

Det nære og sammenhængende - Muligheder og udfordringer

Jakob Kjellberg

Aalborg April 2018

Sundhedsøkonomi



2000 4,3 BORGERE MELLEM 18 OG 64 ÅR PR. BORGER OVER 65 ÅR



2016 3,2 BORGERE MELLEM 18 OG 64 ÅR PR. BORGER OVER 65 ÅR



2026 2,8 BORGERE MELLEM 18 OG 64 ÅR PR. BORGER OVER 65 ÅR

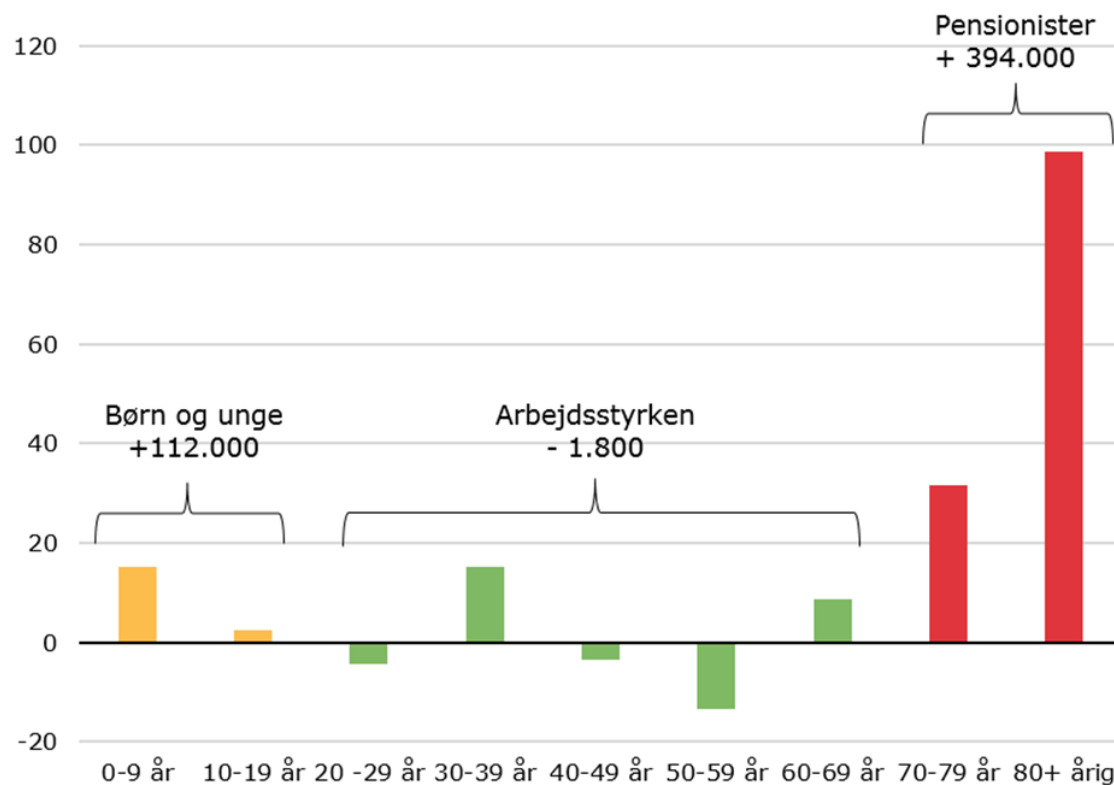


2036 2,3 BORGERE MELLEM 18 OG 64 ÅR PR. BORGER OVER 65 ÅR



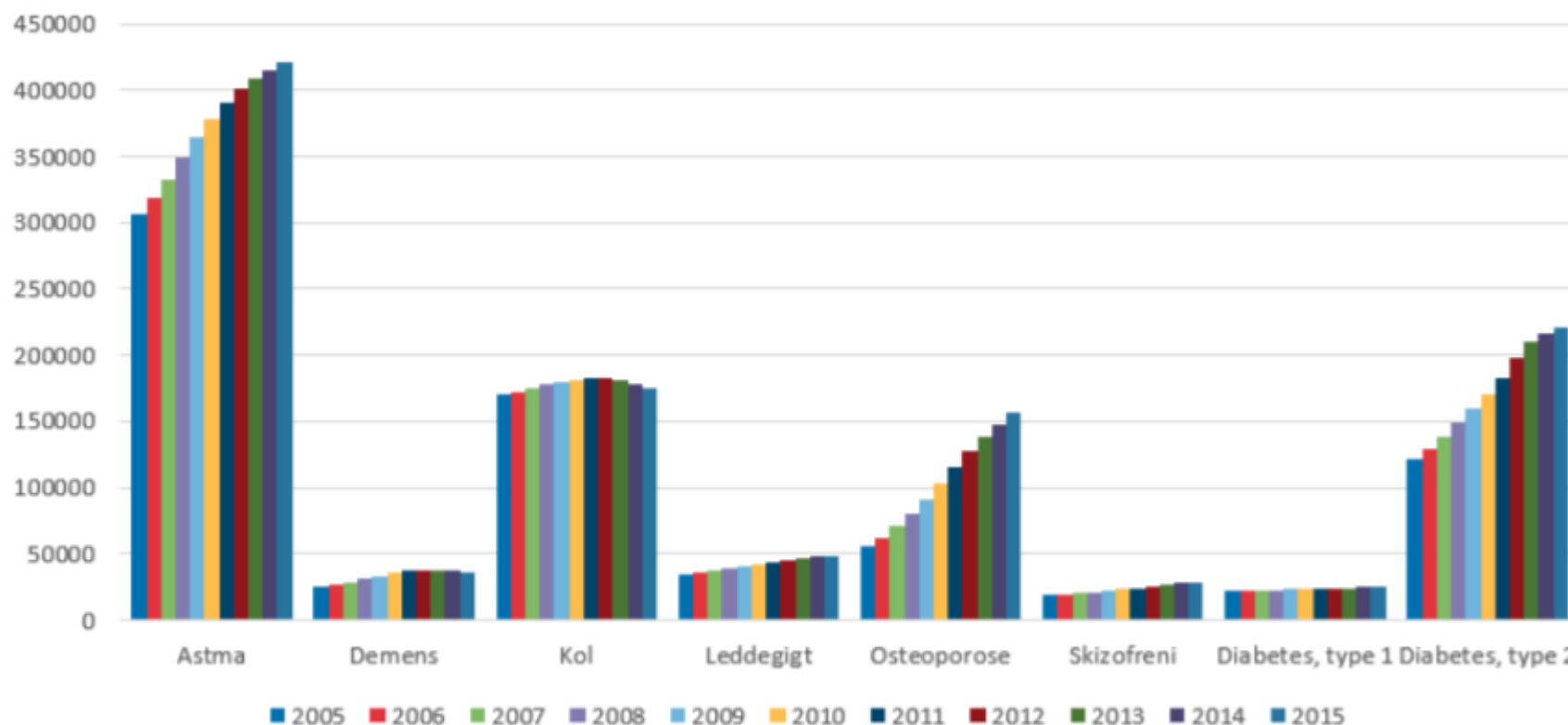
Kilde: Baseret på tal fra "Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen", Højgaard & Kjellberg, KORA 2017

