

Ops

McKinsey&Company

# Analyse af kronikerindsatsen

Danske Regioner  
Sundheds- og Ældreministeriet  
Finansministeriet

Afrapportering | Oktober 2017

FORTROLIGT. ALLE RETTIGHEDER FORBEHOLDES  
Enhver benyttelse af dette materiale kræver udtrykkelig  
tilladelse fra McKinsey & Company.

## Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	2
Observationer	3
Løsningsforslag	5
Indledning	11
Baggrund	11
Formål	12
Arbejdets tilrettelæggelse	13
Metodiske overvejelser	14
Læsevejledning	15
Kronikerindsatsen	16
Registeranalysen	16
Opsummering	25
Styringsmæssige rammer	26
Sygehusenes styringsmæssige rammer	26
Styringsmæssige rammer for praksis	28
Styringsmæssige rammer for samarbejde mellem sygehus og praksis	29
Opsummering	30
Udfordringer og barrierer	31
Struktur	31
Samarbejdet mellem aktørerne	33
opsummering	41
Mulige tiltag og implementeringsovervejelser	42
Organisering	42
Styring og incitamenter	45
Samarbejde og arbejdsdeling	46

# Sammenfatning

Nærværende analyse har haft til formål, at dels belyse de bagvedliggende årsager til resultaterne af den tidligere registeranalyse, der blev gennemført i 2016, dels afdække mulige styringsredskaber, incitament og organiseringsformer, som kan sikre effektivitet, kvalitet og kontinuitet i behandlingsforløbene for de kroniske patientgrupper.

Samlet set har analysen vist, at der på det overordnede niveau efterspørges ”forpligtigelse” og transparens mellem sygehuse, sygehusafdelinger, praksis og kommuner. Både sygehuse og praksislæger efterspørger styringsmekanismer der sikrer, at patientforløb er sammenhængende, at aktørerne kan følge både den enkelte patient og patientgrupper, og som forpligter i forhold til omkostningseffektiv og sammenhængende behandling af høj kvalitet.

Analysen har samtidig vist, at mange sygehusafdelinger er aktive i forhold til kommuner og praksis for så vidt angår udgående aktivitet, hotlines for patienter, praksis og kommuner, undervisning, opfølgning i hjemmet og lignende – inden for de givne rammer. Afdelingerne tager initiativ, ofte på individniveau, og benytter gode relationer, og samarbejder på ”græsrodsniveau”, der søger at sikre opfølgning på patienter, imødekommelse af unødvendige indlæggelser og generel udgående proaktivitet.

Der sker således en række forskellige lokale initiativer mellem aktørerne, som opleves positivt, men som umiddelbart (endnu) ikke kommer direkte til udtryk i form af strukturelle ændringer som eksempelvis færre indlæggelser og omstilling fra sygehus til primærsektor.

Den tidligere gennemførte registeranalyse af kronikeraktiviteten<sup>1</sup>, viste i forlængelse af ovenstående ingen klare mønstre eller tegn på strukturelle ændringer eller omstillinger i patientaktiviteten, men viste generelt en stigende aktivitet på både sygehuse og i praksis på tværs af forskellige patientpopulationer – og skal ses i sammenhæng med de kroniske sygdommes progredierende karakter.

Samlet indikerer nærværende kvalitative analyse, og den kvantitative registeranalyse, at der udestår en række centrale udfordringer i forhold til at sikre gode sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb inden for sygehusene og mellem aktørerne. Samtidig er der en række muligheder og allerede eksisterende initiativer, der gennem en mere systematisk udbredelse

<sup>1</sup> Registeranalyse af sygehusenes håndtering af udvalgte kronikergrupper (2016)

forventeligt kan understøtte bedre sammenhæng i patientforløb og potentiel omstilling.

## OBSERVATIONER

Der er gjort en række forskellige observationer i forbindelse med den kvalitative analyse. Observationerne omhandler specifikke barrierer og udfordringer på sygehusniveauet, i praksis og i samarbejdet mellem sygehusafdelinger, praksis og kommuner.

### Barrierer og udfordringer på sygehusniveau

De oplevede barrierer og udfordringer på sygehusniveauet, omhandler primært de styringsmæssige rammer, systematisk opfølgning, brug af data, segmentering og afslutning af patienter, og behov for mere fleksible forløbsprogrammer:

- **Styringsmæssige rammer:** Der er ikke styringsmæssige rammer eller incitamenter der i tilstrækkeligt omfang understøtter tværgående forløb inden for sygehuset eller på tværs af aktører. Sygehusafdelinger – som praksis og kommuner – agerer inden for givne budgetter, men der er ikke særlige styringsmekanismer, der støtter sammenhængende behandlingsforløb for de kroniske patienter internt på sygehuse, eller i forhold til de øvrige aktører.
- **Systematisk opfølgning:** Der anvendes ikke systematisk opfølgning på forløb, patienter eller specifikke patientgrupper, og der mangler generelt transparens mellem afdelinger og i forhold til andre aktører. Data anvendes kun i begrænset omfang til planlægning og opfølgning på specifikke patientgrupper. Samlet set arbejder sygehusafdelinger fragmenteret inden for sygehuset, og i forhold til praksis og kommuner. Et forhold der kan være en mulig direkte forklaringsfaktor for billedet fra registeranalysen.
- **Deling og brug af data:** Manglende deling af data intern mellem sygehusafdelinger og med de øvrige aktører opleves som en væsentlig barriere for mere sammenhængende forløb og generelt bedre samarbejde. Særligt gælder muligheden for at tilgå information om patienternes forløb uden for afdelingerne. Der deles information via epikriser, men ikke på et niveau, som skaber nødvendig transparens og overblik over den enkelte patients behandlings- og plejeforløb. Det leder ofte til, at patienten er den primære informationskanal mellem afdeling og praksis.
- **Segmentering af patienter:** Det er en generel udfordring, at patienter der henvises til sygehuset, ikke altid har behov for specialiseret behandling, og der mangler en mere systematisk segmentering af patienter, og vurdering af hvem der skal modtage behandling på sygehusafdelinger. Afdelingerne

oplever meget forskellige henvisningsmønstre på tværs af praksisser i optageområderne, typisk drevet af meget forskellige interesseområder og kompetencer i praksis.

- **Afslutning af patienter:** Patienter der er i behandlingsforløb på sygehusafdelinger, afsluttes umiddelbart ikke altid til praksis, når de først er kommet i kontakt med sygehusvæsenet. Sygehusafdelinger opleves som usikre på, hvad der sker med patienten når de afslutter et ambulante forløb. Afdelingen skal betrykkes i det videre forløb, fx gennem tættere dialog mellem aktørerne. Dette kan være en anden mulig direkte forklaringsfaktor for billedet fra registeranalysen.
- **Forløbsprogrammer:** Forløbsprogrammer opleves som værende for ufleksible i forhold til den heterogene kronikergruppe. Der er således behov for at kunne afvige fra programmerne, dels for tilpasse den enkelte patients faktiske behov for eksempelvis kontroller, dels for at frigøre ressourcer til det stigende antal kronikere, der skal tilses og behandles. De involverede afdelinger har forskellige tilgange på dette område – hvor nogle følger forløbsprogrammer konsekvent, mens andre afviger efter behov og egen vurdering.

## Barrierer og udfordringer på praksisniveau<sup>2</sup>

De oplevede barrierer og udfordringer i praksissektoren relateres ligeledes til styringsmæssige rammer, systematisk opfølgning og brug af data samt kompetencer til at behandle kronikergruppen:

- **Styringsmæssige rammer:** Som gældende for sygehusniveauet er der ikke styringsmæssige rammer eller incitamenter i praksis, der understøtter tværgående forløb på tværs af aktører. Praksis fungerer meget fragmenteret og forskelligartet inden for de givne rammer, som både registeranalyse og de kvalitative interviews indikerer.
- **Systematisk opfølgning:** Som tilsvarende gældende for sygehusniveauet sker der ikke systematisk opfølgning på forløb, patienter eller specifikke patientgrupper, og der mangler generelt transparens i praksis. Det gælder særligt henvisningspraksis og opfølgning på afsluttede patienter til praksis fra sygehuse.
- **Deling og brug af data:** Manglende deling af data er ligeledes en udfordring i praksis, særligt opleves det som en barrierer for sammenhængende behandlingsforløb, at informationer om patienter der udskrives til praksis ikke videregives på en sådan måde, at praksis

<sup>2</sup> Praksis i analysen er alene repræsenteret ved direktionen i PLO og praksislæger fra PLO's bestyrelse.



automatisk modtager meddelelse om fx behov opfølgning på specifikke patienter (skal selv proaktivt opsøge denne information via epikrise).

- **Udvikling af kompetencer:** Der er meget forskellige interesseområder og kompetencer blandt praksislæger, og dermed også forskellige tilgange til håndtering af kronikergruppen. Samtidig sker der en stor udvikling inden for kronikerbehandlingen som ikke automatisk forankres i praksis. Der således ikke den nødvendige opfølgning og opkvalificering, og dermed forhindres umiddelbart en større omstilling til praksis fra sygehusafdelinger.

### Barrierer for samarbejdet mellem sygehusafdelinger og almen praksis (og kommune)

Analysen har sidst blotlagt forskellige oplevede barrierer og udfordringer i samarbejdsrelationen. Der tegner sig et billede af det nære samarbejde mellem sygehuse, praksis og kommuner, som et samarbejde der fremstår siloopdelt og i høj grad kendetegnes ved manglende viden om opgavevaretagelsen blandt de øvrige aktører:

- **Samarbejdsrelationer:** Samarbejde mellem aktører opleves som ovennævnt meget "siloopdelt". Særligt sygehusafdelinger oplever manglende eller svingende kompetencer til behandling og varetagelse af kronikere i både kommuner og almen praksis – manglende interesse eller kompetencer i kroniske sygdomme begrænser deling af viden og mulighed for samarbejde. Modsat oplever praksis manglende anerkendelse af kvalitet i praksis og vilje til omstilling.
- **Sundhedsaftaler:** Sundhedsaftaler og andre aftalebaseret initiativer opleves ikke som forpligtende og forankres ikke på afdelinger, eller i praksis og kommuner, som generelt ikke orienteres sig mod dem. Der findes en række lokale initiativer der søger at forpligte på tværs af aktører, men efterleves ofte kun af praksislæger som i forvejen er fagligt interesseret.

### LØSNINGSFORSLAG

Samlet anerkender interviewpersonerne på tværs af sygehusledelser, afdelinger og praksis (PLO) et potentiale og behov for større omstilling af kronikergruppen til laveste effektive omkostningsniveau for behandling og pleje. Der efterspørges mekanismer der styrker forpligtigelse, et klarere patientansvar og forenede økonomiske incitament, systematisk deling af data og (mål-) opfølgning på kronikeraktiviteten på tværs af aktører, indførelse af nationale standarder for praksis og kommuner, specialiserede kompetencer i særligt praksis og lignende.

Det leder til række mulige løsningsforslag, som kan adressere ovenstående forhold inden for tre overordnede temaer: Organisering, Styling og incitament

samt Samarbejde og arbejdsdeling, der har varierende muligheder for indførelse under de nuværende strukturelle rammer:

## Organisering

Forslagene under organisering er primært rettet mod ansvaret for patienten på tværs af aktørerne, herunder adresseres den manglende forpligtigelse:

- **Styrket populationsansvar:** Styrket populationsansvar, hvor én instans, fx en region, har det samlede ansvar for populationen på tværs af de kendte aktører. Ansvaret rækker således ud over indsatsen omkring pleje og behandling, men omfatter reelt også forebyggelse, tidlig opsporing og lignende for den samlede population. Et populationsansvar vil imødekomme den grundlæggende mangel på forpligtelse, da den ansvarlige instans har beføjelse til at planlægge arbejdsdeling mellem og på tværs af de kendte aktører, og dermed være styrende for den samlede aktivitet.
- **Styrket patientansvar:** Styrket patientansvar, hvor enten sygehusafdeling eller praksissektor ideelt set har det samlede ansvar for hele patientforløbet på tværs af sektorer. Patientansvaret er målrettet det enkelte forløb på individniveau, og mindre omfattende end det samlede populationsansvar. Det afgørende er imidlertid, at der placeres et mere entydigt ansvar og forankring af patientens vej i sundhedssystemet.
- **Styrket forpligtigelse:** Styrket forpligtelse og integration mellem sektorer, som alternativ til entydig populations- eller patientansvar. Det kan eksempelvis være en governance-model med aftalte "krav" om deltagelse i specifikke velbeskrevne initiativer, fx faste møder mellem aktørerne (som det allerede sker flere steder, men med obligatorisk deltagelse), opfølgning på måltal for kronikere, segmentering efter specifikke retningslinjer, brug af tværsektorielle behandlingsplaner, udgående aktivitet, entydige kontaktpunkter, diabetesdage i praksis, sygehuse der giver faglige bidrag/sparring i forbindelse med kommuners udarbejdelse af tilbud m.v.
- **Styrket dialog i forbindelse med sektorovergange:** Styrket dialog i forbindelse med sektorovergange kan også ses i sammenhæng med samarbejde og arbejdsdeling. Brug af fx videokonferencer mellem afdeling, praksis og patient, vil styrke det fælles ansvar, forståelse af patientspecifikke behov i overgang og behandlingsforløb og generelt styrke tillid mellem aktører. Det gælder således også muligheden for styrket patientinvolvering og egenomsorg. Brug af videokonferencer ved udskrivning forsøges anvendt flere steder, og kan umiddelbart iværksættes på kortere sigt.
- **Styrket brug af udgående teams:** Styrket brug af udgående teams kan tilsvarende ses i sammenhæng med samarbejde og arbejdsdeling. Udgående teams er sygehuspersonale, der laver opfølgning på patienten i eget hjem

eller kommunalt tilbud som plejehjem (vante omgivelser), eller tilser patienter direkte i praksis. Det gælder fx opfølgning på behandling i eget hjem kort efter udskrivning, eller såkaldte diabetesdage, hvor patienter tilses af sygehuslæger eller sygeplejersker i praksis på særlige dage, med henblik på at bringe specialistviden til kronikere i praksis, inden behovet for sygehusbehandling opstår (patienter holdes velregulerede). Udvidet brug af udgående teams, vil kræve nærmere aftale mellem aktørerne, men kan umiddelbart iværksætte på kortere sigt.

- **Større enheder i praksis:** Etablering af større praksisenheder, hvor det er muligt at øge specialisering og kompetencer inden for kronikergrupper. Det kan fungere som grundlag for udflytning af mere basisbehandling, og større specialisering på sygehuse. Sygehuse vil således kunne fungerer som tovholder på patienter med specialistbehov, mens praksis vil fungerer som tovholder på mere velregulerede "lette" patienter, fx i kontrolforløb. Større enheder vil umiddelbart kræve ændringer til den nuværende struktur, fx centrale krav til organisering i form af størrelse og specialisering af enheder.
- **Nationale kvalitetsstandarder:** Indførelse af kvalitetsstandarder på tværs af sektorerne, således standarder gælder for både afdelinger, praksis og kommuner. Fælles kvalitetsstandarder stiller større – men fælles – krav om ensartet indhold og tilrettelæggelse af den samlede behandling og pleje på tværs af alle aktørerne. Det kan fremme samarbejdet gennem en fælles reference for hvordan behandlings- og plejeforløbet bør forløbe. Sundhedsstyrelsen skal således definere krav og standarder til behandling og pleje, der kan gøres gældende på tværs af alle sektorer (som det også kendes fra fx kommunale akutfunktioner, hvor Sundhedsstyrelsen opstiller krav og anbefalinger til fx varetagelse af særlige sygeplejeindsatser, kvalitet, involverede personalegrupper og patientsikkerhed, samarbejdet mellem aktører m.v.).

