



THE BOSTON CONSULTING GROUP

# Kronikerindsatsen internationalt

## - Analyse af Internationale Eksempler

---

*Rapport udarbejdet af The Boston Consulting Group for Danske Regioner,  
Finansministeriet og Sundhedsministeriet*

**Oktober 2017**

For yderligere information kontakt venligst:

Andreas Malby  
Partner & Managing Director  
The Boston Consulting Group  
Kalvebod Brygge 24  
1560 København V

**The Boston Consulting Group**

## Executive summary

### Det danske sundhedssystem er udfordret af en stigende plejeburde fra de kronisk syge

Antallet af personer med kroniske lidelser forventes at stige markant fremadrettet, hvilket stiller større og større krav til det danske sundhedsvæsen for at sikre både høj kvalitet og omkostningseffektivitet af behandlingen af denne patientgruppe.

Casestudierne i denne rapport søger derfor at afdække internationale best practice for kronikerindsatsen med fokus på elementer, der kan styrke behandlingskvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivitet set over hele plejekæden.

Der tages afsæt i tre lande, der har sundhedssystemer, der er sammenlignelige med det danske for så vidt angår at de er primært offentligt finansierede, og at borgerne har mere eller mindre fri adgang: England, Holland og Sverige. Derudover inddrages enkelte konkrete og innovative eksempler fra USA, der kan være relevante i Danmark kontekst på trods af den store strukturelle forskel mellem det danske og det amerikanske sundhedssystem. På tværs af landene vil initiativer fra forskellige dele af sundhedssystemet blive behandlet, heriblandt både primær og sekundær sektor og såvel bestiller som yderfunktioner.

Overordnet set har casestudierne vist, at der ikke eksisterer nogen fuldt sammenhængende og velfungerende model, der sikrer udgiftseffektiv håndtering af de kronisk syge på tværs af hele plejekæden. De forskellige lande står alle over for lignende udfordringer som dem i Danmark, og der eksperimenteres derfor med en række nye løsningsmodeller.

Løsningsmodellerne falder indenfor fire hovedemner, der er centrale for håndteringen af kronikerne:

1. **Organisering**, herunder organisation af udbydere, uddelegering af ansvar og konkurrenceelementer: Centralt for casestudierne har været at omkostningseffektivitet kræver, at de kronisk syge patienter behandles på det laveste effektive omkostningsniveau, der stadig er kvalificeret til at varetage behandlingen. Det handler altså ikke bare om at flytte patienter til billigere udbydere, men også om at sikre at patienterne omgives af kvalificeret personale, der kan dække deres behandlingsbehov. Der har konkurrence om patienterne på f.eks. kvalitet også været et centralt element flere steder.
2. **Incitamenter og sammenhæng**, herunder afregningsregimer, sanktioner og belønninger og performance management: På trods af at sundhedsprofessionelle som udgangspunkt har de bedste intentioner for deres patienter, så er der i casestudierne observeret en forbedret integration af kronikerindsatsen på tværs af sektorer ved indførelse af en afstemt incitamentsstruktur, der belønner høj kvalitet, sammenhæng og omkostningseffektivitet. Der er set eksempler på velfungerende incitamenter af både økonomisk og mere emotionel karakter, fra populationsansvar og performance management til publikation af kvalitetssammenligninger (internt eller offentligt).
3. **Omkostningseffektiv arbejdsdeling**, herunder koordinering på tværs af specialer og sektorer, tværfaglige specialistiklinikker, specialistrådgivning til primær sektor, uddelegering til sygeplejersker og engagering af patienter i forebyggelse og egenomsorg: De kronisk syge kræver behandling på tværs af specialer og sektorer, hvorfor effektiv styring er essentiel. Det betyder også, at de kronisk syge patienter generelt har behov for behandling fra en række forskellige udbydere på forskellige tidspunkter i deres sygdomsforløb. Det er derfor nødvendigt for en effektiv kronikerindsats, at patienterne både sikres adgang til rette behandlingstilbud og styres mellem disse udbydere, så de modtager rette behandling til rette tid. Casestudierne har illustreret en række måder hvorpå dette kan

fremmes, f.eks. gennem samling af flere specialister i tværfaglige klinikker, tættere samarbejde mellem primær sektor og udbydere af mere specialiseret behandling, og tilknytning af fast kontaktperson, der agerer koordinator for patienten. Samtidig er en øget brug af sygeplejersker på alle niveauer et gennemgående træk, ligesom udbygget specialistrådgivning herunder gennem fremskudte sygehusvisitationer også benyttes flere steder.