Flere Ældre – 2016-2036



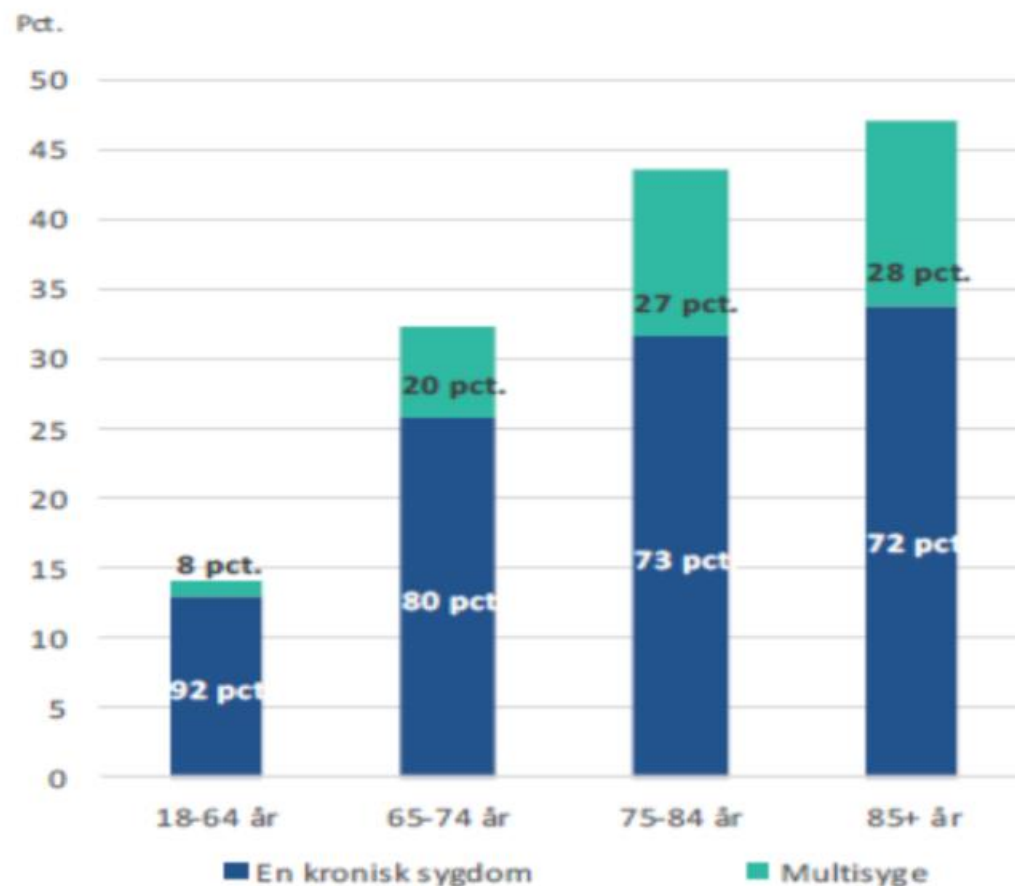
(5) Danmarks Statistik. FRDK116: Befolkningsfremskrivning 2016 for hele landet efter herkomst, køn og alder. Available at: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1680>. Accessed 4. januar, 2017.

Udviklingen udvalgte sygdomme/behandlinger



(33) Sundhedsdatastyrelsen. Sygdomsforekomst - Tabel. Available at: <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/uks/uks01/Sider/Tabel.aspx#>. Accessed 6. februar, 2017.

Andel med flere kroniske sygdomme

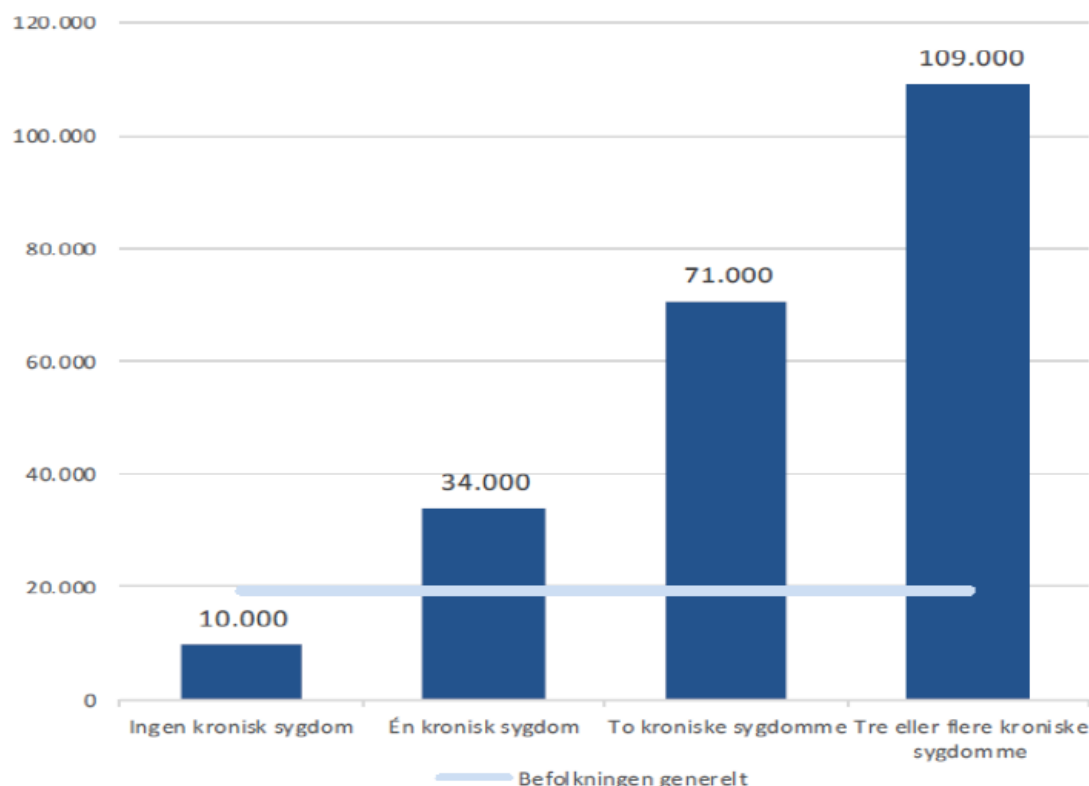


Note: Kroniske sygdomme omfatter her alene KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og 2-diabetes, hjertesvigt og astma.

