens vurdering, at resultaterne også kan være relevante for andre typer af sygehusafdelinger.

Det er Rigsrevisionens samlede vurdering, at rammerne for afdelingernes styring af aktiviteten ikke er helt tilfredsstillende. Således vil en bedre it-understøttelse af planlægningen, bedre ledelsesinformationer, bedre planlægning på tværs af afdelingerne og et mere robust budgetgrundlag kunne bidrage til en bedre styring af aktiviteten på afdelingerne. Regionerne er generelt enige i nødvendigheden af et fortsat fokus på afdelingernes aktivitetsstyring.

Denne samlede vurdering er baseret på følgende:

Afdelingernes grundlag for at planlægge og budgettere aktiviteten på afdelingen er kun delvist tilfredsstillende. Afdelingerne har sammen med sygehusledelsen opstillet relevante mål for afdelingernes aktivitet. Hvis der anvendes aktivitetsbestemt budget på en afdeling, er det væsentligt, at afdelingen kender finansieringsgrundlaget for den aktivitet, den skal gennemføre. Ved omlægninger, nye metoder til behandling mv. midt i budgetåret er det endvidere væsentligt, at de budgetmæssige forudsætninger afklares så tidligt som muligt. En forbedret tværgående planlægning vil desuden kunne styrke aktivitetsplanlægningen på den enkelte afdeling. Det vil skabe større sikkerhed for afdelingernes planlægning.

- Målene for afdelingernes aktivitet omfatter bl.a. det antal operationer, der skal gennemføres inden for et budgetår, samt i et vist omfang mål for service og kvalitet. Det er Rigsrevisionens vurdering, at målene er relevante, og at de understøtter sygehusenes overordnede mål. Samtidig tydeliggør målene, hvad der forventes af den enkelte afdeling.
- Sygehusafdelingerne er på en række områder afhængige af hinanden. Rigsrevisionen vurderer, at en styrket planlægning og koordinering på tværs af afdelingerne kan medvirke til at afdække forhold, der kan begrænse aktiviteten på den enkelte afdeling. Dette vil muliggøre tværgående ledelsesmæssige dispositioner til afhjælpning af flaskehalse og forbedre forudsætningerne for planlægning af aktiviteten.

- Der er grundlæggende 2 økonomiske principper for styring af afdelingerne. Ét, hvor afdelingens budget er et fast rammebudget, og ét, hvor afdelingens budget er aktivitetsafhængigt. På afdelinger med et aktivitetsafhængigt budget sker der en sen udmelding af den værdi for aktivitet, afdelingen skal præstere i løbet af budgetåret. Det betyder, at afdelingen ikke kender finansieringsgrundlaget, herunder de aktivitetsforudsætninger, som ligger til grund for dette, før midt i budgetåret. Dermed er væsentlige økonomiske forudsætninger for afdelingens styring af aktiviteten ikke til stede i 1. halvår. Det skaber usikkerhed for planlægning og styring af aktiviteten på den enkelte afdeling, når det primært er i 3. og 4. kvartal, at aktiviteten kan justeres i forhold til budgettet.
- Rigsrevisionen finder, at der er behov for, at regionerne overvejer fordele og ulemper ved henholdsvis et fast rammebudget og et aktivitetsbaseret budget på afdelingsniveau. Herunder er det væsentligt, at budgetteringsformens konsekvenser for såvel styring af aktiviteten som budgettet inddrages.
- Det kan i nogle tilfælde tage lang tid, før en korrektion af budgettet midt i budgetåret godkendes af sygehusledelsen, og den tilstrækkelige finansiering bliver besluttet. Dette skaber usikkerhed i forhold til planlægningen af aktiviteten.

Afdelingernes it-systemer understøtter i nogen grad planlægning og afvikling af aktivitet på afdelingen. Afdelingerne kan i højere grad gøre brug af it-systemer til at understøtte arbejdsgange for planlægning af vagter samt planlægning og afvikling af operationer. En større brug af it-redskaber vil kunne bidrage til en effektivisering af arbejdsgangene på afdelingerne.

- Afdelingerne anvender i nogen grad it-systemer, der understøtter planlægningen af vagter og operationer. Øget brug af it kan give bedre overblik over arbejdsgange, styrke deling af viden om ændringer samt generelt forbedre kommunikationen internt i afdelingen og på tværs af afdelingerne. Dette kan bidrage til en bedre anvendelse af afdelingens personaleresurser, operationsstuer mv.
- På en afdeling med en stor andel af akutte patienter vil der ofte skulle foretages mange justeringer af operationsplanen op til selve afviklingen af operationerne. En bedre it-understøttelse vil kunne lette den løbende justering af afdelingernes operationsplaner.
- It-systemer vil desuden kunne producere data til brug for planlægningen, herunder bl.a. data om operations- og klargøringstiden for forskellige typer operationer. Derved vil systemerne kunne bidrage til at identificere eventuelle flaskehalse i forbindelse med afvikling af operationer mv. Dette vil understøtte afdelingernes muligheder for at planlægge afviklingen af operationerne mere nøjagtigt.
- Regionerne er generelt enige i, at afdelingerne i højere grad kan understøtte planlægning og afvikling af operationer med it, og at det vil kunne forbedre resurseudnyttelsen. Regionerne peger dog på, at det er forbundet med betydelige omkostninger at foretage investeringer i ny it, og at en beslutning herom må bero på en afvejning, som også har sammenhæng med andre igangværende projekter.

Afdelingernes ledelsesinformationssystemer udgør ikke et helt tilfredsstillende grundlag for opfølgning på aktiviteten.

- Afdelingernes ledelsesinformationssystemer indeholder data om løn- og vikarforbrug og udgør et tilfredsstillende grundlag for opfølgningen herpå.
- Ledelsesinformationssystemerne indeholder ikke i alle tilfælde detaljerede data om aktiviteten. Mere detaljerede data om fx forskellige typer operationer og behandlinger vil give afdelingsledelsen bedre mulighed for løbende at vurdere resursebehov og bemanding.
- Endvidere er data for værdien af aktiviteten ikke altid tidstro. Det betyder, at afdelinger, som styres ud fra et aktivitetsbestemt budget, ikke har det aktuelle billede af værdien af den aktivitet, afdelingen har gennemført. Dermed har afdelingen vanskeligt ved at følge op på budgettet. Tidstro aktivitetsopgørelser forudsætter, at aktivitet på afdelingerne indberettes løbende, og at der er stabilitet i Sundhedsstyrelsens systemer, så der løbende kan leveres aktivitetsopgørelser. Endvidere er det en forudsætning, at der ikke er forsinkelser, fra regionerne modtager data fra Sundhedsstyrelsen, til de fremgår af afdelingernes ledelsesinformationssystem. Regionerne peger på, at man i væsentlig grad er afhængig af bl.a. Sundhedsstyrelsens systemer og opgørelser vedrørende aktivitetsstyring.
- Rigsrevisionen finder, at der kan være behov for at styrke ledelsesinformationen på afdelingsniveau, så afdelingsledelsen kan basere fremtidige beslutninger om styring af aktiviteten på et mere solidt grundlag. Regionerne er generelt enige i, at ledelsesinformation som grundlag for opfølgning på aktiviteten kan styrkes.

II. Indledning

A. Baggrund

5. Der blev i 2009 budgetteret med ca. 70 mia. kr. årligt i det danske sygehusvæsen, hvoraf størstedelen blev afsat til driften af de offentlige sygehuse. I Danmark er der 28 sygehuse (organisatoriske enheder), som er offentligt finansierede og drevet af de 5 regioner.

6. Sygehuse er kendetegnet ved at være komplekse organisationer, som har et stærkt fokus på den kliniske opgave, herunder den behandlingsmæssige kvalitet. Sygehusafdelingerne er de driftsenheder, som varetager den daglige styring af aktiviteterne i forhold til udredning og behandling af patienter. En effektiv aktivitetsstyring er en væsentlig forudsætning for, at afdelingerne kan levere ydelser på et højt fagligt niveau og med en omkostningsbevidst anvendelse af resurser.

7. Sygehusafdelingerne har gennem de seneste år stået over for stadig større krav til styring af deres aktiviteter. Vedtagelsen af en ny sygehusstruktur samt fx Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning og anbefalinger for det akutte område har krævet en del omorganiseringer på sygehusene. Dette er sket, samtidig med at kravene til behandling, fx på kræftområdet, er blevet skærpet ved indførelse af en række rettigheder for patienterne. Sideløbende hermed er den økonomiske styring af sygehusene gradvist blevet omlagt i retning af aktivitetsbestemt finansiering, som skal skabe større aktivitet på sygehusene, samtidig med at sygehusene gennem en årrække er blevet stillet over for krav om stigninger i aktivitet og produktivitet. Sidstnævnte krav er en del af de årlige økonomiaftaler mellem regionerne og regeringen.

Endelig udgør mangel på personale for nogle afdelinger et stort problem i forhold til at opfylde kravene til aktivitet og økonomi, fordi afdelingerne må ansætte dyre vikarer frem for at anvende fastansat personale for at kunne levere den forudsatte aktivitet.

8. Et grundlæggende vilkår for de 5 mave-/tarmkirurgiske afdelinger, som indgår i denne undersøgelse, er, at en stor del af patienterne er akutte patienter. Dette betyder, at der uafhængigt af patienttilgangen altid skal være et vist beredskab til stede på afdelingerne til at behandle akut opstået sygdom. Dette komplicerer afdelingernes planlægning af aktiviteten.

B. Formål

9. Formålet med undersøgelsen har været at vurdere rammerne for styring af aktivitet på en række udvalgte sygehusafdelinger. Undersøgelsen har et fremadrettet sigte og har søgt at identificere områder, hvor rammer og styring på sygehusafdelingerne kan styrkes.