4. **Brug af data og information**, herunder kvalitetskontrol, fælles IT-systemer og brug af telemedicin: Fælles for de studerede løsningsmodeller har været afhængigheden af systematisk indsamling og brug af data. Indsamling, analyse og publikation af kvalitetsdata fra alle dele af sundhedssystemet er nødvendig for at sikre høj behandlingskvalitet samt drive og skabe grundlag for forbedringer. Som eksempel har flere af de studerede initiativer opnået signifikante forbedringer af behandlingskvaliteten gennem offentliggørelse af kvalitetsdata, i nogle tilfælde med tilknyttede finansielle incitament, i andre tilfælde med konkurrence eller resultatstyring som delement. Derudover har data- og informationstransparens på tværs af sektorerne været nødvendig for at koordinere indsatsen, samt skabe tillid, samarbejdsvillighed og fælles ansvarlighed mellem aktørerne. Så længe den praktiserende læge ikke kan se hvilken behandling hendes patient modtager på sygehuset - og omvendt, så vil der ikke kunne leveres en effektiv og koordineret indsats, og parterne vil ikke være sikre på at patienten har modtaget den nødvendige behandling i den anden sektor.

En direkte sammenligning af de enkelte løsningsmodeller er ikke mulig, da datagrundlaget endnu ikke er til stede, bl.a. på grund af at effekten for mange af initiativerne først vil ses på lang sigt. På tværs af løsningsmodellerne kan dog konkluderes, at tydelig placering af ansvar for bestillinger i relation til udførelser, samt placering af ansvar for styring af de kronisk syge patienter, er centrale elementer i en effektiv kronikerindsats.

I dansk kontekst eksisterer tre principielle organisationsmodeller, der vil kunne understøtte dette:

1. Kronikeransvaret placeres hos en samlet myndighed (i DK regionen), der uddelegerer levering af ydelser til primær og sekundær sektor, hvor udbydere konkurrerer om kontrakter på behandling af patienterne
2. Kronikeransvaret placeres hos sygehuset, der får populationssvaret ift det lokale befolkningsgrundlag og styrer kronikerens behandlingsforløb, leverer den specialiserede behandling i specialiserede tværfaglige klinikker og udliciterer resten til primær sektor
3. Kronikeransvaret placeres hos primær sektor (i DK praksissektoren) med populationsansvar ift. tilknyttede patienter, der konsolideres i større tværfaglige lægepraksisser, der kan levere al primær pleje, mens indkøb af sekundære ydelser foretages enten af regionen eller af primær sektor

Modellerne er stiliserede, og man kan fx godt tænke sig kombination af en styrket regional rolle (1) med et patientansvar placeret i enten praksissektor (3) eller på sygehusene (2).

I det danske sundhedsvæsens nuværende struktur har regionerne behandlingsansvaret overfor patienterne, uanset om opgaverne udføres på sygehusene eller i almen praksis. Det er BCGs vurdering, at man godt kan forestille sig en model, hvor regionerne tager en mere aktiv og styrket rolle i styring af de kroniske syge patienter på tværs af sygehuse og almen praksis, samtidig med et større ansvar i almen praksis i forhold til den konkrete kroniske patient med fokus på bl.a. styrket forebyggelse.

## Vigtigste læringspunkter fra de internationale casestudier:

### Organisering

Omkostningseffektiv behandling af de kronisk syge kræver at de placeres et sted i plejekæden, hvor de kan få den rette behandling, uden at belaste systemet mere end nødvendigt. Afhængig af hvilken type pleje der er behov for kan samme patient placeres flere steder i plejekæden, så længe patienten dér omgives af kvalificeret personale. Casestudierne har identificeret en række styringsgreb målrettet dette:

#### 1) Specialiserede tværfaglige klinikker kan håndtere de mest komplekse patienter, der har behov for behandling fra en række forskellige specialister

- Sygehus**
- Yeovil: Complex Care Hub samler specialister på sygehuset og tager sig af de 4% mest komplekse kronikere med fokus på forebyggelse af akutindlæggelser
  - HND-centrum: Samler hjerte-, nyre- og diabetes-afdelinger i én tværfaglig ambulant klinik målrettet multisyge kronikere med diagnoser indenfor alle tre områder

Risikopunkter / succeskriterier:

- Koordination mellem specialisterne skal sikre at patienten kan få dækket flere af sine behandlingsbehov under ét besøg i klinikken
- Sådanne klinikker vil være omkostningstunge, hvorfor de bør kombineres med en udslusningsmekanisme, der sikrer at stabiliserede patienter kan overføres til primær sektor

#### 2) Specialiserede ambulante klinikker, placeret mellem sygehus og almen praksis, kan agere gatekeeper til sygehus og håndtere patienter, der er for komplekse til primær sektor, men som ikke kræver hospitalsindlæggelse

- Sygehus**
- Whittington: Har centre for diabetikere, KOL- og hjertekar-patienter, der diagnosticerer, behandler og sender videre i plejekæden efter behov
  - Holland: Lokalt placerede ambulatorier modtager patienter efter henvisning fra almen praksis og sender 75% af dem tilbage efter én konsultation, uden henvisning til sygehuset
  - Group Health: Mellem almen praksis og sygehus er oprettet lokale akutafdelinger, der modtager patienten fra almen praksis og vurderer om indlæggelse er nødvendig

Risikopunkter / succeskriterier:

