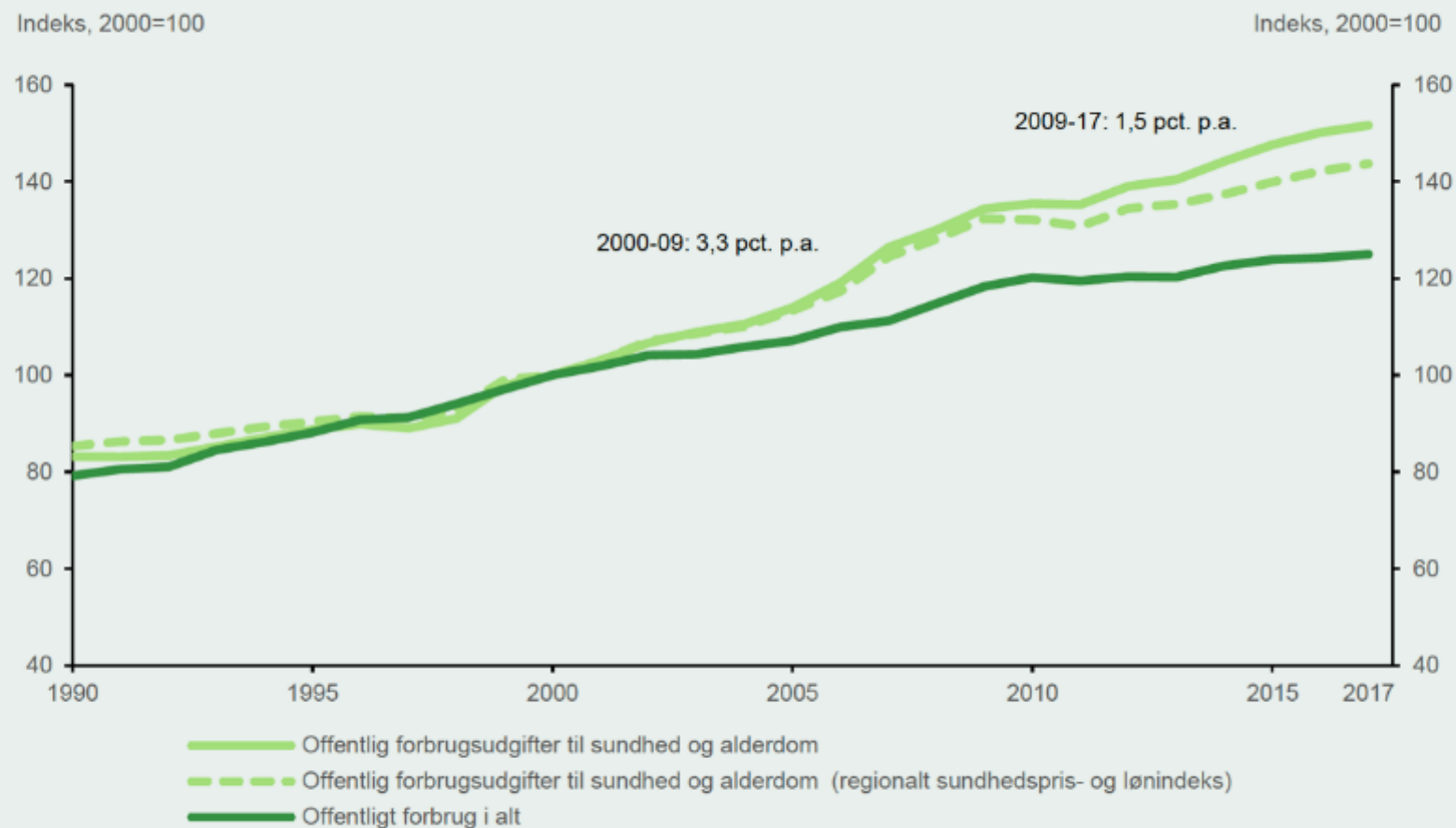


Et presset sundhedsvæsen – fem nedslagspunkter

Mickael Bech, direktør

UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole

Figur 1.3
Udvikling i offentlige forbrugsudgifter i alt og til sundhed og alderdom, faste priser, 1990-2017



Anm.: Opdelingen på sundhed og ældre følger COFOG-klassifikationen hhv. COFOG 7 vedr. sundhed og 10.2 vedr. alderdom. I perioden 1990-2000 vises alene udviklingen i udgifter til sundhed (COFOG 7). I perioden fra 2000 og frem vises udviklingen i udgifter til sundhed og alderdom samlet set (COFOG 7 og 10.2). Udviklingen fra 2016-17 er dog kun væksten i forbrug til sundhed. De offentlige forbrugsudgifter til sundhed og alderdom er opgjort i faste priser ud fra den impli- citte deflator for det samlede offentlige forbrug.
 Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

SUNDHEDS- OG ÆLDREØKONOMISK ANALYSE

Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. Sundheds- og Ældreministeriet 2018

Nedslagspunkter

1. Demografi
2. Den sundhedsprofessionelle arbejdsstyrke
3. Specialisering, nærhed og kvalitetsudvikling på tværs
4. Variation, for meget, for lidt eller forkert
5. Patientinvolvering

A: sundhed

Sundhedsøkonomer skærer igennem: Regionerne klynker ikke - de er pressede på økonomien

Af Signe Løntoft | 6. november 2018 kl. 5:05 | 0 kommentarer

Print



[Foto: Morten Stricker/Ritzau S.

“Det er interessant, at vi på den ene side ser en sundhedsminister, der skælder ud på regionerne, og på den anden side en

ØKONOMI: Regionernes økonomi er stram efter otte år. Det slår fire ledende sundhedsøkonomer fast oven på nedskæringer og sygehusfyringer. Politikerne varmer op til en ny sundhedsreform, lyder vurderingen.



1. Demografi - efterspørgslen stiger

Nyhedsmagasinet Danske Kommuner nr. 01 / 2020

Sundhed slår bunden ud af budgetterne

Stigende sundhedsudgifter tvinger kommunerne til at finde besparelser på andre områder. Sådan lyder det fra et stort flertal af landets borgmester i ny rundspørge.



SCHIØTZ et al. (2017).
BMC Public Health

Flere sygdomme med
stigende alder

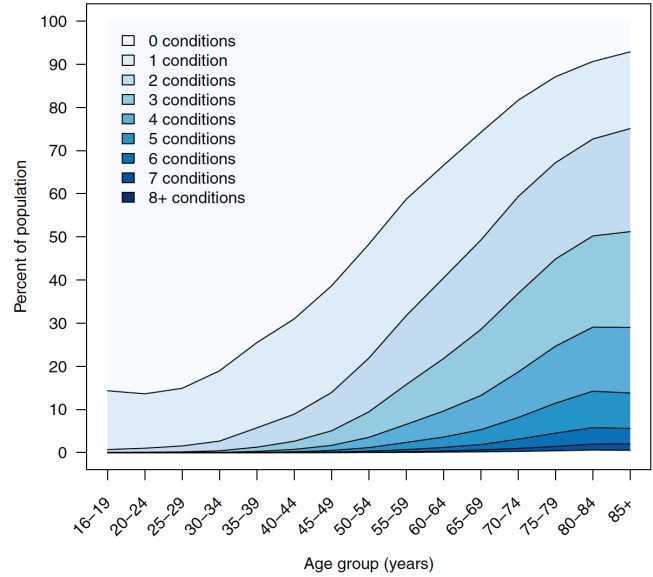
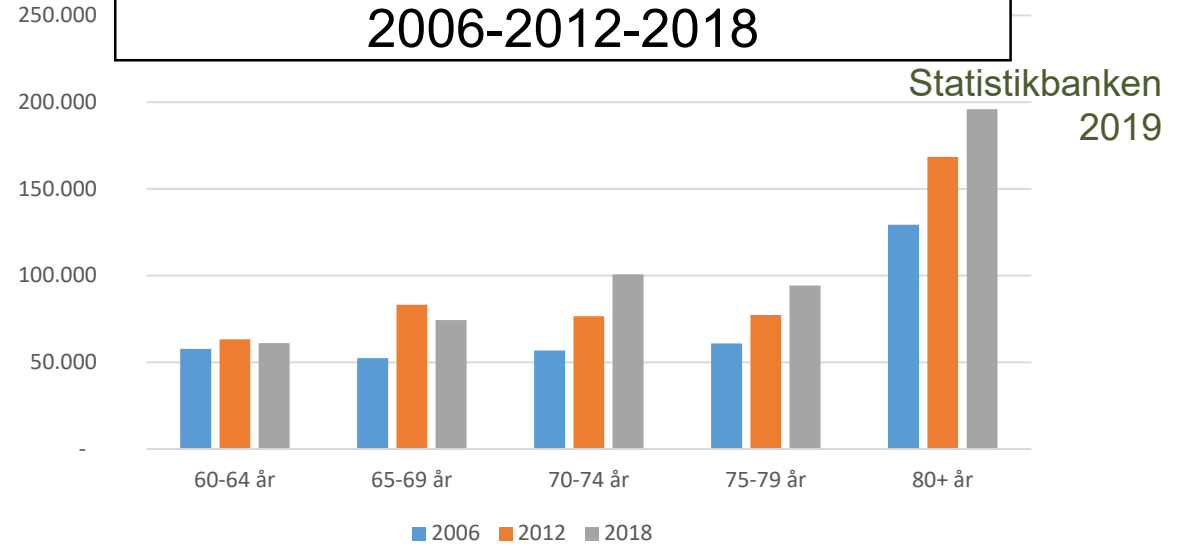


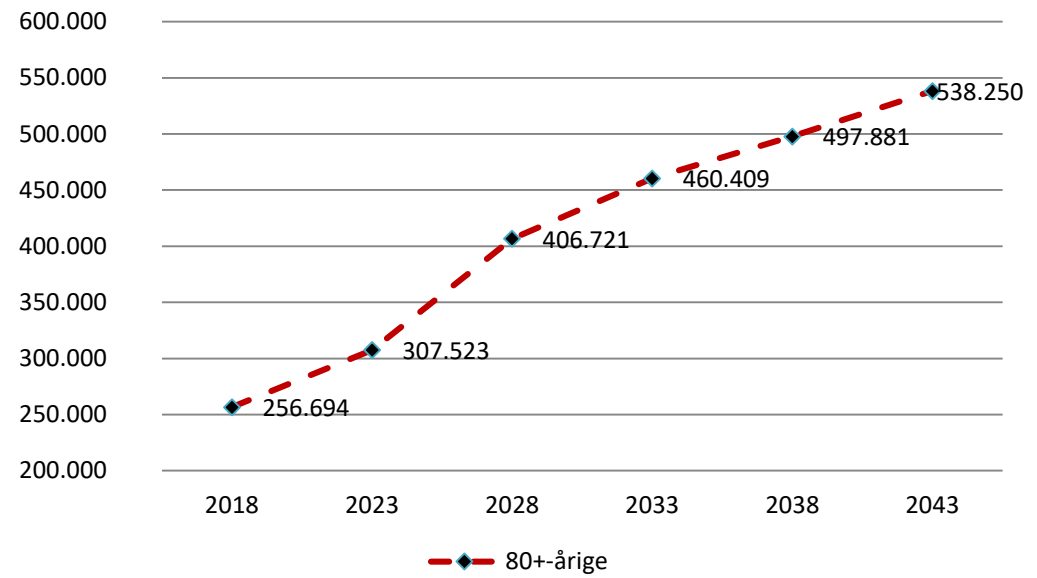
Fig. 1 Number of chronic conditions by age group