Forslagene skal vurderes enkeltvis, og er ikke gensidigt udelukkende. Herunder vil et entydig patientansvar løse for problemstillingen omkring forpligtigelse, mens styrket dialog ved sektorovergange, nationale standarder for praksis og kommuner samt større enheder i praksis vil være relevant uanset hvordan større forpligtelse og/eller entydig ansvar for patienten etableres.

## Styring og incitamenter

Forslagene under styring og incitamenter er rettet mod de styringsmæssige rammer, og adresserer de mekanismer der skal understøtte en faglig og omkostningsmæssig effektiv håndtering af patientforløbet:

- **Systematisk styring og (mål-) opfølgning:** Systematisk opfølgning på relevante mål for behandlings- og plejeforløbet, herunder resultatopfølgning inden for sygehuse – og på tværs af sygehuse, praksis og kommuner. Det kan



være opgørelser af genindlæggelser, kontrolbesøg, kvalitetsindikatorer og lignende, der dokumenterer og synliggør variationer i kvalitet, aktivitet og omkostninger inden for specifikke patientgrupper. Opgørelserne kan baseres på eksisterende data i aggregeret form, og kan umiddelbart iværksættes på kort sigt (hvor fx regionen udarbejder datatræk og deler i dialogen med praksis og kommuner).

- **Styrket datamæssig integration:** Styrket system- og datamæssig integration, fx fælles systemer og adgang til data på tværs af aktører. Det kan imødekomme behov for praktiske elementer som ”push” af information fra sygehusafdeling til praksis, der sikrer praksis ser instruktion fra sygehus, og dermed sikrer patienten fortsætter iværksat behandling efter det planlagte forløb, deling af information om patientens historik på tværs af sektorer, samt mere avancerede muligheder for risikoscorening af patienter og deraf prædiktion af sygdomsudvikling, behandlingsudfald og lignende. Datadeling vurderes som værende en af de væsentligste drivere for transparens mellem det sundhedsfaglige personale i de forskellige sektorer, og dermed bedre og mere sammenhængende behandlings- og plejeforløb på tværs af sektorer.
- **Forening af økonomiske incitamenter:** Forening af de økonomiske incitamenter er reelt en fælles finansieringsmodel på tværs af de nuværende sektorer. Herunder samles økonomi for behandling og pleje på tværs af sektorer, således der ikke er modsatrettede incitamenter i forbindelse med fx henvisning, behandling, udskrivning, lokale initiativer og tilbud. Formålet er at skabe ét samlet incitament til at behandle den enkelte patient på det mest omkostningseffektive niveau, med samme kvalitetsniveau, og derigennem drive en større omstilling. En sådan løsning vil kræve substantielle ændringer af den nuværende struktur, hvor aktivitet og økonomi – eller ansvaret for – samles under én instans. Dette kan ses i nær relation til populationsansvar.

Disse forslag skal ligeledes vurderes enkeltvis, men forslagene kan indføres både sammen og enkeltvis.

## Samarbejde og arbejdsdeling

Samarbejde og arbejdsdeling retter sig mod forbedringer internt på sygehusafdelingerne, og i det nære samarbejde mellem afdelinger, praksis og kommuner. Særligt sygeplejersker er gennem hele interviewforløbet blevet fremhævet som en særlig driver for frigørelse af læge ressourcer, bedre kapacitetsudnyttelse og generelt styrket samarbejde mellem aktørerne:

- **Større opgaveglidning:** Større opgaveglidning mellem læger og sygeplejersker, hvor sygeplejersker overtager flere dele af patientforløbet, herunder gennemførelse af tilsyn og kontrol af (velregulerede) kronikere

uden involvering af læger. Dette vil frigøre lægerressourcer til kronikere med større behov, og imødekomme den stigende kronikeraktivitet, og kan samtidig bidrage til at styrke samarbejdet med praksis og kommuner – i det omfang sygeplejersker på tilsvarende vis overtager flere opgaver i særligt praksis, men også i kommuner. Opgaveglidning opleves kulturelt betinget (inden for de faglige rammer), og kan i højere grad påvirkes systematisk gennem specifikke faglige retningslinjer for hvilke opgaver sygeplejersker kan påtage sig i forbindelse med kronikere.

- **Fleksible ambulatorier:** Indførelse af fleksible ambulatorier der muliggør hurtig adgang til specialistbehandling for kronikere, og dermed forebyggelse af indlæggelser. Det betyder praktisk, at afdelingerne skal holde et antal tider fri på faste dage, således praksis kan henvise patienter på dag-til-dag basis (eller med kort varsel). Dermed muliggøres hurtig og fleksibel adgang til specialistbehandling for kronikere med risiko for at ”vælde” i praksis, og dermed starte længere behandlingsforløb på sygehusafdelinger – startende med (akut) indlæggelse.
- **Systematisk brug af hotline:** Systematisk brug af hotlines for patienter, der kan henvende sig vedrørende eget forløb, samt praksis der kan henvende sig med henblik på hurtig adgang til specialistviden, som alternativ til henvisning af patient til ambulans besøg. Det betyder, at den enkelte afdeling skal afsætte tid (personale) til at besvare opkald fra patienter og praksislæger der søger råd og vejledning for at undgå unødvendige henvisninger til sygehusbehandling.
- **Undervisning og kompetenceudvikling:** Fokuseret undervisning og kompetenceudvikling i både praksis og kommuner, herunder uddannelse i håndtering i de store kronikergrupper. Det kan fx være afdelinger, der underviser i håndtering af specifikke kronikergrupper, herunder hvornår der er reelt behov for specialistbehandling, hvordan kronikere holdes velregulerede, hvordan udskrevne patienter modtages og fortsættes i fx kontrolforløb, hvordan indlæggelser undgås og lignende. Eksempelvis kan initiativer som ”Diabetesskoler” for patienter udvides til praksis og kommuner, Kompetenceudvikling er grundlag for større og mere systematisk omstilling af behandling fra sygehus til praksis og kommune (og evt. egenomsorg).
- **Større fleksibilitet i forløbsprogrammer:** Større fleksibilitet i forløbsprogrammer, særligt i forbindelse med tilrettelæggelse af kontroller (antal og frekvens), der for visse kronikere er unødvendige og dermed optager tider for andre kronikere med større behov. Programmerne tager ikke tilstrækkelig hensyn til den store variation i kronikergruppen, og skal derfor i højere grad tilpasses patientgruppens heterogenitet. Flere afdelinger afviger allerede programmer af hensyn til bedre kapacitetsudnyttelse og hensyn til den enkelte patient.

Løsningsforslagene har forskellig karakter, og tager udgangspunkt i de forslag og overvejelser som er gjort i forbindelse med de gennemførte interviews. Det skal bemærkes, at visse af ovenstående forslag kræve mere substantielle ændringer i den samlede struktur i sundhedssektoren for at realisere.

# Indledning

Gruppen af kroniske patienter forventes at stige de kommende år, og dermed optage en større andel af den samlede kapacitet på sygehusene. Stigningen vil sætte pres på efterspørgslen for behandling og pleje.

Sammenholdt med et meget begrænset råderum for holdbare offentlige finansier, stiller det krav til et sundhedsvæsen, der leverer en omkostningseffektiv og sammenhængende behandling af høj kvalitet for disse borgere. En effektiv håndtering af gruppen er således en central prioritet.

## BAGGRUND

McKinsey & Company (McKinsey) gennemførte i foråret 2016 en registeranalyse af udvalgte kronikergrupper for Finansministeriet. Formålet var, at belyse omkostningseffektivitet på tværs af sygehusene, og samtidigt vurdere muligheder for og potentialer ved omstilling af behandlingen af disse patienter fra sygehusene til decentrale enheder som udgående sygehusfunktioner, praksis eller kommuner.

Analysen fokuserede på kronikerpopulationer diagnosticeret med enten diabetes type 2 eller Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), og blev baseret på detaljeret dataanalyse og sammenligning af aktivitetsmønstre på tværs af sygehuse og praksissektor. Analysen blev desuden suppleret med internationale erfaringer vedrørende håndtering af kronikere fra sammenlignelige lande som Storbritannien og Sverige.

Registeranalysen viste bl.a. at:

- Kronikere har relativt mange kontakter til sygehus og praksis sammenlignet med resten af befolkningen; de har i gennemsnit flere sygehuskontakter, ligger længere og ses mere i praksis over tid
- En voksende andel af patienter med kroniske sygdomme behandles på sygehusene over tid
- Der er variation i patienternes behandlingsmønster på tværs af sygehusene, både ift. antal kontakter, forholdet mellem ambulante kontakter og indlæggelser og varighed
- Der er indikation af, at patienter med kronisk sygdom fortsætter med at modtage behandling i sygehusregi – uden substitution mellem sygehus- og praksissektor. Der er ikke statistiske sammenhænge mellem antallet af

ambulante besøg, indlæggelser eller praksisbesøg på tværs af sygehuse og forskellige sygdomspopulationer

- Det er forventningen, at det vil være omkostningseffektivt, hvis en større andel af gruppen af kronisk syge patienter håndteres uden for sygehusregi – gennem omstilling til behandling i praksis og kommuner samt styrket egenomsorg.

Nærværende analyse omfatter en kvalitativ analyse på en række udvalgte sygehuse, der skal bidrage til at kvalificere registeranalysen, og afdække de bagvedliggende årsager til resultaterne. Udvalgte dele af registeranalysen er gengivet i det følgende kapitel, Kronikerindsatsen.

Analysen har haft fokus på hvordan kronikerforløb tilrettelægges og gennemføres, særligt på tværs af sygehuse, praksis og kommuner, og hvilke årsager der er til variationer i behandlingsforløbet, samt hvad der kendetegner det ”gode” kronikerforløb og hvilke muligheder og barrierer der er herfor.

## FORMÅL

Analysens formål har således været todelt; Dels at afdække de bagvedliggende årsager til registeranalysens resultater, herunder variation i aktivitetsmønstre og kronikerbehandling, dels at afdække mulige styringsredskaber, incitamenter og organiseringsformer, som kan sikre effektivitet, kvalitet og kontinuitet i behandlingsforløbene for de kroniske patientgrupper.

Målet har været, at identificere mulige økonomiske eller strukturelle tiltag, der kan understøtte en omkostningseffektiv behandling af kroniske patientgrupper, hvor patienten samtidig oplever samme eller større kvalitet i behandling og forløb. Spørgsmålet er, om en større andel af gruppen af kronisk syge patienter kan håndteres uden for sygehusregi? Analysens fokus har derfor været bredere end alene sygehusstyring, men også søgt at belyse centrale faktorer som arbejdsdeling mellem sygehus, praksis og kommuner, lokale aftaler og lignende.

Analysen er gennemført som en kvalitativ interviewproces, der skal bidrage til en dybere forståelse af kronikerindsatsen, herunder forståelse for eksisterende løsningsmodeller samt muligheder og barrierer for øget omkostnings- og kvalitetsmæssig effektivitet i behandlingen af kronikere.

Denne afrapportering opsummerer analysens resultater, og søger at konkretisere de væsentligste barrierer og mulige tiltag der kan understøtte optimal – økonomisk og kvalitetsmæssig – behandling af kronikere. Afrapporteringen er holdt i en kort form, kan med fordel læses i sammenhæng med den tidligere registeranalyse.



## ARBEJDETS TILRETTELÆGGELSE

Projektet har været organiseret med et konsulentteam fra McKinsey og en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Danske Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet samt Finansministeriet. Danske Regioner har indledningsvist orienteret regionerne om projektet, hvor der er udsendt en kort beskrivelse af baggrund, formål og proces til udvalgte kontaktpersoner.

McKinsey har i forlængelse heraf gennemført interviews på sygehusafdelinger og med sygehusledelser. Dertil er der gennemført fokusgruppeinterviews med repræsentanter fra alle regioner. Som supplement er der gennemført interviews med den administrerende direktør i PLO og to udvalgte praksislæger fra PLO's bestyrelse.

Fokus for interviews har været på indsatsen på sygehusniveau og arbejdsdelingen mellem primær og sekundær sektor. Desuden er der foretaget gennemgang af relevant materiale som sundhedsaftaler, forløbsprogrammer og andet relevant baggrundsinformation. Nedenstående figur opsummerer hvilke sygehusenheder der har været involveret.

**Figur 1: Gennemførte interviews på sygehuse**

Region	Hospital	Kronikerområde		Interviewperson		
		Type II Diabetes	KOL	Direktionsmedlem	Læge(r)	Sygeplejerske(r)
Region Hovedstaden	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	✓	✓	✓	✓	✓
	Herlev og Gentofte Hospital	✓	✓	✓	✓	✓
	Bornholm Hospital	✓	✓	✓	✓	✓
Region Sjælland	Næstved Sygehus					
	Nykøbing Falster Sygehus		✓		✓	✓
Region Syddanmark	Odense Universitetshospital	✓			✓	✓
	Kolding Sygehus	✓	✓	✓		
	Vejle Sygehus	✓	✓		✓	✓
Region Midtjylland	Hospitalsenhed Horsens	✓			✓	
	Aarhus Universitetshospital	✓			✓	✓
Region Nordjylland	Aalborg Universitetshospital	✓	✓		✓	

Gennem projektføreløbet har der været en væsentlig inddragelse af arbejdsgruppen og opfølgning med interviewpersoner i forbindelse med den grundlæggende forståelse af kronikerbehandlingen og de mulige barrierer og

fremadrettede tiltag. Desuden er inddraget resultater fra tidligere analyser, fx KORAs kortlægning af alternative regionale styrings- og afregningsmodeller<sup>3</sup>.

## METODISKE OVERVEJELSER

Den metodiske tilgang har som beskrevet været kvalitativ, og arbejdsgruppen har i samarbejde med McKinsey defineret en række specifikke emner og tilhørende spørgsmål, der har været omdrejningspunktet i forbindelse med alle interviews. Spørgeguiden er vedlagt i appendiks, og indeholder overordnet:

- **Introduktion:** Introduktion til analysens formål og resultaterne fra den tidligere registeranalyse
- **Strukturelle forhold:** Spørgsmål omkring den generelle udvikling i behandlingen af kronikergrupperne, målrettede (styringsmæssige) indsatser for kronikergrupperne, samarbejdet omkring kronikerne på tværs af sektorer, særligt med fokus på barrierer og muligheder for øget omstilling og behandling på lavest effektive niveau samt eventuel dokumenterede effekter af specifikke nationale eller lokale indsatser
- **Patientforløbet:** Spørgsmål omkring det typiske behandlingsforløb for de udvalgte kronikergrupper, beskrivelse af forløb, arbejdsopgaver, ansvar, kompetencer og lignende i forbindelse med sektorovergange, samt beskrivelse af det ideelle forløb ud fra et kvalitetsmæssigt og økonomisk perspektiv
- **Konklusion:** Opsamling og spørgsmål om hvordan kronikerbehandlingen tilrettelægges bedst muligt, uden hensyn til eksisterende strukturelle rammer og kendte barrierer.

Der har været gennemført 25 interviews på sygehuse med deltagelse af mere end 50 interviewpersoner og 2 gruppeinterviews med ca. 10 repræsentanter fra regionerne, mens der er gennemført tre interviews (med tre interviewpersoner) som repræsentanter fra PLO. Der er således en væsentlig forskel i bredde, og hvor repræsentativt det kvalitative input er fra regioner og sygehuse henholdsvis almen praksis. Ved læsningen af analysens observationer og konklusioner omkring særligt samarbejde, sektorovergange og mulighed for omstilling mellem sygehus og praksis, skal dette forhold således tages i betragtning.