Styring af aktiviteten er væsentlig for at kunne leve op til de krav, der generelt stilles til afdelingerne, herunder at kunne skabe effektive og sammenhængende patientforløb. Forudsætningerne for en effektiv styring af aktivitet er bl.a. ledelsen af afdelingerne, men også en række andre forhold er afgørende, herunder de styringsmæssige rammer og vilkår samt de systemer til planlægning og styring, afdelingerne anvender. It-understøttelsen har bl.a. betyd-

ning for planlægning af afdelingens resurser og for overskuelig og tilgængelig adgang til ledelsesinformation.

Med udgangspunkt i 5 mave-/tarmkirurgiske afdelinger har Rigsrevisionen undersøgt rammerne for aktivitetsstyringen på afdelingerne i form af bl.a. aktivitetsmål og budgetter. Formålet har været at vurdere, hvorledes disse rammer påvirker aktivitetsstyringen. Undersøgelsen har ikke omfattet en undersøgelse af afdelingernes økonomi- og budgetstyring samt de økonomiske og aktivitetsmæssige resultater af afdelingernes drift.

10. Formålet er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål.

- Har afdelingerne et tilfredsstillende grundlag for at planlægge og budgettere aktiviteten på afdelingen?
- Understøtter afdelingernes it-systemer planlægning og afvikling af aktiviteten på afdelingen?
- Udgør systemerne til ledelsesinformation et tilfredsstillende grundlag for opfølgning på aktivitet?

C. Afgrænsning og metode

11. Undersøgelsens fokus er rettet mod afdelingsniveauet på sygehusene. Der er inden for de seneste 2 årtier i sundhedsvæsenet sket en betydelig decentralisering af ansvar til afdelingerne, bl.a. i forhold til overholdelse af budgetter og økonomiske rammer. Det betyder, at det i dag er de enkelte afdelinger, der er de direkte ansvarlige for at sikre optimal drift under hensyn til en omkostningsbevidst anvendelse af resurser. Det er derfor vigtigt, at afdelingernes rammer for styring er hensigtsmæssige.

Hensigten med undersøgelsen har været at få en generel forståelse for de udfordringer, afdelingerne står over for, og hvordan disse udfordringer bliver mødt i praksis. Valget af aktivitetsstyring, som er emnet for undersøgelsen, er truffet på baggrund af en dialog med regionerne, sygehusene og afdelingerne om, hvilke udfordringer de ser som centrale.

12. Regionerne har peget på flere udfordringer, som har haft væsentlig indflydelse på styringen af aktiviteten. Dette omfatter bl.a. kravet om en stigning i produktiviteten på 2 %, indførelse af kræftpakker, der opstiller mål for hurtig udredning og behandling af kræftpatienter, og indførelse af rettigheder for patienten om at blive behandlet inden for 1 måned. Undersøgelsen omhandler ikke de politiske rammebetingelser for aktivitetsstyring, idet analysen er rettet mod de forvaltningsmæssige rammer for aktivitetsstyring på afdelingsniveau. Valget af analyseperspektiv indebærer også, at undersøgelsen ikke direkte omhandler sygehusernes økonomi- og budgetstyring. De problemer med budgetunderskud og afskedigelser af personale, som er set på nogle sygehuse i starten af 2010, har således ikke ligget til grund for denne undersøgelse.

13. Undersøgelsen har omfattet 5 afdelinger inden for det mave-/tarmkirurgiske område. Det mave-/tarmkirurgiske område er valgt, fordi området er økonomisk væsentligt og resurse-tungt. Begrundelsen for valget af område har desuden været at udpege et kirurgisk område, som også repræsenterer problemstillinger inden for de medicinske specialeområder, fx en høj andel af akutte patienter, og de udfordringer, det kan medføre i forhold til planlægning og styring på afdelingerne.

14. Det følger af valget af afdelinger, at man ikke direkte kan overføre resultaterne til andre typer afdelinger, bl.a. fordi afdelingerne er forskellige i forhold til tilknyttede specialer, sammensætning af patienter og redskaber til styring. Valget af område giver dog en bred indsigt i de udfordringer, afdelingerne i dag generelt står over for, og vurderingerne kan derfor også have relevans for andre typer afdelinger.

15. Undersøgelsen har været opdelt i 2 faser. 1. fase har omfattet interviews med forvaltningerne i de 5 regioner, 5 sygehusledelser og 5 afdelingsledelser – i alt 15 interviews (jf. bilag 1). Formålet med 1. fase var at opnå en generel forståelse for de udfordringer for styring og ledelse, afdelingerne står over for i dag, og hvordan disse udfordringer mødes i praksis. Tilgangen i 1. fase har været kendetegnet ved en bred dialog om styring og ledelse, hvor forvaltningerne, sygehusledelserne og afdelingsledelserne selv har bidraget med informationer om de væsentligste udfordringer.

Regionerne har selv udvalgt sygehuse og afdelinger inden for det mave-/tarmkirurgiske område ud fra deres generelle kendskab til afdelingernes styring og ledelse.

16. I 2. fase blev de 5 afdelinger besøgt igen. Formålet var mere specifikt at belyse afdelingernes styring af aktivitet. Temaerne for møderne var bl.a. afdelingernes planlægning, primært planlægning af vagter og operationer, den løbende overvågning og opfølgning, samt de systemer, afdelingerne råder over til at understøtte de enkelte processer. Rigsrevisionen har interviewet lederne af afdelingerne og relevante nøglepersoner, herunder læger og sygeplejersker med ansvar for vagtplanlægning og planlægning af operationer.

17. Rigsrevisionen har desuden gennemgået materiale fra regionernes forvaltninger, sygehuse og afdelingerne. Materialet omfatter bl.a. aftaler mellem sygehus- og afdelingsledelse om driften af afdelingerne, økonomiske styrings- og plannotater samt materiale fra afdelingerne om planlægning af vagter og operationer. Herudover har Rigsrevisionen gennemgået materiale om en række af de initiativer, der er taget på afdelingerne for at styrke aktivitetsstyringen.

Endelig har afdelingerne som led i undersøgelsen demonstreret deres systemer til ledelsesinformation og de it-systemer, der anvendes i planlægning af vagter og operationer.

18. Beretningen har i udkast været forelagt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Indenrigs- og Sundhedsministeriet) og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet i beretningen.

19. Bilag 3 indeholder en ordliste med forklaringer på væsentlige udtryk og betegnelser.

III. Planlægning og budgettering af aktivitet

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Afdelingernes grundlag for at planlægge og budgettere aktiviteten på afdelingen er kun delvist tilfredsstillende. Afdelingerne har sammen med sygehusledelsen opstillet relevante mål for afdelingernes aktivitet. Hvis der anvendes aktivitetsbestemt budget på en afdeling, er det væsentligt, at afdelingen kender finansieringsgrundlaget for den aktivitet, den skal gennemføre. Ved omlægninger, nye metoder til behandling mv. midt i budgetåret er det endvidere væsentligt, at de budgetmæssige forudsætninger afklares så tidligt som muligt. En forbedret tværgående planlægning vil desuden kunne styrke aktivitetsplanlægningen på den enkelte afdeling. Det vil skabe større sikkerhed for afdelingernes planlægning.

20. Rigsrevisionen har undersøgt, om afdelingerne har et tilfredsstillende grundlag for at planlægge og budgettere aktivitet. Det er undersøgt, om der er opstillet relevante mål for afdelingernes aktivitet. Rigsrevisionen har gennemgået og vurderet regionernes mål, som de fremgår af regionernes systemer til ledelsesinformation og afdelingernes aftaler med ledelsen af sygehuset for 2009.

Endvidere er det undersøgt, om der ved planlægningen sker en koordinering af aktiviteten internt og på tværs af afdelingerne, så forhold, der kan medføre et reduceret aktivitetsniveau på andre afdelinger, søges afhjulpet. Afdelingernes planlægningsgrundlag er gennemgået og vurderet, ligesom Rigsrevisionen har vurderet den koordinering, der foretages af de samarbejds- og koordineringsudvalg, som er etableret på sygehusene.

Endelig har Rigsrevisionen undersøgt, om de økonomiske forudsætninger for afdelingernes styring af aktivitet i form af budgetrammer og økonomiske mål er kendte for afdelingerne ved budgetårets start. Rigsrevisionen har gennemgået, hvornår budgetter mv. udmeldes over for afdelingerne, og hvor lang tid det tager for regionens og sygehusets administration at korrigere og udmelde ændringer i budgettet ved omlægninger, nye metoder i behandling mv. på afdelingerne.

A. Planlægning af aktivitet

21. Rigsrevisionen har undersøgt, om der er opstillet relevante mål for afdelingernes aktivitet. Det er væsentligt, at det bliver tydeliggjort, hvad der forventes af den enkelte afdeling, så afdelingerne kan understøtte sygehusenes overordnede mål om at levere sygehusydelser under hensyn til det forventede service- og kvalitetsniveau. Relevante mål knytter sig til patientaktiviteten og kan bl.a. omfatte mål for antal operationer, der gennemføres, herunder operationer uden indlæggelse (ambulant), antal forventede patientudskrivinger og antal patienter, som optager sengekapalet. Målene bør fastsættes under hensyn til service og kvalitet. Målene udgør grundlaget for vurdering af og opfølgning på afdelingernes aktivitet.

Eksempler på aktivitetsmål for en afdeling i et budgetår

| | |
|---------------------|--------|
| Operationer | 10.000 |
| Ambulante besøg | 13.000 |
| Sengedage | 23.000 |
| Patientudskrivinger | 5.900 |

22. 3 af de 5 afdelinger har indgået en skriftlig aftale med ledelsen på sygehuset, som indeholder forskellige typer mål for aktivitet. Aftalerne er en udmøntning af de aftaler, som er indgået mellem regionen og ledelsen for det enkelte sygehus, hvor de overordnede mål for sygehusets aktivitet, øvrige aftaler og mål fremgår. Der er ikke skriftlige aftaler for de 2 øvrige afdelinger, men som led i aftaler mellem sygehuset og ledelserne af afdelingerne er der opstillet en række mål for afdelingernes aktivitet i regionens ledelsesinformationssystem, som indgår i dialogmøder mellem sygehus- og afdelingsledelse.