Akutte indlæggelser af ældre
2006-2012-2018

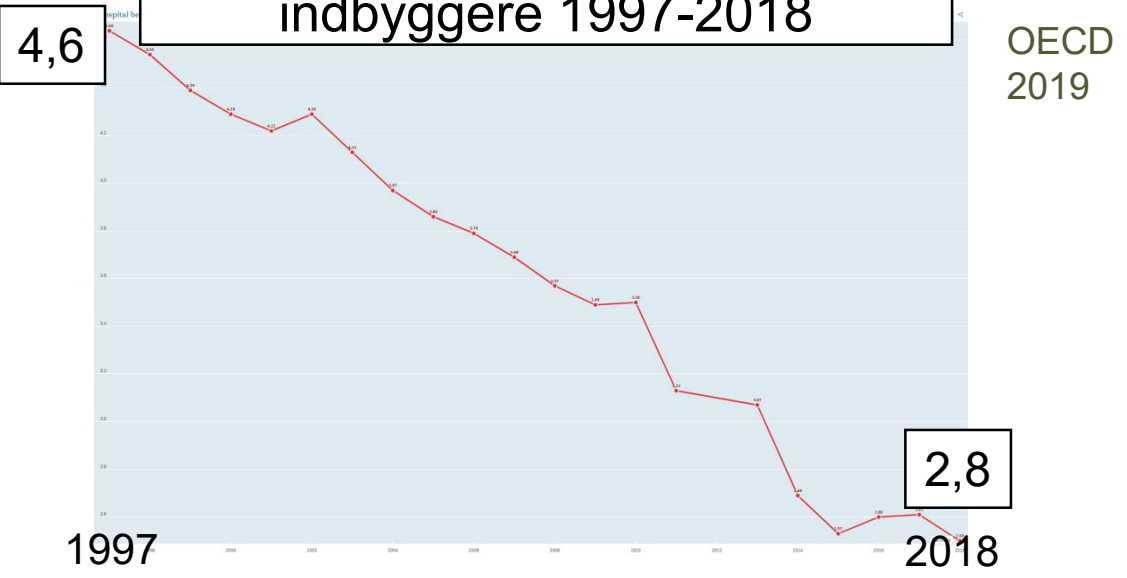


Statistikbanken
2019

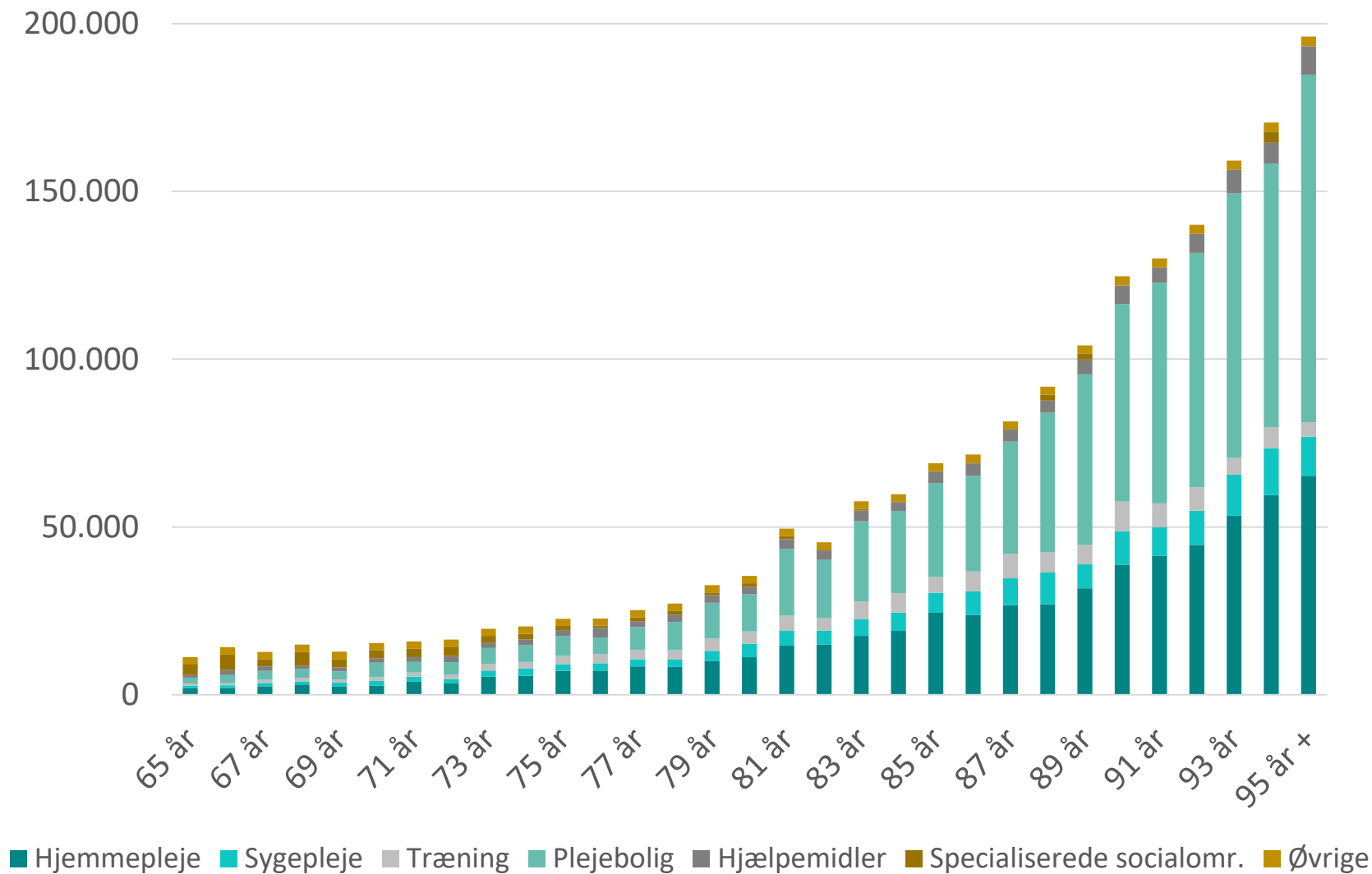
Prognose for 80+-årige



Hospitalssenge pr. 1000
indbyggere 1997-2018

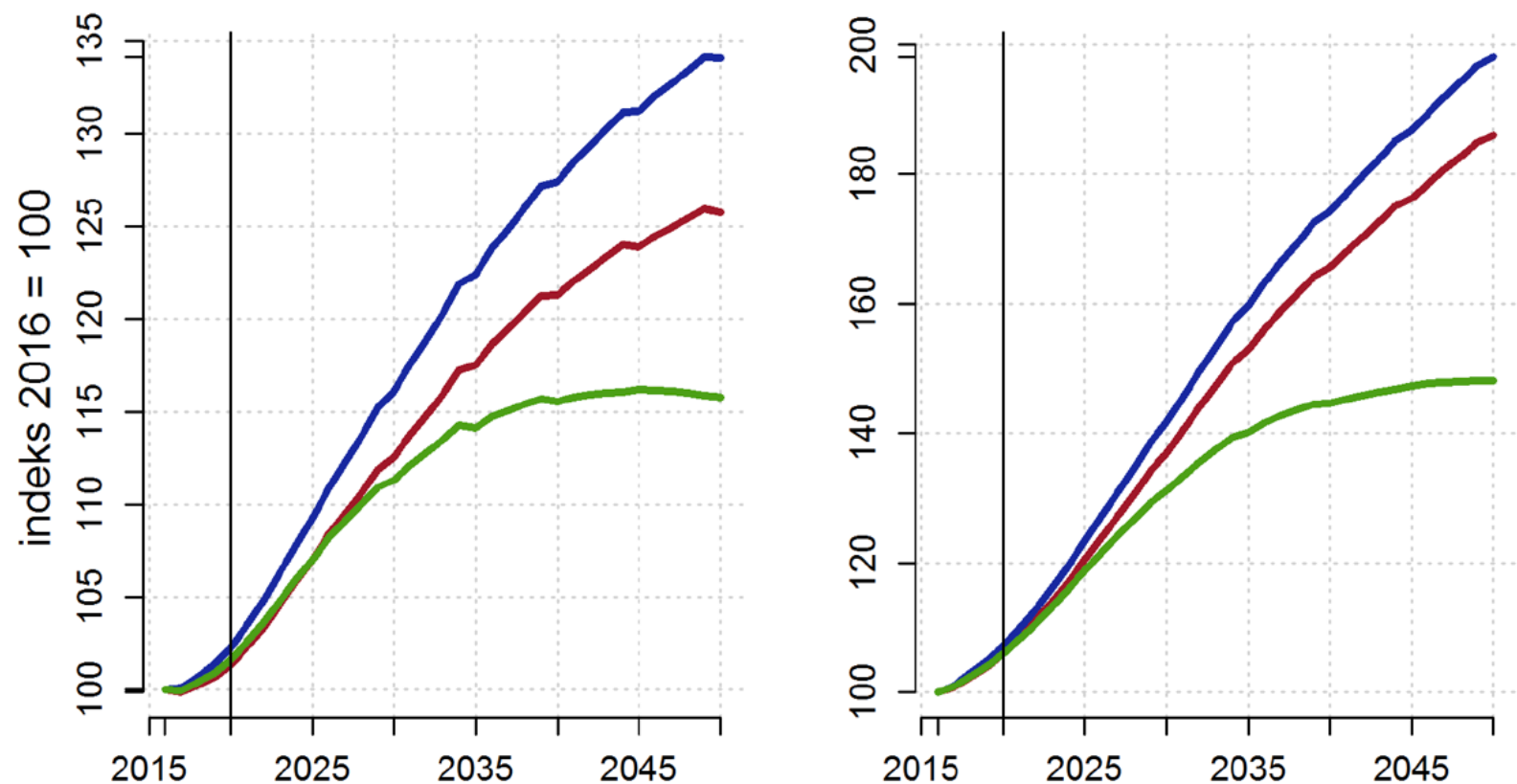


UDGIFTER TIL ÆLDRE I ODENSE KOMMUNE



Udgiftsbehov pga. demografisk pres

Figur 6. Demografisk effekters betydning for sundheds (venstre) og hjemmeplejeudgifterne (højre), eksperiment 1,4 og 7.



Sundhed slår bunden ud af budgetterne

Stigende sundhedsudgifter tvinger kommunerne til at finde besparelser på andre områder. Sådan lyder det fra et stort flertal af landets borgmester i ny rundspørge. De efterlyser, at Christiansborg får både en sundheds- og en udligningsreform på plads.

Nyhedsmagasinet Danske Kommuner nr. 01 / 2020

Hvor enig er du i, at det er en voksende udfordring at finde penge i budgettet til sundhedsopgaver?



Hvor enig er du i, at stigende sundhedsudgifter presser velfærden på de øvrige kommunale velfærdsområder?



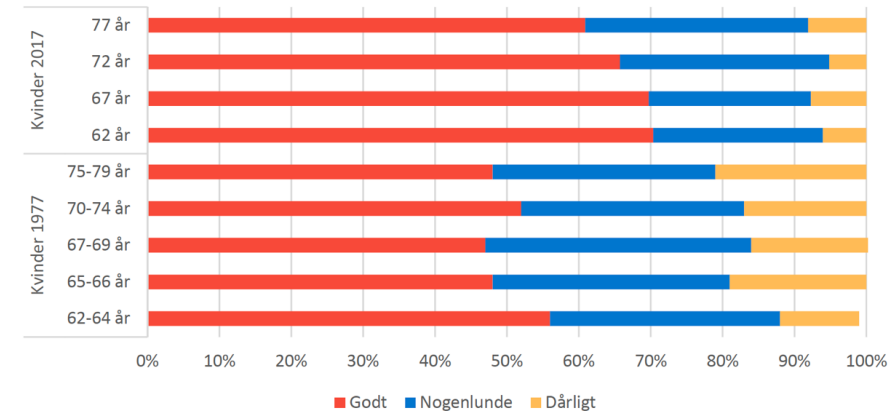
Er hypotesen om sund aldring rigtig?

- Sund aldring: Betyder det så at de trækker mindre på sundhedsvæsenet?

Siren et al 2018. Danske ældre i 1977 og 2017. Ældre voksnes familierelationer, helbred og tilknytning til arbejdsmarkedet i 1977 og 2017. VIVE.

Iversen & Kjellberg, 2019, Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste? Udviklingen i sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver. VIVE.

Figur 4.2 Hvordan vil du alt i alt vurdere dit helbred? Særskilt for aldersgrupper. Kvinder. 1977 og 2017. Procent.



