



# Kan mere robusthed være svaret på sundhedsvæsenets kriser?

Mickael Bech

Professor i sundhedsledelse og -politik

Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet

# Robusthed

Resilience: “The intrinsic ability of a system to adjust its functioning prior to, during, or following changes and disturbances, so that it can sustain required operations under both expected and unexpected conditions” (Hollnagel, 2011)

→ Systemets evne til effektivt at modstå, tilpasse sig og komme sig efter forskellige former for stress efter forventede såvel som uventede ændringer, udsving eller events

# Robusthed (II)

- **Modstandsdygtighed:** opretholde kernefunktion under pres uden at kvalitet eller tilgængelighed forringes væsentligt
- **Tilpasningsevne:** justere og forbedre systemet i lyset af erfaringer og ændrede omstændigheder, herunder evne til implementering
- **Hurtig genopretning:** tilbagevenden til normal drift efter en forstyrrelse
- **Bæredygtighed:** tilpasning til nye udfordringer og langsigtede forhold, som sikrer balance og den bedste anvendelse af tilgængelige ressourcer
- **Læring:** evne til at indsamle, analysere og samle læring

# Barrierer for fleksibel og afstemt opgaveløsning



# Kommissionens anbefalinger bygger på seks grundlæggende præmisser

**1**

Vi kan ikke optage en uforholdsmæssig stor andel af arbejdsstyrken.

**2**

Vi skal have meget skarpere prioritering.

**3**

Vi skal sikre attraktive arbejdspladser, og opgaverne skal løses fleksibelt med rette kompetencer.

**4**

Vi skal opprioritere vækst, innovation og kvalitet i det primære sundhedsvæsen.

**5**

Vi skal have større ambitioner for den strukturelle forebyggelse.

**6**

Vi skal have fokus på, at den sociale og geografiske ulighed ikke øges yderligere.

# Robusthedskommissionens anbefalinger



## STÆRKERE PRIORITERING OG KLOGERE OPGAVELØSNING

**Anbefaling 1:** Nationalt prioriteringsråd skal frigøre ressourcer til kerneopgaven

**Anbefaling 2:** Uhensigtsmæssig behandling skal nedbringes gennem stærkere faglig prioritering

**Anbefaling 3:** Prioritering skal styrkes gennem fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg

**Anbefaling 4:** Uhensigtsmæssig dokumentation skal nedbringes

**Anbefaling 5:** Kompetencer skal styrkes i alle regioner, geografi og sektorer

**Anbefaling 6:** Der skal styrkes kompetencer i "digitalt og teknologisk kompetence"

**Anbefaling 7:** Kompetencer i ibrugtagning af teknologi

**Anbefaling 8:** Digitale kompetencer og teknologiforståelse skal styrkes



## ATTRAKTIVE ARBEJDSPLADSER OG TID TIL KERNEOPGAVEN

**Anbefaling 9:** Ledelse skal prioriteres, og ledelseskvaliteten skal styrkes

**Anbefaling 10:** Flere skal arbejde på kerneopgaven

**Anbefaling 11:** Mere medarbejdere skal bruges

Ingen af anbefalingerne kan stå alene, og ingen kan i sig selv løse udfordringerne



## RETTE KOMPETENCER OG FAGLIG FLEKSIBILITET

**Anbefaling 16:** Der skal være mere sammenhæng og større fleksibilitet på tværs af sundhedsuddannelserne

**Anbefaling 17:** Efter- og videreuddannelser skal styrkes, så karrierevejene rettes mod praksis

**Anbefaling 18:** Faglige siloer skal nedbrydes, og flere skal bidrage

**Anbefaling 19:** Kobling mellem uddannelse og job skal styrkes, så praksis- og ansvarschok undgås

**Anbefaling 20:** Mere strategisk og langsigtet styring af udbud af de sundhedsfaglige uddannelser skal sikres

**Kræver ændret mindset,  
nyt forskningsmæssigt  
fokus, politisk mod, ....**

# 60-30-10

# udfordringen



# 'Less is more'

- Studie af behandling, mens de mest erfarne kardiologer er til kongresser
- Der bliver udført færre procedurer på disse dage
- Der er en højere overlevelse
- Dette gælder også (eller især) for højrisikopatienter

Reduktion eller seponering af behandlinger kræver mindst lige så meget evidens som indførelsen af nye behandlinger

Original Investigation | LESS IS MORE

## Mortality and Treatment Patterns Among Patients Hospitalized With Acute Cardiovascular Conditions During Dates of National Cardiology Meetings

Anupam B. Jena, MD, PhD; Vinay Prasad, MD; Dana P. Goldman, PhD; John Romley, PhD

**IMPORTANCE** Thousands of physicians attend scientific meetings annually. Although hospital physician staffing and composition may be affected by meetings, patient outcomes and treatment patterns during meeting dates are unknown.