23. Aftalerne fastlægger typisk mål for antallet af operationer, der skal udføres i løbet af budgetåret, herunder antallet af operationer, der ikke kræver indlæggelse (ambulante). Der er desuden typisk mål for antal sengedage og udskrevne patienter i aftalerne eller i regionernes ledelsesinformationssystem.

Endvidere fastlægger aftalerne afdelingernes økonomiske rammer samt ansvar og kompetence for afdelingerne. Aftalerne udgør sammen med afdelingernes budgetter grundlaget for styring af afdelingerne.

24. Aftalerne indeholder i varierende omfang også servicemål. Mål for service udtrykker den service, patienten kan forvente i sit møde med afdelingerne, fx mål for ventetider, besked til patienterne og udsendelse af lægebrev. På 3 afdelinger indgår servicemål i aftalerne med sygehuset. I én af regionerne er der politisk fastsatte servicemål som led i en overordnet strategi på sundhedsområdet.

25. Aftalerne indeholder typisk også en række udviklingsområder, hvor afdelingerne har forpligtet sig til at gennemføre en særlig indsats. Der er tale om forbedringer af bestemte patientforløb, samling af patientrelaterede opgaver med henblik på at forbedre udnyttelsen af resurserne eller omlægning til nye og mere effektive behandlinger. Der kan endvidere være særlige samarbejdsprojekter på tværs af afdelingerne eller fx tiltag med henblik på at spare på stigende udgifter til medicin.

26. Rigsrevisionen har videre undersøgt, om afdelingerne som led i planlægningen koordinerer aktiviteten, herunder inddrager mulige barrierer og flaskehalse på tværs af afdelingerne. For at sikre opfyldelse af aktivitetsmålene er det væsentligt, at afdelingerne har overblik over de mulige barrierer, der kan reducere aktivitetsniveauet, herunder forhold, som påvirker aktivitetsniveauet på tværs af afdelingerne.

27. Aktiviteten og anvendelsen af resurserne på kirurgiske afdelinger har således bl.a. sammenhæng med aktivitetsniveauet på andre afdelinger, som leverer ydelser, der indgår i behandlingen. Hvis aktiviteten på den kirurgiske afdeling ikke er koordineret med aktiviteten på fx anæstesiaafdelingen og røntgenafdelingen, kan dette nedsætte behandlingsaktiviteten på de kirurgiske afdelinger. Derfor bør aktiviteten være koordineret på tværs af afdelingerne.

28. Undersøgelsen viser, at afdelingsledelserne løbende søger at koordinere og tilpasse afdelingens resurse-mæssige forudsætninger for at indfri aktivitetsmålene. Dette gælder bl.a. i forhold til antallet af læger og sygeplejersker på afdelingerne, som skal bemande de enkelte operationshold. På den baggrund forsøger ledelsen løbende at vurdere mulige begrænsende faktorer for aktivitetsniveauet internt i afdelingen.

Planlægningen omfatter dog også en række ydre forhold, der kan begrænse aktivitetsniveauet på en afdeling. Fx kan mangel på anæstesipersonale eller manglende kapacitet på en intensivafdeling i nogle tilfælde begrænse operationsaktiviteten på den kirurgiske afdeling. Derudover kan aktivitetsniveauet begrænses af de fysiske rammer. Bl.a. kan operationsstuerne indretning medføre, at stuerne kun kan anvendes til bestemte aktiviteter. Dette betyder, at ledige operationsstuer ikke altid kan benyttes af andre afdelinger, ligesom antallet af stuer tillige kan udgøre en begrænsning for aktivitetsniveauet.

Mål for kvalitet

Ud over mål for aktivitet og service indeholder flere af aftalerne også mål for kvalitet, hvor det primært er mål, som relaterer sig til Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), der er omfattet af aftalerne. NIP er et kvalitetsudviklingsprojekt, der har til formål at udvikle, afprøve og implementere standarder og indikatorer til vurdering af den sundhedsfaglige kvalitet. NIP drives af regionerne og opstiller kvalitetsmål for god klinisk praksis på 8 sygdomsområder, herunder 2 områder inden for det kirurgiske speciale.

Organisering af operationsgangen på sygehusene

Sygehusene i undersøgelsen er organiseret med centrale operationsgange, som omfatter et antal operationsstuer. Hver afdeling har adgang til én eller flere operationsstuer på bestemte dage i løbet af ugen. I nogle tilfælde deles de enkelte afdelinger om operationsstuerne.

Planlægningen tager ikke i tilstrækkeligt omfang hensyn til de tværgående faktorer, som begrænser aktivitetsniveauet på de enkelte afdelinger. Sygehusene har oprettet samarbejds- eller koordinationsudvalg med det formål bl.a. at koordinere operationsaktiviteten mellem afdelingerne. Udvalgene har dog ikke altid en ledelsesmæssig kompetence, der muliggør en løbende planlægning af operationsaktiviteten, og som inddrager tværgående forhold.

Region Sjælland har oplyst, at den økonomiske afregning af aktivitet på det sygehus, som har indgået i undersøgelsen, omfatter alle afdelinger, både direkte og indirekte producerende afdelinger. Dermed skabes en indbyrdes økonomisk afhængighed mellem afdelingerne, som bevirker, at afdelingerne har et incitament til at koordinere aktiviteten og planlægge på tværs.

Vurdering

29. Målene for afdelingernes aktivitet omfatter bl.a. det antal operationer, der skal gennemføres inden for et budgetår, samt i et vist omfang mål for service og kvalitet. Det er Rigsrevisionens vurdering, at målene er relevante, og at de understøtter sygehusenes overordnede mål. Samtidig tydeliggør målene, hvad der forventes af den enkelte afdeling.

30. Sygehusafdelingerne er på en række områder afhængige af hinanden. Rigsrevisionen vurderer, at en styrket planlægning og koordinering på tværs af afdelingerne kan medvirke til at afdække forhold, der kan begrænse aktiviteten på den enkelte afdeling. Dette vil muliggøre tværgående ledelsesmæssige dispositioner til afhjælpning af flaskehalse og forbedre forudsætningerne for planlægning af aktiviteten.

B. Udmelding af budgetter

31. Rigsrevisionen har undersøgt, om de økonomiske forudsætninger for styring af aktivitet er kendte for afdelingerne. Det er væsentligt, at afdelingerne kender deres økonomiske råderum for at kunne planlægge behandlingsaktivitet og de aktiviteter, der skal sikre den faglige og organisatoriske udvikling på afdelingerne.

32. Tabel 1 viser de 2 grundlæggende økonomiske styringsprincipper for afdelingerne.

Tabel 1. De 2 grundlæggende styringsprincipper for afdelingernes aktiviteter

| Type | Fast budget | Aktivitetsbestemt budget |
|--|--|--|
| Er budgettet afhængigt af afdelingens aktivitet? | Kan være det, men der er ikke automatisk sammenhæng. | Ja, afhænger af, om afdelingen opnår et bestemt mål for aktivitet. |
| Er der loft over aktivitet? | Fast rammebudget giver automatisk loft over aktivitet. | Loft over aktivitet kan være anvendt. |

Kilde: Rigsrevisionen.

Det fremgår af tabel 1, at der grundlæggende er 2 økonomiske styringsprincipper af afdelingerne: styring via fast budget og styring via aktivitetsbestemt budget.

De 2 principper repræsenterer idealtyper, der i forskellig grad er afspejlet på afdelingerne i undersøgelsen. Regionerne har udmøntet de 2 styringsprincipper forskelligt, ligesom det er forskelligt, om sygehusene anvender aktivitetsbestemt styring på afdelingsniveau.

På afdelinger, hvor der er styring via fast budget, er der ikke automatisk kobling mellem budget og aktivitet. Dette betyder, at afdelingen tildeles et fast budget fra årets start, som korrigeres i tilfælde af nye opgaver, eller hvis aktivitetsmål ændres. Ved aktivitetsudvidelser i løbet af året kan der aftales en budgetforøgelse, ligesom der, hvis afdelingen ikke når de aftalte aktivitetsmål, kan aftales en reduktion af budgettet. Aktivitetsændringer som følge af nye eller ændrede opgaver kan betragtes som budgetkorrektioner.

På afdelinger med aktivitetsbestemt styring er afdelingernes budget bestemt af den aktivitet, som gennemføres. I disse tilfælde opstilles et mål for værdien af den aktivitet, afdelingen skal gennemføre. Afdelingernes budget afhænger i disse tilfælde af, om målet opnås. Hvis afdelingens aktivitet ligger under målet, vil afdelingens budget blive reduceret, mens budgettet vil blive forøget, hvis afdelingens aktivitet ligger over målet. På nogle afdelinger kan der være loft over aktiviteten, så afdelingen ikke modtager afregning, hvis afdelingen når over et vist aktivitetsniveau. Både afdelinger med fast budget og afdelinger med aktivitetsbestemt budget har i et vist omfang adgang til at overføre over- og underskud fra det foregående budgetår.

33. Budgettet indeholder bl.a. udgifter til løn, vikarer og medicin. Budgettet bygger hovedsageligt på det foregående års budget, som fremskrives med pris- og lønudviklingen. Endvidere korrigeres budgettet for de væsentligste omlægninger i den enkelte afdelings opgaver. Afdelingerne modtager oplysninger om budgettet i oktober/november inden budgetåret.