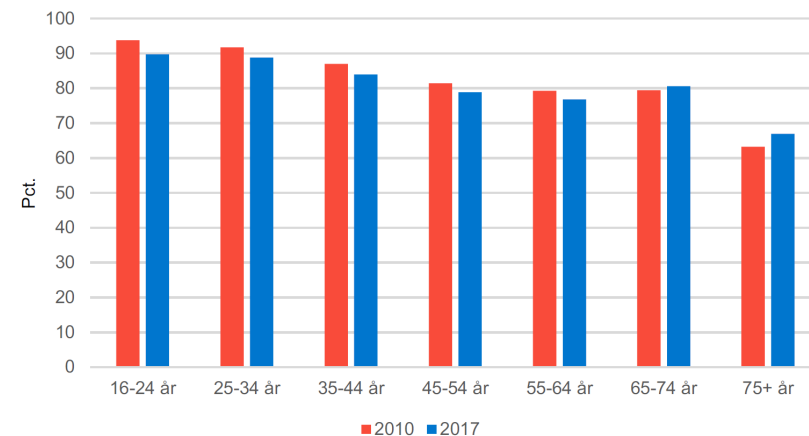
Anm.: 2017: N = 3.146; 1977: N = 981.

Forskellen i fordelinger mellem 1977 og 2017 er ikke blevet testet, da alderskategorierne er anderledes for de 2 år.

Spørgsmålet i 1977 havde svarmulighederne: 'godt', 'godt for min alder', 'nogenlunde', 'nogenlunde for min alder' og 'dårligt'. I tabelmaterialet i rapporten fra 1977, er kategorierne slået sammen til 'godt', 'nogenlunde' og 'dårligt'. I 2017 strækker svar-kategorierne sig fra: 'meget godt', 'godt', 'nogenlunde', 'dårligt' til 'meget dårligt'. For at kunne sammenligne over tid, samles kategorierne 'meget godt' og 'godt'. Det samme gøres for 'dårligt' og 'meget dårligt'.

Kilde: 1977: Platz (1981) egne beregninger. 2017: Ældredatabasens 5. bølge (2017), egne beregninger.

Figur 4.6 Andel kvinder med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred

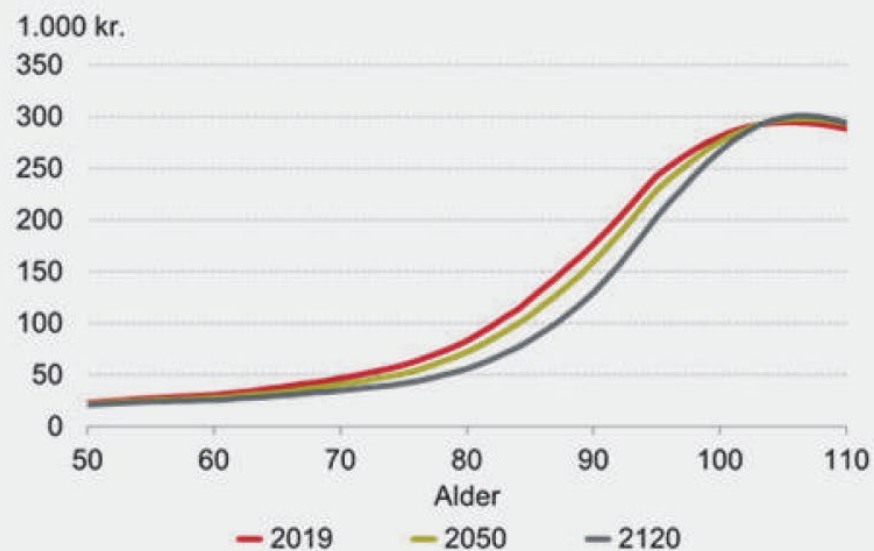
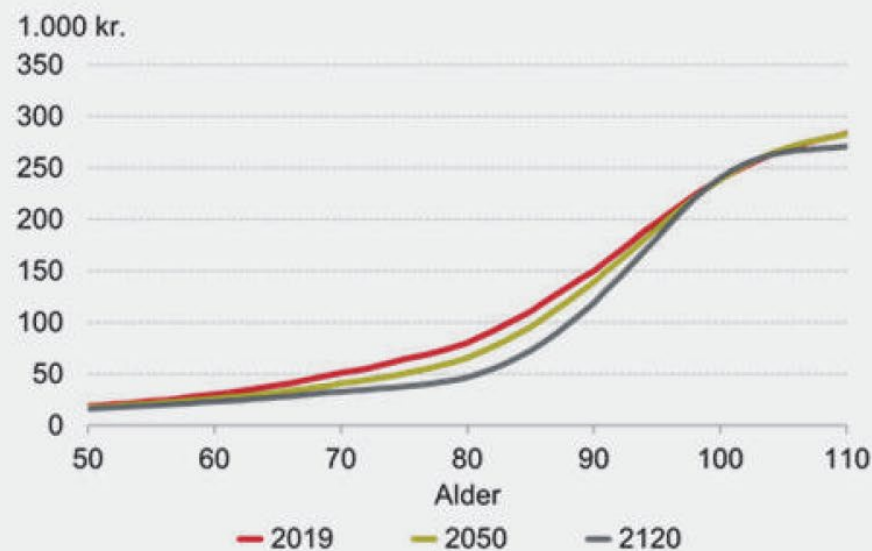


Kilde: Sundhedsstyrelsen (2018).

Sund aldring reducerer sundhedsudgifterne

FIGUR II.8 FREMSKRIVNING AF DE GENNEMSITLIGE KØNS- OG ALDERSFORDELTE SUNDHEDSUDGIFTER

Stigende levealder forventes at reducere de individfordelte offentlige sundhedsudgifter blandt de ældre.

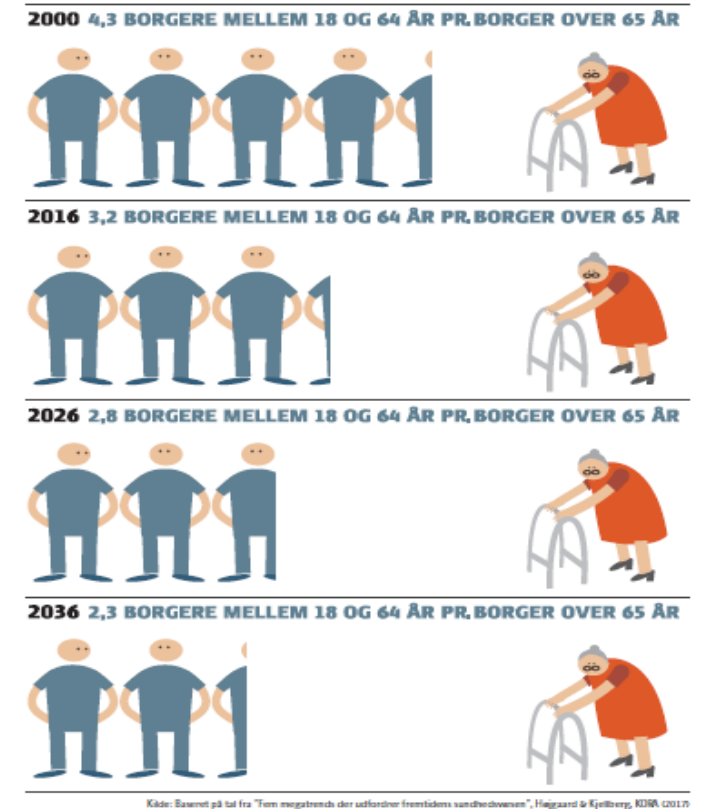


De Økonomiske Vismænd,
Vismandsrapporten,
oktober 2019. (s. 116)

Det demografiske træk med flere stærkt plejekrævende patienter rejser nye spørgsmål til kvalitetsudvikling

2. Den sundhedsprofessionelle arbejdsstyrke

Mangel på arbejdskraft, arbejdsmiljø, udbrændthed og kompetenceudvikling



Mangel på arbejdskraft

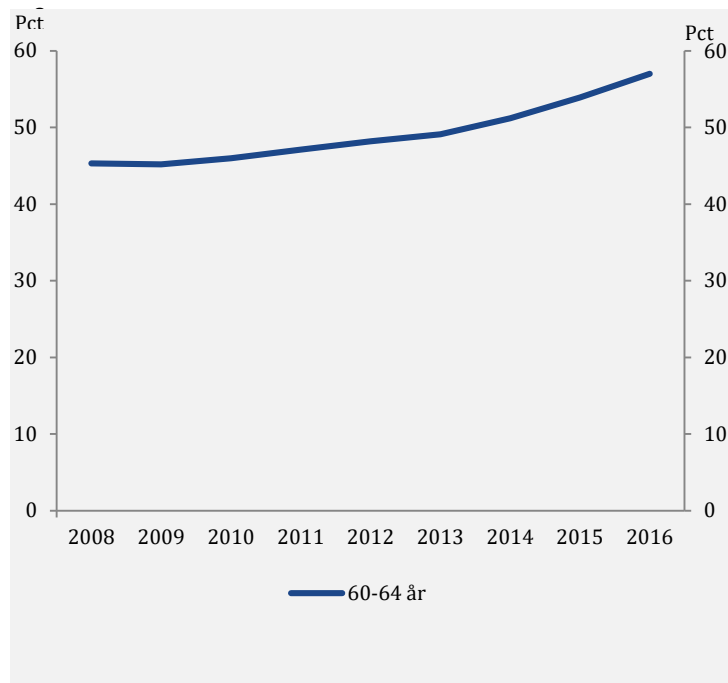
Figur 2.3
Antal levendefødte i perioden 1900-2017



Anm.: De vandrette linjer angiver gennemsnittet for antal levendefødte for perioderne 1940-69 og 1970-2017.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

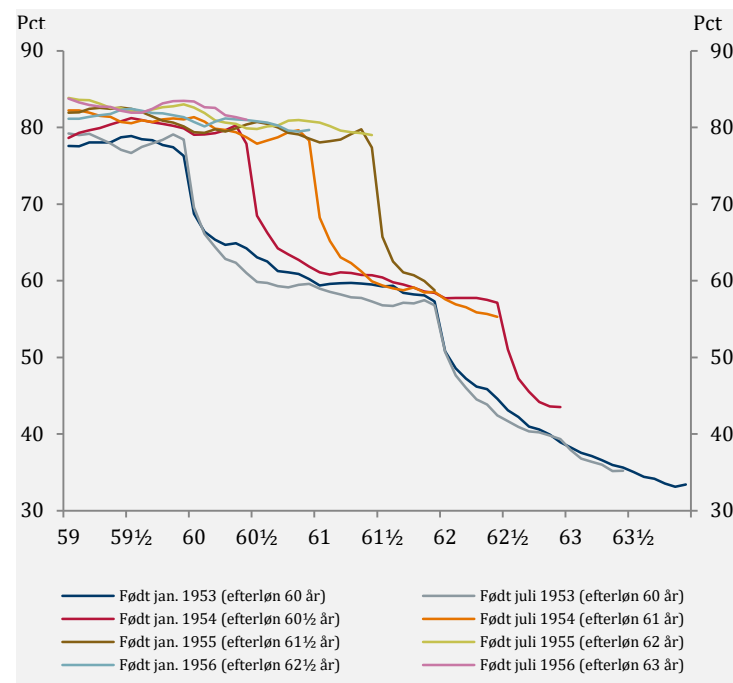
Vi ser en positiv udvikling i tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet

Markant stigning i beskæftigelsesfrekvensen for 60-64



Kilde: Danmarks Statistik

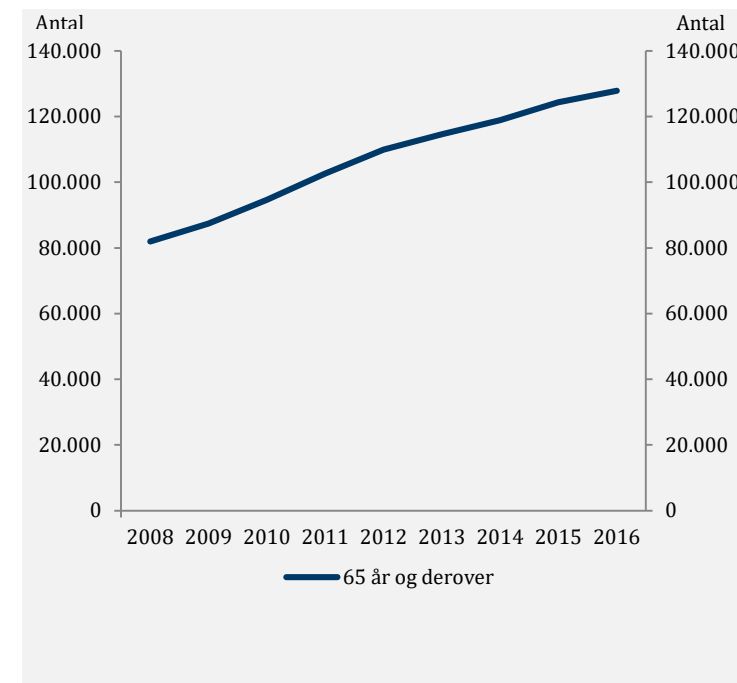
Forhøjelsen af efterlønsalderen udskyder tilbagetrækningstidspunktet



Kilde: Beskæftigelsesministeriets egne beregninger på DREAM, lovmodellens datagrundlag og Danmarks Statistik

Anm.: Der er betinget på at personer var medlem af en a-kasse som 59-årige.