(45) Afdeling for Sundhedsanalyser. Borgere med multisygdom. : Statens Serum Institut og National Sundhedsdokumentation og - IT; 2015.

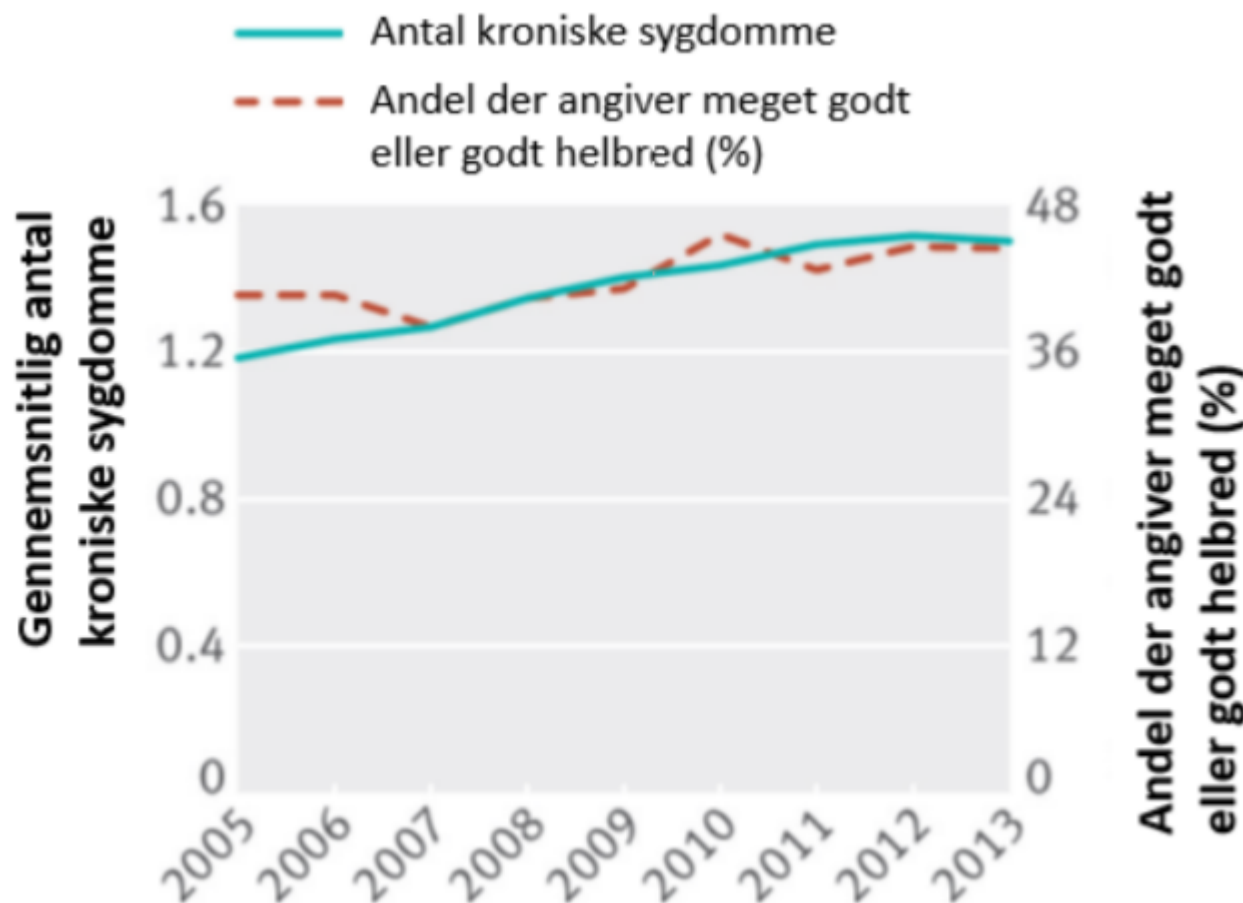
Kronisk sygdom medfører årlige merudgifter

Figur 3.7 Gennemsnitlige regionale sundhedsudgifter pr. borger med udvalgte kroniske sygdomme fordelt efter antallet af sygdomme, som borgeren lever med, 2014 (kr.)



(2) Afdeling for Sundhedsanalyser. Store udgifter forbundet med multisygdom. : Statens Serum Institut og National Sundhedsdokumentation og - IT; 2015.

Gennemsnitligt antal kroniske sygdomme og selvrapporteret helbred blandt ≥ 65 -årige, British Columbia, 2004-2013