- Oprettelse af ekstra led i plejekæden vil stille større krav til koordinationen
- Klinikken skal have som målsætning at minimere brugen af omkostningstung diagnostik

#### 3) Styrkelse af primær sektor, gennem konsolidering i større lægehuse eller integration med sygehuse, kan effektivisere sektoren og muliggøre håndtere af en større del plejbyrden

- Pri. sektor**
- ZIO: Samling af almene praksisser under "Care Group" gør dem i stand til at dække alle kronikernes behandlingsbehov i primær sektor
  - Almö: 11 almene praksisser samarbejder om bl.a. indkøb og administration
  - Yeovil: Integrerer almene praksisser i integrated care organisation, enten ved opkøb af praksis eller gennem samarbejde om integrated care initiativer
  - Whittington: Integrerer sygehus og kommunale services i integrated care organisationer, der samarbejder med de lokale almene praksisser

#### 4) **Ansvar og risiko for styring af kronikerne kan udliciteres til specialiserede organisationer**

Uddelegering

- ZIO: Care Group betales fast årligt beløb for at levere al primær pleje til de kronisk syge
- CareMore / Group Health, USA: Private sundhedsorganisationer overtager ansvar og risiko for al behandling af deres medlemmer

Risikopunkter / succeskriterier:

- Hvis levering af primær pleje udliciteres separat (Care Group-modellen), så kræves en afstemt incitamentsstruktur, der hindrer unødvendige henvisninger og manipulation af finansieringssystemet
- Det vil kræve systematisk indsamling og publikation af kvalitetsdata fra udbyderne for at sikre behandlingskvalitet og for at skabe konkurrence mellem udbyderne

### **Incitament og sammenhæng**

Integration af kronikerindsatsen på tværs af sektorerne kræver en afstemt incitamentsstruktur, der fremmer høj kvalitet og omkostningseffektivitet. Casestudierne har ikke identificeret nogen modeller, der har opnået fuldt afstemt finansiel incitamentsstruktur på tværs af alle sektorer. Til gengæld er observeret en bevægelse fra aktivitets- til populationsbaseret finansiering af primær sektor, og at denne finansiering i stigende grad gøres afhængig af kvalitet og omkostningseffektivitet. Full integration vil på længere sigt kræve at dette udbredes vertikalt i plejekæden.

#### 1) **Populationsansvar giver incitament til forebyggelse og udgiftseffektivitet**

Primær sektor

- Whittington: 60-80% af almen praksis' finansiering stammer fra capitation
- Yeovil: Integrated care organisation og de deltagende almene praksisser modtager capitation-betaling for al behandling af populationen
- Almö: Modtager risikojusteret capitation-betaling for deres patienter, som nedsættes hvis patienten kræver behandling fra andre udbydere, heriblandt ambulante behandling i sekundær sektor
- ZIO: Modtager én betaling for at dække al kroniker-relateret behandling af deres patienter, og finansieringen bortfalder, hvis patienten henvises til sekundær sektor
- CareMore: Modtager én forsikringspræmie for at dække al behandling af deres patienter

Risikopunkter / succeskriterier:

- Capitation-betaling af almen praksis vil give incitament til tidlig henvisning af komplekse patienter til sekundær sektor, hvorfor det vil skulle kombineres med nedsættelse af finansiering ved henvisning, veldefinerede henvisningskriterier eller placering af gatekeeperfunktionen et andet sted i plejekæden
- Risikojustering af capitation-betaling vil give incitament til over-diagnosticering af patienterne, hvorfor diagnosticeringen vil skulle kontrolleres, f.eks. gennem kvoter eller diagnosekriterier

#### 2) **Performance management giver incitament til høj kvalitet og overholdelse af best practice**

Sygehus

- Yeovil: Finansiering nedsættes hvis krav til ventetider og kvalitet ikke overholdes
- Whittington: Op til 10% af finansieringen afhænger af overholdelse af krav til ventetider og best practice procedurer
- Capiro: Har gennem performance management opnået mere end 10% lavere udgiftsniveau end sammenlignelige sygehuse

- Whittington: 15-25% af de praktiserende lægers finansiering er baseret på overholdelse af en række proces-relaterede kvalitetsindikatorer
- ZIO: Finansieringen er direkte koblet til overholdelse af best practice protokoller, hvilket har øget complians fra 25% til mere end 90%
- Almö: 4% af finansieringen afhænger af præstation indenfor 140 kvalitetsindikatorer
- Kaiser: 5% af personalets løn afhænger af patienttilfredshed, proces-relaterede kvalitetsindikatorer, kliniske resultater og effektiv udnyttelse af ressourcer
- Group Health: 5% af personalets løn afhænger af kvalitetsindikatorer, produktivitet og patient tilfredshed

Risikopunkter / succeskriterier:

- Vil kræve systematisk indsamling af kvalitetsdata fra alle sektorer
- Vil på kort sigt øge de samlede sundhedsudgifter, hvis det kun bliver indført som en bonus for god præstation og ikke en sanktion for dårlig præstation
- Et lille finansielt incitament er tilstrækkeligt til at ændre opførsel, hvis det kombineres med offentliggørelse af kvalitetsresultaterne, så udbyderne kan se hvor højt de rangerer

### 3) Budgetlofter og knæktakster kan bruges til styring af de globale budgetter

- Capio: Ydelser over et fast aktivitetsloft refunderes ikke, hvilket lægger låg på budget
- Whittington: Akut-aktivitet over 2008/2009-niveauet refunderes kun med 70% af de normale takster
- Holland: Sygehusene har fået fastfrosset budgettet for de næste 3 år

- Almö: Regionens budget for primær sektor er fastlagt, så forhøjet capitation-betaling til én almen praksis sker ved omfordeling fra de andre udbydere

### Effektiv kronikerstyring

De kronisk syge har behov for behandling på tværs af specialer og sektorer. For at opnå en effektiv styring bør kronikeren derfor tilknyttes en central koordinator, der kan guide patientens langs plejekæden, og specialister bør samles i tværfaglige centre, der kan dække en række behandlingsbehov på ét sted. Derudover er det essentielt for at holde plejbyrden nede, at ansvar for stratificering, tidlig diagnosticering, forebyggelse og genoptræning spredes over hele plejekæden.

### 1) Specialiserede ambulante klinikker kan omgive patienterne med tværfaglige hold af specialister, der kan dække alle behandlingsbehov på ét sted

- Yeovil: Complex Care Hub bemandedes af praktiserende læger med specialisering i styring af kronikere og sygeplejersker, der koordinerer og har den daglige kontakt med patienten
- Whittington: Centre bemandedes af speciallæger, specialiserede sygeplejersker, fysioterapeuter, kliniske psykologer, farmaceuter, rygestoprådgivere mm.
- HND-centrum: Bemandedes af læger og sygeplejersker med speciale i diabetes, hjertekar- og nyresygdomme

Risikopunkter / succeskriterier:

- Hvis højere samlede sundhedsudgifter skal undgås vil oprettelse af sådanne klinikker skulle kombineres med tilsvarende nedskæringer andetsteds i plejekæden
- For at sikre hurtig udskrivning af stabiliserede patienter til primær sektor skal patienter løbende stratificeres, og der skal udarbejdes en behandlingsplan umiddelbart efter udskrivning der sikrer gnidningsfri overgang til primær sektor

**2) Primær sektor kan påtage sig et større ansvar for at holde kronikerne lokalt, hvis den støttes af andet sundhedspersonale, som f.eks. speciallæger, sygeplejersker, fysioterapeuter og psykologer**

- Primær sektor
- Whittington: Specialister fra sygehuset rådgiver almen praksis om diagnosticering og behandling, og støtter med koordination og monitorering af patienterne
  - Yeovil: De lokale lægepraksisser supporteres af specialiserede sygeplejersker, akutlæger, socialarbejdere og psykologer fra sygehuset
  - ZIO: Almen praksis foretager undersøgelser og behandlinger, der tidligere blev foretaget på sygehuset. Behandler 96% af diabetikerne mod 50-60% før oprettelse af Care Group'en
  - CareMore: De mest komplekse patienter tilknyttes extensivt fra CareMore, der er en praktiserende læge med ekspertise i behandling af kronisk syge
  - Almö: Almen praksis bemannes af bl.a. praktiserende læger, sygeplejersker med speciale i diabetes, KOL og forhøjet blodtryk, fysioterapeuter og kiropraktorer
  - Group Health: Speciallæger fra sygehuset støtter og instruerer den praktiserende læge i mere specialiseret behandling af de mere komplekse patienter

Risikopunkter / succeskriterier:

- Primær sektor skal tilføres flere midler, hvis den skal kunne tage en større del af plejbyrden, og det har vist sig svært samtidig at skæres tilsvarende i sygehusbudgetter, da den frigjorte kapacitet typisk er blevet brugt på andre patientgrupper
- På kort sigt vil der formentlig opleves højere samlede sundhedsudgifter, men dette vil på længere sigt opvejes af besparelsen fra en højere behandlingskvalitet

**3) Hovedansvaret for styring af kronikerne kan uddelegeres til specialiserede sygeplejersker, på sygehus eller lokalt, der kan foretage standardundersøgelse og -behandlinger**

- Sygehus
- Primær sektor
- Yeovil: Sygeplejersker står for den daglige kontakt med kronikeren og agerer koordinator mellem de forskellige specialister
  - Whittington: Specialiserede sygeplejersker agerer kontaktpunkt for kronikerne, foretager standardundersøgelser og -behandlinger og koordinerer mellem sektorerne
  - ZIO: Har ansat 0,5 sygeplejersker pr. læge, der tager sig af de stabile kronikere
  - Almö: Har ansat 4 sygeplejersker for hver læge, der tager en 1-årig uddannelse, der gør dem i stand til at have det primære ansvar for de kronisk syge
  - CareMore: Sygeplejersker agerer primært kontaktpunkt for kronikerne, foretager standardundersøgelser og -behandlinger og instruerer og opfordrer til egenomsorg
  - Group Health: Specialiserede sygeplejersker tager sig af de stabile patienter, der hovedsageligt har behov for standardundersøgelser og -behandling, samt rådgivning