Flere arbejder efter pensionsalderen



Kilde: Danmarks Statistik

Andre EU lande har samme problemer

- Alle andre europæiske lande står med samme udfordring
- Trækker arbejdskraft til hjemlandet
- Vi vil i endnu højere grad kæmpe om de globale personaleressourcer
- Arbejdsstyrken bliver gennemsnitlig ældre

RECHEL et al. 2013. Ageing in the European Union. The Lancet, 381, 1312-1322.

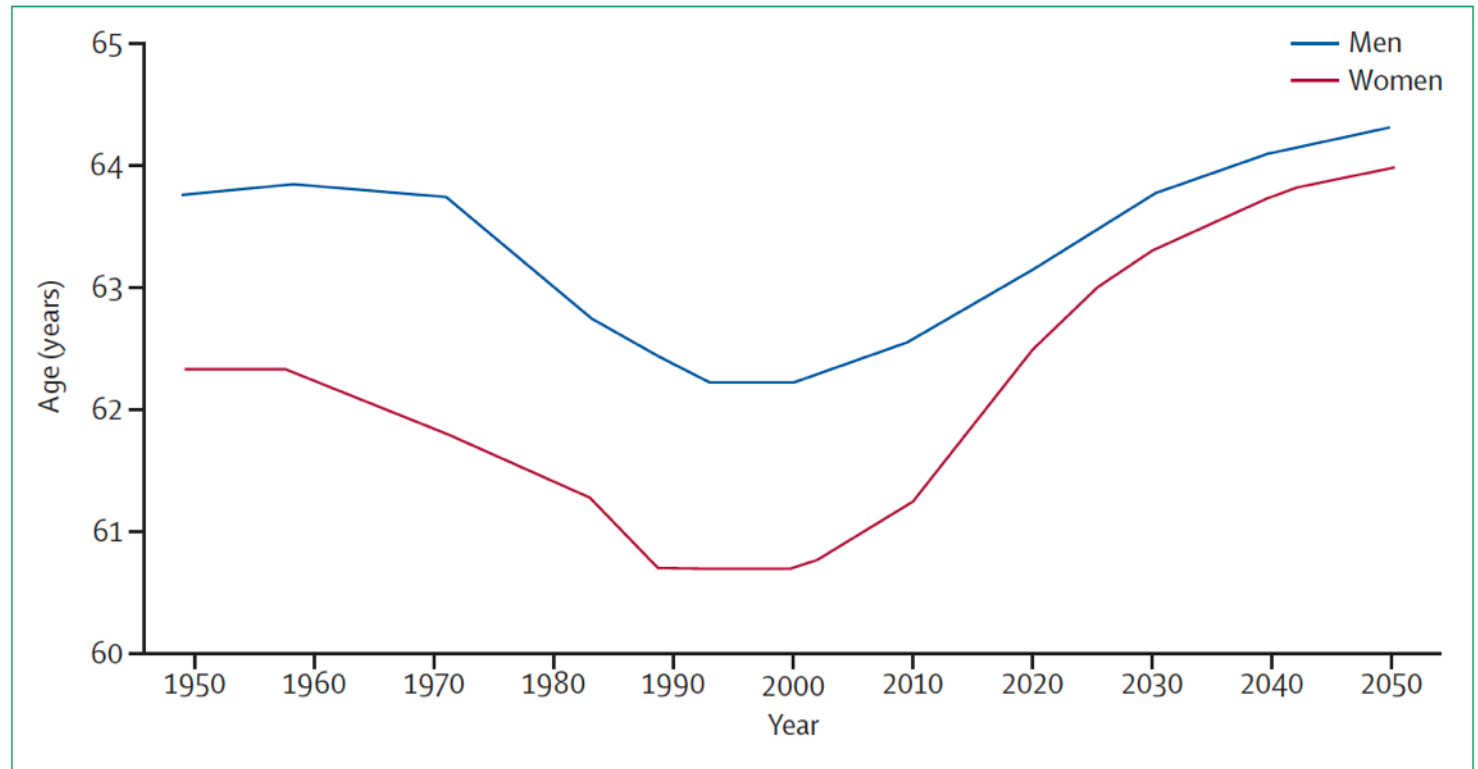


Figure 4: Mean pensionable age in Europe 1949–2050, by sex

Authors' calculations, based on data for pensions from OECD;¹⁰⁴ countries are the European OECD member states. OECD=Organisation for Economic Co-operation and Development.

Forsyningen af arbejdskraft – tilgangen af studerende er under pres! Eksempel med sygeplejersker

- 40.000 unge startede på STX (~30.000) og HF (~9.500) i 2019
- 4.034 blev optaget på sygeplejestudiet i 2019
 - Svarer til ~10/20 % af førnævnte population
- Optaget er stigende fra 3.434 i 2015 til 4.034 i 2019
- Søgningen til uddannelsen er faldet i 2018 og 2019
 - Omtale af pressede arbejdsvilkår i sundhedsvæsenet
 - Samfundet befinder sig aktuelt i en højkonjunktur
- Ungdomsårgangene (17 årige) falder med 9 % frem mod 2030
 - Betydelige geografiske forskelle, andelen stiger ca. 13 % i Københavnsområdet falder 17 til 26 % i Ringkøbing Skjern, Sønderborg m.fl.

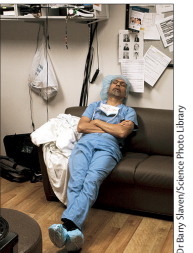
Udbrændthed en international trend

- Stigende problem med konsekvenser for jobtilfredshed og kvalitetssvigt (Lancet 2019; Baier et al., 2018; West et al., 2019; Yates, JAMA, 2019)
- Behov for at mindske udbrændthed med både individuelle og strukturelle tiltag (West et al., 2019)

Physician burnout: a global crisis

Hui Wang, a 32-year-old Chinese ophthalmologist, experienced sudden cardiac death on June 30, after working with fever for 6 days in Beijing. Hui was the father of a 1-year-old girl, and married to a doctor, who donated Hui's corneas to two patients after his death. The emotive circumstances of Hui's devotion to his work and his family's selfless donation have triggered an outpouring of grief and sympathy online, with many people expressing their condolences to his family, as well as raising concerns about physician burnout in China. It is not the first case of a doctor collapsing after work in recent years in China. According to a viewpoint published in the *Chinese Medical Journal*, reports on sudden deaths among Chinese physicians sharply escalated from 2008 to 2015, and most of the deaths, resulting from heavy work load, were male surgeons and anaesthesiologists in tertiary hospitals in large cities. "Sudden deaths among physicians are not

discussions and many publications, there are striking differences in the understanding of what constitutes burnout. Lisa Rotenstein and colleagues reported at least 142 unique definitions for meeting overall burnout or burnout subscale criteria, and there was substantial variability in prevalence estimates of burnout among physicians and variation in burnout assessment and study quality. The 11th Revision of ICD (ICD-11) in May, 2019, provided a more detailed definition of burnout, characterising it as a syndrome of three dimensions—feelings of energy depletion or exhaustion, increased mental distance from one's job or feelings of cynicism or negativism about one's job, and reduced professional efficacy. Notably, burnout has been further emphasised in ICD-11 as an occupational phenomenon rather than a medical condition. The need for health system reform in response to physician burnout cannot be delayed.



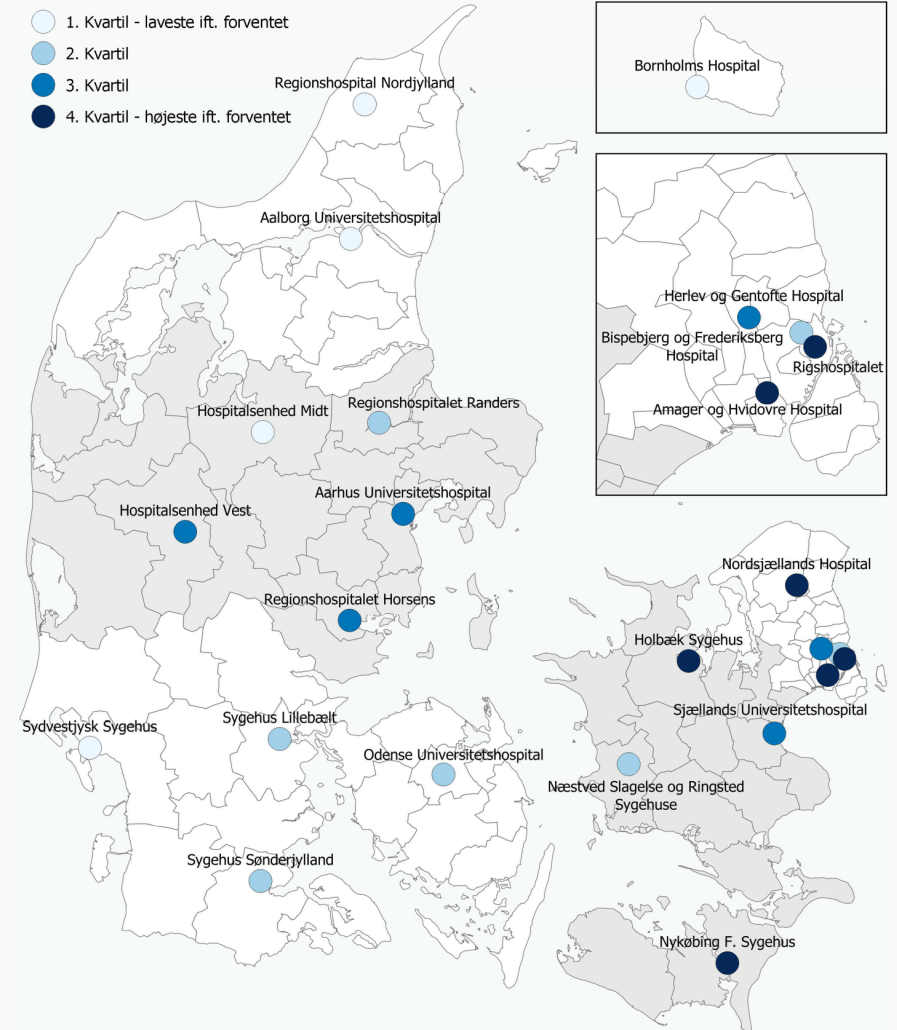
Udbrændthed – et stigende problem?

- Det samlede sygefravær på danske sygehuse er faldende, men er stigende for sygeplejersker og læger fra 2015 til 2017.

Indenrigs- og Økonomiministeriets Benchmarkingenhed, 2019. Sygefravær blandt ansatte på sygehuse.