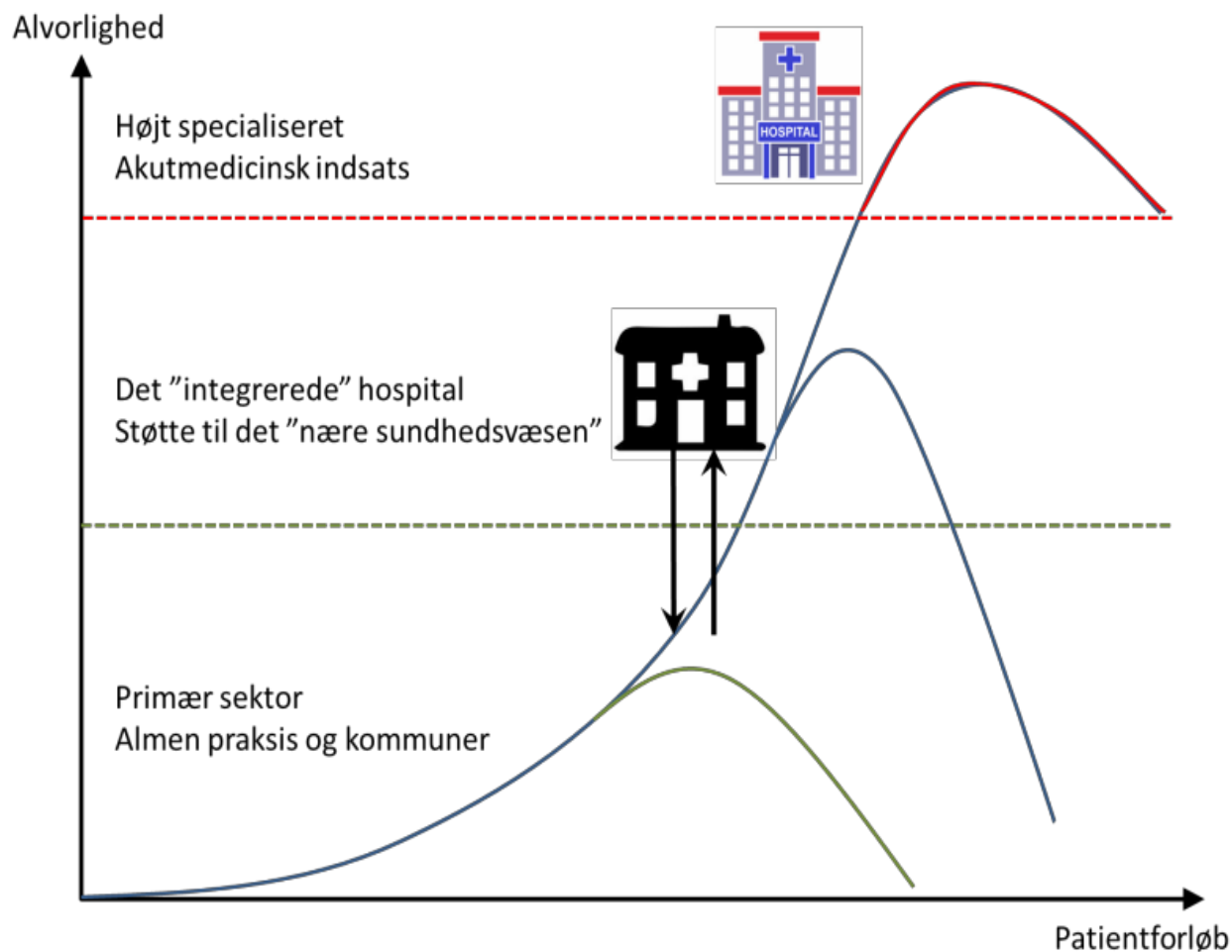


(43) McGrail K, Lavergne R, Lewis S. The chronic disease explosion: artificial bang or empirical whimper? BMJ: British Medical Journal (Online) 2016;352.

Konsekvenser for organiseringen af sundhedsvæsenet

- Multisygdom udfordrer sundhedsvæsenet ved, at der stilles større krav til helhedsblik og sammenhæng i indsatsen
 - Denne udvikling står i kontrast til den stigende centralisering, specialisering og subspecialisering, der især er sket i sygehusvæsenet igennem de senere år
 - Flere kontakter i almen praksis diabetes, kol, cancer
 - Behov for mere kontakt mellem kommune og alm praksis og sygehusvæsen
 - Behov for triagering af kontakten internt i kommunen?

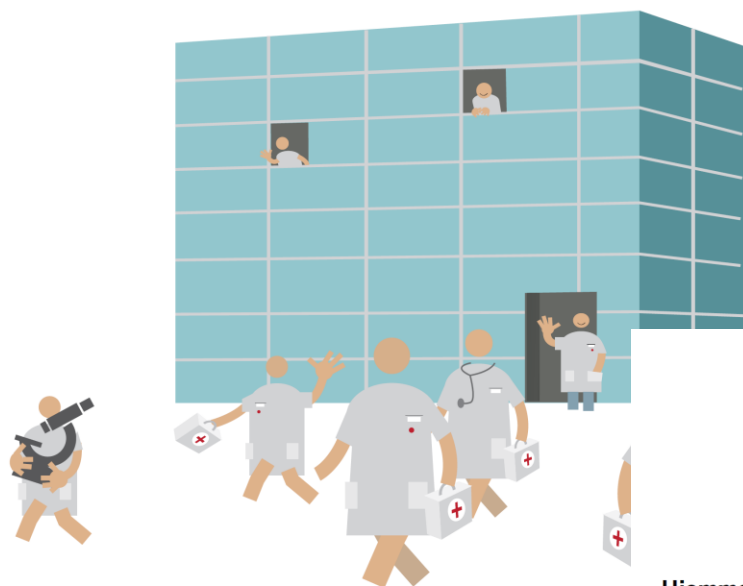
Specialiseringens organisatoriske betydning