<sup>3</sup> KORA: Kortlægning af alternative regionale styrings- og afregningsmodeller for sygehuse, som har afsæt i værdibaseret styring, 2016

## LÆSEVEJLEDNING

Rapporten består af 3 kapitler ud over sammenfatning og indledning. Kapitlet Kronikerindsatsen beskriver udvalgte resultater fra den tidligere registeranalyse, der viser udviklingen i sygehus- og praksisaktivitet for kronikere. Kapitlet Styringsmæssige rammer beskriver de rammer sygehuse, afdelinger og praksis er underlagt i relation til kronikerbehandlingen. Kapitlet Udfordringer og barrierer skal ses i forlængelse af registeranalysens resultater, og beskriver netop de udfordringer og barrierer som den kvalitative analyse har identificeret som værende væsentlige for en effektiv behandling af kronikere, særligt på tværs af aktørerne. Kapitlet søger at kvalificere og forstå de bagvedliggende årsagerne til registeranalysens resultater. Sidste kapitel Mulige tiltag og implementeringsovervejelser beskriver forslag, som kan bidrage til bedre samarbejde, overgange mellem sektorer og generelt bedre omkostnings- og kvalitetsmæssige patientforløb.

# Kronikerindsatsen

Der er gennem den seneste årrække forekommet en markant stigning i andelen af befolkningen med en kronisk sygdom, og i dag lider ca. hver tredje dansker af en kronisk sygdom<sup>4</sup>. Dette kan delvist forklares af den demografiske udvikling, hvor antallet af nye kronikertilfælde især er stigende hos den ældre del af befolkningen som følge af flere ældre, længere levetid, flere diagnoser og lignende. Dertil kommer en stigende tendens til komorbiditet hos flere kronikerpatienter, hvilket både øger kompleksiteten af planlægning og kommunikation intern på sygehuse og mellem sygehuse, almen praksis og kommuner.

Der tegner sig dermed et billede af kronikergruppen, som en patientgruppe der generelt har markant flere kontakter til både sygehus og almen praksis end den generelle befolkning, som er betydeligt mere kompleks at udrede, og som påfører et stigende pres på sundhedsvæsenets økonomi og faglighed som følge af et relativt højt forbrug og krav til den individuelle behandling.

Med afsæt i udvalgte resultater fra den tidligere udarbejdede rapport, gengives der i nærværende kapitel en beskrivelse af udvalgte kronikergrupper, nærmere patienter diagnosticeret med diabetes type-2 eller KOL. For yderligere information henvises til den tidligere rapport, *Registeranalyse af sygehusenes håndtering af udvalgte kronikergrupper (2016)*.

## REGISTERANALYSEN

Registeranalysen havde til formål, at beskrive udviklingen i forbruget af sygehus- og praksisydelser for de udvalgte kronikergrupper. Analysen blev udført ved, at der blev opstillet forskellige populationer, hvis forbrug blev analyseret over en årrække. Populationen blev rensset for ulykker, cancerbehandling og andre lignende behandlingsaktiviteter, som giver anledning til hyppige kontakter med sygehusvæsenet. Analysen tog dermed udelukkende afsæt i kontakter som kan henledes direkte til diabetes, KOL eller komplikationer.

Nærværende afsnit gengiver udvalgte resultater fra registeranalysen, suppleret med den efterfølgende oparbejdede viden tilvejebragt gennem interviews af klinisk såvel som administrativt personale inden for sygehusvæsenet.

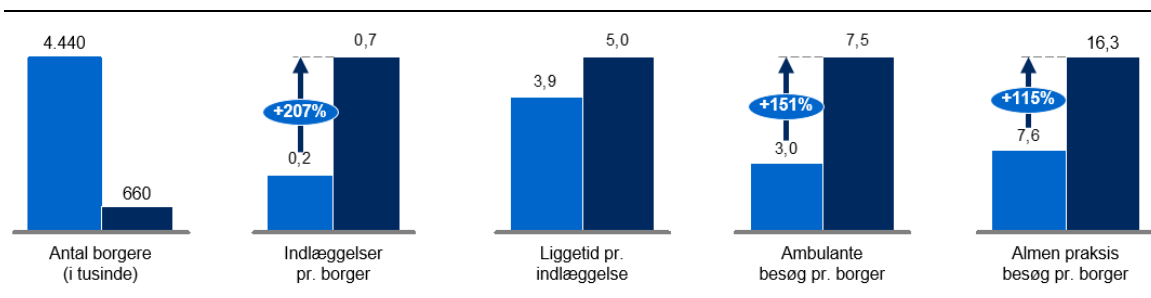
<sup>4</sup> <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom>

Det bemærkes, at registeranalysen ikke inddrager eventuelle forskelle i kvalitet mellem sygehuse og praksis, der potentielt kan have indflydelse på de mønstre i aktiviteten som belyses.

## Udviklingen i kronikergruppen

Den samlede kronikergruppe udgør ca. 12 pct. af den samlede befolkning, men har betydelig mere kontakt til og med sygehusvæsenet end den generelle befolkning jf. figur 2. Kronikere har således i gennemsnit 2-3 gange så meget kontakt til sygehusvæsenet og almen praksis som den generelle befolkning, hvilket naturligt foranlediger overvejelser af potentialet for effektivisering af behandlingen.

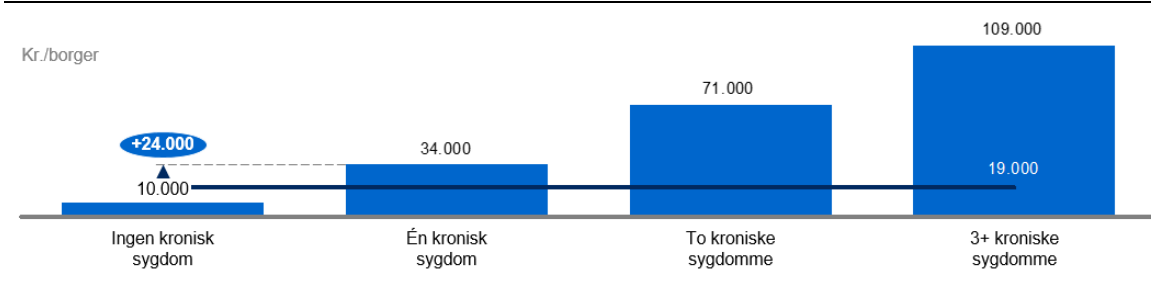
**Figur 2: Kronikernes kontakt til sygehusvæsenet**



Kilde: Egne beregninger efter metode anvendt i Sundhedsdatastyrelsens publikation "Store udgifter forbundet med multisygdom", 2015

Som følge af markant større aktivitet vedrørende kronikere, er sundhedsvæsenets udgiftsniveau til denne gruppe følgende betydeligt højere. Udgiftsniveauet er endvidere stigende med antallet af kroniske sygdomme jf. figur 3. Heraf fremgår det, at patienter med én kronisk sygdom i gennemsnit har ca. 3,5 gange højere udgifter end patienter uden en kronisk sygdom og 1,8 gange højere end den generelle befolkning. Ved én yderligere kronisk sygdom vil patienter, der i forvejen har én eller to kroniske sygdomme, således have merudgifter på ca. 40.000 kr.

**Figur 3: Gennemsnitlige sundhedsudgifter**

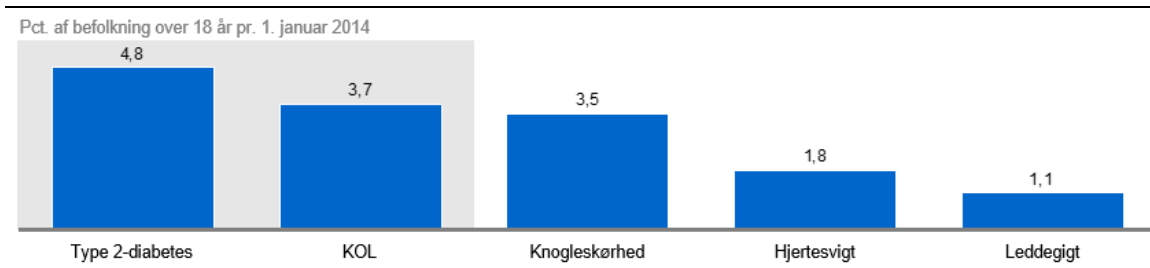


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen publikation "Store udgifter forbundet med multisygdom", 2015



Blandt de mest almindelige kronikergrupper er type 2-diabetes og KOL de mest udbredte sygdomme, hvor ca. 5 pct. af befolkningen lider af type-2 diabetes mens ca. 4 pct. lider af KOL, jf. figur 4.

**Figur 4: Andel af befolkningen med kroniske sygdomme**



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen publikation "Borgere med multisygdom", 2015

De efterfølgende afsnit tager udgangspunkt i udviklingen i udvalgte diabetes- og KOL-populationers forbrug af ydelser på sygehus og i almen praksis.

Det skal bemærkes i forbindelse med gennemgangen af udviklingen i de udvalgte populationer, at begge sygdomme er progredierende. Det betyder, at patienterne ikke helbredes for deres sygdom (jf. de er kronikere), men at lidelserne er gradvist tiltagende over tid. Behandlingen er derfor rettet mod at holde patienterne velregulerede, og dermed bedst muligt modvirke udviklingen mod en dårligere tilstand, fx med følgesygdomme, og behov for specialistbehandling på sygehuse.

## Diabetikere

Registeranalysen behandler tre forskellige populationer med diabetes type 2. Dette afsnit behandler den største population, der er defineret som gruppen af diabetespatienter over 18 år med debut før 2010, defineret via Registeret for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). Det betyder, at patienter med diabetesdebut i 2010 eller senere ikke indgår. Populationen udgør derved 143.000 kronikere i analyseperioden.

En patient kan have diabeteskontakter til flere sygehuse i løbet af et år og kan derfor indgå flere gange. Omvendt vil en patient uden diabetes-sygehuskontakt i løbet af et år ikke indgå i det pågældende år.

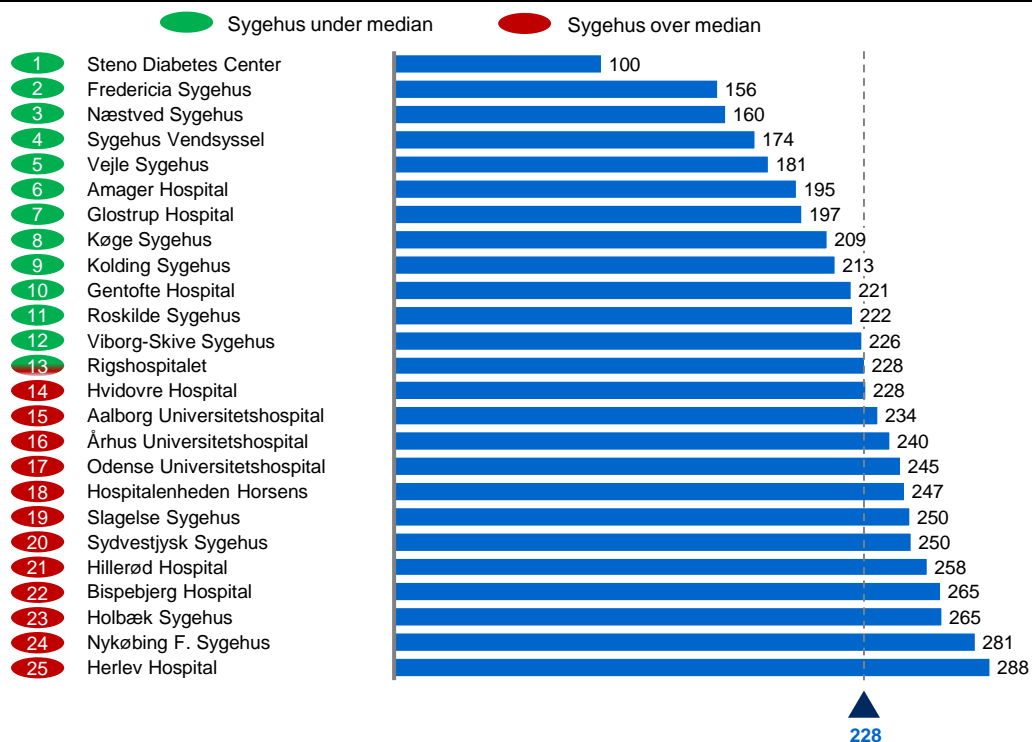
## Udvikling i diabetikerpopulationen

For den analyserede population er forbruget af både sygehus- og praksisydelser stigende pr. patient over en 4-årig periode, hvorved 23 ud af 25 sygehuse oplever en stigning i aktivitetsindikatoren<sup>5</sup>. Stigningen varierer dog markant på tværs af

<sup>5</sup> Baseres på patientens vægtede antal kontakter fordelt på type og de gennemsnitlige udgifter til hver kontaktype

sygehuse, hvor nogle sygehuse oplever 1,8 gange højere vægtet indikator end andre. I forlængelse af dette, er det dog værd at bemærke, at der ikke forekommer nogen korrelation mellem den vægtede indikator og typen af sygehus, eksempelvis set ved størrelse, graden af specialisering eller geografisk placering.

**Figur 5: Aktivitetsindikator for diabetespatienter på tværs af sygehuse**

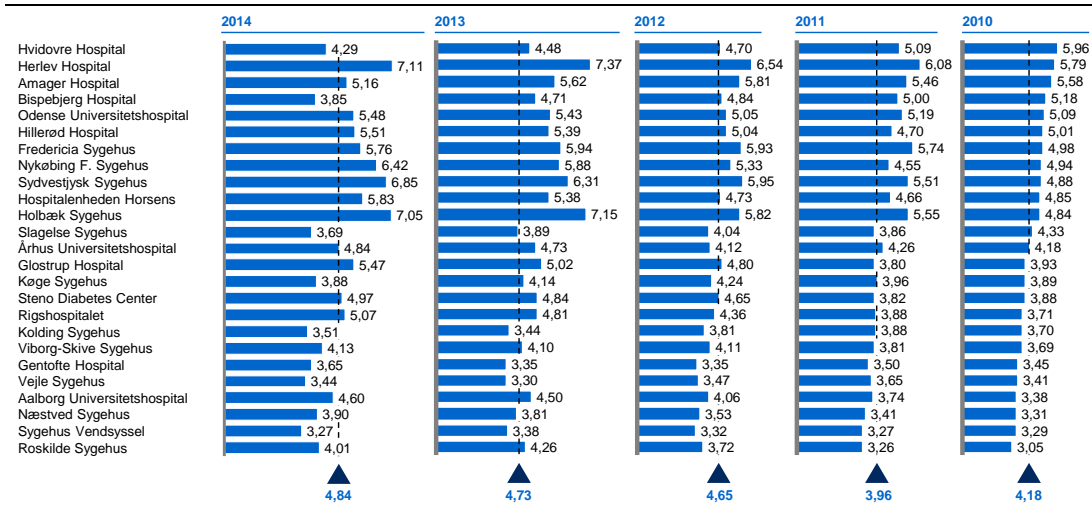


Kilde: Egne beregninger baseret på LPR (DRP-grupperet), Sygesikringsregisteret, CPR-regisret og Den reviderede udtræksalgoritme til brug for dannelsen af det kommende Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, 15. marts 2015, Sundhedsdatastyrelsen

Variationen forekommer ligeledes i antallet af ambulante diabetesbesøg pr. patient i populationen og udviklingen heri på tværs af sygehuse jf. figur 6. Fx ligger Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital og Slagelse Sygehus over medianen i 2010, mens de ligger under medianen i 2014, mens det omvendte gør sig gældende for Rigshospitalet og Glostrup Hospital. I 2014 har Herlev Hospital, Holbæk Sygehus og Sydvestjysk Sygehus ca. 7 besøg pr. patient, mens Sygehus Vendsyssel, Vejle Sygehus og Kolding Sygehus kun har halvt så mange.