Risikopunkter / succeskriterier:

- Der er ikke klar evidens for at uddelegering af opgaver til sygeplejersker fører til lavere sundhedsudgifter, men det har vist sig at have en positiv effekt på de kliniske resultater og patienttilfredsheden

**4) For at minimere den samlede plejbyrde skal ansvar for tidlig diagnosticering, forebyggelse og rehabilitering deles over hele plejekæden**

- Sygehus
- Yeovil: Sygehuset har ansat 50 sundhedscoaches, der arbejder lokalt på tværs af almene praksisser og engagerer patienterne i egenomsorg
  - Whittington: Har etableret dedikeret forebyggelsesgruppe, der instruerer sundhedspersonale i både primær og sekundær sektor i forebyggelse og opfordrer patienterne til egenomsorg
  - HND-centrum: Personlig sygeplejerske holder løbende kontakten med patienten

- ZIO: Sygeplejersker tager ud til høj-risikoområder og identificerer potentielle patienter, og patienter, der ikke møder op til de periodiske undersøgelser, bliver aktivt kontaktet
- Almö: Patienter i risikogrupper indkaldes jævnligt til sundhedstjek
- CareMore: Patienterne placeres i behandlingsprogrammer, der sikrer jævnlig konsultation og opfølgning
- Kaiser: Patienterne mindes om manglende undersøgelser, behandlinger eller medicinering via email, sms eller telefon
- Group Health: På tværs af sektorerne er der fælles ansvar for at identificere og lukke huller i plejekæden, f.eks. identificere patienter, der ikke går til deres periodiske konsultationer eller ikke tager deres medicin

### 5) Mange kronisk syge er ikke korrekt diagnosticeret, hvorfor løbende stratificering både i primær og sekundær sektor er nødvendig for at sikre at de modtager den rette behandling

- Whittington: Før udskrivning fra sygehuset stratificeres patienten, og der lægges en plan for den videre behandling, genoptræning, medicinering og egenomsorg
- Yeovil: Bruger aktivt stratificering til at identificere patienter i risikogrupper, baseret på antal komorbiditeter og den praktiserende læges råd

- CareMore: Bruger stratificering, baseret på laboratoriemålinger, observationer og prædiktive modeller, til at identificere medlemmer i risikogrupper
- Group Health: Bruger stratificering til at identificere medlemmer i risikogrupper og til at lægge behandlingsplaner ved overgang mellem sektorerne, f.eks. efter udskrivning
- Kaiser: Stratificerer patienter ved tilmelding og identificerer komplekse patienter tidligt i forløbet

Risikopunkter / succeskriterier:

- Kræver samling af patientdata i fælles IT-system, der deles på tværs af sektorerne

### Brug af data og information

Datagennemsigtighed på tværs af sektorerne er en forudsætning for en sammenhængende håndtering af de kronisk syge. På tværs af de studerede lande har man indenfor de seneste år opnået reelle gennembrud indenfor transparens og brug af kvalitetsdata fra særligt primær sektor, hvor de praktiserende læger har tilsluttet sig datadelingsinitiativer, der har givet indsigt i behandlingskvalitet og skabt tillid og gennemsigtighed på tværs af sektorerne.

#### 1) Indsamling af kvalitetsdata er nødvendig for kontrol af kvalitet og overholdelse af best practice, og alene publikation af data har vist sig tilstrækkelig til at fremprovokere forbedringer

- Whittington: 150 kvalitetsindikatorer indsamles fra almen praksis, og data er offentligt tilgængelige ned på lægepraksis-niveau
- ZIO: Procesrelaterede kvalitetsdata indsamles, og almen praksis' finansiering er direkte koblet til indrapporteringen
- Capio: Der indsamles og offentliggøres over 200 kvalitetsindikatorer
- Almö: Finansiering af almen praksis er koblet til indrapportering af kvalitetsdata
- Sverige: Kvalitetsdata bruges bl.a. til publikation, identifikation af nye risikofaktorer, udvikling af best practice og sammenligning af udbydere
- CareMore: Indsamler over 100 kvalitetsindikatorer, der bruges til evaluering af udbyderne og forbedring af interne arbejdsprocedurer

#### 2) Datagennemsigtighed mellem primær og sekundær sektor er nødvendig for at skabe tillid og koordination mellem aktørerne, og det muliggør f.eks. hurtig beslutningstagen i akutte situationer og hindrer unødvendige gentagelse af undersøgelser