REGIO

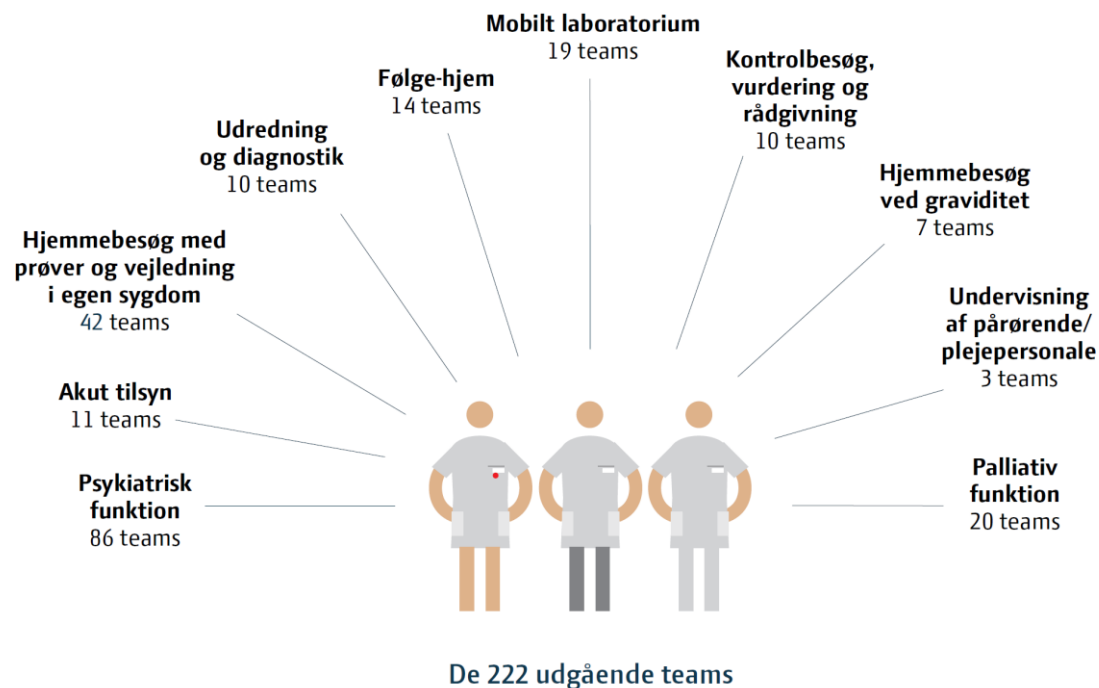
DANSKE REGIONERS ANALYSEMAGASIN

NR 12 / ÅRGANG 3 / APRIL 2016



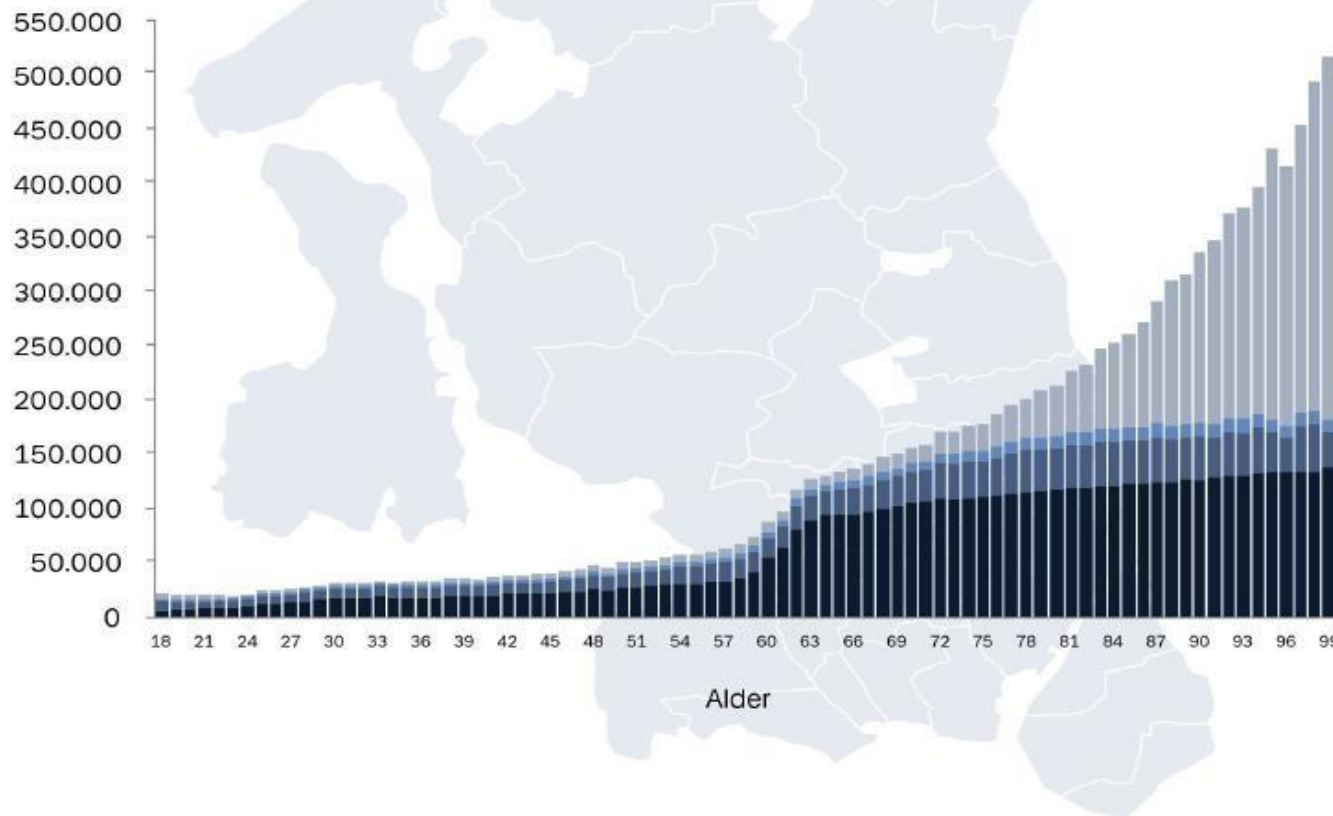
Flere udgående funktioner

Sygehusene har mindst 222 udgående funktioner, der udreder, undersøger og behandler patienterne i deres eget hjem



Udgifterne for de ældre er i kommunen

Totale omkostninger (kroner pr. person)



Totale omkostninger vil stige...

- Kommunale sundheds- og omsorgsydelser
- Kommunal medfinansiering
- Sygehusaktivitet, sygesikringsydelser og medicin
- Overførselsindkomst

Opgaveglidning vs Opgaveflytning

Kvaliteten af de kommunale data er generelt for dårlige til at lave gode analyser

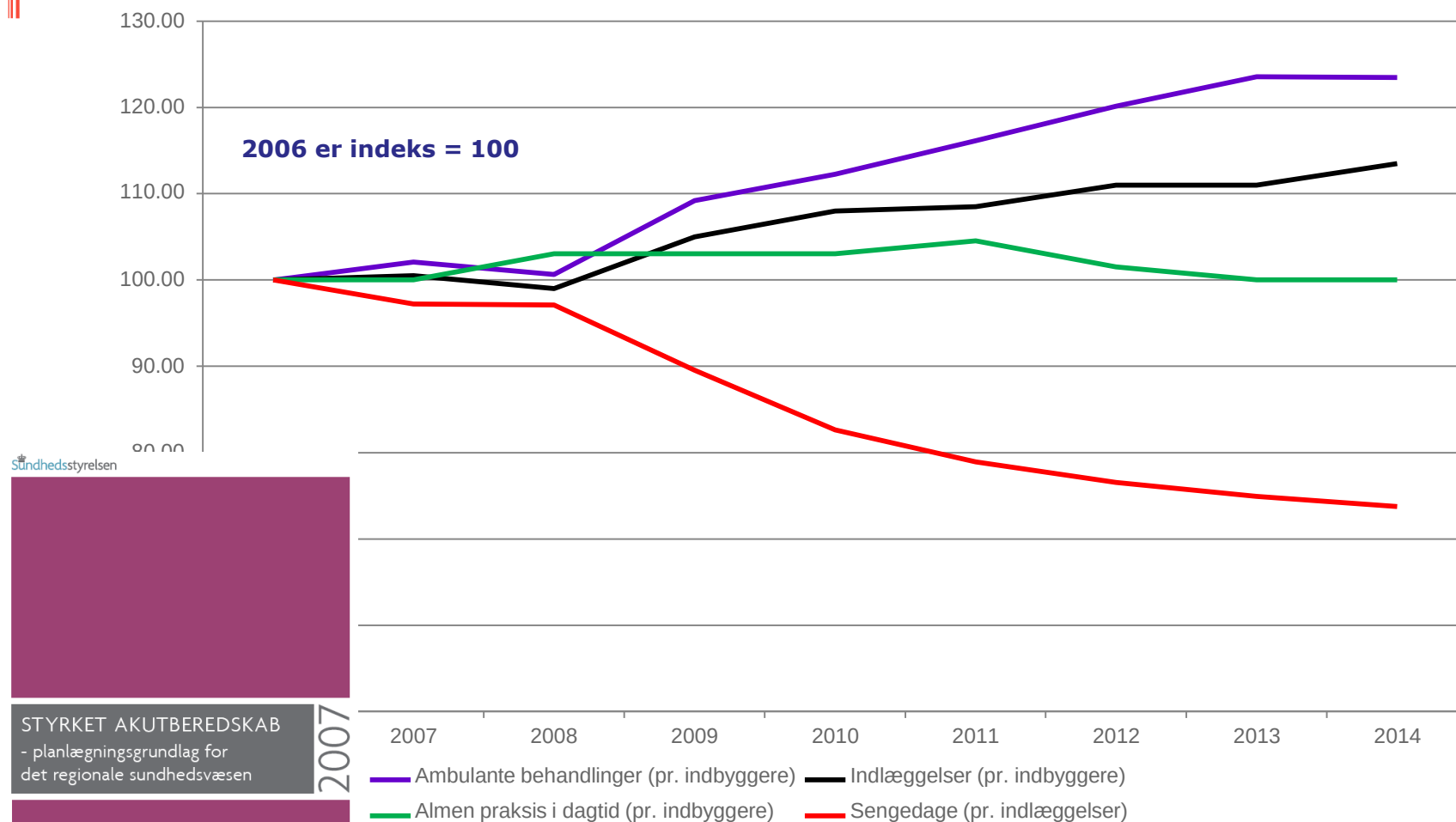
Opgaveflytning er nødvendig

- Kommunerne er meget heterogene – 6 byerne og resten
- Hvem skal betale hvad prisen er for at flytte en opgave?