34. 3 af de 5 sygehuse, der har indgået i undersøgelsen, har valgt at føre princippet om det aktivitetsbestemte budget ned på afdelingsniveau. Budgettet for disse afdelinger er derfor afhængigt af, om afdelingen når den aftalte værdi for aktiviteten. Sygehuse har valgt dette styringsprincip for at sikre, at afdelingernes mål opfyldes, og for at skabe et incitament til meraktivitet. Sidstnævnte er sikret ved, at afdelingerne automatisk opnår budgetmæssig kompensation, når aktiviteten udvides.

35. Undersøgelsen viser, at de 3 afdelinger først får udmeldt mål for værdien af aktiviteten, de skal opfylde, i løbet af 2. kvartal af budgetåret. Dette betyder, at afdelingerne i de 2 første kvartaler har vanskeligt ved at vurdere, om de med den gennemførte aktivitet vil leve op til målet for værdien af aktiviteten, eller om de vil ligge under målet og dermed opnå en reduktion af budgettet. Målet for værdien af aktiviteten kan ændres med op til 5 % fra år til år, og afdelingerne kan derfor ikke tage udgangspunkt i målet fra sidste år.

Den sene udmelding af den værdi for aktiviteten, afdelingerne skal opfylde, medfører usikkerhed om afdelingernes økonomiske råderum. Usikkerheden har konsekvenser for den aktivitet, der sættes i gang. Dette skyldes, at ledelserne kan være tilbageholdende med initiativer, når de ikke har en sikker forventning om, at de med den gennemførte aktivitet vil opfylde målet for værdien af aktiviteten og dermed kan råde over afdelingens fulde budget. Selv mindre ændringer i budgettet og afdelingernes økonomiske råderum kan have betydning for den aktivitet, der sættes i gang på afdelingerne.

36. Samtidig afkortes den tid, der er til at følge op og sætte eventuelle kompenserende tiltag i gang, hvis det viser sig, at afdelingen ligger under målet for værdien af aktiviteten. Det er således primært i 3. og 4. kvartal, at aktiviteten kan justeres.

Aktivitetsstyrede afdelinger kan forsøge at reducere et underskud ved at øge aktiviteten, eller de kan søge at reducere forbruget. Den største udgiftspost er løn, og eventuelle personalereduktioner eller omplacering af personale vil typisk først få budgetmæssig virkning året efter på grund af varslingsregler, opsigelsesperiode mv. Dette gælder dog ikke for vikarforbruget, som ikke på samme måde er forbundet med en forsinket effekt. Samtidig er det væsentligt, at tiltagene ikke forringer muligheden for at leve op til aktivitetskravene. Flere afdelinger har således oplevet at stå i situationer, hvor de ikke har kunnet opnå fordele af kompenserende foranstaltninger i det indeværende budgetår.

Værdi af aktivitet

Afdelingernes aktivitet opgøres i en værdi, som beregnes ud fra DRG-takster. I 2009 er der 603 DRG-grupper for indlagte patienter og 137 grupper for ambulante patienter, og til hver gruppe knyttes en bestemt værdi i form af en afregningstakst. Processen for indberetning og opgørelse af aktivitet og værdi for aktiviteten er nærmere beskrevet i bilag 2.

37. Når afdelingerne ikke får udmeldt målet for værdien af aktiviteten, anvender nogle afdelinger i stedet aktivitetsmål (fx antal operationer i budgetåret) som indikatorer for, om afdelingen lever op til målet for værdien af aktiviteten. Dette gøres ved at sammenholde mål og aktivitet og vurdere, om målopfyldelsen for aktiviteten er tilfredsstillende. Vurderingen af målopfyldelse for aktiviteten giver dog ikke nødvendigvis et korrekt billede af, om afdelingerne når målet for værdien af aktiviteten. Dette skyldes bl.a., at taksterne, som de enkelte behandlinger og undersøgelser afregnes med, ændres fra år til år. Dermed kan afdelingerne godt ende under målet for værdien af aktiviteten, selv om de gennemfører samme aktivitet som sidste år. Endvidere kan ændringer i aktiviteten, fx i form af ændringer i de typer af behandlinger, en afdeling foretager, betyde, at afdelingen får en anden afregning for den samlede aktivitet end året før. Det kan ske, hvis afdelingens patientgruppe ændrer sig, eller hvis der kommer færre eller flere planlagte patienter.

Undersøgelsen viser, at væsentlige økonomiske forudsætninger for aktiviteten ikke er kendte for de afdelinger, som bliver styret efter et aktivitetsbestemt budget. Afdelingerne kender ikke deres økonomiske råderum i årets 2 første kvartaler, hvilket gør det svært at styre aktiviteten på afdelingen. Endvidere er det i tilfælde af økonomisk ubalance primært muligt at justere aktiviteten i 3. og 4. kvartal, hvilket gør det vanskeligt at opnå resultater af kompenserende foranstaltninger i det indeværende budgetår.

38. Den sene udmelding af målene for værdien af afdelingernes aktivitet skyldes bl.a., at registreringen af sygehusenes aktivitet først skal være afsluttet i starten af februar det efterfølgende år. Herefter grupperer Sundhedsstyrelsen de sidste tal for aktiviteten efter omkostningstygde, som meldes ud til regionerne. For budgetåret 2009 blev tallene meldt ud i marts 2009. På baggrund af de grupperede tal for aktiviteten i 2008 beregner sygehuset den endelige værdi for afdelingernes aktivitet for budgetåret 2009. Det varierer, hvor lang tid sygehusadministrationerne bruger på at udarbejde disse beregninger. For budgetåret 2009 betød budgetproceduren, at flere afdelinger ikke kendte den værdi for aktiviteten, de skulle leve op til, før ca. 1. juli 2009.

39. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Indenrigs- og Sundhedsministeriet) har oplyst, at Sundhedsstyrelsen ugentligt udsender de senest tilgængelige aktivitetsopgørelser med grupperede tal for aktiviteten til regionerne, jf. bilag 2. Hermed skulle forudsætningerne for at fremskynde processen for udmelding af måltal være til stede. Dette forudsætter dog, at sygehusene sørger for løbende at registrere og kontrollere registreringen af aktiviteten, så opgørelsen af sygehusenes aktivitet, som udmeldingen af måltal baseres på, kan afsluttes lige efter årsskiftet. I slutningen af 2009 har der dog været forsinkelser i leverancen af grupperede aktivitetstal til regionerne, og flere regioner har oplyst, at det må forventes, at der også for budgetåret 2010 vil være store forsinkelser i udmeldingen af måltal for værdien af afdelingernes aktivitet.

40. Sygehusene og afdelingerne forsøger at reducere problemet med den sene udmelding af værdien for den aktivitet, afdelingerne skal leve op til, ved fx at beregne en foreløbig værdi for aktiviteten og/eller ved, at afdelingerne søger at styre efter aktivitetsmåltal alene. En prognose eller et foreløbigt mål for værdi af den aktivitet kan give afdelingerne en bedre baggrund for at følge aktiviteten, men kun i det omfang, at beregningerne er forholdsvis præcise. Én af afdelingerne i undersøgelsen har arbejdet med en foreløbig målværdi for aktiviteten, men er ved udmelding af den endelige værdi i juli 2009 kommet i den situation, at afdelingen har et underskud.

41. De 2 resterende afdelinger, som har faste budgetter, har ikke tilsvarende problemer som på afdelinger, hvor princippet om aktivitetsstyring er ført ud på afdelingsniveau. Det skyldes, at deres budget og økonomiske råderum ikke direkte afhænger af den aktivitet, der gennemføres. Omvendt har disse afdelinger ikke samme muligheder for budgetmæssig kompensation, hvis de udvider deres aktivitet. Således vil der for afdelinger med fast budget typisk skulle aftales en stigning i den økonomiske ramme som forudsætning for en aktivitetsudvidelse.

Korrektion af budget

42. Rigsrevisionen har ligeledes undersøgt, hvor lang tid det tager at korrigere og udmelde ændringer i budgettet, når der sker ændringer i budgetåret som følge af omlægninger, nye metoder til behandling mv. Af hensyn til afdelingernes muligheder for at planlægge aktiviteten er det væsentligt, at der ikke går for lang tid, før budgettet er korrigeret.

I de tilfælde, hvor afdelingernes budgetter skal korrigeres som følge af omlægninger mv., oprettes en budgetsag i regionerne. Budgetsager behandles af sygehusledelsen og forvaltningen i regionen samt af regionsrådet, som skal godkende ændringen. I sagerne tages der stilling til de økonomiske og aktivitetsmæssige konsekvenser ved omlægninger mv., samt hvordan afdelingerne skal kompenseres i deres budgetter.

43. Undersøgelsen viser, at det i nogle tilfælde kan tage lang tid, før en budgetsag godkendes, og finansieringen er endeligt afklaret. Det gør sig bl.a. gældende ved organisationsændringer. Fx blev ansvaret for den centrale operationsgang på ét af de sygehuse, som indgik i undersøgelsen, flyttet til den kirurgiske afdeling, men der gik lang tid, inden budgettet fulgte med.

Dette skaber usikkerhed for afdelingerne i forhold til de økonomiske forudsætninger og vanskeliggør planlægningen. På de afdelinger, hvor kravene til værdien af den aktivitet, der skal leveres, ikke kendes før midt i budgetåret, forstærkes usikkerheden om afdelingernes økonomiske råderum.

På ovennævnte sygehus har sygehuset dog i nogle tilfælde godkendt afdelingernes dispositioner, inden finansieringen er endeligt afklaret. Denne fremgangsmåde sikrer, at afdelingen ikke selv skal håndtere en eventuel usikkerhed i forhold til budgettet. Fremgangsmåden er således et eksempel på, hvordan sygehusene kan søge at bevare handlemuligheder til at fortsætte en aktivitet, indtil der er truffet beslutning på regionsniveau.

En region har desuden oplyst, at budgetprocessen til stadighed søges optimeret ved at gøre budgetgrundlaget så konkret som muligt samt ved, at udmøntning af puljer sker så tidligt som muligt i budgetprocessen.