Andelen af diabetespopulationen med mindst ét ambulant sygehusbesøg stiger således fra 32 pct. i 2010 til 36 pct. i 2014, hvilket indikerer, at det kan være vanskeligt at fastholde patienterne som velregulerede uden for sygehuse.

**Figur 6: Diabetesrelaterede ambulante besøg pr. patient i populationen**

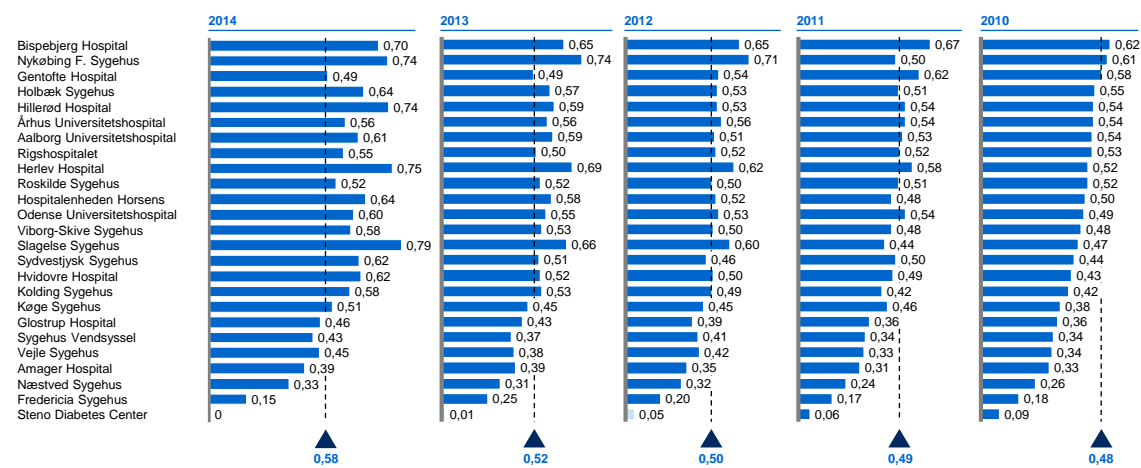


Kilde: Egne beregninger baseret på LPR (DRG-grupperet), CPR-registret og Den reviderede udtræksalgoritme til brug for dannelsen af det kommende Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, 15. marts 2015, Sundhedsdatastyrelsen

Samme tendens gør sig gældende for de diabetesrelaterede indlæggelser. Der forekommer således en stigning i antallet af diabetesrelaterede indlæggelser pr. patient i populationen på 22 af de sygehuse der har diabetesrelateret aktivitet jf. figur 7. Dertil forekommer der stor variation på tværs af sygehuse, hvor Slagelse Sygehus, Herlev Hospital, Hillerød Hospital og Nykøbing Falster Sygehus har over dobbelt så mange indlæggelser pr. patient som Fredericia Hospital og Næstved Hospital i 2014.

Det ses endvidere, ligesom ved de ambulante besøg, at det generelt ikke lykkes sygehuse og praksissektor at forebygge nye indlæggelser, dersom andelen af populationen med mindst én indlæggelse er steget fra 12 pct. i 2010 til 17 pct. i 2014.

**Figur 7: Diabetesrelaterede indlæggelser pr. patient i populationen**

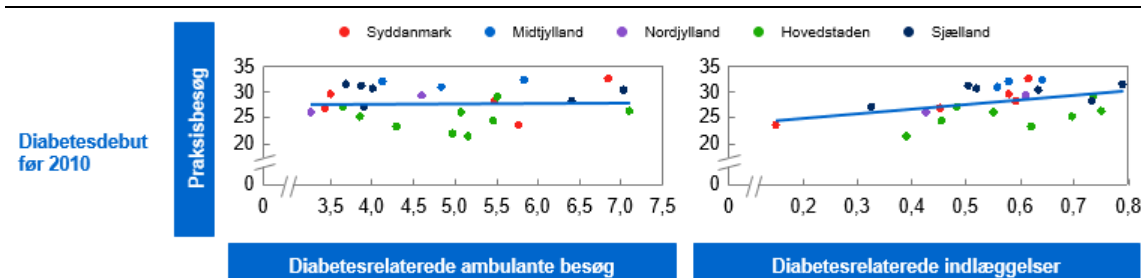


Kilde: Egne beregninger baseret på LPR (DRP-grupperet), Sygesikringsregisteret, CPR-registeret og Den reviderede udtræksalgoritme til brug for dannelsen af det kommende Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, 15. marts 2015, Sundhedsdatastyrelsen

På trods af den stigende tendens i både antallet af diabetesrelaterede ambulante besøg og indlæggelser forekommer der stor variation og umiddelbart ingen substitution mellem sygehus- og praksisbesøg, jf. figur 8. Figuren angiver således plots af tre forskellige populationers aktivitet i 2014, hvorved sammenhængen (korrelationen) mellem de pågældende variable illustreres grafisk. Det fremgår endvidere at der ikke forekommer nogen tegn på regionsspecifikke mønstre.

Der ses således ikke indikationer på substitution mellem diabetesrelaterede ambulante besøg og praksisbesøg, og hvad angår indlæggelser ses der tværtimod en tendens til, at flere diabetesrelaterede indlæggelser er associeret med flere besøg i praksis pr. patient. Jo mere syge patienterne er, jo højere aktivitet har de både i sygehus- og praksissektor

**Figur 8: Korrelation mellem diabetesrelaterede praksisbesøg, ambulante besøg og indlæggelser**



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen publikation "Borgere med multisygdom", 2015

## KOL-patienter

Registeranalysen behandler ligeledes tre forskellige populationer med KOL. Dette afsnit behandler den største population, der er defineret som gruppen af KOL-patienter over 18 år med debut før 2010, defineret via Registeret for Udvalgte

Kroniske Sygdomme (RUKS). Det betyder, at patienter med KOL-debut i 2010 eller senere ikke indgår. Populationen udgør 134.500 patienter i analyseperioden.

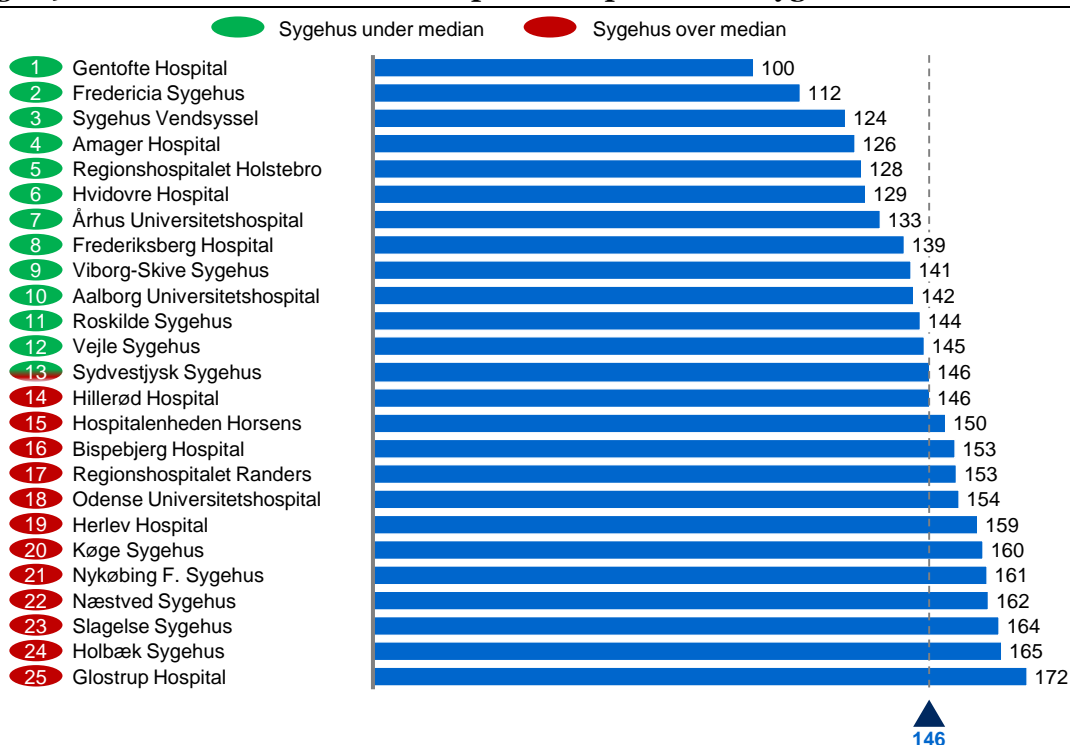
En patient kan have KOL-relaterede kontakter til flere sygehuse i løbet af et år og kan derfor indgå flere gange. Omvendt vil en patient uden KOL-relateret kontakt i løbet af et år ikke indgå i det pågældende år.

### Udvikling i KOL-populationen

For den analyserede population er forbruget af både sygehus- og praksisydelser stigende pr. patient over en 4-årig periode, hvorved 24 ud af 25 sygehuse oplever en stigning i aktivitetsindikatoren, hvilket især drives af en stigning i antallet af patienter i populationen med kontakt til sygehusvæsenet samt at hver enkelt patient har flere kontakter til sygehuset.

Der forekommer dog en stor varians i aktivitetsindikatoren pr. patient på tværs af sygehuse jf. figur 9. Heraf fremgår det således, at Glostrup Hospital og Holbæk Sygehus har over 1,5 gange højere vægtet indikator end Fredericia Sygehus og Gentofte Hospital. Ydermere, ses der umiddelbart ingen korrelationen mellem den vægtede indikator og typen af hospital, fx størrelse og specialisering.

**Figur 9: Aktivitetsindikator for KOL-patienter på tværs af sygehuse**



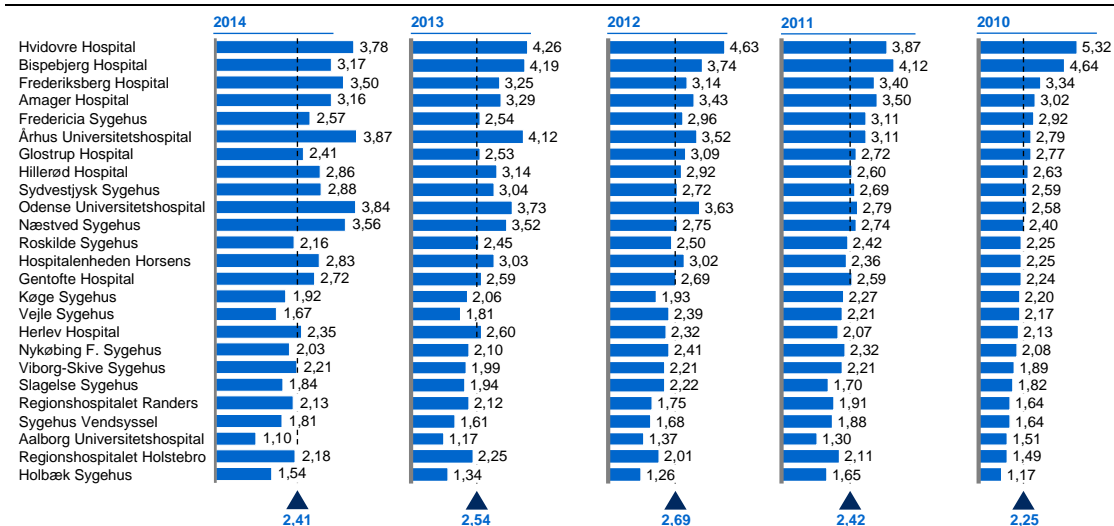
Kilde: Egne beregninger baseret på LPR (DRP-grupperet), Sygesikringsregisteret, CPR-registret og Den reviderede udtræksalgoritme til brug for dannelsen af det kommende Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, 15. marts 2015, Sundhedsdatastyrelsen

Variationen forekommer ligeledes i antallet af ambulante KOL-besøg pr. patient og på tværs af sygehuse. I 2014 har Aarhus Universitetshospital, Odense



Universitetshospital og Hvidovre Hospital således næsten 4 besøg pr. patient, mens Aalborg Universitetshospital og Holbæk Sygehus har under ca. 1,5 besøg pr. patient. Det fremgår desuden, at andelen af populationen med mindst ét ambulant besøg stiger fra 11 pct. i 2010 til 17 pct. i 2014. Samtidig bemærkes det, at 9 ud af 25 sygehuse har reduceret antal besøg pr. patient.

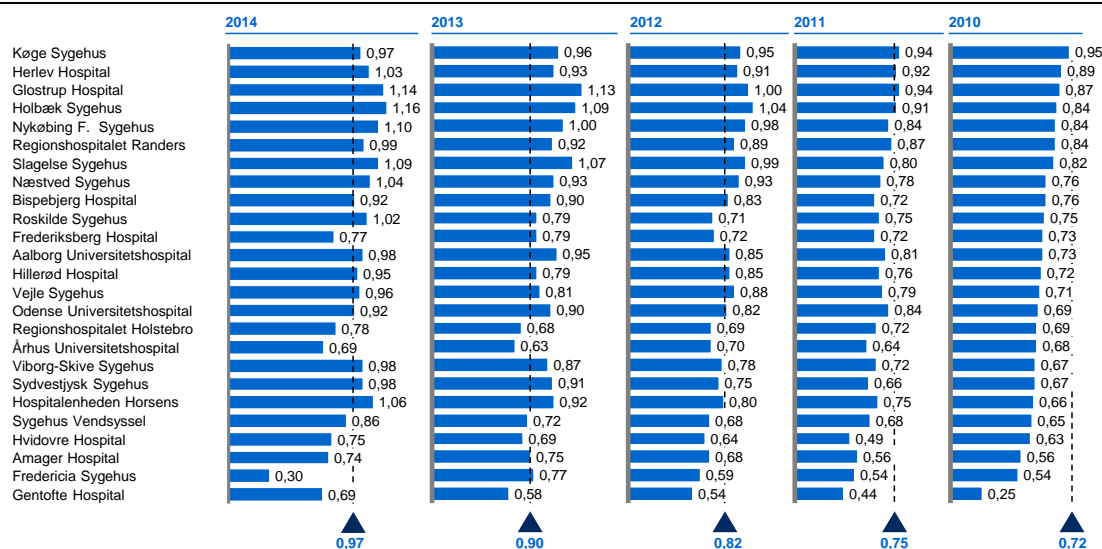
**Figur 10: KOL-relaterede ambulante besøg pr. patient i populationen**



Kilde: Egne beregninger baseret på LPR (DRP-grupperet), Sygesikringsregisteret, CPR-registeret og Den reviderede udtræksalgoritme til brug for dannelsen af det kommende Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, 15. marts 2015, Sundhedsdatastyrelsen

Den samme tendens gør sig også gældende for KOL-relaterede indlæggelser pr. patient, hvor 24 ud af de 25 betragtede sygehuse har oplevet en stigning, jf. figur 11. Det fremgår endvidere, at andelen af populationen med mindst én indlæggelse er mere end fordoblet fra 2010 til 2014, hvor andelen er steget fra 7 til 15 pct.