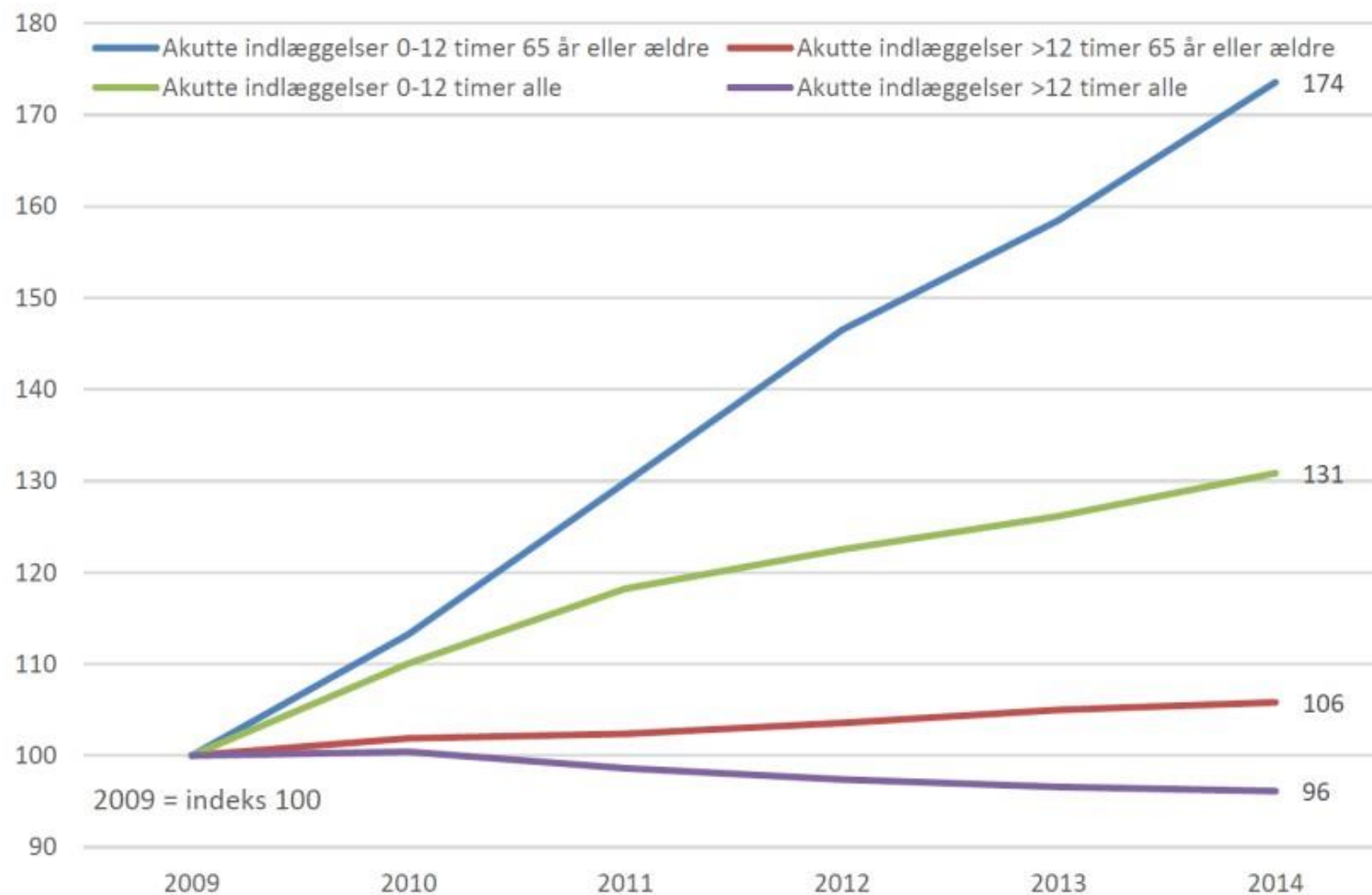
Ca. 3500 kommunale midlertidige pladser

Hvad sker der i dem?

Udviklingen i brugen af sundhedsvæsenet – selvskabt.



Kortvarige indlæggelser blandt 65+ årige



DSR Analyse. NOTAT Flere korttidsindlæggelser blandt ældre patienter. Januar 2016

2008: Praksiskommissionen



Almen praksis som den primære indgang til sundhedsvæsenet

- Fokus på større lægehuse med mere personale, som overtager opgaver fra sygehuse
 - Mere akutberedskab.
 - Omdrejningspunkt for samarbejds mønstre både internt i praksis og mellem almen praksis, kommune og sygehuset.
 - Proaktiv behandling, praksispersonale mv.
 - Henvisning af borgere til kommunale sundhedstilbud
 - Deling af data med de øvrige sundhedsvæsen

ALMEN PRAKSIS' ROLLE I
FREMTIDENS SUNDHEDSVÆSEN

- Alt det der ikke blev løst med de nye sygehuse



Den faste forbindelse blev et Femern-projekt...