Figur 5.6

Benchmarkingindikator for sygefravær for alle ansatte i 2017



Anm.: 1. kvartil dækker over den fjerdel af sygehuse, der har den laveste benchmarkingindikator og dermed de sygehuse, der har det laveste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. 4. kvartil dækker over den fjerdedel af sygehuse, der har den højeste benchmarkingindikator og dermed de sygehuse, der har det højeste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente efter kontrol for rammevilkår. Bemærk at sygehuse i udgangspunktet er placeret ud fra deres akutfunktion for at illustrere hvor de ligger, men at de kan have flere matrikler under sig. Regionerne er markeret med gråtoner. Anden kvartil består af seks sygehuse.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Fra triple aim til quadruple aim

- Fra triple aim:
 - Patientoplevelt kvalitet
 - Populationens sundhedstilstand
 - Omkostninger per capita
- Til quadruple aim
 - + Trivsel hos sundhedsprofessionelle. Grundlæggende forudsætning for at kunne lykkes med triple aim

Bodenheimer & Sinsky. "From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider", *The Annals of Family Medicine*, vol. 12, pp. 573-576.

Havens et al. "Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction, Work Engagement and Burnout: Achieving the Quadruple Aim", *J Nurs Adm*, vol. 48, pp. 132-140.

Sikka, R., Morath, J.M. & Leape, L. 2015, "The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work", *BMJ quality & safety*, vol. 24, no. 10, pp. 608-610.



Arbejdsmiljø er et ledelsesansvar

- Metastudie: Fire typer ledelsesadfærd med betydning for trivsel (Montano, 2017):
 - Transformationsledelse, relationsledelse, opgaveledelse, destruktiv ledelse
- Arbejdsmiljøer præget af lav social kapital og mangel på tillid er associeret med dårligt fysisk og mental helbred (Alterman et al., 2019)

Montano, D. (2017). Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 38(3), 327-350.

Alterman et al., 2019. Trust in the Work Environment and Cardiovascular Disease Risk: Findings from the Gallup-Sharecare Well-Being IndexSourceInternational. *Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 230.

Tidsskrift for **Dansk Sundhedsvæsen**

95. årgang ■ Nr. 6 ■ Oktober 2019



- Ledelsen er central for at forebygge og håndtere medarbejderstres
- Systematisk forebyggelse baner vej for et bæredygtigt arbejdsliv
- Organisatorisk støtte kan gøde jorden for et mere velfungerende sundhedsvæsen

Forberede os på digitalisering, automatisering og kunstig intelligens

Et par konklusioner:

- Inden for de næste 20 år vil 90% af jobs i NHS kræve digitale kompetencer
- Kompetencer til at navigere i 'data-rige' arbejdspladser
- Alle ansatte skal have et vist niveau af digitale færdigheder (literacy), og der er behov for kompetenceudvikling af medarbejdere allerede nu
- Der er behov for opgraderinger af governancestrukturer, cyber sikkerhed og etiske standarder som forudsætninger for digitale teknologier
- Digitale teknologier påvirker balancen mellem centraliserede – specialiserede vs. lokale mindre specialiserede behandling og ydelser
- Vigtigt at opbygge læringskultur samtidigt med introduktionen af digitale teknologier

Kilde: <https://topol.hee.nhs.uk/the-topol-review/>

Se også: <https://www.youtube.com/watch?v=hVyyLMZPJ-o>



Mangel på arbejdskraft,
udbrændthed og fremtidens
kompetencer rejser nye spørgsmål

3. Specialisering, nærhed og kvalitetsudvikling på tværs

Det tværsektorielle samarbejde er en del af løsningen

Akutpladser/-funktioner til diskussion

FAG AKUTFUNKTIONER

Store kommunale forskelle på akutfunktioner

Der mangler overblik over udbredelsen og organiseringen af akutfunktioner i Region Hovedstadens 29 kommuner. Derfor foretog Tværsektoriel Forskningsenhed en spørgeskemaundersøgelse, som afslører store forskelle i kommunernes måde at udføre akuttilbuddene på.

Lone Schou, forsker, sygeplejerske, cand.scient.soc., ph.d.; loneschou@yahoo.dk
Mathias Meijer, forsker, cand.scient.soc., ph.d.
Carsten Hendriksen, forskningsleder, overlæge, dr.med.

Gennem en årrække har der været et politisk ønske om at reducere uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser for den ældre medicinske patient og om at styrke behandlingen af patienter på tværs af sektorgrænser. Kommunernes Landsforening (KL) og Dansk Sundhedsinstitut har bl.a. foreslået at imødekomme denne udfordring ved at opbygge forskellige typer af akutfunktioner som alternativer til akut indlæggelse (1,2).

I Region Hovedstaden blev kommunerne i 2013 opfordret til etablering af akutfunktioner (3). Akutfunktioner er i praksis udmøntet i hhv. akutteam (AT) og akutpladser (AP). Akutteam dækker over sundhedspersonale, som tilser syge borgere i eget hjem. De har sædvanligvis sygeplejedadækning hele døgnet og kan rykke hurtigt ud til flere forskellige opgaver. Akutpladser er fleksible kommunale døgntilbud med sygeplejedadækning hele døgnet. Fælles for akutfunktioner er, at de leveres inden for få timer, og at de kan iværksættes hele døgnet alle ugens dage (4).

I forhold til lægedækning i disse akutfunktioner er der i nogle kommuner indgået aftaler med Praktiserende Lægers Organisation (PLO), og i 2015 er man ved at forhandle en praksisplan for bl.a. sygebesøg og akutbetjening (5).

Samarbejdet med Region Hovedstadens kommuner har henhævet opmærksomheden på forskelligheden i akutfunktionernes tilbud, hvilke patientgrupper de omfatter, og hvilke faggrupper

» I februar 2015 blev der foretaget en afdækning af udbredelse, indhold og organisering af akutfunktioner i Region Hovedstadens 29 kommuner.

der indgår. Desuden synes der at være usikkerhed om, hvordan ordningen bør organiseres mellem hospital, kommune og almen praksis. På baggrund af denne usikkerhed og det manglende overblik over udbredelsen af akutfunktioner i Region Hovedstadens 29 kommuner foretog Tværsektoriel Forskningsenhed en spørgeskemaundersøgelse.

Formålet med denne artikel er at få et overblik over den foreliggende evidens og at beskrive udbredelsen af akutfunktioner og deres karakteristika i Region Hovedstadens kommuner.

Evidens for akutfunktioner

Gennemgangen af evidensen på området baseres på et Cochrane-review om akutfunktioner inden for psykiatrien (6) og et indenfor somatikken (7). Der inddrages tre danske rapporter (1,8,9).

Akutfunktioner i psykiatrien

I det Cochrane-review, der behandler akutfunktioner i psykiatrien (6), indgik otte randomiserede kontrollerede forsøg udført mellem 1964 og 2010 med i alt 1.144 borgere med akut opstået krise, overvejende skizofreni og relaterede psykoser, men også depression og svære neuroser.

I seks studier blev borgeren behandlet i eget hjem, og i to studier blev borgeren behandlet på kommunale akutpladser. I alle otte studier blev kontrolgruppen behandlet på hospital eller på psykiatrisk center. I alle de inkluderede studier bestod de multidisciplinære team af psykiatere, psykologer, sygeplejersker, ergoterapeuter og socialrådgivere. I seks studier var teamet til rådighed 24 timer i døgnet, mens der i to studier kun var telefonrådgivning uden for almindelig arbejdstid.

Forfatterne konkluderede, at akut kriseintervention i eget hjem syntes at reducere indlæggelser på hospital efter endt intervention i forhold til kontrolgruppen. Man fandt ingen forskel i mortalitet mellem kontrol- og interventionsgruppe. Akut kriseintervention i eget hjem reducerede de pårørendes byrde i forhold til patienten og var mere tilfredsstillende for både patient og pårørende. To studier viste, at akutfunktioner ikke havde effekt på interventionsgruppens arbejdsmarkedstilknytning (6).

Akutfunktioner på det somatiske område

I et tilsvarende Cochrane-review på det somatiske område (7) indgik 10 randomiserede kontrollerede forsøg fra 1999 til 2005 med i alt 1.333 borgere med forskellige diagnoser (KOL, apopleksi, pneumoni og demens) og akut opståede tilstande, som ikke krævede indlæggelse.

AKUT VINDER FREM

uden sikker viden om effekt

Målt på antallet af kommunale akutfunktioner er der tale om en klar succes. Akutteams og -pladser er i rivende udvikling. Således har 63 pct. af kommunerne nu et akutteam, og flere er, som en del af implementeringen af Sundhedsstyrelsens krav om akutfunktioner, på vej. Det viser en ny opgørelse, som Sygeplejersken har foretaget. Om tre år skal projektet evalueres, men næsten ingen kommuner måler effekten af akutfunktionerne.

Tekst: EMMA TRAM · Foto: CLAUS BECH



Benchmarking: Forbyggelige indlæggelser

Tabel 7.4			
Produktionsværdi (mio. kr.) forbundet med uhensigtsmæssige indlæggelser			
Mio. kr.	2014	2015	2016
Forebyggelige indlæggelser	2.711	2.829	2.772
Genindlæggelser	2.562	2.545	2.406
Akutte mediciske korttidsindlæggelser	3.117	3.056	3.023
Færdigbehandlingsdage	76	68	59
I alt	8.466	8.498	8.260
I alt for unikke indlæggelser (ekskl. færdigbehandlingsdage)	8.085	8.111	7.401

Anm.: Produktionsværdien er opgjort som den samlede DRG-produktionsværdi i 2016-niveau inklusiv genoptræningstaksten. Produktionsværdien for unikke indlæggelser er opgjort for forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser. Med unikke menes, at en indlæggelse kun indgår én gang. Fx kan en akut medicinsk korttidsindlæggelse også være en forebyggelig indlæggelse. I et sådan tilfælde vil indlæggelsen kun tælle med én gang. Har samme borgere først en akut medicinsk korttidsindlæggelse og senere på året en forebyggelig indlæggelse, vil de tælle med som to unikke indlæggelser. Produktionsværdien for færdigbehandlingsdage er færdigbehandlingstaksten og ikke taksten for den samlede indlæggelse som indebærer færdigbehandlingsdage. Genindlæggelser er opgjort efter samme afgrænsning brugt i Nationale mål, men bygger på et andet datagrundlag. Derfor vil denne opgørelse ikke direkte kunne sammenlignes med de Nationale mål.

Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

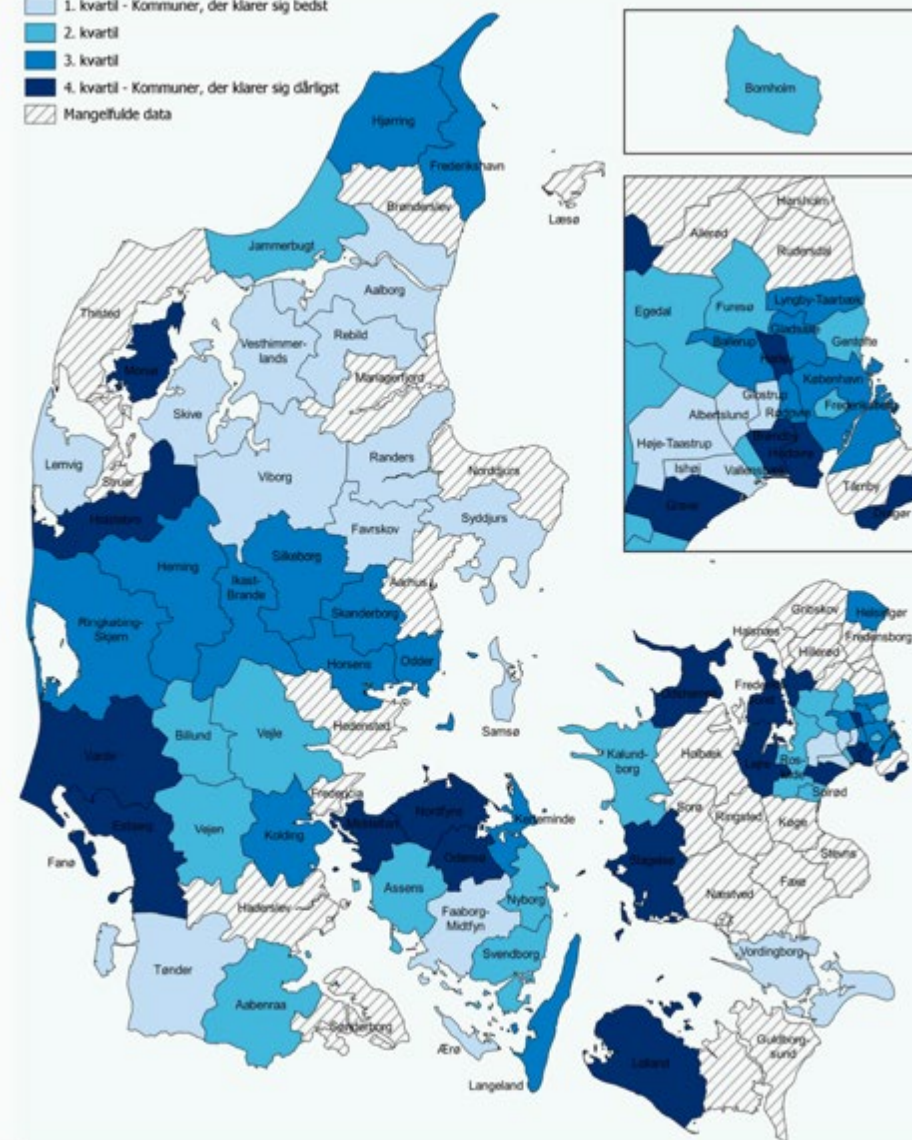
Kilde tabel. SUNDHEDS- OG ÆLDREØKONOMISK ANALYSE. Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. Sundheds- og Ældreministeriet 2018

Kilde figur: Økonomi- og Indenrigsministeriet Benchmarkingenhed, 2018. Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere

Figur 15

Kommunernes rangering i forhold til forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere, når der er taget højde for rammevilkår

- 1. kvartil - Kommuner, der klarer sig bedst
- 2. kvartil
- 3. kvartil
- 4. kvartil - Kommuner, der klarer sig dårligst
- Mangelfulde data



Anm.: Første kvartil dækker over de 25 procent af kommunerne, der har det laveste antal forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere i forhold til forventet, mens fjerde kvartil dækker over de 25 procent af kommunerne med det højeste antal af forebyggelige indlæggelser blandt ældre hjemmeplejemodtagere i forhold til det forventede niveau.

Kilde: Data fra Landspatientregisteret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Fra statslige aktivitetspulje til nærhedsfinansiering – økonomistyring og kvalitetsudvikling går hånd-i-hånd

■ Statslige aktivitetspulje

- Indført 2002: ca. 1,35 mia. kr. i 2018
- Tilskyndelse til mere aktivitet (alle typer af aktivitet)
- Opgjort med DRG: Takster på indlæggelser og ambulante besøg

■ Nærhedsfinansiering

- Erstatte statslige aktivitetspulje
- Regionerne opnår 1,5 mia. kr. hvis de opfylder alle fem målsætninger
- Mindre ledelse – mindre automatik
- (DRG er ikke død)

Før: Tilskyndelse til meraktivitet
Nu: Tilskyndelse til mindre aktivitet (på nogle områder)



Reduktion i antal sygehusforløb pr. borger



Reduktion i DRG-værdi pr. kroniker med KOL og/eller diabetes

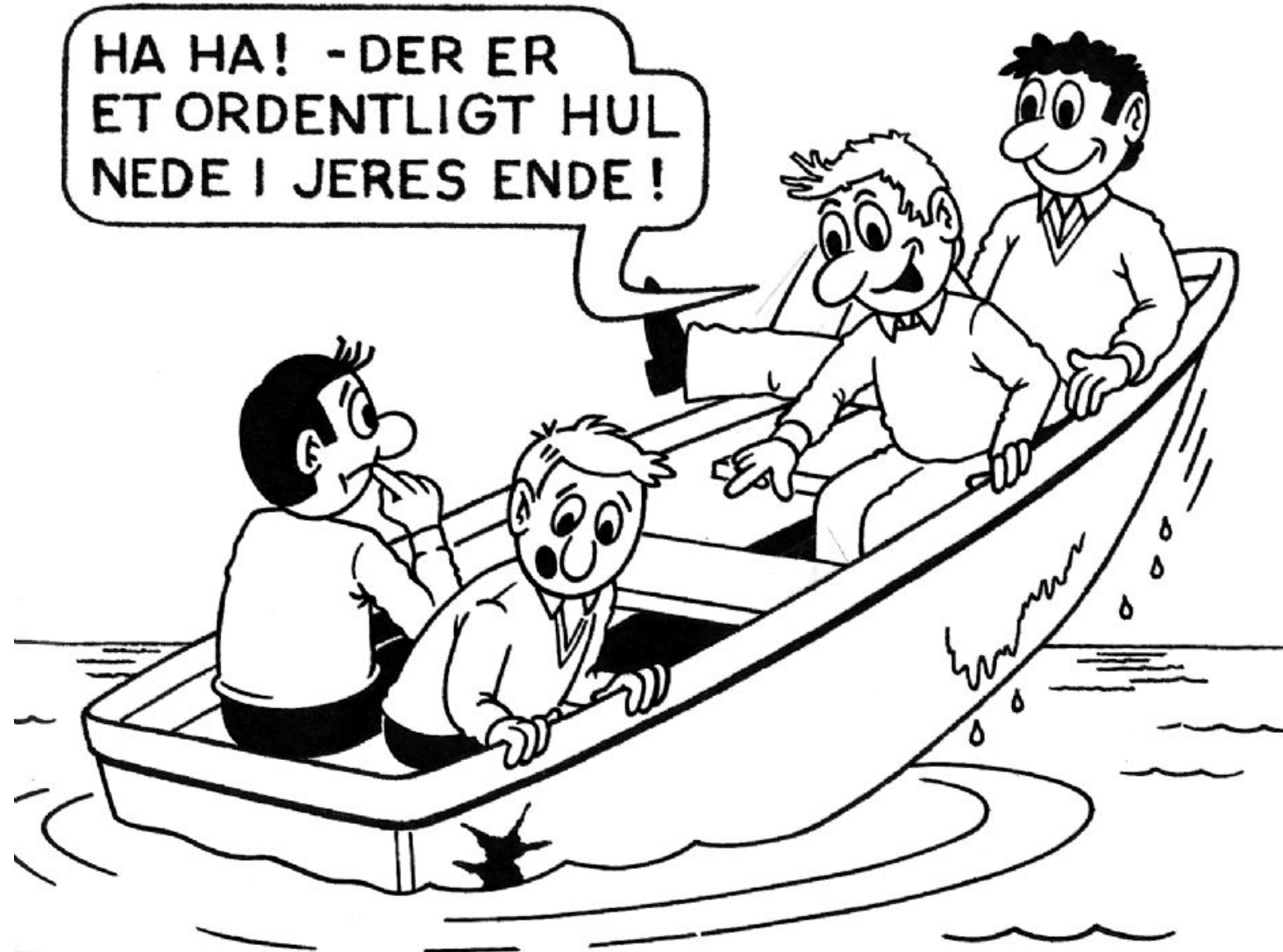


Reduktion i andelen af indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse indenfor 30 dage



Stigning i andel af virtuelle sygehusforløb

Økonomien under pres – men vi er i samme både



© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



"I HATE TO TELL YOU THIS, BUT THAT SHOULD BE
INTENSIVE CARE."

search ID: ear0372

4. Variation, for meget, for lidt
eller forkert

Kvalitetssvigt, spild og variation i unødvendige behandlinger

- Op mod 30% sundhedsudgifterne er spild pga. unødvendige, ineffektive eller måske endog skadelige behandlinger (US tal fra IOM) (Blumenthal-Barby, 2013).
- 15% af hospitalsudgifter skyldes kvalitetssvigt, fejl mv. (Slawomirski et al. 2017; Bilde et al 2019).
- DK ligger højt i andelen af hospitalserhvervede infektioner (Papanicolas et al. 2019).
- Patientklager kan være en vigtig kilde til at identificere de blinde pletter – fejl ved indgangen til sundhedssystemet (ex. diagnose), systemiske fejl, eller fejl knyttet til der ikke blev lyttet til patienten (Gillespie & Reader, 2018; Birkeland, 2019).

Blumenthal-Barby. "Choosing wisely" to reduce low-value care: a conceptual and ethical analysis. *J Med Philos.* 2013;38(5):559–80.

GILLESPIE & READER. "Patient-Centered Insights: Using Health Care Complaints to Reveal Hot Spots and Blind Spots in Quality and Safety", *The Milbank quarterly*, 2018, 96: 530-567.

BIRKELAND. "Health Care Complaints and Adverse Events as a Means of User Involvement for Quality and Safety Improvement", *The Milbank quarterly*, 97: 346-349.

Bilde et al. 2018. Mere patientsikkerhed for pengene – hvordan? Danske eksperter vurdering af, hvilke patientsikkerhedsindsatser, der bedst kan betale sig. Inspireret af en OECD-rapport om økonomien i patientsikkerhed. VIVE & Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Slawomirski et al. 2017, The Economics of Patient Safety – Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level, OECD.

Papanicolas et al. 2019, "Performance of UK National Health Service compared with other high income countries: observational study", *BMJ*, vol. 367, pp. l6326.

Variation mellem patienter

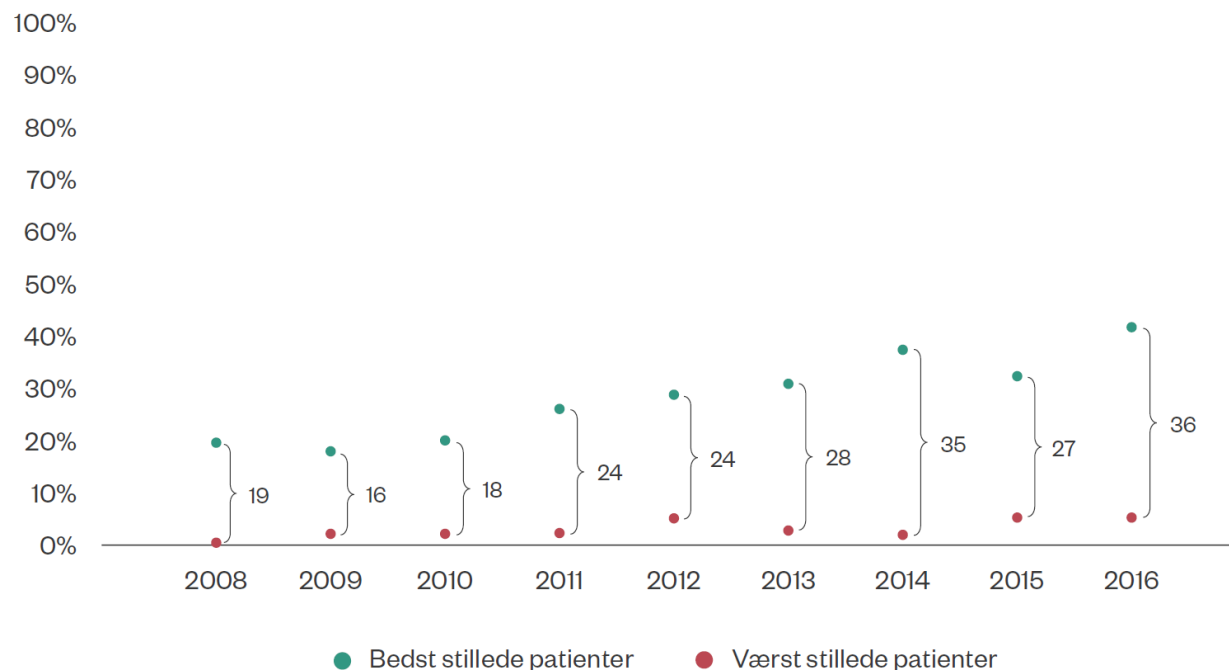
- Karakteristika som beskriver patienters baggrund er statistisk relateret til opfyldelsen af procesindikatorer og patientens risiko for genindlæggelse og død
- På nogle områder er stigningen mellem de bedst og de dårligst stillede blevet større
- Sammenhæng mellem opfyldelsen af procesindikatorer og risiko for genindlæggelse og død (dog mindre betydning end patient karakteristika)

Rigsrevisionen, 2019. Forskelle i behandlingskvalitet på sygehusene.