Vurdering

44. Der er grundlæggende 2 økonomiske principper for styring af afdelingerne. Ét, hvor afdelingens budget er et fast rammebudget, og ét, hvor afdelingens budget er aktivitetsafhængigt. På afdelinger med et aktivitetsafhængigt budget sker der en sen udmelding af den værdi for aktivitet, afdelingen skal præstere i løbet af budgetåret. Det betyder, at afdelingen ikke kender finansieringsgrundlaget, herunder de aktivitetsforudsætninger, som ligger til grund for dette, før midt i budgetåret. Dermed er væsentlige økonomiske forudsætninger for afdelingens styring af aktiviteten ikke til stede i 1. halvår. Det skaber usikkerhed for planlægning og styring af aktiviteten på den enkelte afdeling, når det primært er i 3. og 4. kvartal, at aktiviteten kan justeres i forhold til budgettet.

45. Rigsrevisionen finder, at der er behov for, at regionerne overvejer fordele og ulemper ved henholdsvis et fast rammebudget og et aktivitetsbaseret budget på afdelingsniveau. Herunder er det væsentligt, at budgetteringsformens konsekvenser for såvel styring af aktiviteten som budgettet inddrages.

46. Det kan i nogle tilfælde tage lang tid, før en korrektion af budgettet midt i budgetåret godkendes af sygehusledelsen, og den tilstrækkelige finansiering bliver besluttet. Dette skaber usikkerhed i forhold til planlægningen af aktiviteten.

IV. It-systemer til planlægning og afvikling af aktivitet

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Afdelingernes it-systemer understøtter i nogen grad planlægning og afvikling af aktivitet på afdelingen. Afdelingerne kan i højere grad gøre brug af it-systemer til at understøtte arbejdsgange for planlægning af vagter samt planlægning og afvikling af operationer. En større brug af it-redskaber vil kunne bidrage til en effektivisering af arbejdsgangene på afdelingerne.

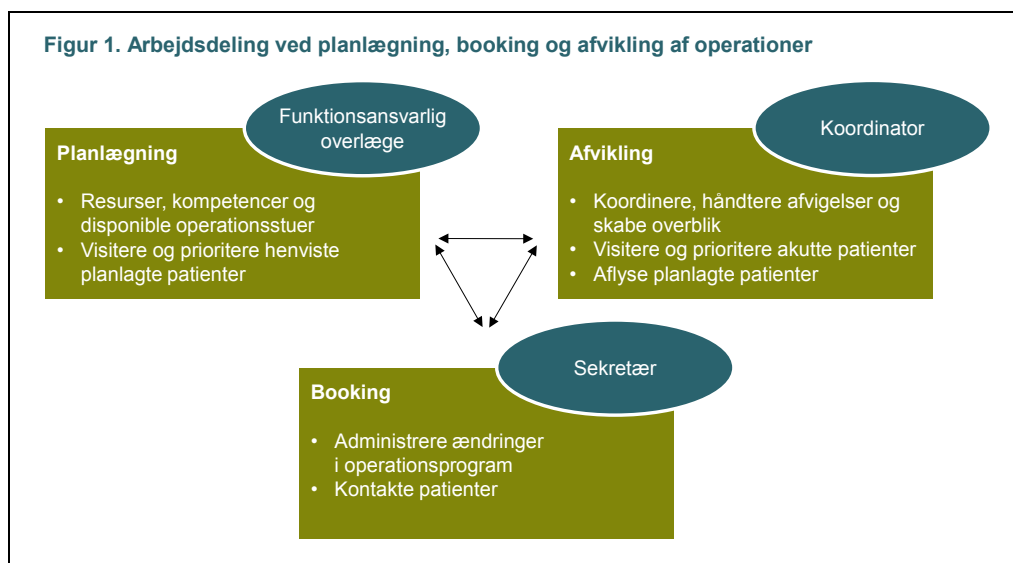
47. Rigsrevisionen har undersøgt, om afdelingernes it-systemer understøtter planlægning og afvikling af aktiviteten. Dette er undersøgt ved at gennemgå og vurdere afdelingernes planlægning af vagter og operationer. Endvidere har Rigsrevisionen fået demonstreret en række af de systemer, afdelingerne anvender i planlægningen. Fokus på operationsaktivitet er valgt, da det er et komplekst område, der kræver en nøje planlægning og koordinering, og fordi operationsaktivitet på en mave-/tarmkirurgisk afdeling beslaglægger betydelige resurser.

A. It-systemer til planlægning og afvikling af aktivitet

Videndeling og kommunikation vedrørende planlægning og afvikling af operationer

48. Rigsrevisionen har undersøgt, om afdelingerne anvender it-systemer, der understøtter planlægning og afvikling af operationsaktiviteten. Det er væsentligt at have systemer, der kan understøtte planlægningen, da denne ofte er en resursetung og tidskrævende opgave.

Figur 1 viser arbejdsdelingen ved henholdsvis planlægning, booking og afvikling af operationer, som det foregår på flere afdelinger.



Figur 1 illustrerer, at de 3 separate processer medfører konstant behov for deling af viden om de seneste ændringer mellem de involverede aktører. For at understøtte planlægning af operationer er det således væsentligt, at it-systemerne giver overblik og mulighed for at dele viden om ændringer i planlægningen af operationer.

49. De afdelinger, der anvender it-systemer til planlægning af operationer, har mulighed for at se den seneste version af operationsplanen, som er tilgængelig for alle på afdelingen og de samarbejdende afdelinger. Hermed reduceres behovet for koordinering og kommunikation mellem det involverede personale.

På de øvrige afdelinger, hvor der ikke anvendes it-systemer i operationsplanlægningen, håndteres og distribueres planen for operationer i papirform i afdelingerne og de samarbejdende afdelinger. Dette betyder, at der bruges meget tid på justering af planer og kommunikation af ændringer til det involverede personale. Der kommunikeres typisk via sedler eller via telefonopkald til en række aktører, som så bliver afbrudt i den opgave, de er i gang med.

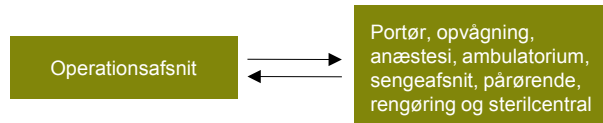
50. Operationsplanen indeholder et antal planlagte operationer. På selve dagen for afvikling af operationerne kan der ske en række hændelser, som gør, at planen ændrer sig. Forsinkede operationer, akutte patienter og sygdom blandt personalet er eksempler på hændelser, som medfører behov for udveksling af information til de relevante aktører.

I figur 2 er vist nogle af de aktører, der har behov for at vide, om fx behandling af en nyankommet akut patient indebærer, at den planlagte operation skal udskydes nogle timer eller eventuelt aflyses.

It-systemer til planlægning af operationer

Orbit og OPUS Booking, der anvendes på 2 afdelinger (henholdsvis Herlev Hospital og Køge Sygehus), er eksempler på it-systemer, der støtter arbejdsgange for planlægning af operationer. Orbit er et system, der kan anvendes både ved planlægning og afvikling af operationer. OPUS Booking er rettet mod planlægning af operationer. Fælles for systemerne er, at de giver mulighed for at få overblik over de patienter, der er booket, og de, der er på venteliste. Endvidere giver de mulighed for at dele information som fx programmer for operationer på tværs af afdelingen og de samarbejdende afdelinger.

Figur 2. Kommunikation mellem operationsafsnit og samarbejdende afsnit og afdelinger



It-systemer til afvikling af operationer

Cetrea Surgical (Regionshospitalet Horsens-Brædstrup), Orbit (Herlev Hospital) og Nepo (Regionshospitalet Randers) er eksempler på it-systemer, der støtter arbejdsgange vedrørende afvikling af operationer. Systemerne understøtter logistik og kommunikation på operationsgangen og mellem operationsgangen og de samarbejdende afdelinger.

Systemerne kan formidle information om ændringer, fx når en operation trækker ud, eller når det er nødvendigt at operere en akut patient.

Grafisk visning af fremdriften på operationsstuerne via interaktive skærme på operationsgangen og på sengeafdelingerne gør det muligt for personalet at få overblik over, hvad der sker på operationsstuerne.

Pilene i figur 2 angiver den kommunikation, der er mellem operationsafsnit og de forskellige aktører. Sengeafsnittet og portørfunktionen skal fx vide, hvis patienten alligevel ikke skal køres på operationsafsnittet. Opvågningsafsnittet skal fx vide, at det er den akutte patient, der ankommer efter operationen, og ikke den planlagte patient.

51. På 3 af de undersøgte afdelinger er viden om ændringer i planen for operationer centreret på operationsgangen. På dagen for afvikling af et operationsprogram bliver dagsplanen skrevet på en tavle. Den seneste viden om ændringer af planen kan således altid findes på operationsgangen. Dette betyder, at alle aktører ikke automatisk har opdaterede informationer om ændringer i planen for operationer. Der foregår derfor mange telefonopkald mellem operationsafsnittet og de nævnte aktører. Samtidig kan der være risiko for, at relevante aktører ikke bliver underrettet, eller at relevant information går tabt. Mangel på kommunikation og information kan desuden medføre, at der ikke er overblik over eventuel ledig kapacitet.

52. De 2 øvrige afdelinger i undersøgelsen har it-systemer, der understøtter afvikling af operationsaktiviteten. Erfaringerne på begge afdelinger har vist, at systemerne har givet bedre overblik over dagen. Der er desuden kommet mere fokus på arbejdsfordelingen på operationsgangen, hvilket har reduceret behovet for kommunikation, ved at der fx er færre telefonopkald til operationsafsnittet.