**Figur 11: KOL-relaterede indlæggelser pr. patient i populationen med KOL-kontakt**

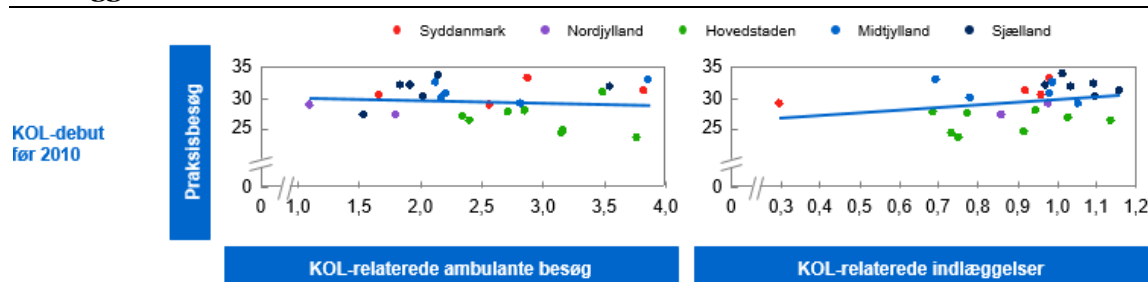


Kilde: Egne beregninger baseret på LPR (DRP-grupperet), Sygesikringsregisteret, CPR-regisret og Den reviderede udtræksalgoritme til brug for dannelsen af det kommende Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, 15. marts 2015, Sundhedsdatastyrelsen

På trods af den stigende tendens i både antallet af KOL-relaterede ambulante besøg og indlæggelser forekommer der stor variation og umiddelbart ingen substitution mellem sygehus- og praksisbesøg, jf. figur 12. Figuren angiver således plots af patienters aktivitet i 2014, hvorved sammenhængen (korrelationen) mellem de pågældende variable illustreres grafisk. Det fremgår endvidere at der ikke forekommer nogen tegn på regionsspecifikke mønstre.

Der ses således ikke indikationer på substitution mellem KOL-relaterede ambulante besøg og praksisbesøg, og hvad angår indlæggelser ses der tværtimod en tendens til, at flere KOL-relaterede indlæggelser er associeret med flere besøg i praksis pr. patient.

**Figur 12: Korrelation mellem KOL-relaterede praksisbesøg, ambulante besøg og indlæggelser**



Kilde: Egne beregninger baseret på LPR (DRG-grupperet) Sygesikringsregisteret, CPR-registreret og Den reviderede udtræksalgoritme til brug for dannelsen af det kommende Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, 15. marts 2015, Sundhedsdatastyrelsen

## OPSUMMERING

Registeranalysen tilvejebringer således et grundlag for en række overordnede betragtninger som i hovedtræk er de samme for diabetes- og KOL-patienter, men som ikke udgør en entydig konklusion, men en konkretisering af den faktiske udvikling. Det er tidligere konkluderet, at den samlede patientpopulation har et stigende aktivitetsniveau på sygehuse såvel som i praksis. Udviklingen varierer dog både mellem år og mellem sygehuse, og analysen kan ikke forklare forskelle relateret til fx sygehuses karakter og grad af specialisering.

Der er en voksende andel af patienter med kroniske sygdomme, der behandles på sygehuse over tid, samtidig med der er variation i behandlingsmønstre på tværs af sygehuse, både i forhold til kontakter, forholdet mellem ambulante kontakter, indlæggelser og varighed.

Registeranalysen indikerer, at patienter med kronisk sygdom fortsætter med at modtage behandling i sygehusregi. Der er ikke tegn på substitution mellem aktiviteter i sygehuse og praksis. Der er således ingen statistiske sammenhænge mellem antallet af ambulante besøg, indlæggelser eller praksisbesøg på tværs af sygehuse og forskellige sygdomspopulationer. Dette eksemplificeres ved, at visse sygehuse ser patienter mere, har dem indlagt oftere og længere samtidig med, at patienterne har stigende kontakt til praksissektoren.

De kommende kapitler kvalificerer resultaterne og behandler udfordringer og muligheder for at styrke omstilling efter LEON-princippet og generel samarbejde mellem aktørerne.

## Styringsmæssige rammer

Dette kapitel introducerer kort de styringsmæssige rammer for sygehusene, og for afdelingerne der møder og behandler de kroniske patienter. Hertil kommer rammerne for praksis og samarbejdet mellem sygehuse og praksis (og kommuner) omkring de kroniske patienter. Disse rammer er centrale i forståelse af særligt samarbejdet mellem sygehusafdelinger og praksis, og de udfordringer og barrierer der beskrives i det efterfølgende kapitel.

Der findes en række forskellige styringsinstrumenter i sundhedssektoren, både økonomiske og aftalebaserede instrumenter, der bringes i anvendelse på forskellig vis mellem stat, regioner, sygehuse, praksis og kommuner.

Fælles for styringsinstrumenterne er, at de ikke er målrettet specifikke patientgrupper, men nærmere den mere overordnede styring af økonomi, kvalitet og lignende. De påvirker således kun kronikerindsatsen på begrænset vis – på sygehuse, afdelinger og i samarbejdet mellem sygehus, praksis og kommuner.

De styringsmæssige tiltag rettet mod kronikerindsatsen er primært forankret i sundhedsaftalerne, og øvrige tiltag mellem aktørerne, fx praksiskonsulenter, samordningsudvalg, praksisudvalg og lignende, hvor man søger at forpligte hinanden på tværs af ansvarsområder. Tiltagene på områder er således aftalebaseret, men opleves typisk ikke som forpligtende af aktørerne, og er generelt uden systematisk opfølgning på indsats og resultater i den daglige ”operationelle” styring.

### SYGEHUSENES STYRINGSMÆSSIGE RAMMER

Regionerne er underlagt de overordnede lovgivningsmæssige og økonomiske rammer, hvorfor udgangspunktet for deres styringsmodel tilrettelægges under hensynstagen til de specificerede krav i de årlige økonomiaftaler.

Styringsmodellerne for sygehusene i de enkelte regioner indrettes således med afsæt i de regionale prioriteringer og ønsker, dog med forbehold for at regionerne opfylder visse krav i de årlige økonomiaftaler. Regionernes styring af sygehusene, tager udgangspunkt i takststyring, der kombineres med andre styringsmæssige initiativer, fx løbende dialog, kontrakter, kvalitetsmål, benchmarking m.v.

Takststyringen er under løbende udvikling i regionerne, men tager udgangspunkt i en opnåelse af en given aktivitet – en baseline –, inden for en given økonomi. Fastsættelse af baseline er således en central komponent i styringen og udregnes eksempelvis for den statslige aktivitetspulje på basis af forrige års aktivitet tillagt

produktivitetskrav. De fem regioner fastsætter dog deres baseline på forskellig vis, herunder med forskelle i sammenhængen mellem aktivitet og finansiering.

Regionerne forsøger endvidere, at benytte en række tiltag der understøtter koblingen mellem kvalitet og økonomi på sygehusene, hvor kvalitet eksempelvis omfatter belønning for hurtig indkaldelse, maksimal ventetid, udskrivinger og lignende.

Der er således en udvikling i de styringsmæssige rammer for sygehusene, hvor der er øget fokus på kvalitet og i mindre grad på aktivitet. Det gælder imidlertid, at disse tiltag alene er rettet mod kvalitet og aktivitet inden for sygehuse, og i praksis inden for den enkelte afdeling, men naturligt ikke omfatter patientforløb på tværs af afdelinger, eller mellem afdelinger, praksis og kommuner.

## Sygehusafdelinger

De styringsmæssige rammer for sygehusafdelingerne er tæt forbundet med sygehusenes overordnede rammer. Sygehusafdelingerne skal varetage den daglige styring af aktiviteter forbundet med udredning og behandling af patienter, på et højt fagligt niveau. Samtidig skal afdelinger imødekomme aktivitetskrav inden for en given økonomi (baseret på takststyring).

De involverede afdelinger oplever ikke styringsmodellerne som drivende for deres indretning af patientforløb og daglige beslutninger omkring patientaktivitet, men tager afsæt i en faglig vurdering af den enkelte patient – også i forhold til afvigelser fra patientforløbsbeskrivelser.

Analysen viser imidlertid, at det (stadig) er det økonomiske budget, som udgør den væsentligste enkeltstående styringsmæssige faktor, og at økonomi ikke er direkte relateret til krav om sammenhængende patientforløb eller fokus på særlige patientgrupper som kronikere.

Der er således fokus på omkostningsbevidst anvendelse af ressourcer i forbindelse med behandlingsaktivitet, men ifølge de involverede afdelinger ofte et for simpelt fokus. De økonomiske incitamenter i en overvejende takstbaseret styring understøtter ikke systematisk en udvikling mod færre besøg, færre indlæggelser, udgående teams, ”telefonkonsultationer” for praksis og lignende.

De styringsmæssige rammer skal fastholde et fagligt fokus, og understøtte større samarbejde (fx planlægning af besøg) på tværs af afdelinger, der behandler kronikere med konkurrerende sygdomme, og som vil styrke kvalitet og sammenhæng for både den enkelte patient og de involverede afdelinger. Krav til aktivitet og økonomi understøtter typisk ikke tiltag til fx mere sammenhængende patientforløb, som analysen har blotlagt.

Det gælder fx systematisk opfølgning på indikatorer for kronikerindsatsen, herunder opgørelser af genindlæggelser, antal kontakter på individniveau (også på tværs afdelinger), henvisningspraksis, generel udvikling i aktivitetsomfanget m.v. Sådanne opgørelser sker typisk som afdelingslokale tiltag i det omfang de bruges.

#### **Boks 1: Opgørelse af kontakter på individniveau**

Analysen har kortlagt forskellige afdelingspecifikke tiltag. Eksempelvis har en af de involverede afdelinger på eget initiativ indført opgørelser af kontakter på individniveau (fysiske patientlister) for at identificere uhensigtsmæssige parallelle forløb på forskellige afdelinger, samt identifikation af uhensigtsmæssige henvisninger fra praksis.

Opgørelserne anvendes til både kommunikation og diskussion af de specifikke patienter og forløb inden for egen afdeling (modtagelse, ambulatorie og sengeafsnit) og med andre afdelinger der behandler for konkurrerende sygdomme. Initiativet er særligt målrettet udsatte og resourcesvage patienter, således den mest effektive omsorg og behandling stilles til rådighed, og skal skabe større patientværdi og frigøre ressourcer. Afdelingen har oplevet reduktion i antallet kontakter blandt patienter med særligt konkurrerende sygdomme, og identificeret ydernumre som henviser uhensigtsmæssigt.

## STYRINGSMÆSSIGE RAMMER FOR PRAKSIS

Praksissektoren udgør en central del af det danske sundhedsvæsen, og omfatter næsten 4.000 praktiserende læger, der fungerer som "gatekeeper" til resten af sundhedsvæsenet, herunder henvisning til bl.a. specialistbehandling på sygehuse.

Praksissektoren omfatter i denne sammenhæng almen praksis og speciallæger, men omfatter også fysioterapeuter, tandlæger, psykologer mfl. Regionerne indgår aftale (overenskomst<sup>6</sup>) med praksissektoren, som består af selvstændige erhvervsdrivende, i forhold til de sundhedsydelser de skal levere til patienterne, samt hvilke honorar de modtager herfor.

Den regionale finansiering af almen praksis består af to komponenter; et basishonorar, som udbetales pr. patient og udgør ca. 30 pct. af de samlede udgifter samt en aktivitetsbaseret komponent. Der forekommer således en klar sammenhæng mellem aktivitet og indtægter, hvorfor der er fastsat en overordnet økonomisk ramme for indtægterne. Såfremt den samlede finansiering overstiger dette, forekommer der en kollektiv modregning i form af reducerede honorarer. De interviewede praksislæger problematiserer dette i forhold til overtagelse af en større andel af kronikerbehandlingen.

<sup>6</sup> Overenskomsten forhandles mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), som repræsenterer regionerne, staten og KL.

I modsætning til sygehusvæsenet er almen praksis således ikke underlagt produktivitetskrav, eller andre direkte krav som sammenhængende patientforløb på tværs af sygehuse og praksis. Praksissektoren indgår i samarbejdet med sygehuse og kommuner som en del af det samlede sundhedsvæsen, og indgår i forskellige frivillige fora for samarbejde, eksempelvis gennem sundhedsaftaler, koordinationsudvalg, samordningsudvalg og lignende.

## STYRINGSMÆSSIGE RAMMER FOR SAMARBEJDE MELLEM SYGEHUS OG PRAKSIS

Der eksisterer ikke en samlet forpligtigende styringsmæssige ramme på tværs af aktørerne i sundhedsvæsenet, udover hvad der aftales via økonomiaftaler og overenskomster. Der eksisterer imidlertid forskellige aftalebaserede tiltag, fx sundhedsaftaler. Sundhedsaftaler udgør et centralt element i samarbejdet mellem sektorerne i det samlede sundhedsvæsen.

### **Boks 2: Sundhedsaftaler**

I 2007 indførtes de såkaldte ”Sundhedsaftaler” over hele landet (regelgrundlaget blev ændret i 2013). Sundhedsaftalerne har til hensigt at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i patientforløb på tværs af regionernes sygehuse, kommuner og almen praksis således, at der tilvejebringes den størst mulige patientværdi uanset antallet af kontakter eller karakteren af indsats. For Region Hovedstaden indebærer dette eksempelvis:

1. At borgerne er og oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker til udviklingen af et sammenhængende sundhedsvæsen
2. At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer
3. At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
4. At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

Sundhedsaftalen indgås mellem et regionsråd og kommunalbestyrelse i regionen om indebærer eksempelvis rammer og målsætninger for den fremadrettede indsats inden for forskellige områder.

Sundhedsaftalerne skal ifølge vejledningen til sundhedsaftaler indeholde aftaler inden for fire obligatoriske områder; forebyggelse, behandling og pleje, genoptræning samt sundheds-it og digitale arbejdsgange. Dertil er der en række temaer, som aftalerne skal tage udgangspunkt i, herunder arbejdsdeling og samarbejde, samt videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer.

Sundhedsaftalerne er således et instrument til bedre og mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer, hvor patienten sættes i centrum uanset hvor patienten har kontakt(er) til sundhedsvæsenet. Det gælder særligt ældre patienter med flere sygdomme og samtidig samtidige forløb i flere sektorer, typisk patienter der har en kronisk sygdom. Herunder findes en række forskellige eksempler på samarbejdsfora, der søger at forpligte, ansvarliggøre og ensarte samarbejde og behandling på tværs af aktørerne.



### **Boks 3: Eksempler på samarbejdsfora**

#### **Diabetesudvalg Region Syddanmark (DURS)**

Formålet med DURS er, at sikre en ensartet høj kvalitet af diabetesbehandling i Region Syddanmark samt på anmodning at udarbejde konkrete handleplaner på diabetesområdet i en gensidig dialog. Formålet er, at styrke og bidrage til at kvalitetssikre det samlede patientforløb for diabetespatienter på tværs af sektorer. Udvalget forventes løbende at foretage en vurdering af den faglige kvalitet af diabetesbehandlingen i regionen samt rådgive om monitorering heraf.

#### **Viljemøder, Region Midtjylland**

Formålet med viljemøder er, at forpligte og ansvarliggøre aktører på tværs af hospital, region og kommuner for derigennem at tilvejebringe de optimale rammer for forløbsprogrammer, arbejde med social udsatte mm. Der er nedsat tværsektorielle grupper bestående af eksempelvis kommunaldirektører, overlæger, regionsledelse mm. der som udgangspunkt mødes månedligt samt efter behov.