Figur 3

All-or-none-opfyldelse for hjertesvigt i perioden 2008-2016



For lidt, for meget og forkert

- “Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.” (Chassin et al., JAMA, 1998)
 - “**Underuse** is the failure to provide a health care service when it would have produced a favorable outcome for a patient.”
 - “**Overuse** occurs when a health care service is provided under circumstances in which its potential for harm exceeds the possible benefit”
 - “**Misuse** occurs when an appropriate service has been selected but a preventable complication occurs and the patient does not receive the full potential benefit of the service.” (p. 1002)

The Urgent Need to Improve Health Care Quality

Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality

Mark R. Chassin, MD, MPP, MPH; Robert W. Galvin; and the National Roundtable on Health Care Quality

THE LANCET

Online First Current Issue All Issues Special Issues Multimedia Information for Authors

All Content [Advanced Search](#)

[< Previous Article](#) [Online First](#) [Next Article >](#)

Series

Evidence for overuse of medical services around the world

Shannon Brownlee, MSc[✉], Kalipso Chalkidou, MD, Prof Jenny Doust, PhD, Prof Adam G Elshaug, PhD, Prof Paul Glasziou, FRACGP, Iona Heath, FRCGP[†], Somil Nagpal, MD, Vikas Saini, MD, Divya Srivastava, PhD, Kelsey Chalmers, BSc, Deborah Korenstein, MD

[†] I Heath retired in January, 2010
Published: 08 January 2017
 381

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5) |

THE LANCET

Online First Current Issue All Issues Special Issues Multimedia Information for Authors

All Content [Advanced Search](#)

[< Previous Article](#) [Online First](#) [Next Article >](#)

Comment

Avoiding overuse—the next quality frontier

Donald M Berwick[✉]
Published: 08 January 2017
 82

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32570-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3) |



Resources
Get tools to help you
Choose Wisely



Choosing Wisely is an initiative of the ABIM Foundation that seeks to advance a national dialogue about tests, treatments and procedures. Reports that seeks to advance a national dialogue about tests, treatments and procedures. Reports that seeks to advance a national dialogue about tests, treatments and procedures.

LÆGE
VIDENSKABELIGE
SELSKABER

[Til forsiden](#)

[Det mener LVS](#) [Nyheder](#) [Medlemsselskaber](#) [Organisation](#) [Om LVS](#)

Vi skal foretage kloge valg i sundhed

16. marts 2017

Af Henrik Ullum, formand, Lægevidenskabelige Selskaber

Alle læger, der har med patienter at gøre, oplever situationer, hvor de må spørge sig selv, om denne undersøgelse, prøve eller behandling virkelig var nødvendig.

Vi kender ikke omfanget, men vi kender en række af årsagerne, og vi mener, at en del af løsningen kan være et dansk "Vælg Klogt" program. Inspirationen kommer fra USA og England, der har gennemført såkaldte Choosing Wisely programmer.

Lægevidenskabelige Selskaber vil i samarbejde med Danske Patienter tage initiativ til en dansk version, og det skal give såvel læger som patienter nogle værktøjer til at fravælge ting, der ikke har konsekvenser for kvaliteten af behandlingen.

Hospitalsdirektør: Hvem tør sige stop for overbehandling?

30. marts 2017 kl. 3:55 | 0 kommentarer

[Print](#) [Facebook](#) [Twitter](#)



der er lille dokumentation for en effekt, skriver vicedirektør Else Smith. [Foto: ...]

...er tradition for at tilbyde behandling uanset om det er en dyr tilgang, som vi måske ikke har råd til. Men hvem tør sige stop først, spørger Else Smith, direktør og Hvidovre hospital.

JOBANNONCER



Parkinsonforeningen søger dire
Frist: 31/3-2017 14:00



Kontorchef til udviklingen af det risikobaserede tilsyn i Styrelsen for Patientsikkerhed
Frist: 31/3-2017 12:00



Erfaren projektleder til Hjørteland - ny stor frivillig vedr. genopbygning
Frist: 5/4-2017



Foreningskonsulent til Kultur og Fritid i Kalundborg Kommune
Frist: 3/4-2017 08:00



Konsulent til Sygeplejefag i Landessamfundet
Frist: 5/4-2017 01:00

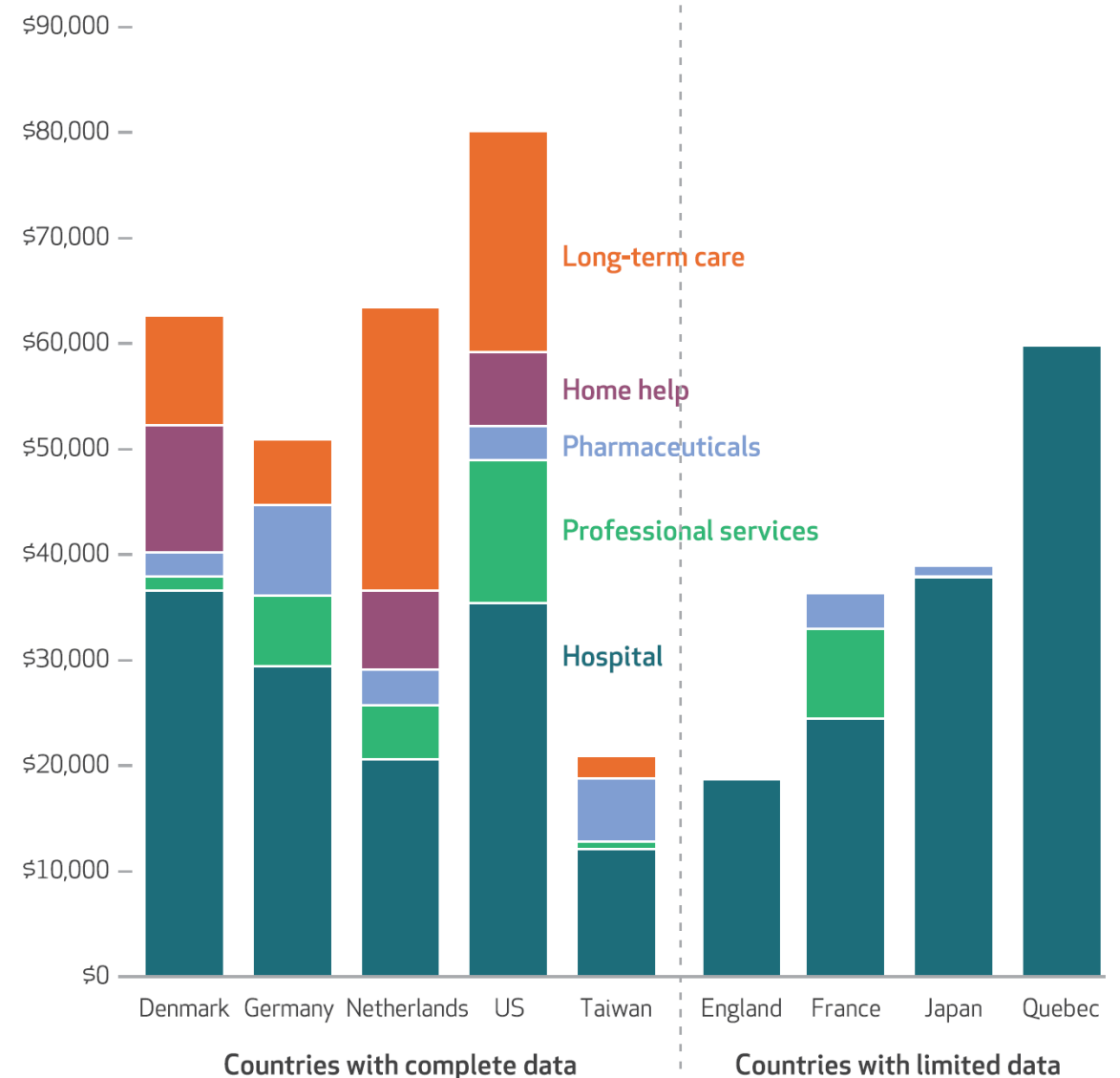


De sidste 12 måneder

- Sidste 12 måneder udgør 8,5-11 % af de samlede sundhedsudgifter
- French et al. 2017. End-Of-Life Medical Spending In Last Twelve Months Of Life Is Lower Than Previously Reported. Health Affairs, 36(7): 1211-1217

EXHIBIT 1

Mean per capita medical spending (in 2014 US dollars) in 9 countries in the last 12 months of life, by category of spending



5. Patientinvolvering

Faciliteret brug af behandlingstestamente

- 'Advance care planning': Faciliteret hjælp til individer og deres pårørende til at formulere deres ønsker til fremtidig behandling assisteret af uddannet personale
- Ønsker nedskrives og deles mellem relevante behandlere, så individets ønsker kan respekteres
- Etiske og juridiske problemstillinger er vanskelige – udvikle evidensbaserede praksisser for facilitering og håndtering af behandlingstestamenter
- Mulighed for at give patienter en bedre livskvalitet ved afslutningen af livet!! Samt sekundært også potentielt lavere sundhedsudgifter
- Vejledning i DK fra 1. november. Der skal udarbejdes instrukser for fravalg af livsforlængende behandling og genoplivning

Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations

Corinna Klingler¹, Jürgen in der Schmitten² and Georg Marckmann¹

Palliative Medicine
2016, Vol. 30(5) 423–433
© The Author(s) 2015

Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216315601346
pmj.sagepub.com


Advance care planning (ACP) - overlevelse

- Første RCT med overlevelse ved ACP, dansk studie. Post hoc analyser på patienter lunge-, hjerte- og kræftsygdomme (205 patienter) viser bedre overlevelse i interventionsgruppen

Neergaard et al. Advance care planning and longer survival in the terminally ill: a randomised controlled trial unexpected finding. BMJ Supportive & Palliative Care.

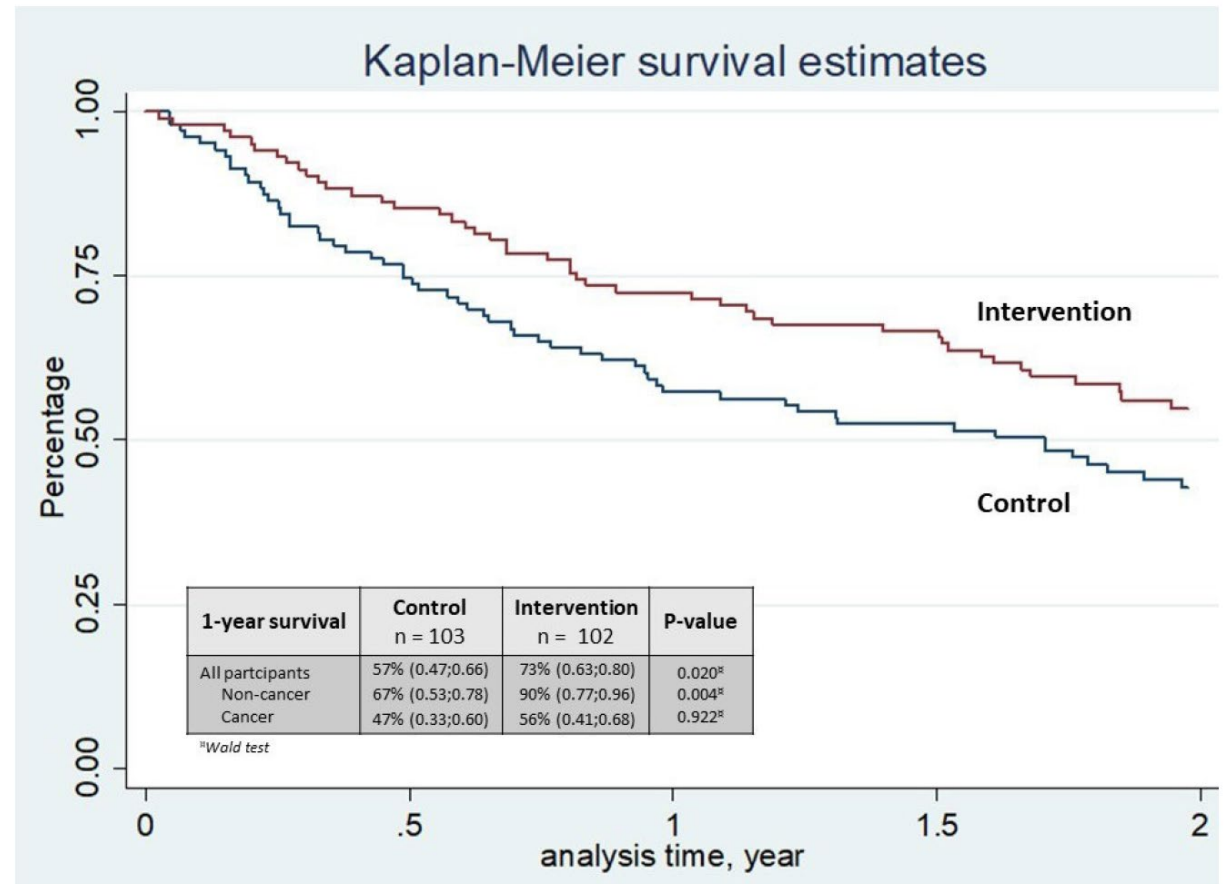


Figure 1 Kaplan-Meier plot and test of significance between intervention and control groups regarding survival.