- Whittington: Har fælles IT-system mellem sygehus, almen praksis, kommunale services og socialplejen, der giver adgang til patientoplysninger i realtid
- ZIO: Dataindsamling og journalføring er koordineret mellem netværk af almene praksisser
- Almö: Fælles IT-system mellem vårdcentral, kommune og sygehus informerer vårdcentralen, når en af dens patienter er blevet indlagt eller bliver udskrevet fra sygehuset
- Group Health: Læger på tværs af plejekæden har adgang til komplette patientjournaler

**3) På trods af muligheden for at effektivisere sundhedsvæsenet gennem digitalisering, så bruges moderne teknologi stadig kun sparsomt**

- CareMore: Patienter med risiko for hjertesvigt og patienter med forhøjet blodtryk modtager vægt og blodtryksmåler, der automatisk transmitterer data til CareMore
- Group Health: Bruger telemedicin til konsultation og monitorering af patienterne, så de kan engageres hjemmefra

# Indholdsfortegnelse

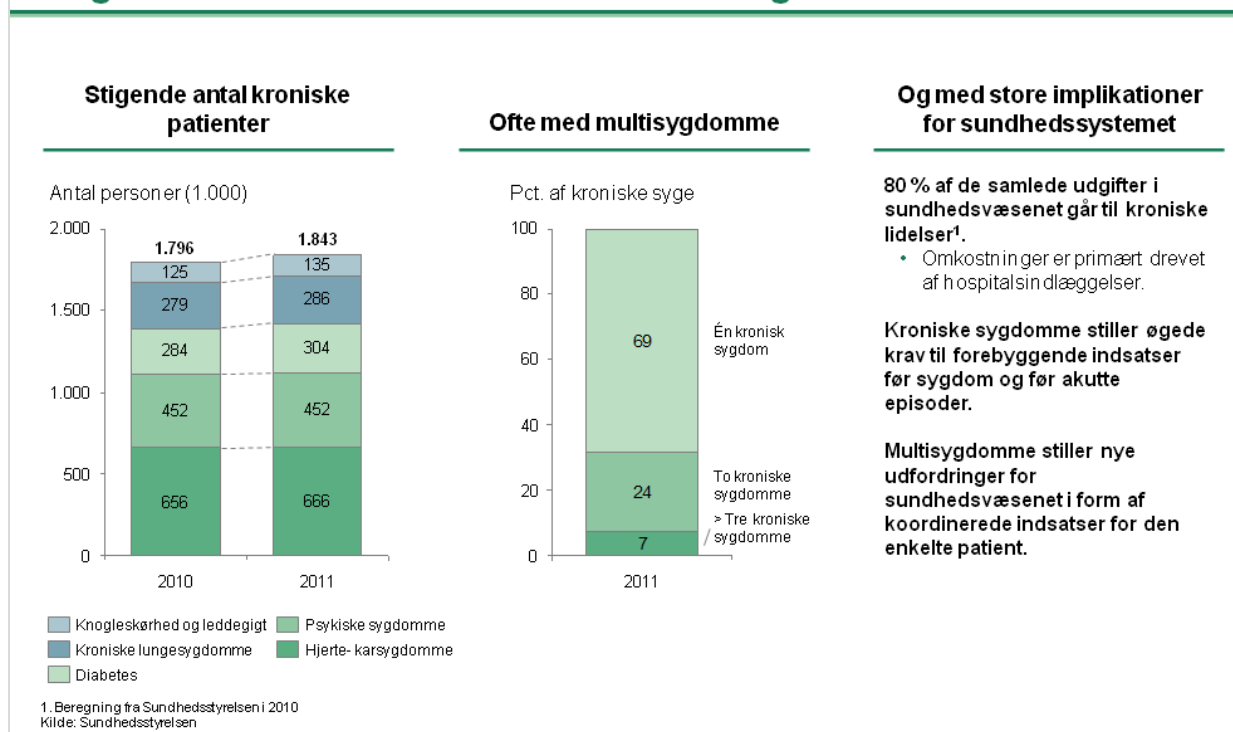
1	Introduktion til analyseramme .....	10
1.1	Udfordringer for det danske sundhedssystem .....	10
1.2	Analyseramme og hovedemner .....	11
2	Internationale casestudier .....	13
2.1	England .....	14
2.1.1	Yeovil Foundation Trust .....	16
2.1.2	Whittington NHS Trust .....	17
2.2	Holland .....	17
2.2.1	ZIO, Care Group .....	19
2.3	Sverige .....	20
2.3.1	Capio S:t Görans Sjukhus .....	21
2.3.2	Almö Läkarhus .....	22
2.3.3	HND-centrum, Danderyds sjukhus .....	22
2.3.4	Registercentrum, Västra Götalandsregionen .....	22
2.4	USA .....	22
2.4.1	Kaiser Permanente .....	23
2.4.2	CareMore .....	24
2.4.3	Group Health .....	25
3	Interessante elementer .....	26
3.1	Organisering .....	28
3.2	Incitamerter og sammenhæng .....	36
3.3	Effektiv kronikerstyring .....	45
3.4	Brug af data og information .....	57
4	Succeskriterier .....	62
5	Diskussionspartnere .....	64
6	Referencer .....	65
7	Note til læseren .....	66