Sundhedsaftalerne er løbende blevet udviklet i hver region siden indførelsen i 2007, og omfatter et bredt og ofte komplekst program af specifikke projekter og initiativer på tværs af mange forskellige sygdomme og patientforløb. Aftalerne har typisk mere end 50 konkrete indsatser som sygehuse, praksis og kommuner skal arbejde med gennem den fireårige periode sundhedsaftalerne løber.

### **OPSUMMERING**

De styringsmæssige rammer for sygehuse (og afdelinger) og praksis har forskellig karakter – dog med et samlet overordnet mål om høj kvalitet og overholdelse af den samlede økonomi.

Styringsmodellerne på sygehuse og afdelinger udvikler sig disse år, hvor fokus på kvalitet og mere sammenhæng er stigende, og hvor de involverede afdelinger i høj grad efterspørger rammer og instrumenter som netop fordrer dette – fx mulighed for en mere glidende overgang særligt mellem sygehus og praksis. Dette beskrives i det efterfølgende kapitel, hvor udfordringer og barrierer for den gode kronikerindsats beskrives baggrund af de kvalitative interviews. Det er således søgt at afdække, om de styringsmæssige rammer, herunder sundhedsaftaler og andre tiltag reelt virker, og hvad der motiverer samarbejdet mellem sektorerne i det daglige arbejde med kronikere.

## Udfordringer og barrierer

Dette kapitel beskriver de udfordringer og barrierer som den kvalitative analyse har identificeret gennem interviews med sygehusledelser, afdelinger, praksislæger og PLO. Kapitlet har fokus på at beskrive de oplevede udfordringer og barrierer ved samarbejdet omkring kronikerindsatsen mellem sektorer, set i forhold til de styringsmæssige rammer, og samtidig kvalificere de bagvedliggende årsager til registeranalysens resultater.

Det har været kendetegnende for de gennemførte interviews, at det generelt er svært at kvalificere resultaterne fra registeranalysen, herunder genkende mønstre og forklare forskelligheder mellem sygehuse. Samlet har de involverede interviewpersoner dog kunne genkende udviklingen i kronikergruppen, og behovet for bedre samarbejde mellem sektorer, større transparens mellem aktører, mere forpligtigelse og generelt behovet for i højere grad at behandle kronikerne på det lavest effektive niveau.

Kapitlet er struktureret i to underliggende temaer;

- **Struktur:** Udfordringer og barrierer ved den generelle struktur med tre forskellige aktører, der samlet varetager behandlings- og plejebehovet for kronikergruppen
- **Samarbejde mellem aktørerne:** Udfordringer og barrierer i det nære samarbejde mellem sygehuse, praksis og kommuner.

Sidst opsummeres, og der søges at kvalificere sammenhængen mellem resultater af registeranalysen og i de kvalitative interviews.

Det skal nævnes indledningsvist, at der ikke er gennemført interviews med repræsentanter for kommuner, hvorfor resultater og konklusioner afspejler input fra sygehuse, afdelinger og praksis, samt relevant baggrundsinformation.

### STRUKTUR

Interviewprocessen har blotlagt de strukturelle udfordringer med tre aktører, der samarbejder omkring en stor patientgruppe – kronikere – ofte med mange kontakter og stort behov for adgang til kvalificeret behandling og pleje.

Kronikergruppen er stor og uhomogen, varierende fra patienter uden behov for kontakt til sundhedsvæsenet, til resourcesvage ældre med mange kontakter på tværs af aktørerne. Kronikergruppens størrelse, sammensætning og varierende

behov stiller store krav til de sundhedsprofessionelle og den generelle styring og tilrettelæggelse af patientforløbene. Det gælder særligt, fordi aktørerne kun i begrænset grad oplever en forpligtende koordination og samarbejde, og kun i mindre grad kommunikerer og planlægger tværgående behandling og pleje af de enkelte patient – eller for en større patientgruppe.

Tilsvarende efterspørges systematisk opfølgning på kronikergruppen, mens manglende fælles mål og styringsmekanismer udfordrer muligheden for at implementere tværgående planlægning.

### Forpligtende samarbejde

Samarbejdet mellem sygehuse, afdelinger, praksis og kommuner beskrives generelt som udfordret af den manglende forpligtigelse og transparens på tværs af aktørerne, hvor der kun i begrænset omfang proaktivt deles viden og data om et givent behandlings- og plejeforløb. De involverede interviewpersoner giver generelt udtryk for, at de ikke kender til behandling og plejeaktiviteter uden for egen afdeling eller praksis, og at man søger at optimere behandlingen inden for egne rammer.

Regionale og kommunale tiltag som sundhedsaftaler, koordinationsudvalg, samordningsudvalg, praksiskonsulenter mv. tilvejebringer ikke i tilstrækkelig grad en sammenhæng og koordinering af indsatserne i patientforløbene på tværs af aktørerne. Interviewpersoner fra både sygehusledelser, afdelinger og praksis anerkender formålet med sundhedsaftaler, men problematiserer effekten. Særligt beskrives omfanget af sundhedsaftalerne som værende udfordrende, da den enkelte praksis ikke kan forholde sig et meget stort antal initiativer, og derfor ikke nødvendigvis har fokus på specifikke kronikerinitiativer, der i sit indhold kan være både relevante og virksomme i det omfang de efterleves.

Tilsvarende gælder tiltag med koordinationsudvalg, samordningsudvalg, praksiskonsulenter og lignende. Udvalgene fungerer i det omfang deltagerne forpligter sig og efterlever aftaler, men eksempelvis praksiskonsulenter kan ikke forpligte andre praksislæger, og agerer derfor reelt kun for egen praksis. Samtidig påpeges det, at regioner, kommuner og praksis kan have meget forskellige tilgange og ønsker til disse samarbejder.

Således kan der være forskellige modsatrettede incitamenter blandt deltagerne, især de økonomiske incitamenter, der afstedkommer en barriere som ikke understøtter den nødvendige udvikling hos og på tværs af aktørerne, og dermed ikke forankres i den daglige styring og planlægning (eksempelvis udgående teams, segmentering m.v.). En sygehusafdeling beskriver samarbejdet med fire kommuner i optageområdet som være godt med de tre, mens den sidste kommuner ikke har de økonomiske incitamenter til at modtage eksempelvis

færdigbehandlede indlagte patienter, eller forpligte sig til forskellige fælles initiativer.

## Systematisk opfølgning

Disse udfordringer forstærkes endvidere af en generel mangel på systematisk opfølgning på kronikerpatienter, herunder hvordan den faktiske behandlings- og plejeaktivitet udvikler sig for den enkelte patient og for kronikerpopulationen som helhed. Det gælder opgørelser af typiske størrelser som genindlæggelser, antallet af kontakter på individniveau, henvisningspraksis, kvalitet og generel udvikling m.v. Denne form for opgørelser vil tydeliggøre behovet for større koordinering inden for det lokale optageområde.

Flere afdelinger har beskrevet, at der præsenteres tilsvarende opgørelser i forbindelse med de forskellige samarbejdsfora, hvor sygehuse, praksis og kommuner mødes med fast frekvens. Udfordringen er imidlertid, at disse opgørelser (aggregerede data som data på individniveau om faktiske patientforløb) kun præsenteres i netop disse fora, og ikke deles systematisk, og derfor ikke anvendes til nødvendig opfølgning – og dermed heller ikke påvirker det daglige samarbejde mellem aktørerne. Her påpeges en stor mangel på generel deling af data og viden på tværs af aktørerne.

Manglende fælles (forpligtende) mål og styringsmekanismer, udfordrer derfor muligheden for at implementere en mere omfattende planlægning af det gode behandlings- og plejeforløb på tværs af aktørerne, hvilke til dels drives af de manglende og modsatrettede incitamenter. Sygehusafdelingerne beskriver, at det betyder, at de optimerer behandlingen til og med udskrivningen, hvorfra patienten reelt selv bliver ansvarlig for det videre forløb (trods kommunikation via epikrise, beskrives yderligere nedenfor).

Den nuværende struktur opleves således som en udfordrende og væsentlig barriere for at styrke sammenhængende behandlings- og plejeforløb, og styrke muligheden for at fremadrettet omstilling af behandlingen til det laveste effektive niveau. Det gælder for alle aktører, og der peges entydig på sektorovergangene som værende den største udfordring i den nuværende struktur.

## SAMARBEJDET MELLEML AKTØRERNE

Interviewpersonerne tegner et entydigt billede af det nære samarbejde mellem sygehuse, praksis og kommuner, som et samarbejde der fremstår siloopdelt og i høj grad kendetegnes ved manglende viden om opgavevaretagelsen blandt de øvrige aktører. Det gælder også mellem afdelinger internt på sygehuse, der behandler kronikere med konkurrerende lidelser. Eksempler som illustrerer problemstillingen er:

- Patienter der går i forskellige forløb på samme sygehus, uden nogen koordination af kontakter, behandling, og kommunikation om videre kontrol til praksis
- Patienter som udskrives i stabil og velreguleret tilstand fra sygehusafdeling, og kort efter genindlægges i en markant dårligere tilstand uden information om hvad der er sket i den mellemliggende periode
- Praksis der henviser patienter til specialistbehandling på sygehus, og oplever patienten ikke afsluttes til praksis igen – patienter ”kommer ikke tilbage” til praksis
- Kommuner der henviser patienter til indlæggelse unødigt fordi de mangler kompetencer til at vurderer patientens faktiske situation. Det gælder særligt i aften- og nattetimer.

Både sygehusledelser, afdelinger og praksis gengiver en række forskellige eksempler som illustrerer udfordringerne i samarbejdet, som knytter sig mere til det nære samarbejde end den mere strukturelle forpligtigelse og systematisk opfølgning, som beskrevet ovenfor. Udfordringerne beskrives og opleves forskelligt, men retter sig mod samme problemstillinger omkring transparens, data, kompetencer, tillid, forpligtigelse og lignende.

## Sygehusafdelinger

Sygehusafdelingerne beskriver samarbejdet med praksis og kommuner som værende af stor variation mellem den enkelte kommune og praksis, hvor det typisk er lettere at samarbejde med kommuner som helhed, grundet det store antal af praksislæger der generelt er i optageområderne. Eksempelvis har den involverede afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Sygehus mere end 300 praksislæger i optageområdet, mens der kun er tre kommuner.

Blandt de væsentligste barrierer for mere sammenhængende forløb og generelt bedre samarbejde, peger sygehusledelser og -afdelinger entydigt på den manglende datadeling mellem aktørerne. Det er en væsentlig udfordring, at der ikke er mulighed for at tilgå information om patienternes forløb uden for afdelingerne.

Der deles i dag information via epikriser, men ikke på et niveau, som skaber den efterspurgte transparens og overblik over den enkelte patient behandlings- og plejeforløb. Data ”skubbes” ikke ud til de relevante aktører, men skal proaktiv hentes fra systemer. Det leder ofte til, at patienten er den primære informationskanal mellem afdeling og praksis.

#### **Boks 4: Patienten som informationskanal mellem aktører**

Både afdelinger og praksis påpeger, at patienten ofte er den afgørende part i forbindelse med videregivelse af viden om behandlingsforløbet i sektorovergangen mellem forskellige aktører. Patienten bliver dermed en central aktør, budbringeren, i sit eget forløb og succes hermed.

Det gør sig særligt gældende for kronikere, der har mange kontakter på tværs af sektorer, og for en stor part er ressourcetsvage patienter, der ikke kan udfylde den rolle. Eksempelvis patienter der afsluttes med besked om at henvende sig i praksis til kontrol følgende dag. Det beskrives, at mange patienter ikke henvender sig til praksis, og at praksis ikke er opmærksom på denne behandlingsplan, hvorfor overgangen ikke sikres og de svageste patienter "tabes". Denne form for information "skubbes" således ikke til praksis, fx via epikrisen, og der sker ikke opfølgning på patienten.

Der er således en stor efterspørgsel efter en styrket systemmæssige integration og mulighed for datadeling. Data ses som den primære "nøgle". Som beskrevet oven for, leder det ifølge flere interviewpersoner til en optimering af patientens behandling inden for sygehusafdelingens rammer, uden større hensyntagen til det videre forløb i praksis eller kommune.

Manglende viden og transparens medfører desuden en usikkerhed omkring, hvad der kan forventes af behandling og pleje i praksis og kommune, og flere afdelinger giver udtryk for bekymringer for kvalitet i praksis. Det er et reelt spørgsmål, om nogle afdelinger "holder" unødigt på selv velregulerede patienter i et sygehusforløb, af samme årsag? Bekymring for kompetencer i kommuner kommer tilsvarende meget tydeligt frem (beskrives yderligere nedenfor).

Den manglende transparens, sammen med usikkerhed omkring kvalitet i den primære sektor, udgør sammen en mulig barriere for omstilling, og generel opgaveglidning mellem sektorer. Det skal ses i sammenhæng med, at afdelingerne ser sygeplejersker som en anden central "nøgle" til bedre samarbejde mellem sektorer.

Således påpeger afdelingerne dels, at sygeplejersker kan overtage flere opgaver fra læger, særligt kontroller, dels at samarbejde med praksis og kommuner fungerer bedre, når sygeplejersker kommunikerer om patienterne – dvs. sygeplejerske på afdeling kommunikerer med sygeplejerske i praksis eller kommune. Flere påpeger et stort potentiale for at se flere patienter på afdelingerne, omstille flere patienter til primær sektor, og generelt øge kompetenceniveauet inden for de store kroniske sygdomme uden for de specialiserede afdelinger.

### **Boks 5: Sygeplejersker som nøgle til bedre samarbejde**

Både afdelinger og praksis ser et potentiale for større opgaveglidning mellem læger og sygeplejersker. Sygeplejersker kan både tilse og afslutte patienter til praksis, uden involvering af læger. Faggrænser opleves som begrænsende for optimal tilrettelæggelse, bedre udnyttelse af den samlede kapacitet og dermed imødekommelse af en stigende kronikergruppe.

Samtidig påpeger flere sygeplejersker som central i det gode samarbejde. Sygeplejersker kommunikerer bedre om patienten på tværs af de aktører, og enkelte steder er der indført deltidsansættelser mellem sygehus og kommune. Dette med henblik på bedre sammenhæng, vidensdeling og højnet kompetenceniveau i kommunen.

Sygehusafdelingerne påpeger desuden et behov for bedre segmentering af patienterne, der henvises til specialistbehandling på sygehusafdelingerne. De oplever, der henvises for mange patienter unødvendigt, og der arbejdes generelt på at tilpasse den enkelte patients forløb efter det individuelle behov. Der mangler tydelige standarder, der angiver/guides om den enkelte patient har behov at for blive tilset af en specialist, eller kan varetages i praksis.

Der beskrives et behov for at afvige fra forløbsprogrammerne, dels for tilpasse den enkeltes patients faktiske behov for eksempelvis kontroller (dette skal ses i forhold til den heterogene gruppe kronikerne udgør), dels for at frigøre ressourcer til det stigende antal kronikere, der skal tilses og behandles. De involverede afdelinger fremstår imidlertid med forskellige tilgange på dette område – hvor nogle følger forløbsprogrammer konsekvent, mens andre afviger efter behov og egen vurdering.

### **Boks 6: Forløbsprogrammer**

Forløbsprogrammerne skal sikre standardiserede forløb af høj kvalitet. Sygehusafdelingerne anerkender behovet for standardisering af behandlingsaktiviteten, men beskriver samtidig programmerne som for standardiserede og ensartede, og dermed uden hensynstagen til den enkelte patients behov. Forløbsprogrammerne favner således ikke den heterogene kronikergruppe, og der beskrives et behov for flere frihedsgrader til individuel planlægning af behandlingsforløbene, herunder mulighed for bedre ressourceallokering mellem ”lette” og ”tunge” patienter.