Leve med færgedrift nogle år endnu

- Det kræver mere koordination
- Sundhedsvæsenet er blevet markant bedre, men lille udvikling i forhold til kommunikation og koordination
- Klynger er nu det nye sort – men mange ubesvarede spørgsmål

Liggetider og koordination presser kommunerne

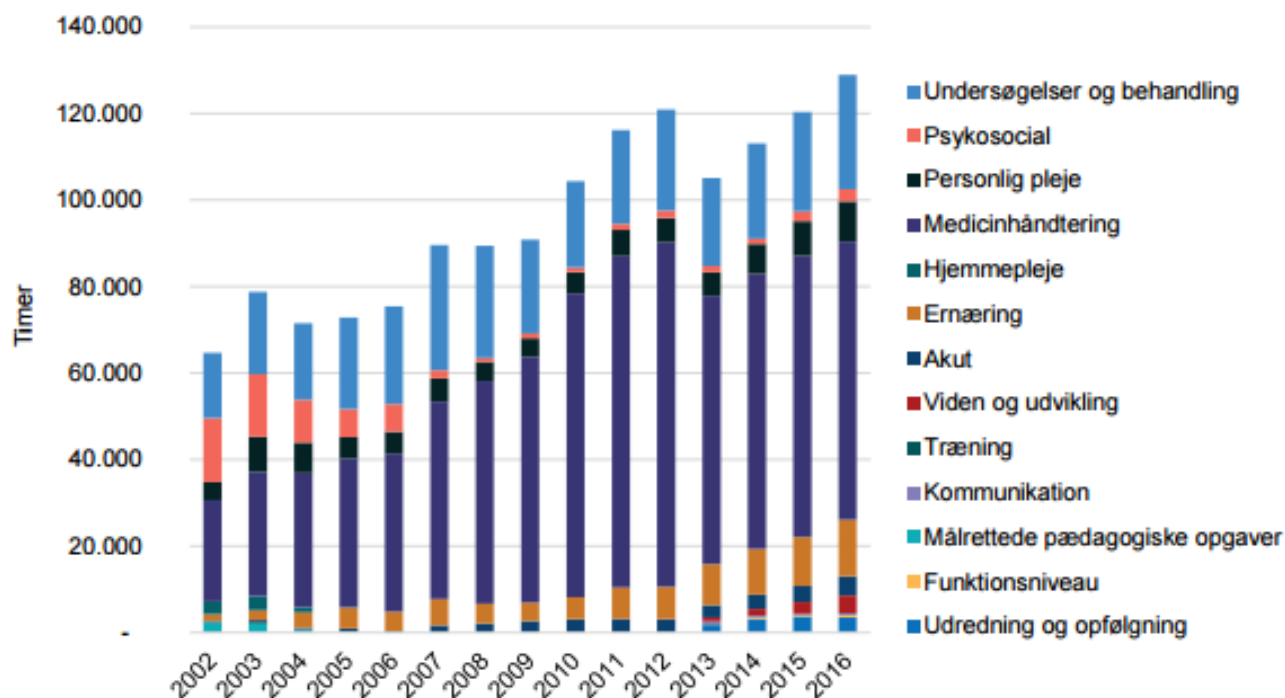
Hvis du sammenligner i dag med for 5 år siden, hvilke opgaver løses i dag af ansatte i kommunen, der tidligere blev løst på sygehuse? (%)



Kilde: Momentum, 31. maj 2016

Hjemmesygeplejen i Fredericia

Figur 2.1 Udvikling i leverede timer til hjemmesygepleje opdelt på ydelseshovedgrupper for alle borgere, Fredericia Kommune, 2002-2016



6 | DEBAT

45 episoder med vold og trusler mod personalet i landets åbne fængsler blev meldt til politiet i 2012.

124 var antallet af politianmeldelser vokset til i 2016.

Kilde: Jyllands-Posten

Aktivitetsbestemt afregning: Vi bør revidere de *aktivitetsdrivende* effekter af de nuværende økonomiske incitamenter!

Vi skal have en kritisk vurdering om nuværende aktivitet er optimal!

ANALYSE

MICKAEL BECH OG JAKOB KJELLBERG

I december sagde den ledende overlæge på fødeafdelingen på Rigshospitalet op i frustration over de evige nedskæringer. Hen over den seneste måned er debatten om unødige behandlinger fortsat på TV 2. Og i løbet af sidste efterår handlede debatten om stigende arbejdspress og påbud fra arbejdstilsynet til en række sygehusafdelinger. På mange måder minder disse debatter om alle de tidligere debatter om sundhedsvæsnets evige økonomiudfordringer. Men for første gang er det lykkedes at rejse diskussionen om et kom-

SOM SUNDHEDSØKONOMER hilser vi velkommen, at der tages et opgør med den eksisterende økonomiske styring af sundhedsvæsnets. Men man bør have sig for øje, at det ikke er ønsket om en produktivitetstigning i sig selv, der er problematisk. Det er måden, det måles og udmøntes på, der skaber problemerne. Vi skal stadig øge produktiviteten, når ny teknologi og optimering af rutiner gør det muligt at behandle flere for de samme ressourcer. Produktivitet måles i sygehusvæsnets med udgangspunkt i de såkaldte DRG-takster. For DRG-systemet opgjorde man sygehusaktivitet i antal kontakter, men med DRG-systemet blev det muligt at tage højde for, at en hjertetransplantation og et kontrolbesøg efter en operation ikke er lige omkostningskrævende.

de fødende til at føde 2 procent hurtigere hvert år. Så hvis man skal overholde produktivitetens kravet, er det nødvendigt at lave 2 procent mere af alt muligt andet hvert år

midt om natten ud på de patientkontakter, sygehusene har. DRG-taksten er altså ikke reelt lig med, hvad omkostningen er ved den enkelte behandling, og den siger intet om gevinsten ved en behandling. DRG-TAKSTERNE bruges, når der skal laves økonomiaftaler mellem staten og regioner. Siden 2003 har det hvert år været aftalt, at der skal produceres typisk 2 procent mere end året før, målt i DRG-

teten inden for ydelser, hvor DRG-taksten er sat skævt i forhold til produktionsomkostningerne. PRODUKTIVITETSKRAVET har ikke betydning, at det er blevet billigere at drive vores sundhedsvæsen. Derimod bliver der lavet flere og flere dyre sundhedsydelser inden for de samme budgetter. Der er i udgangspunktet godt nok, hvis bare ekstra aktivitet giver noget mere sundhed. Problemet er, at det er der ingen garanti for. På fødeafdelingen er det svært at få de fødende til at føde 2 procent hurtigere hvert år. Så hvis man skal overholde produktivitetens kravet, er det nødvendigt at lave 2 procent mere af alt muligt andet hvert år. Det kan for eksempel være flere skanninger eller jordemoderbesøg. Der

at vælge et træningsprogram frem for en knæoperation, vælger rigtig mange træningsprogrammet, som ofte virker lige så godt. Men det betyder, at produktiviteten falder på den ortopædiske afdeling, fordi DRG-værdien for at operere er langt højere end for at genoptræne. Så operationen er det lette valg for afdelingen. Kravet om produktivitetstigningen på 2 procent risikerer altså at trække sygehusvæsnets i en retning, hvor man producerer det, som giver sygehuset mest, og ikke det, der giver patienterne mest. Derfor er det på tide, at der gøres op med denne styreform. Der bør være langt større sammenhæng mellem sygehusvæsnets aktivitet og det, som patienterne har gavn af. Vi skal dog ikke smide omkostningsbevidsthed og behovet for produktivitet.

tioner kan også være med til at sænke omkostninger. Alle disse initiativer skal fastholdes for at øge både kvalitet og produktivitet. KRAVET OM produktivitetstigning skal ikke opgives, men det skal udmøntes på en langt mere begavet måde end i dag. Et opgør med den eksisterende styring er både nødvendigt og velkomment – men det er ikke det samme, som at der er skidt at være produktiv analyse@pol.dk Mickael Bech er professor i sundhedsøkonomi og direktør i Kora. Jakob Kjellberg er også professor i sundhedsøkonomi og koordinator af Kora's forskning og analyser på sundhedsområdet.