53. Undersøgelsen har vist, at 2 afdelinger har systemer, der understøtter både planlægning og afvikling af operationer. Der er behov for, at alle de kirurgiske afdelinger har it-systemer, som giver mulighed for at planlægge og følge afviklingen af operationerne. Det vil give bedre mulighed for løbende at justere og korrigere afviklingen af de daglige operationer ved at skabe overblik, samtidig med at behovet for kommunikation internt og mellem afdelingerne kan reduceres som følge af fælles adgang til systemet.

Data til brug for planlægningen

54. Rigsrevisionen har undersøgt, om afdelingerne anvender deres it-systemer til at trække data, der kan danne grundlag for planlægning af operationer. For at kunne udnytte operationsstuerne optimalt er det væsentligt at vide, hvor lang tid de enkelte processer ved operationen normalt tager.

Fx er det væsentligt at vide, hvor lang tid det tager at klargøre patienten og forberede bedøvelse, og hvor lang tid det tager for kirurgen at operere.

55. Ingen af de 5 afdelinger planlægger operationer ud fra data om tidsforbrug. Når planen for operationer udarbejdes, bliver der typisk anlagt et skøn for, hvor lang tid en bestemt type operation samlet set vil tage. Det skønnede tidsforbrug bygger bl.a. på kendskabet til, hvor lang tid den enkelte kirurg sædvanligvis anvender på den type operation.

56. Ét af de systemer (Orbit), Rigsrevisionen blev præsenteret for i undersøgelsen, kan på baggrund af de seneste 10 operationer generere data for, hvor lang tid en bestemt kirurg er om at udføre en operation. Systemet indeholder dermed oplysninger om tidsforbrug på operationer og tidsforbrug på at gøre operationsstuen klar til næste patient.

Afdelingen, der har dette system, har dog ikke anvendt data fra systemet endnu, fordi den først har taget systemet i anvendelse inden for det seneste år. Endvidere har erfaringer fra afdelingen vist, at det kræver administrativ kapacitet at trække data. Hvis målet derfor er at opnå et bedre grundlag for planlægning, er det væsentligt, at resurser til denne opgave bliver prioriteret.

57. Et bedre datagrundlag vil kunne forbedre planlægning af operationerne og give grundlag for at anvende kapaciteten bedre, da det kan bruges til at identificere eventuelle flaskehalse i forbindelse med planlægning og afvikling af operationer mv. Flere regioner peger på, at it-understøttelse vil kunne forbedre bl.a. planlægning af operationerne, og flere er i færd med eller har planer for investeringer i systemer til at understøtte planlægning af operationer. Det er dog en forholdsvis kompleks opgave at indpasse nye systemer i de eksisterende systemer, samtidig med at det kræver ændrede arbejdsgange.

Sammenhæng mellem vagt- og operationsplanlægning

58. Rigsrevisionen har undersøgt, om afdelingernes it-systemer til planlægning af operationer er integreret med lægernes vagtplaner. Det er væsentligt, da fx booking af operationer kræver stort overblik over, hvilke læger der er til stede. Manglende integration medfører ineffektive arbejdsgange, samtidig med at systemernes funktioner ikke anvendes optimalt.

59. Integration af vagtplaner og bookingfunktioner kræver, at lægens aktiviteter er registreret ét sted, fx i en kalenderfunktion, som er koblet til bookingsystemet og vagtplanerne. Dette skyldes, at lægen kan være på vagt uden reelt at være til rådighed, da lægerne har andre opgaver end direkte patientkontakt, fx konference, kursusaktivitet, møder mv. Det vil kræve udbygning og investering i de tekniske muligheder at gå væk fra manuelt udarbejdede vagtplaner.

60. Undersøgelsen viser, at ingen af afdelingerne anvender it-systemer, der integrerer data fra lægernes vagtplaner, til planlægning af operationer. Det kan betyde, at afdelingerne har svært ved at koordinere operationsaktiviteten med de resurser, der er til rådighed. Dette medfører en stor indsats, bl.a. fordi lægernes vagtplaner på alle de besøgte afdelinger er manuelt opbygget i excel-regneark. Desuden kan der opstå det samme problem som ved operationsplanen, at viden om de seneste ændringer i vagtplanen ikke er tilgængelige for alle på afdelingen, fordi de opdateres manuelt af den ansvarlige overlæge eller en sekretær. Deling af data om medarbejderresurserne er dermed vanskelig, og det kan gøre planlægning af operationerne sårbar. Da lægernes vagtplan er en væsentlig forudsætning for at udarbejde operationsplanen, kan planlægningen i højere grad understøttes af it ved, at det i bookingsituationen bliver muligt at se, om der er læger med de rette kompetencer til stede til gennemførelse af en operation.

61. Regionerne er enige i, at afdelingerne i højere grad kan understøtte planlægning og afvikling af operationer med it, og at det vil kunne forbedre resurseudnyttelsen. Regionerne peger dog på, at det er forbundet med betydelige omkostninger at foretage investeringer i ny it-teknologi. Dels omkostninger til anskaffelse af ny it, dels omkostninger i form af de personalemæssige resurser og eventuelle produktionstab, der kan være forbundet med at implementere ny it. Investering i ny it bør derfor bero på en afvejning, som også har sammenhæng med andre igangværende projekter på sygehusene.

Vurdering

62. Afdelingerne anvender i nogen grad it-systemer, der understøtter planlægningen af vagter og operationer. Øget brug af it kan give bedre overblik over arbejdsgange, styrke deling af viden om ændringer samt generelt forbedre kommunikationen internt i afdelingen og på tværs af afdelingerne. Dette kan bidrage til en bedre anvendelse af afdelingens personale-resurser, operationsstuer mv.

63. På en afdeling med en stor andel af akutte patienter vil der ofte skulle foretages mange justeringer af operationsplanen op til selve afviklingen af operationerne. En bedre it-understøttelse vil kunne lette den løbende justering af afdelingernes operationsplaner.

64. It-systemer vil desuden kunne producere data til brug for planlægningen, herunder bl.a. data om operations- og klargøringstiden for forskellige typer operationer. Derved vil systemerne kunne bidrage til at identificere eventuelle flaskehalse i forbindelse med afvikling af operationer mv. Dette vil understøtte afdelingernes muligheder for at planlægge afviklingen af operationerne mere nøjagtigt.

65. Regionerne er generelt enige i, at afdelingerne i højere grad kan understøtte planlægning og afvikling af operationer med it, og at det vil kunne forbedre resurseudnyttelsen. Regionerne peger dog på, at det er forbundet med betydelige omkostninger at foretage investeringer i ny it, og at en beslutning herom må bero på en afvejning, som også har sammenhæng med andre igangværende projekter.

V. Ledelsesinformation og opfølgning

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Afdelingernes ledelsesinformationssystemer udgør ikke et helt tilfredsstillende grundlag for opfølgning på aktiviteten.

66. Rigsrevisionen har undersøgt, om sygehusenes ledelsesinformationssystemer udgør et tilfredsstillende grundlag for afdelingernes opfølgning på aktivitet. Det er væsentligt, at afdelingerne har et datagrundlag, som giver mulighed for løbende at følge resurseforbrug og aktivitet, så nødvendige korrektioner kan foretages, og beslutninger kan træffes på et kvalificeret og sikkert grundlag.

Rigsrevisionen har gennemgået og vurderet sygehusenes systemer til ledelsesinformation, herunder om afdelingerne har adgang til data for aktivitet og løn- og vikarforbrug, som kan udgøre et tilfredsstillende grundlag for afdelingernes opfølgning.

A. Systemer til ledelsesinformation

Informationer om aktivitet

67. Rigsrevisionen har undersøgt, om data for aktivitet i ledelsesinformationssystemerne er tilfredsstillende som grundlag for opfølgningen. Det er væsentligt løbende at kunne følge udviklingen i afdelingens aktivitet i forhold til en vurdering af, om der er den rette bemanning på afdelingen.

68. Undersøgelsen viser, at alle afdelinger har mulighed for at følge udviklingen i aktivitet på et overordnet niveau. Ledelsesinformationssystemerne på afdelingerne indeholder typisk en månedlig opdatering af antal udskrivninger, antal operationer og antal ambulante besøg. Afdelingsledelserne anvender aktivitetstal til at orientere sig generelt om aktiviteten på afdelingerne. Hvis afdelingerne fx har et mål om at udføre 5.000 operationer på 1 år, og der frem til maj kun er udført 1.000 operationer, giver det en indikation på, at aktiviteten skal sættes i vejret, eller der kan være behov for at justere aktivitetsmålet.

69. Undersøgelsen viser endvidere, at det i nogle ledelsesinformationssystemer er muligt at få detaljerede data om aktivitet gennem søgninger på procedure- eller diagnosekoder. Det er her væsentligt, at afdelingsledelse mv. har de nødvendige kompetencer til at anvende systemerne. Andre afdelinger har ikke mulighed for at få detaljerede tal for aktiviteten gennem ledelsesinformationssystemet på grund af systemmæssige begrænsninger.

70. Detaljerede data giver afdelingsledelsen bedre mulighed for løbende at vurdere resursebehov og bemanning på afdelingen. Det kan fx være oplysninger om forskellige typer operationer og undersøgelser i ambulatoriet. Desuden er tallene for aktiviteten ikke alle steder nedbrudt på de enkelte afsnit i afdelingen. Data fordelt på afsnit vil give afdelingsledelsen bedre mulighed for at vurdere resursebehov. Tal for aktiviteten via ledelsesinformationssystemet er derfor ikke alle steder tilfredsstillende som grundlag for opfølgningen internt i afdelingen.

Region Sjælland har oplyst, at der nu er indbygget en funktion i ledelsesinformationssystemet, der gør det muligt at trække aktivitetstal på afsnitsniveau.

71. Foruden ovennævnte data for aktiviteten skal systemet til ledelsesinformation også indeholde data for værdien af den aktivitet, afdelingerne gennemfører. Dette gælder særligt for de afdelinger, som har et aktivitetsbestemt budget.