Flere afdelinger afviger systematisk fra programmerne, dels for at tilpasse det individuelle patientforløb, dels for mere generelt at frigøre tider til flere patienter gennem færre standardkontroller, som kan opleves som unødvendige.

Det er således en generel udfordring, at patienter der henvises til afdelingerne, ikke kun er de komplekse patienter, der har behov for specialistbehandling. Der mangler en mere systematisk segmentering af patienter der modtager behandling på sygehusafdelinger. På dette område påpeger både afdelinger og praksis, at patienterne hurtigt danner relationer til afdelingerne og derfor kan være



medvirkende årsag til, at forløbene ikke afsluttes på sygehusafdelingerne, da de foretrækker hospitalsbehandling over praksis.

På trods af en række udfordringer, opleves sygehusafdelingerne generelt som proaktive i forhold til initiativer, der kan lette samarbejdet med praksis og kommuner, og flere afdelinger beskriver gode samarbejder, uden for regi af sundhedsaftaler og andre mere formelle samarbejdsfora. Der beskrives således en række lokale initiativer, typisk drevet på ”græsrodsniveau”, og på baggrund af individuelle relationer, der ikke er systematisk eller strukturelt forankret.

Det kan være udgående aktivitet i form af opfølgning i patientens hjem, oprettelse af ”hotline” for patienter, praksis og kommuner, tilbud om undervisning for praksis og plejepersonale i kommuner og lignende. Initiativerne er rettet mod at skabe tryghed for patienten, give adgang til specialistviden for praksis, øge kompetencerne i kommuner og samlet reducere unødvendige indlæggelser og kontakter på sygehuset.

#### **Boks 7: Eksempler på afdelingsdrevne initiativer**

Flere afdelinger har indført eller ønsker at indføre forskellige initiativer på eget initiativ, der eksempelvis ikke er forankret i sundhedsaftaler, men drevet af mere lavpraktiske behov på afdelingsniveauet. Det gælder eksempelvis:

- Opfølgning i patientens hjem efter udskrivelse, fx ”Kom trygt hjem”. Et sådan initiativ er ikke nødvendig aftalt med kommune eller praksis, som også kommer i patientens hjem
- Oprettelse af hotline for patienter – for at skabe tryghed for patienten og undgå unødige kontakter drevet af usikkerhed hos patienten
- Oprettelse af hotline for praksislæger – for at give hurtigt og fleksibel adgang til specialistviden, så praksis ikke behøver henvise patienten til sygehus
- Undervisningstilbud for praksis og kommuner med henblik på kompetenceopbygning i forhold til specifikke kronikersygdomme.

Sådanne initiativer er imidlertid drevet ud afdelingerne uden noget reel forankring, og aftale med de øvrige aktører. Heri kan eventuelt findes en forklaringsårsag til variationerne i aktiviteten, som registeranalysen påviste.

#### **Almen praksis (repræsenteret ved PLO)**

Praksis varetager hovedparten af aktivitet for kronikergruppen, men med variation mellem det store antal praksislæger. Det estimeres, at mere end 95 pct. af kronikerne kommer i praksis. Kronikerområdet er således et kerneområde i praksis som på sygehuse, og praksis er en naturlig driver for at afhjælpe det stigende aktivitetspres i synhusvæsenet.

Praksis påpeger, at der naturligt er forskellige interesseområder, og dermed også forskelle i kompetenceniveau blandt praksislæger, men at gruppen af kronikere i højere grad kan forankres i praksis, således kun patienter med specialistbehov tilses og behandles på sygehusafdelingerne. Det vil lette den

løbende kontrol og opfølgning, og øge muligheden for at nå ressourcessvage patienter. I den sammenhæng understreges det, at den typiske kroniker ofte er multisyg, og bliver tilset i praksis i forskellige henseender, hvilket betyder praksis følger op på den specifikke sygdom uden egentlig konsultation er bestil hertil.

Praksis bekræfter oplevelsen af siloopdeling mellem sektorerne, og påpeger en generel manglende tillid, der udspringer af manglende dialog og forståelse for behandlings- og plejeaktiviteten på tværs af sektorer. Der beskrives en mistillid og kulturel kløft fra sygehusafdelingerne, og deraf et udtalt behov for dialog generelt, og specifikt i forbindelse med sektorovergange, fx videokonferencer, så aktører i sektorerne kan se kvaliteten i behandling og pleje uden for eget regi er i orden.

I den sammenhæng påpeger flere afdelinger, at der sker en stor udvikling inden for kronikerbehandlingen som ikke automatisk forankres i praksis, da der ikke sker den nødvendige opfølgning og opkvalificering, og dermed forhindres en større omstilling til praksis fra sygehusafdelinger. Modsat påpeger praksis, at kvaliteten i praksis er dokumenteret, og ønsker en mere case-baseret dialog, hvor sygehuslæger får en bedre forståelse af hvad der sker i praksis, og forstår praksis kan varetage en større gruppe af kronikere. Praksis ønsker at varetage nærhed og kontinuerlighed i behandlingsforløbet.

Praksis oplever generelt, at afdelingerne har svært ved at afslutte kroniske patienter, når de først har startet et behandlingsforløb på sygehuset. Der mangler smidighed og klare aftaler om at afslutte patienter til praksis, og der er en risiko for de fortsætter kontrol- og opfølgning på afdelingerne, som vil kunne varetages mere effektivt i praksis. Her er det vigtigt, at afdelingerne stoler på praksis overtager det videre forløb, og forklarer patienterne herom.

#### **Boks 8: Geografiske forskelle i omstilling**

Praksis peger på, at der kan være geografiske forskelle i tilrettelæggelsen af behandlingsforløb, og hvordan den enkelte kroniker håndteres. Således argumenterer praksis for, at der sker en større omstilling fra sygehus til praksis i landområder, hvor der ikke er store specialiserede kronikerafdelinger i nærheden, der potentielt fastholder kronikerne i kontrolforløb i sygehusvæsenet. Praksis er således en mere naturlig tovholder uden for de større byer (registeranalysen kan umiddelbart ikke dokumentere dette)?

Herunder beskriver praksis netop behovet for hurtig og fleksibel adgang til specialistviden på afdelingerne – i stedet for at patienten skal have en tid på afdelingen. Det kan være gennem hotlines, hvor praksis kan få direkte adgang til specialister. Den mulighed er tidligere beskrevet blandt lokale initiativer, men praksis udnytter typisk også egne relationer for at kommunikere direkte med afdelingslæger, hvis muligt. Praksis beskriver et stort potentiale for reduktion i henvisninger og dermed kontakter på afdelingerne, hvis der gives mere systematisk (hurtig og fleksibel) adgang til specialistviden.

Både afdelinger og praksis ser det som en barriere for større omstilling, at der ikke er specialisering inden for de store kronikergrupper i praksis. Således ses flere specialister i praksis – særligt sygeplejersker med uddannelse inden for kroniske sygdomme – som en vej til et mere naturligt samarbejde mellem afdelinger og praksis. En sådan udvikling beskrives som nødvendig i en situation med et stigende antal kronikere, hvor kun de mest komplicerede ikke skal behandles i praksis. Samtidig vil den efterspurgte segmentering forventeligt kunne imødekommes – både hvad angår for mange unødige henvisninger, men også identifikation af et potentielt mørketal for kronikere som endnu ikke er identificeret/diagnosticeret.

#### **Boks 9: Opkvalificering i praksis**

Praksis peger på, at der med fordel kan ske en opkvalificering af kompetencer i praksissektoren, særligt inden for kronikerbehandlingen, der kan understøtte en større omstilling fra sygehus til praksis. Det gælder opkvalificering af praksislæger, specialisering af sygeplejersker og generel større opfølgning på kvalitet i praksis. Flere af de involverede sygehusledelser bakker det synspunkt op, men understreger det kræver bedre registrering, dokumentation og monitorering af behandlingen i praksis.

Klyngesamarbejder i praksis beskrives som en anden styrkelse af kompetencer og specialistviden i denne sammenhæng. Således kan læger samle sig baseret på specialer, og det vil generelt være lettere at have en mere systematisk og forpligtende dialog og opfølgning mellem praksis og afdelinger.

Den beskrevne opgaveglidning mellem læger og sygeplejersker anerkendes også i praksis, hvor sygeplejersker kan varetage dialogen i forbindelse med sektorovergange, og varetage en større del af de mere standardiserede opgaver i forbindelse med kronikerne. Det kræver blot uddannelse inden for de kroniske sygdomme.

#### **Kommuner**

Repræsentanter fra kommunerne har som beskrevet ikke været interviewet, og følgende udfordringer og barrierer er alene udtryk for sygehusledelser, afdelinger og praksis oplevelser med samarbejde og sektorovergange.

Generelt er der stor velvillighed over for kommuner, men forskelligheden mellem kommuner beskrives af både sygehusafdelinger og praksis som en udfordring. Kommunerne karakteriseres ved forskelle i kompetencer, arbejdstilrettelæggelse, kultur, tilbud til kronikere m.v., hvilket vanskeliggør standardiseret arbejde på tværs af kommunerne.

Herunder beskrives et generelt set for lavt kompetenceniveau hos de ansatte, hvilket stiller store krav til sygehusene i forhold til indlæggelser, udskrivninger, stabilisering m.v. Sektorovergangen opleves som særlig udfordret over for kommuner. Eksempelvis beskriver flere afdelinger, at de skal tage hensyn til

patientens hjemkommune, når der udskrives på visse tidspunkter af døgnet, og at der sker uhensigtsmæssige indlæggelser fordi personalet ikke er uddannet til at vurdere patienternes tilstand.

#### **Boks 10: Samarbejde mellem sygehusafdelinger og kommuner**

Flere afdelinger påpeger, at patientens hjemkommune er afgørende for afdelingernes udskrivning, da "parathed" til modtagelse af patienten kan være meget forskellige på tværs af kommuner i optageområdet. Der udskrives således kun til visse kommuner på visse tidspunkter af døgnet. Plejepersonalet der varetager nattevagter på plejehjem beskrives typisk som for dårligt uddannet, og kan forårsage unødvendige indlæggelser, hvis der ikke er tilstedeværelse af enten sygeplejersker eller læger.

Generelt påpeger både afdelinger og praksis, at kommunerne tilbyder meget forskellig kvalitet i plejesituationen omkring patienten, og at det er vanskeligt at finde den rigtige indgang til kommunen for så vidt angår diskussion heraf.

Samtidig beskrives problemstillingen omkring manglende transparens, og viden omkring kommunale tiltag og muligheder for de kroniske patienter. En afdeling påpeger, at der indgår 15 kommuner i optageområdet, og at de alle arbejder meget forskelligt. Det er ikke muligt, at have indsigt i de kommunale tilbud, og der mangler generelt én indgang og ét sted at henvende sig. Der beskrives i den sammenhæng et behov for at bruge kommunerne bedre – og skabe godt samarbejde.

Der opleves således, at der går meget viden tabt, når kommuner har forskellige teams der ser patienter. Patienten tilses typisk af en række forskellige teams – og der mangler umiddelbart et klart billede af hvem der har ansvar for patienten. Dertil kommer, at flere kommuner opleves som for små økonomisk og personalemæssigt til at varetage gruppen af kronikere hensigtsmæssigt.

Kommunerne opleves dertil at agerer for selvstændigt i forhold til et sammenhængende behandlings- og plejeforløb. Der tages ikke højde for sygehuse og praksis, og kan opleves som værende mere styret af økonomiske incitamenter end klinisk faglighed. Kommunerne driver ofte initiativer projektorienteret, tidsbegrænset og uden det sker i samarbejde med sygehusafdelinger og praksis. Det gælder eksempelvis inden for rehabilitering, hvor der ikke sker den nødvendige koordinering med sygehusafdelingerne. Det afføder et behov for standardisere krav til de kommunale tilbud over for kronikere, kompetenceniveau blandt de ansatte samt ensartning af arbejdstilrettelæggelse – og at udarbejdes flere relevante tilbud i samarbejde med praksis og sygehusafdelinger.

Sygehuse og praksis beskriver sidst positive erfaringer med brugen af udgående sygeplejersker, og det generelle samarbejde, hvor der indgår sygeplejersker i pleje- og samarbejdssituationen i kommunen. Herunder opleves sygeplejersker som en mulighed for reduktion i antallet af unødvendige indlæggelse, og bedre stabilisering og regulering af kroniske patienter.

## OPSUMMERING

Analysen har blotlagt en række strukturelle udfordringer med tre aktører, der samarbejder omkring en stor heterogen kronikergruppe. Samarbejdet fremstår meget siloopdelt, og er i høj grad kendetegnet ved manglende viden om opgavevaretagelsen blandt de øvrige aktører. Der mangler generelt forpligtigelse og transparens, som forstærkes af manglende systematisk opfølgning på den samlede behandlings- og plejeindsats.

Det har været kendetegnende for de gennemførte interviews, at det generelt er svært at kvalificere resultaterne fra registeranalysen, herunder genkende mønstre og forklare forskelligheder mellem sygehuse. Der er imidlertid en række mulige indirekte forklaringsfaktorer for billedet, der tegnes i registeranalysen. Herunder fragmentering og manglende forpligtigelse, og dermed optimering af forløb inden for egne mere snævre rammer, usikkerhed om kompetencer, der eventuelt bidrager til at holde på patienter på sygehusafdelinger, manglende specialisering i praksis i forhold til de store kronikergrupper, manglende fleksibilitet i forløbsprogrammer, og generelt manglende dialog mellem aktørerne. Samlet kan det dog konstateres, at der ikke kan trækkes direkte linjer mellem de identificerede barrierer og udfordringer og registeranalysens resultater.

# Mulige tiltag og implementeringsovervejelser

Dette kapitel beskriver mulige tiltag og implementeringsovervejelser, som kan bidrage til bedre samarbejde, overgang mellem sektorer og generelt mere omkostningseffektive patientforløb med samme høje kvalitet. Det gælder særligt muligheder for omstilling af behandling til det laveste effektive omkostningsniveau (LEON). Tiltagene har forskellig karakter, og tager udgangspunkt i de forslag og overvejelser som er gjort i forbindelse med de gennemførte interviews.

Forslagene er overordnet kategoriseret inden for organisering, styring og incitament samt samarbejde og arbejdsdeling. Flere af forslagene har mere strukturel karakter, og vil være komplekse at implementere, herunder kan visse forslag kræve substantielle ændringer i den samlede struktur i sundhedssektoren for at realisere, mens andre forslag er rettet mere direkte mod sygehusafdelinger, og samarbejdet med de øvrige aktører inden for de eksisterende rammer.

Interviewprocessen har dog tydeliggjort, at det forpligtende samarbejde, og deling af data er de væsentligste drivere for bedre sammenhæng på tværs af sektorer.

## ORGANISERING

Forslagene under organisering er primært rettet mod ansvaret for patienten på tværs af aktørerne, herunder adresseres den manglende forpligtelse, som gør det svært at planlægge samlede behandlings- og plejeforløb. Viden og forståelse er ikke til stede i tilstrækkelig grad, og ejerskabet for patienten og det samlede forløb mangler – hvem er tovholder for patienten?