**OBJECTIVE** To analyze mortality and treatment differences among patients admitted with acute cardiovascular conditions during dates of national cardiology meetings compared with nonmeeting dates.

**DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS** Retrospective analysis of 30-day mortality among Medicare beneficiaries hospitalized with acute myocardial infarction (AMI), heart failure, or cardiac arrest from 2002 through 2011 during dates of 2 national cardiology meetings compared with identical nonmeeting days in the 3 weeks before and after conferences (AMI, 8570 hospitalizations during 82 meeting days and 57 471 during 492 nonmeeting days; heart failure, 19 282 during meeting days and 11 4591 during nonmeeting days; cardiac arrest, 1564 during meeting days and 9580 during nonmeeting days). Multivariable analyses were conducted separately for major teaching hospitals and nonteaching hospitals and for low- and high-risk patients. Differences in treatment utilization were assessed.

**EXPOSURES** Hospitalization during cardiology meeting dates.

← Editor's Note page 245  
+ Supplemental content at [jamainternalmedicine.com](http://jamainternalmedicine.com)

**Author Affiliations:** Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts (Jena); Massachusetts General Hospital, Boston (Jena); National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts (Jena, Goldman); Medical Oncology Branch, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland (Prasad); Leonard D. Schaeffer Center for Health Policy and Economics, University of Southern California, Los Angeles (Goldman, Romley); RAND Corporation, Santa Monica, California (Goldman, Romley).

**Corresponding Author:** Anupam B. Jena, MD, PhD, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, 180 Longwood Ave, Boston, MA 02115 ([jena@hcp.med.harvard.edu](mailto:jena@hcp.med.harvard.edu)).

JAMA Intern Med. 2015;175(2):237-244. doi:10.1001/jamainternmed.2014.6781  
Published online December 22, 2014.

# Prioritering

→ «Politikerne og helsepersonellet har for **lite erfaring med å stå i begrensende valg**, selv om det daglig prioriteres i tjenesten. Det er krevende, for alle, å begrense tilbudet til pasientene og brukerne, ikke minst for helsepersonellet som står i klinisk arbeid i møte med den enkelte pasient. .... For at personellet skal klare å stå i vanskelige begrensende valg, **trengs det aktiv støtte fra alle de nevnte aktørene.**»  
(p. 15)



Aktører: Stortinget, regjeringen, politikerne generelt, tilsynsmyndighetene, helseforetakene og kommunene, arbeidslivets parter, personellet, pasienter, brukere og pårørende

# Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet

Analyse af begreber, drivkræfter og mulige indsatsområder



## Den kloge men svære konklusion

Drivkræfterne er multifaktorielle –  
indsatserne for at begrænse  
uhensigtsmæssig behandling og  
dokumentation kræver indsatser  
på flere niveauer

# Et differentieret sundhedsvæsen

**Anbefaling 3:** Prioritering skal styrkes gennem fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg

→ **Differentiering:** Nogle skal have andre tilbud (og mindre) og nogle skal have mere

→ Kræver

→ Populationsoverblik

→ Værktøjer og tilgange til visitering / triagering til forskellige tilbud

→ Organisationsændringer

→ Ændringer i retningslinjer, kvalitetsstandarder, kvalitetsdatabaser, formulering af rettigheder ....

→ Politisk vilje og mod

Tidsskrift for  
**Dansk Sundhedsvæsen**

97. årgang • Nr. 5 • September 2021



- Social segmentering af kvalitetsdata kan give mere lighed i behandling
- Kvalitetsarbejdet i almen praksis skal have en relationel vinkel
- Fremskudte funktioner kan øge ligheden i sundhedsvæsenet



**Bedre forløb for mennesker med kronisk sygdom**

Derfor skal behandlingsforløbene nytænkes

I dag hænger borgerens behandlingsforløb ikke godt nok sammen, de mødes ikke altid med den fagligt rigtige indsats, de bliver ikke involveret nok i egen behandling og de møder ofte pressede medarbejdere, der mangler kollegaer.