Fælles beslutningstagning med beslutningsstøtteværktøjer (ift. usual care)

- Giver patienten mere viden om behandlingsmuligheder (høj evidens)
- Patienter oplever sig bedre informerede og afklarede om deres præferencer (høj evidens)
- Mere præcis viden om risici (moderat evidens)
- Patienter er mere aktive i beslutningsprocessen (moderat evidens)
- Højere overensstemmelse mellem præferencer og valg (lav evidens)
- Uændret tilfredshed med beslutninger
- Uændret behandlingskvalitet (outcome) – angst, generelt og sygdomsspecifikt helbred
- Tendens til at færre pt. vælger større behandlinger til fordel for konservativ behandling indenfor særlige området (få studier)
- Kan øge konsultationstiden (2,6 minut). Samlet omkostning og cost-effectiveness er uafklaret
- Behov for mere viden: Effekt på adherence, brug af PRO-data, cost-effectiveness, anvendelsen for patienter med lav sundhedskompetence.

Kilde: Stacey D. et al: Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration. 2017. (105 studier)

**Effekter af individuel
brugerinddragelse**
– hvad siger litteraturen?



 **Cochrane
Library**
Cochrane Database of Systematic Reviews



Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)

Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L

Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L.
Decision aids for people facing health treatment or screening decisions.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD001431.
DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub5.

www.cochranelibrary.com

Hvordan kan PRO øge kvalitet og samtidigt spare ressourcer?

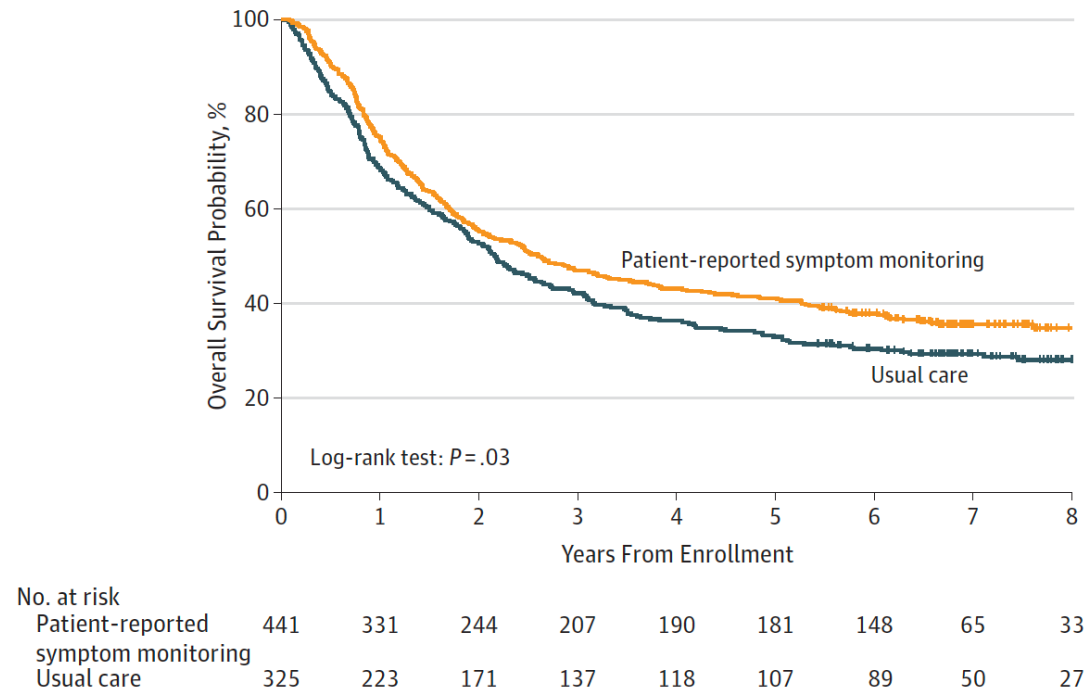
- Aktivitet med begrænset eller ingen værdi (for patienten)
- Udsættelse af aktivitet
- Fleksibilitet efter patienternes egne behov
- Unødvendige ambulante kontroller
- Flytte aktivitet mellem sektorer
- Egenomsorg
- Bedre adherence til behandling
- Precision – personalised medicine



Brugen af PRO

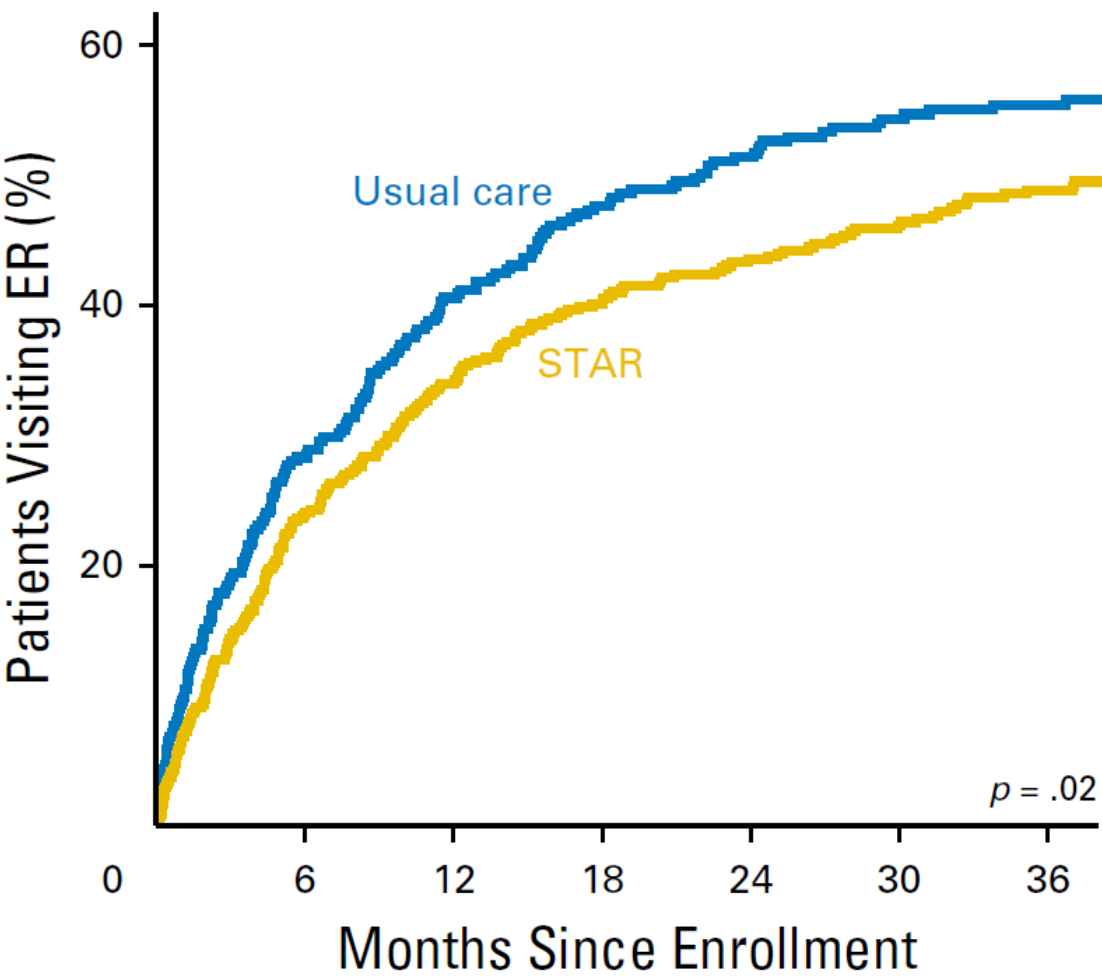
- "Integration of PROs into the routine care of patients with metastatic cancer was associated with increased survival compared with usual care. One potential mechanism of action is early responsiveness to patient symptoms preventing adverse downstream consequences."

Figure. Overall Survival Among Patients With Metastatic Cancer Assigned to Electronic Patient-Reported Symptom Monitoring During Routine Chemotherapy vs Usual Care



Crosses indicate censored observations. Enrollment in the patient-reported symptom monitoring group was enriched for a preplanned subgroup with low baseline computer experience as part of a feasibility substudy with a 2:1 randomization ratio in that subgroup ($N = 227$) and a 1:1 ratio in the computer-experienced subgroup ($N = 539$), yielding 441 participants in the patient-reported symptom monitoring group, and 325 in the usual care group. With a minimum follow-up of 5.4 years, median follow-up was 6.9 years (interquartile range, 6.5-7.7) for the electronic patient-reported symptom monitoring group and 7 years (interquartile range, 6.6-8.1) for the usual care group.

All Patients



Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial

Ethan Basch, Allison M. Deal, Mark G. Kris, Howard I. Scher, Clifford A. Hudis, Paul Sabbatini, Lauren Rogak, Antonia V. Bennett, Amylou C. Dueck, Thomas M. Atkinson, Joanne F. Chou, Dorothy Dulko, Laura Sit, Allison Barz, Paul Novotny, Michael Fruscione, Jeff A. Sloan, and Deborah Schrag

See accompanying editorial doi:10.1200/JCO.2015.64.9491

Table 2. Mean Quality-of-Life Changes From Baseline at 6 Months						
Patients	N*	STAR (n = 277)	Usual Care (n = 180)	P (Univariable)†	P (Multivariable)†	Effect Size
Evaluable patients*	457					
EQ-5D at baseline		86.2 (84.7 to 87.7)	86.6 (84.7 to 88.5)			
EQ-5D at 6 months		84.8 (83.2 to 86.4)	79.5 (76.7 to 82.2)			
Point drop from baseline		1.4 (0.4 to 3.1)	7.1 (4.8 to 9.5)			
Difference in point drop between arms			5.7	<.001	<.001	0.37

Behov for fortsat at udvikle og implementere patientinvolvering

- Udviklingen af brugen af PRO værktøjer
- Identificerer omkostningseffektive former for patientinddragelse – både spare ressourcer og øge kvaliteten
- Imødekomme patienternes ønsker inden for de givne rammer
- Særligt afslutningen af livet kræver en særlig opmærksomhed
- Omkostningseffektivitet stadig relativt ubelyst...

Tak for opmærksomheden

Mickael Bech

Direktør for Sundhed

Email: mibe@ucl.dk

Linkedin: www.linkedin.com/in/mickaelbech

Twitter: @BechMbe