# 1 Introduktion til analyseramme

## 1.1 Udfordringer for det danske sundhedssystem

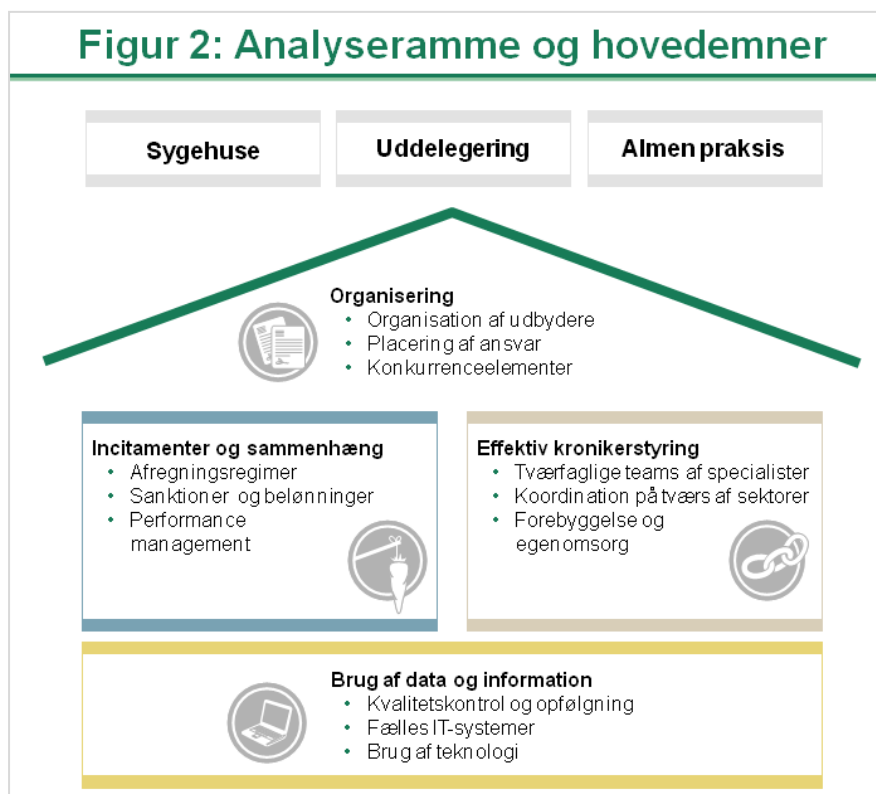
Det danske sundhedssystem står pt. overfor den store udfordring at skulle håndtere den stigende plejeburde fra de kronisk syge, samtidig med at stigningen i de offentlige sundhedsudgifter forsøges begrænset. Den stigende plejeburde skyldes et demografisk skifte, hvor en aldrende befolkning udvikler flere og flere livsstilssygdomme, som f.eks. diabetes og KOL, og samtidig stiller større og større krav til statens behandlingstilbud. I 2010 udgjorde behandling af personer med én eller flere kroniske sygdomme 80% af de samlede sundhedsudgifter. Denne udvikling forventes at fortsætte de kommende år, hvilket vil sætte yderligere pres på sundhedssystemet for at levere omkostningseffektiv kvalitetsbehandling af de kronisk syge (Figur 1).

**Figur 1: Antallet af kronikere er stigende, og deres behandling udgør 80% af de samlede sundhedsudgifter**



## 1.2 Analyseramme og hovedemner

For at belyse muligheder for forbedring af udgiftseffektivitet og behandlingskvalitet for de kronisk syge i Danmark vil denne rapport præsentere internationale best practice modeller fra udvalgte institutioner i England, Holland, Sverige og USA. Institutionerne er valgt ud fra et ønske om at belyse best practice indenfor alle relevante elementer, og ud fra anerkendelsen, at en samlet best practice model ikke eksisterer på ét sted.



De enkelte casestudier vil blive analyseret ud fra følgende analyseramme:

Institutionerne inddeles i hvorvidt indsatsen ligger hos sygehus, er uddelegeret til specialiserede organisation eller ligger hos primær sektor. For hver af disse analyseres følgende hovedemner:

- **Organisering:**
  - Hvordan er aktørerne organiseret? Solo- eller gruppe-praksisser, hospitalssammenslutninger, vertikalt integrerede organisationer
  - Hvor er ansvaret placeret? Hos betaler eller hos udbyder
  - Hvilke elementer af konkurrence er til stede? Tilstedeværelse af private aktører, frit lægevalg, konkurrence på pris og kvalitet
- **Incitament og sammenhæng**
  - Hvilke afregningsregimer anvendes? Populationsafregning, justering for demografi og diagnoser, fee-for-service
  - Hvordan belønnes og sanktioneres? Kvalitetskrav, overholdelse af best practice, ventetider
  - Hvilke elementer af performance management er implementeret? Kobling til finansiering, brug til optimering af procedurer