Problemet går ikke væk af sig selv. Tværtimod bliver det kun værre i de kommende år, når antallet af ældre og borgere med kronisk sygdom stiger, og arbejdskraftforføringen vokser. Værdigheden er, at kommuner, hospitaler og almen praksis kun kan levere kvalitet som i dag, hvis alle parter gør noget radikalt anderledes.

I dag behandler vi alt for mange borgere på sygehuse. Det har vi brug for at lave om. Ved at omstille sundhedsvæsenet skal der skabes plads til, at langt flere borgere kan få indsatsen i det rære sundhedsvæsen, så sygehuse kan fokusere på patienter med de mest specialiserede behov. Det kræver, at hele sundhedsvæsenet handler på en ny måde.

Hjerteforeningen, Gigtforeningen og KL er enige om, at omstillingen skal ske ud fra syv fælles principper.

# Patientrettigheder

- Stærkt politisk signal, **håndfast politisk styringsinstrument** og nemt at kommunikere politisk. Giver politisk sikkerhed for målsætninger, styring og disciplinering af sundhedsvæsenets aktører
- Understøtter andre **styringsmæssige rammer** – frit valg, kliniske retningslinjer, pakkeforløb, kliniske kvalitetsdatabaser, monitorering og offentliggørelse af information til patienter og borgere
- **Universelle rettigheder** – alle har ret til det samme ”serviceniveau” (men ikke kvalitet og outcome).
- Øget **patienttilfredshed og tryghed** – Klarhed (og tryghed) for patienter og befolkning.

# Patientrettigheder - problemstillinger

- Patientrettigheder er **prioritering af ressourcer** – nogle patienter får (bedre) rettigheder, andre får ingen eller færre rettigheder. U hensigtsmæssige prioriteringer mellem patientgrupper
- **Driftsøkonomi** – kort planlægningshorisont kan føre til mindre produktivitet pga. at kapacitet kan komme til at stå ledigt, ændringer og omlægninger i planer & dyrere hasteløsninger
- **U hensigtsmæssige forløb for patienter** – dårligere kvalitet, patientoplevelse og manglende hensyntagen til patienten
- U hensigtsmæssige work-arounds, demotivering og **burn-out** af personale

INDLAND

## Kræftlæger kræver opgør med kræftpakker: Der er ingen faglige argumenter for hurtig behandling

Hurtig behandling kan skade kræftpatienters overlevelseschance, siger kræftforsker.

### Dårligere overlevelseschancer

Kræftpakkernes maksimale ventetider er af flere årsager problematiske.

Den hurtige vej fra diagnose til behandling kan for de mest skrøbelige kræftpatienter øge risikoen for komplikationer, fordi patienten ikke er klar til at komme under kniven, siger Ismail Gögenur, professor med speciale i tarmkræft og leder i Forskningsenheden Center for Surgical Science på Sjælland Universitetshospital.

- Hvis du har en skrøbelig patient, en 75-årig kvinde der udover tarmkræft har hjerte- eller lungesygdom, og du går direkte til operation inden for kort tid, så vil den patients risiko for komplikation være stor.

- Den vil være væsentligt mindre, næsten halveret, hvis man udskyder operationen i fire til seks uger og bruger tiden til at gøre patienten stærkere til operationen, siger han.



# Gigantisk kommunikativ og kulturel opgave



**Anbefaling 2:** Uhensigtsmæssig behandling skal nedbringes gennem stærkere faglig prioritering.

Selvom ydelser giver ringe eller ingen sundhedsmæssig værdi, så kan det stadig opleves som et tab, når noget tages væk.

**Anbefaling 6:** Der skal indføres et fælles princip om ”digitalt og teknologisk først”

Skal komme alle til gode – men kræver tilvænning, nyt mindset, .....

Hvad kræver det?

- Nye kompetencer, planlægningstilgange, organiseringsændringer, mindset og kultur etc.
- Forventningsafstemning med politikere og offentligheden



# Tak for opmærksomheden

Mickael Bech

Professor i sundhedsledelse og –politik

Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet

→ Email: [mibech@sam.sdu.dk](mailto:mibech@sam.sdu.dk)

→ LinkedIn: [www.linkedin.com/in/mickaelbech](https://www.linkedin.com/in/mickaelbech)