Forslagene inden for organisering omfatter følgende:

- **Styrket populationsansvar:** Styrket populationsansvar, hvor ideelt set én instans har det samlede ansvar for populationen på tværs af de kendte aktører. Ansvarret rækker således ud over indsatsen omkring pleje og behandling, men omfatter reelt også forebyggelse, tidlig opsporing og lignende for den samlede population. Et populationsansvar vil imødekomme den grundlæggende mangel på forpligtelse, da den ansvarlige instans har beføjelse til at planlægge arbejdsdeling mellem og på tværs af de kendte aktører, og dermed være styrende for den samlede aktivitet. Et sådant

populationsansvar kan tænkes styrket på mange måder, og med forskellig grad af faktisk organisatorisk eller finansieringsmæssig samling.

Der findes forskellige internationale eksempler på populationsansvar, hvor der gennem forskellige betalings- og incitamentsmodeller typisk søges at skabe omstilling fra sygehus til primærsektor. Fx hvor den ansvarlige instans ”bestiller” og betaler enkeltydelser blandt de andre aktører, eller incitamentsmodeller hvor en andel af omkostningsreduktioner tilfalder aktørerne (der henvises til relevante internationale eksempler med styring og organisering i bilag til fra registeranalysen).

Et yderligere konkret eksempel er ChenMed i Florida (se [www.chenmed.com](http://www.chenmed.com)), der har reduceret antallet af indlæggelser markant for en gruppe af ældre patienter, der er kategoriseret i lavindkomstgruppen, gennem større populationsansvar og en tilhørende incitamentsmodel. ChenMed har eksempelvis 46% færre sengedage end en tilsvarende population i NHS Manchester, Storbritannien.

- **Styrket patientansvar:** Styrket patientansvar, hvor enten sygehusafdeling eller praksissektor ideelt set har det samlede ansvar for hele patientforløbet på tværs af sektorer. Patientansvaret er målrettet det enkelte forløb på individniveau, og mindre omfattende end det samlede populationsansvar. Det afgørende er imidlertid, at der placeres et mere entydigt ansvar og forankring af patientens vej i sundhedssystemet.
- 
- **Styrket forpligtelse:** Styrket forpligtelse og integration mellem sektorer. Det kan eksempelvis være mere forpligtende og operationelle aftaler med ”krav” om deltagelse i specifikke velbeskrevne initiativer, fx faste møder mellem aktørerne (som det allerede sker flere steder, men med obligatorisk deltagelse), opfølgning på måltal for kronikere, segmentering efter specifikke retningslinjer, brug af tværsektorielle behandlingsplaner, udgående aktivitet, entydige kontaktpunkter, specialiseret faglig støtte til praksissektoren, sygehuse der giver faglige bidrag/sparring i forbindelse med kommuners udarbejdelse af tilbud m.v.

Analysen har vist, at flere regioner, sygehuse, praksis og kommuner allerede indgår i forskellige samarbejdsfora, hvor deltagelse kan gøres obligatorisk, og hvor der kan etableres en mere forpligtende planlægning og opfølgning på behandlings- og plejeforløb på tværs af sektorerne.



- **Styrket dialog i forbindelse med sektorovergange:** Styrket dialog i forbindelse med sektorovergange kan også ses i sammenhæng med samarbejde og arbejdsdeling. Brug af fx videokonferencer mellem afdeling, praksis og patient, vil styrke det fælles ansvar, forståelse af patientspecifikke behov i overgang og behandlingsforløb og generelt styrke tillid mellem aktører. Det gælder således også muligheden for styrket patientinvolvering og egenomsorg. Brug af videokonferencer ved udskrivning forsøges allerede anvendt flere steder.

Analysen har vist, at afdelinger oplever, at sektorovergange fungerer bedre, når det sundhedsfaglige personale kender hinanden på tværs af sektorer, fx i forbindelse med delte ansættelser af sygeplejersker mellem sygehus og kommune, og brug af netop videokonferencer (afprøves i Region Hovedstaden, såvel som mange sygehuse allerede har infrastrukturen til mere systematisk brug af videokonferencer).

**Styrket brug af udgående teams:** Styrket brug af udgående teams kan tilsvarende ses i sammenhæng med samarbejde og arbejdsdeling. Udgående teams er sygehuspersonale, der laver opfølgning på patienten i eget hjem eller kommunalt tilbud som plejehjem (vante omgivelser), eller tilser patienter direkte i praksis. Det gælder fx opfølgning på behandling i eget hjem kort efter udskrivning, eller såkaldte diabetesdage, hvor patienter tilses af sygehuslæger eller sygeplejersker i praksis på særlige dage, med henblik på at bringe specialistviden til kronikere i praksis, inden behovet for sygehusbehandling opstår (patienter holdes velregulerede).

Analysen har vist, at visse afdelinger praktiserer forskellige former for udgående aktivitet, primært opfølgning i eget hjem, der ikke er koordineret med praksis eller kommuner. Den udgående aktivitet skal forhindre tilbagefald, og sikre patienter holder sig stabile særligt efter udskrivning af indlæggelse.

- **Større enheder i praksis:** Etablering af større praksisenheder, hvor det er muligt at øge specialisering og kompetencer inden for kronikergrupper. Det kan fungere som grundlag for udflytning af mere basisbehandling, og større specialisering på sygehuse. Sygehuse/ambulatorier vil således kunne fungere som tovholder på ”tungere” patienter, mens praksis vil fungere som tovholder på mere velregulerede ”lette” patienter, fx i kontrolforløb. Hvis udviklingen hen imod større enheder skal fremmes ud over den nuværende meget gradvise udvikling vil det kunne kræve særlige tiltag.

Klyngesamarbejder er eksempler på større enheder, og muligt grundlag for øget specialisering, bedre segmentering og deraf bedre omstilling, fx inden for specifikke patientgrupper. Tilsvarende ses i forbindelse med ”Vårdcentraler” i Sverige. Forslaget retter sig også mod arbejdsdelingen, jf. nedenfor.

- **Nationale kvalitetsstandarder:** Indførelse af kvalitetsstandarder på tværs af sektorerne, således standarder gælder for både afdelinger, praksis og kommuner. Fælles kvalitetsstandarder stiller større – men fælles – krav

om ensartet indhold og tilrettelæggelse af den samlede behandling og pleje på tværs af alle aktørerne. Det kan fremme samarbejdet gennem en fælles reference for hvordan behandlings- og plejeforløbet bør forløbe.

Sundhedsstyrelsen skal således definere krav og standarder til behandling og pleje, der kan gøres gældende på tværs af alle sektorer (som det også kendes fra fx kommunale akutfunktioner, hvor Sundhedsstyrelsen opstiller krav og anbefalinger til fx varetagelse af særlige sygeplejeindsatser, kvalitet, involverede personalegrupper og patientsikkerhed, samarbejdet mellem aktører m.v.).

Forslagene skal vurderes enkeltvis, og er ikke gensidigt udelukkende. Herunder vil et entydigt populations- og patientansvar løse for problemstillingen omkring forpligtigelse, mens styrket dialog ved sektorovergange, nationale standarder for praksis og kommuner samt større enheder i praksis vil være relevant uanset hvordan større forpligtelse og/eller entydig ansvar for patienten etableres.

## STYRING OG INCITAMENTER

Forslagene under styring og incitamenter er rette mod de styringsmæssige rammer, og adresserer de mekanismer der skal understøtte en faglig og omkostningsmæssig effektiv håndtering af patientforløbet.

Forslagene inden for styring og incitamenter omfatter følgende:

- **Systematisk styring og (mål-) opfølgning:** Systematisk opfølgning på relevante mål for behandlings- og plejeforløbet, herunder resultatopfølgning inden for sygehuse – og på tværs af sygehuse, praksis og kommuner. Det kan være opgørelser af genindlæggelser, kontrolbesøg, kvalitetsindikatorer, patientrapporterede oplysninger og lignende, der dokumenterer og synliggør variationer i kvalitet, aktivitet og omkostninger inden for specifikke patientgrupper. Opgørelserne kan baseres på eksisterende data i aggregeret form, og kan umiddelbart iværksættes på kort sigt (hvor fx regionen udarbejder datatræk og deler i dialogen med praksis og kommuner).

Analysen har vist, at afdelinger og praksis oplever, at opgørelse af relevante nøgletal skaber større transparens, forståelse for de faktiske forløb, omfanget af aktivitet og danner et reelt grundlag for bedre planlægning, opfølgning og dialog både mellem sektorerne, og internt på sygehusene. Flere afdelinger anvender simple opgørelser internt, og i forbindelse med fx viljemøder og lignende samarbejdsfora mellem aktørerne. Dette ligger i forlængelse af den generelle efterspørgsel efter data internt og på tværs af sektorer.

- **Styrket datamæssig integration:** Styrket system- og datamæssig integration, fx fælles systemer og adgang til data på tværs af aktører. Det kan imødekomme behov for praktiske elementer som ”push” af information fra sygehusafdeling til praksis, der sikrer praksis ser instruktion fra sygehus, og

dermed sikrer patienten fortsætter iværksat behandling efter det planlagte forløb, deling af information om patientens historik på tværs af sektorer, samt mere avancerede muligheder for risikoscorening af patienter og deraf prædiktions af sygdomsudvikling, behandlingsudfald og lignende. Datadeling vurderes som værende en af de væsentligste drivere for transparens mellem det sundhedsfaglige personale i de forskellige sektorer, og dermed bedre og mere sammenhængende behandlings- og plejeforløb på tværs af sektorer.

Analysen har vist, at de afdelinger og praksis primært efterspørger (simpel) information om forløb uden for egen sektor, fx sygdomshistorik, typer og antal af kontakter, igangsatte forløb, konkurrerende forløb m.v. Mere avanceret brug af data efterspørges ikke direkte, men vurderes som værende relevant i forhold til fx prædiktions, kvalitetsopgørelser, outcome-mål og lignende, der vil kunne styrke transparens, samarbejde og generel effektivitet.

- **Forening af økonomiske incitamenter:** Forening af de økonomiske incitamenter kan udføres på forskellig vis, herunder fx med shared savings-modeller eller en fælles finansieringsmodel på tværs af de nuværende sektorer. Herunder med fokus på at optimere samlet økonomi for behandling og pleje på tværs af sektorer, således der ikke er modsatrettede incitamenter i forbindelse med fx henvisning, behandling, udskrivning, lokale initiativer og tilbud. Formålet er at skabe ét samlet incitament til at behandle den enkelte patient på det mest omkostningseffektive niveau, med samme kvalitetsniveau, og derigennem drive en større omstilling. Dette kan ses i nær relation til populationsansvar (jf. beskrivelse af internationale erfaringer med ”bestiller/udfører-modeller” og delt risiko/gevinst mellem aktører).

Disse forslag skal ligeledes vurderes enkeltvis, men forslagene kan indføres både sammen og enkeltvis.

## SAMARBEJDE OG ARBEJDSDELING

Samarbejde og arbejdsdeling retter sig mod forbedringer internt på sygehusafdelingerne, og i det nære samarbejde mellem afdelinger, praksis og kommuner. Særligt sygeplejersker er gennem hele interviewforløbet blevet fremhævet som en særlig driver for frigørelse af lægeressourcer, bedre kapacitetsudnyttelse og generelt styrket samarbejde mellem aktørerne.

Forslagene inden for samarbejde og arbejdsdeling omfatter følgende:

- **Større opgaveglidning:** Større opgaveglidning mellem læger og sygeplejersker, hvor sygeplejersker overtager flere dele af patientforløbet, herunder gennemførelse af tilsyn og kontrol af (velregulerede) kronikere uden involvering af læger. Dette vil frigøre lægeressourcer til kronikere med

større behov, og imødekomme den stigende kronikeraktivitet, og kan samtidig bidrage til at styrke samarbejdet med praksis og kommuner – i det omfang sygeplejersker på tilsvarende vis overtager flere opgaver i særligt praksis, men også i kommuner. Opgaveglidning opleves kulturelt betinget (inden for de faglige rammer), og kan i højere grad påvirkes systematisk gennem specifikke faglige retningslinjer for hvilke opgaver sygeplejersker kan påtage sig i forbindelse med kronikere.

Analysen har vist, at flere afdelinger allerede benytter opgaveglidning, hvor sygeplejersker i stigende grad overtager typiske lægeopgaver, herunder rene sygeplejekontroller. Tilsvarende tilkendegiver praksis, at sygeplejersker kan overtage flere opgaver i praksis. I Sverige varetager sygeplejersker eksempelvis patienter i egne konsultationer på vårdcentraler, når det vurderes lægekonsultation ikke er nødvendig, herunder når det omhandler kronikere i kontrolforløb. Sygeplejersken foretager typisk denne vurdering.

- **Fleksible ambulatorier:** Indførelse af fleksible ambulatorier der muliggør hurtig adgang til specialistbehandling for kronikere, og dermed forebyggelse af indlæggelser. Det betyder praktisk, at afdelingerne skal holde et antal tider fri på faste dage, således praksis kan henvise patienter på dag-til-dag basis (eller med kort varsel). Dermed muliggøres hurtig og fleksibel adgang til specialistbehandling for kronikere med risiko for at "vælde" i praksis, og dermed starte længere behandlingsforløb på sygehusafdelinger – startende med (akut) indlæggelse.
- **Systematisk brug af hotline:** Systematisk brug af hotlines for patienter, der kan henvende sig vedrørende eget forløb, samt praksis der kan henvende sig med henblik på hurtig adgang til specialistviden, som alternativ til henvisning af patient til ambulans besøg. Det betyder, at den enkelte afdeling skal afsætte tid (personale) til at besvare opkald fra patienter og praksislæger der søger råd og vejledning for at undgå unødvendige henvisninger til sygehusbehandling.

Analysen har vist, at der generelt er stor efterspørgsel efter adgang til specialistviden for særligt praksis, fx i form af fleksible ambulatorier, hotlines, større integration med sygehusafdelinger eller lignende.

På flere afdelinger anvendes forskellige former for hotlines for både patienter samt praksis og kommuner. Hotlines beskrives som en simple og effektiv måde at undgå unødvendige sygehuskontakter – både hvad angår patienternes behov for tryghed og mulighed for opretholdelse af egenomsorg samt praksis' og kommuners behov for hurtig adgang til specialistviden (afdelinger som tilbyder – eller tidligere har tilbudt – hotlines, har ikke indikeret behov for yderligere ressourceindsats til sådanne initiativer). Praksis efterspørger specifikt genåbning af en hotline, der tidligere har været i anvendelse i Region Hovedstaden.

- **Undervisning og kompetenceudvikling:** Fokuseret undervisning og kompetenceudvikling i både praksis og kommuner, herunder uddannelse i

håndtering i de store kronikergrupper. Det kan fx være afdelinger, der underviser i håndtering af specifikke kronikergrupper, herunder hvornår der er reelt behov for specialistbehandling, hvordan kronikere holdes velregulerede, hvordan udskrevne patienter modtages og fortsættes i fx kontrolforløb, hvordan indlæggelser undgås og lignende.

Analysen har vist, at sygehusafdelinger allerede tilbyder forskellige former for undervisning, særligt inden for diabetesområdet. Undervisningen er imidlertid ikke obligatorisk, og ikke målrettet kompetenceudvikling i forhold til større omstilling.

- **Større fleksibilitet i forløbsprogrammer:** Større fleksibilitet i forløbsprogrammer, særligt i forbindelse med tilrettelæggelse af kontroller (antal og frekvens), der for visse kronikere er unødvendige og dermed optager tider for andre kroniker med større behov. Programmerne tager ikke tilstrækkelig hensyn til den store variation i kronikergruppen, og skal derfor i højere grad tilpasses patientgruppens heterogenitet. Flere afdelinger afviger allerede programmer af hensyn til bedre kapacitetsudnyttelse og hensyn til den enkelte patient.

\*\*\*