Værdi af afdelingens aktivitet

72. Rigsrevisionen har undersøgt, om systemerne til ledelsesinformation indeholder tidstro data for værdien af afdelingens aktivitet som grundlag for opfølgningen. Det er væsentligt for, at afdelingerne kan vurdere og følge op på, om afdelingen når værdien af den aktivitet, der er aftalt med sygehusledelsen. Dette har direkte indflydelse på afdelingens budget.

73. De data, som afdelingerne modtager, er ikke altid opdaterede. Opgørelser over værdien af afdelingens aktivitet, som de fremgår af de ledelsesinformationssystemer, afdelingerne har adgang til, er ofte 1-2 måneder forsinket. Det betyder, at afdelinger, som styres ud fra aktivitetsbestemt budget, ikke har et aktuelt billede af værdien af den aktivitet, afdelingen gennemfører, og dermed afdelingens budget. Der kan være forskellige årsager til, at aktivitetsopgørelserne er forsinket. Årsager til forsinkelser kan bl.a. skyldes indberetningen på afdelingerne og processen for validering og gruppering af aktivitetsdata, som varetages via Sundhedsstyrelsen. Regionerne peger på, at man i væsentlig grad er afhængig af bl.a. de opgørelser, som modtages fra Sundhedsstyrelsen. Det er derfor væsentligt, at der er stabilitet i Sundhedsstyrelsens systemer, så der ikke opstår forsinkelser i leveringen af data til regionerne. Endvidere kan der være en forsinkelse, fra regionerne modtager data fra Sundhedsstyrelsen, til de fremgår af afdelingernes ledelsesinformationssystem. I bilag 2 er processen for indberetning og opgørelse af aktivitet nærmere beskrevet.

74. En årsag til forsinkelser kan være, hvis der har været fejl i indberetningen. Så vil afdelingen få besked via fejllister. Først når disse fejl er rettet og færdigregistreret på afdelingen og indberettet til Landspatientregisteret igen, sker der en gruppering af aktiviteten. Sundhedsstyrelsen sender ugentligt opgørelser med grupperede aktivitetstal, så der sker en løbende gruppering af de indberettede data, men processen kan tage lang tid, hvis afdelingerne er længe om at rette fejlene.

Nogle afdelinger er bagud med indberetning af aktivitetsdata til det patientadministrative system. På en af afdelingerne i undersøgelsen var der fx i slutningen af maj 2009 ca. 17 % af afdelingens patientudskrivinger, som ikke var registreret færdigt i det patientadministrative system, og som dermed heller ikke fremgik af den månedlige opgørelse af værdi af aktivitet i ledelsesinformationen. Afdelingen har oplyst, at de manglende færdigregistreringer bl.a. skyldes mangel på lægesekretærer, der varetager registreringsopgaven.

75. Undersøgelsen viser, at data for værdien af afdelingernes aktivitet ikke altid er tidstro. Det gør det vanskeligt at få overblik over afdelingens økonomi, og dermed er det vanskeligt for afdelingerne at følge op på budgettet. Data for værdien af aktiviteten udgør derfor ikke altid et tilfredsstillende grundlag for opfølgningen.

Foruden aktiviteten skal afdelingerne kunne følge op på udviklingen i forbrug, herunder løn- og vikarforbrug, som er de største udgiftsposter i budgettet.

Information om løn

76. Rigsrevisionen har undersøgt, om ledelsesinformationssystemerne udgør et tilfredsstillende grundlag for opfølgning på afdelingernes samlede forbrug, herunder løn- og vikarforbrug. Det er væsentligt for at kunne overholde budgettet, herunder gennemføre eventuelle ændringer i bemanningen.

77. Afdelingerne får månedligt opdaterede opgørelser om udviklingen i løn- og vikarforbrug enten via systemerne til ledelsesinformation, lønsystemet eller via udskrifter fra personaleafdelingen. Det er ledelsen af afdelingen, der har ansvaret for budgettet, men på de fleste afdelinger er kontrollen af lønforbruget uddelegeret til afdelingssygeplejersker på de enkelte afsnit. Data gør det muligt for afdelingssygeplejerskerne og ledelsen af afdelingen at følge op på udviklingen i løn- og vikarforbrug og på det grundlag træffe de nødvendige ledelsesmæssige beslutninger.

Vurdering

78. Afdelingernes ledelsesinformationssystemer indeholder data om løn- og vikarforbrug og udgør et tilfredsstillende grundlag for opfølgningen herpå.

79. Ledelsesinformationssystemerne indeholder ikke i alle tilfælde detaljerede data om aktiviteten. Mere detaljerede data om fx forskellige typer operationer og behandlinger vil give afdelingsledelsen bedre mulighed for løbende at vurdere resursebehov og bemanning.

80. Endvidere er data for værdien af aktiviteten ikke altid tidstro. Det betyder, at afdelinger, som styres ud fra et aktivitetsbestemt budget, ikke har det aktuelle billede af værdien af den aktivitet, afdelingen har gennemført. Dermed har afdelingen vanskeligt ved at følge op på budgettet. Tidstro aktivitetsopgørelser forudsætter, at aktivitet på afdelingerne indberettes løbende, og at der er stabilitet i Sundhedsstyrelsens systemer, så der løbende kan leveres aktivitetsopgørelser. Endvidere er det en forudsætning, at der ikke er forsinkelser, fra regionerne modtager data fra Sundhedsstyrelsen, til de fremgår af afdelingernes ledelsesinformationssystem. Regionerne peger på, at man i væsentlig grad er afhængig af bl.a. Sundhedsstyrelsens systemer og opgørelser vedrørende aktivitetsstyring.

81. Rigsrevisionen finder, at der kan være behov for at styrke ledelsesinformationen på afdelingsniveau, så afdelingsledelsen kan basere fremtidige beslutninger om styring af aktiviteten på et mere solidt grundlag. Regionerne er generelt enige i, at ledelsesinformation som grundlag for opfølgning på aktiviteten kan styrkes.

Rigsrevisionen, den 10. marts 2010

Henrik Otbo

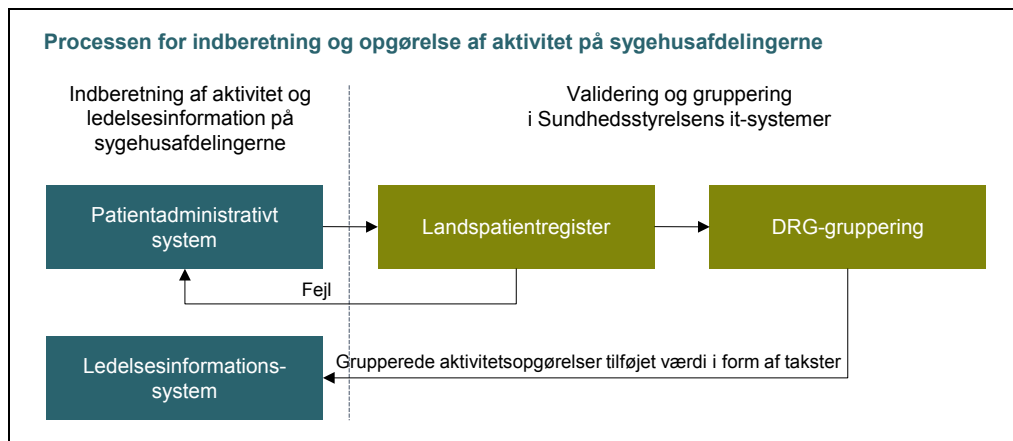
/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Oversigt over besøgte regioner, sygehuse og afdelinger

| Region | Hospital | Afdeling |
|-------------|------------------------------------|--|
| Hovedstaden | Herlev Hospital | Gastroenheden |
| Sjælland | Sygehus Nord | Kirurgisk afdeling, Roskilde Sygehus og Køge Sygehus |
| Nordjylland | Ålborg Sygehus | FBE Kirurgi Syd |
| Midtjylland | Regionshospitalet Randers og Grenå | Kirurgisk afdeling |
| Syddanmark | Sygehus Lillebælt og Vejle Sygehus | Organkirurgisk afdeling |

Bilag 2. Processen for indberetning og opgørelse af aktivitet på sygehusafdelingerne

I nedenstående figur fremgår processen for indberetning og opgørelse af aktivitet på sygehusafdelingerne. I denne proces er der flere kilder til forsinkelse af data, som i det følgende bliver beskrevet efter en gennemgang af processen.



Figuren viser processen for indberetning og opgørelse af aktivitet på sygehusene. Sygehusafdelingerne indberetter løbende aktiviteten i form af koder for diagnoser, behandlinger og operationer i sygehusets patientadministrative system. Aktivitetsdata bliver herefter overført til Landspatientregisteret. I Landspatientregisteret sker en validering af data, som er en kontrol af, om behandlinger mv. er korrekt indberettet. Hvis der er fejl i indberetningen, vil afdelingen få besked via fejllister. Disse fejl skal rettes i det patientadministrative system og overføres på ny til Landspatientregisteret. Herefter foretager Sundhedsstyrelsen en gruppering af aktiviteten via DRG-systemet. Gruppering af patienterne sker på grundlag af en grupperingslogik, som er et omfattende sæt af regler, der fordeler patienterne, bl.a. på baggrund af den enkelte patients sygdom, behandling, alder, køn og udskrivningsstatus. Der findes i DRG-systemet for 2009 i alt 603 DRG-grupper for indlagte patienter og 137 grupper for ambulante patienter, og til hver gruppe knyttes en bestemt afregning i form af en takst. Efter Sundhedsstyrelsens gruppering bliver opgørelser over aktiviteten og takstafregning sendt tilbage til regionerne og fremgår herefter af de ledelsesinformationssystemer, som afdelingerne har adgang til. Sundhedsstyrelsen sender ugentligt opgørelser med grupperede aktivitetstal med tilhørende afregning til regionerne.