Michael Porters bud på værdibaseret styring

Principles of Value-Based Health Care Delivery

$$\text{Value} = \frac{\text{Health outcomes that matter to patients}}{\text{Costs of delivering the outcomes}}$$

- Value is measured for the **care of a patient's medical condition** over the full cycle of care
 - Outcomes are the **full set of health results for a patient's condition** over the care cycle
 - Costs are the **total costs of care for a patient's condition** over the care cycle

Implementering af retningslinjer for LBP i Nordjylland

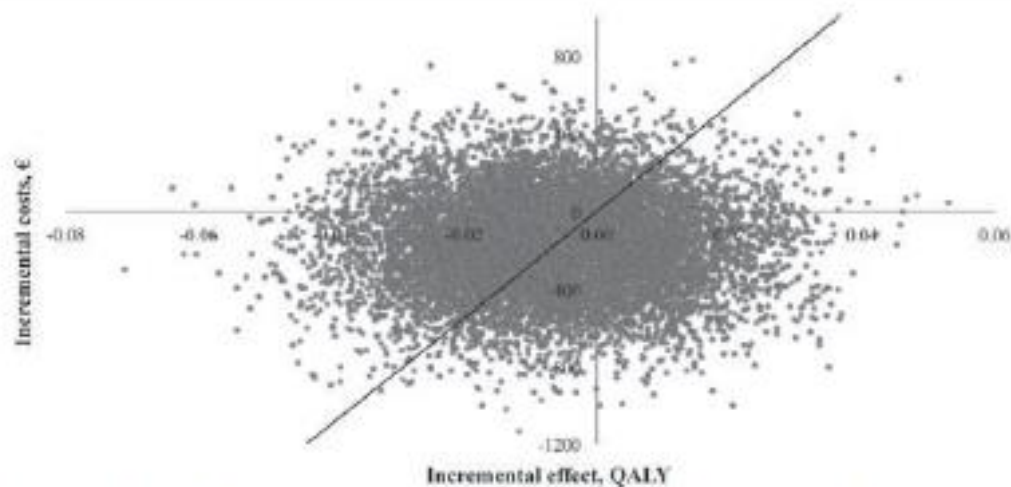


Figure 1. Incremental cost-effectiveness scatter plot for the base-case analysis. The black line illustrates a threshold value of €27,437 (£20,000). QALY, quality-adjusted life year.

Research Paper

PAIN

Economic evaluation of an implementation strategy for the management of low back pain in general practice

Cathrine Elgaard Jensen^{a,*}, Allan Riis^b, Karin Dam Petersen^a, Martin Bach Jensen^b, Kjeld Møller Pedersen^{a,c}

Den nye sundhedsforbruger.... Brugerinddragelse/ PRO osv. !

Aktivere patienters ressourcer
mere generelt

Kendt fra kommunernes arbejde
med længst muligt i eget liv



Patientinddragelse virker i Gentofte: Markant færre får knæoperationer

Mens dårlig dialog fører til fejl, så har Gentofte Hospital modsat nedbragt antallet af knæoperationer med 36 procent ved hjælp af en video.



Samskabelse!!!



– Integrated Care

- Partnerskab mellem Odense Kommune og Region Syddanmark
- Almen praksis, sygehus og kommune
- Fagprofessionelle i tværsektorielle teams skulle give en koordineret og sammenhængende indsats til
 - Ældre medicinske patienter
 - Personer med stress, angst og depression.

NYHED / 24. APR 2015



Foto: ClausBoesen

Det nære sundhedsvæsen mangler en plan

NYHEDER



LÆGEMØDET Hvordan skal man få styr på det nære sundhedsvæsen med 98 kommuner, der ikke altid har samme opfattelse af, hvad der er sundhedsfaglig kvalitet? To toppolitikere diskuterede.

Dato 24. Apr 2015 Forfattere Klaus Larsen kl@dadl.dk



"Nu er byggeriet af supersygehuse for 45 milliarder kroner godt undervejs. Men når folk bliver syge, går de først til deres egen læge. Derfor er det på tide at dreje fokus hen på det nære sundhedsvæsen. Ellers vælter supersygehusene, før de kommer i gang".

Sådan lød det fra Lægeforeningens formand, Mads Koch Hansen, under Lægemødets åbningsdebat med sundhedsminister Nick Hækkerup (S) og Venstres sundhedsordfører, Sophie Løhde.

Sundhedsstyrelsen

STYRKET AKUTBEREDSKAB
- planlægningsgrundlag for
det regionale sundhedsvæsen

2007

Bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor	Rette kompetencer til rette opgaver	Ensartet kvalitet over hele landet	Bedre digital understøttelse og brug af data
1. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning	7. Sundhedsaftalesystemet skal formys og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis	13. Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	18. Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet
2. Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres	8. Reglerne om benyttelse af medhjælp skal revideres, så de understøtter klare og fleksible rammer for varetægelse af delegerede opgaver	14. Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til patienter med kroniske sygdomme	19. Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis
3. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse	9. Reglerne for hjemmesygeplejen skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	15. Sundhedsvæsenet skal differentiere indsætterne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsettinger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang	20. Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet
4. Kommuner og regioner skal sikre forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis	10. Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	16. De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug skal dokumenteres og udbredes	
5. Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser og mennesker med samtidig misbrug	11. Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb	17. Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes	
6. Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug skal vurderes	12. Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis		

Anbefalinger klar for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

26-06-2017

PRESSEMEDDELELSE - Færre patienter skal falde mellem to stole i sundhedsvæsenet, og flere skal hjælpes i eget nærmiljø og undgå indlæggelser. Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, bestående af Danske Regioner, KL og staten, er nu klar med 20 konkrete anbefalinger til, hvordan det nære sundhedsvæsen skal udbygges til gavn for patienterne.

AFRAPPORTERING

UDVALG OM DET NÆRE OG SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN



Sundhedsminister + minister for offentlig innovation

- Regeringen nu vil lave en kortlægning, en kvalitetsplan, on en strategi...
- Misbrugsbehandling flyttes fra kommuner til regioner
- Penge til læge- og sundhedshuse





Dansk
Sygeplejeråd



Hvad kommer der til at ske

Presset på særlig kommunernes sundhedsvæsen bliver særdeles stort

Vi har brug for billigere løsninger

Almen Praksis og Hjemmesygeplejen skal mere i spil

Civilsamfund? – Ny Teknologi?

Pas på med at opfinde noget komplekst til et abstrakt problem