Figuren viser, at der er flere led i processen, der kan forsinke levering af aktivitetsopgørelsen til afdelingen, fx hvis afdelingen er bagud med at indberette aktivitet eller rette fejl. Tidstro aktivitetsopgørelser forudsætter desuden, at der er stabilitet i Sundhedsstyrelsens systemer, så der løbende kan leveres opgørelser. Endvidere forudsætter tidstro aktivitetsopgørelser, at der ikke er forsinkelse, fra regionerne modtager data fra Sundhedsstyrelsen, til de fremgår af afdelingernes ledelsesinformationssystem.

Bilag 3. Ordliste

| | |
|---------------------------------------|---|
| Aktivitet | Udtryk for det samlede antal undersøgelser, operationer og behandlinger, der finder sted på afdelingen. |
| Aktivitetsbestemt budget | Et budget, der afhænger af den aktivitet, som afdelingerne præsterer. Afdelingen får udmeldt et mål for aktiviteten det kommende år. Hvis afdelingen ikke når dette mål, reduceres budgettet, mens budgettet forøges, hvis aktiviteten overstiger målet. |
| Aktivitetsbestemt finansiering | Princip om, at dele af sygehusenes resurser fordeles på baggrund af den gennemførte aktivitet. Princippet er baseret på, at sygehusenes aktivitet afregnes ud fra takster. Se DRG-takst. |
| Aktivitetsloft | Betyder, at en afdeling ikke modtager yderligere afregning, hvis den gennemfører behandlinger og/eller undersøgelser ud over den aftalte aktivitet. |
| Aktivitetsmål | Aftaler mellem sygehusledelse og afdeling om den forventede aktivitet det kommende år. Aktivitetsmål kan bl.a. være mål for, hvor mange operationer, ambulante besøg og patient-udskrivninger afdelingen skal gennemføre. |
| Aktivitetsstyring | De processer og handlinger, som skal sikre, at aftalte behandlinger og undersøgelser leveres under hensyntagen til de økonomiske rammer samt kvalitet og service. |
| Aktivitetsudvidelse | Udvidelse af aktiviteten på en afdeling som følge af bl.a. omlægninger og/eller øget patient-tilgang. |
| Ambulant besøg | Undersøgelser, efterkontroller og behandlinger, som foretages, uden at patienten er indlagt. |
| Ambulant operation | Patienten bliver opereret og sendt hjem samme dag. Kaldes også et dagkirurgisk indgreb. |
| Ambulatorium | Afsnit på en afdeling, der anvendes til undersøgelser og mindre behandlinger, uden patienten er indlagt. |
| Anæstesiaafdeling | Tværgående afdeling, der bl.a. sørger for den forberedende indsats før operationen samt overvågning og smertebehandling i forbindelse med operationen. |
| Basisbudget | Den del af sygehusenes/afdelingernes budgetter, som skal dække faste udgifter til fx bygninger, og som ikke varierer med antallet af patienter. |
| Bookingsystem | Et it-system, der kan håndtere administration af operations- og ambulatorietider, og som understøtter planlægning af aktiviteten. |
| Budgetkorrektioner | Korrektioner, der foretages af sygehusenes og afdelingernes budgetter, fx som følge af nye opgaver og udvikling af nye metoder til behandling. |
| Budgetramme | Ramme for forventede udgifter og indtægter. For offentlige institutioner er budgetrammen også bevillingen, dvs. de udgifter og indtægter, som institutionen må disponere over. |
| Dagkirurgi | Se ambulant operation. |
| DAGS-grupper | DAGS-grupper (Dansk Ambulant Grupperings System) rummer, ligesom DRG-grupper, bestemte diagnoser og behandlinger for ambulante patienter og udtrykkes ved en takst. Antallet af grupper er under stadig udvikling under ledelse af Sundhedsstyrelsen. I Sundhedsstyrelsens publikation "Takstsystem 2009" henvises der til, at der er i alt 137 DAGS-grupper for ambulante patienter. Se også DRG-grupper og DRG-takst. |
| Det Nationale Indikator-projekt (NIP) | Et kvalitetsudviklingsprojekt, der har til formål at udvikle, afprøve og implementere standarder og indikatorer til vurdering af den sundhedsfaglige kvalitet. NIP drives af regionerne og opstiller mål for god klinisk praksis på 8 sygdomsområder. |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Dialogmøder | Regelmæssige møder mellem sygehusledelsen og afdelingsledelsen om opfølgning på økonomi, aktivitet, kvalitet samt øvrige mål og aftaler. |
| Diagnosekoder | Diagnosekoder beskriver, hvad patienten fejler, og indberettes på alle patientforløb i sygehusenes patientadministrative systemer. I Danmark anvendes den internationale sygdomsklassifikation ICD-10, som er udviklet af WHO og indeholder ca. 12.000 diagnoser. |
| DRG-grupper | DRG-grupper (diagnoserelaterede grupper) rummer bestemte diagnoser og behandlinger, og til hver gruppe er knyttet en takst. DRG-grupperne indgår i DRG-systemet, der blev introduceret i Danmark midt i 1990'erne, og som bl.a. anvendes til aktivitetsbestemt finansiering på sygehuse/sygehusafdelingerne og til afregning mellem regionerne. Se DRG-takst. Antallet af grupper er under stadig udvikling under ledelse af Sundhedsstyrelsen. I Sundhedsstyrelsens publikation "Takstsystem 2009" henvises der til, at der er i alt 604 DRG-grupper for somatiske patienter. Se DAGS-grupper for antal grupper for ambulante patienter. |
| DRG-gruppering | Er den proces, som foretages af Sundhedsstyrelsen, hvor patienter inddeles i DRG-grupper på baggrund af indberettede aktivitetsdata fra sygehusafdelingerne. Grupperingen sker på grundlag af en grupperingslogik, som er et omfattende sæt af regler, der fordeler patienterne, bl.a. på baggrund af den enkelte patients sygdom, behandling, alder, køn og udskrivningsstatus. Se bilag 2, hvor processen for indberetning og opgørelse af aktivitet er beskrevet. |
| DRG-takst | Hver DRG-gruppe har tilknyttet en takst. DRG-taksterne er udtryk for de gennemsnitlige omkostninger ved behandling af patienter i de enkelte DRG-grupper. Taksterne i 2009 bygger på omkostninger ved sygehuse fra 2006 og 2007. Taksterne anvendes bl.a. ved afregning med sygehuse og sygehusafdelinger med aktivitetsbestemt budget. Taksterne ændres årligt. Alle takster fremgår af Sundhedsstyrelsens publikation "Takstsystem 2009". |
| Fast budget | Er en fast budgetramme, som dog kan korrigeres ved omlægninger af aktiviteten samt ved aftale om mer- eller mindreaktivitet. Der er ved fast budget ikke en automatisk kobling mellem budget og aktivitet i modsætning til et aktivitetsbestemt budget. Se aktivitetsbestemt budget. |
| Gruppering af aktivitet | Se DRG-gruppering. |
| Klargøringstid | Den tid, der går, fra en patient er kørt fra operationsstuen, til operationsstuen er klar til at modtage en ny patient. |
| Ledelsesinformation | Centrale informationer om fx aktivitet, forbrug på løn og vikarer samt øvrige omkostninger. Ledelsesinformation skal understøtte ledelsens mulighed for at tage beslutninger på et kvalificeret grundlag. |
| Ledelsesinformations-system | It-system, der samler og formidler ledelsesinformation. Se ledelsesinformation. |
| Mål for værdi af aktivitet | For afdelinger, som styres efter værdien af den aktivitet, der gennemføres, opstilles et mål, som udtrykker den forventede aktivitet omregnet til en værdi. Se værdi af aktivitet. Målet anvendes i forbindelse med aktivitetsbestemt styring, hvor aktivitet under målet reducerer afdelingens budget, mens aktivitet over målet forøger afdelingens budget. Se aktivitetsbestemt budget. |
| Operationsplan | Et måneds-, uge- og dagsprogram for operationsaktiviteten, som bruges i planlægning af operationer. |
| Operationstid | Den samlede tid, en operation tager, fra patienten ankommer til operationsstuen, til denne forlader stuen igen. Operationstiden kan inddeles i fx "knivtid", som betegner tidsrummet, fra kirurgen starter sit arbejde, til kirurgen forlader operationsstuen, og "anæsthesitid", som betegner tidsrummet, fra bedøvelsen starter, til bedøvelsen afsluttes, og patienten er klar til at blive kørt til opvågningsstue eller tilbage på afdelingen, hvor denne er indlagt. |
| Patientadministrative systemer (PAS) | Et it-system, der håndterer de administrative opgaver, som er forbundet med patientforløbet på et sygehus. Status for patienternes aktuelle tilknytning til sygehuset samt information om tidligere indlæggelser, udskrivning mv. indgår i det patientadministrative system. |

| | |
|--------------------|--|
| Patientudskrivning | Udskrivning af patienter ved endt undersøgelse eller behandling. |
| Procedurekoder | Koder for undersøgelser, behandlinger og operationer, der ligesom diagnosekoder bliver indberettet for alle patientforløb i sygehusenes patientadministrative systemer. |
| Sterilcentral | Afsnit, som forsyner sygehuset med sterile instrumenter til brug ved operationer. |
| Vagtplan | Oversigt over bl.a. lægernes vagter, der dækker alle lægefunktioner i afdelingen, så der er læger med de rette kompetencer til rådighed på bl.a. operationsgangen, i ambulatoriet og ved stuegang på sengeafsnittet. |
| Værdi af aktivitet | Afdelingernes aktivitet opgøres i en værdi via DRG-systemet, som knytter specifikke takster til forskellige behandlinger og undersøgelser. |
| Økonomiaftale | Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi og aktivitet. Økonomiaftalerne har bl.a. fokus på regionernes resurseanvendelse, herunder produktivitet og effektivitet. |