- Effektiv kronikerstyring
  - Hvordan er udbyderne styrket for at kunne håndtere de kronisk syge? Støtte fra specialister, uddelegering til andet sundhedspersonale
  - Hvordan koordineres med de omkringliggende udbydere? Datadeling, central koordinator, MDT (multidisciplinære team)-konferencer
  - Hvordan arbejdes med forebyggelse og egenomsorg? Kurser, opfølgning, stratificering
  
- Brug af data og information
  - Er der kvalitetskontrol? Indsamling og publikation af kvalitetsdata, brug til kontrol af overholdelse af best practice
  - Er der fælles IT-system? Datatransparens, brug til koordination på tværs af sektorer
  - Anvendes teknologi? Telemedicin, telefon/videokonferencer

## 2 Internationale casestudier

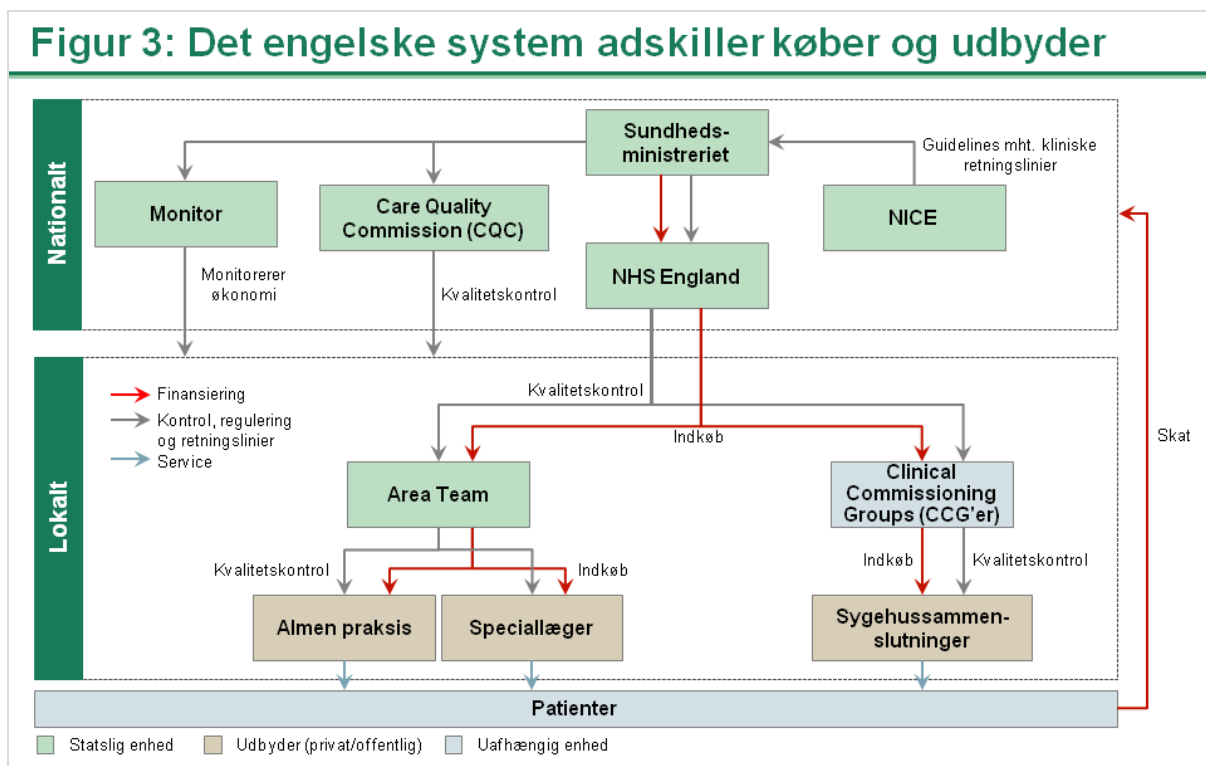
Den stigende plejeburde fra de kronisk syge er et generelt problem i den vestlige verden, hvorfor der internationalt findes en række interessante casestudier af løsningsmuligheder. For at sætte de efterfølgende casestudier i perspektiv vil dette kapitel introducere de nationale sundhedssystemer. Centrale aspekter indenfor finansiering, indkøb, risikofordeling og styring er beskrevet i tabellen nedenfor.

		Danmark	England	Holland	Sverige	USA
Demografi	Antal indbyggere	5,6 mio.	64 mio.	17 mio.	9,6 mio.	316 mio.
	> 65 år	18%	17%	17%	19%	14%
	Rygere	17%	20%	19%	11%	14%
	BMI >30	14%	25%	11%	12%	35%
	Sundhedsudgifter	11% af BNP	8,8% af BNP	11% af BNP	12% af BNP	17% af BNP
Finansiering	Offentlig	Regionernes bloktilskud, finansieret af øremærket indkomstskat	Nationale skatter	Risikojusteret REF-kompensation til forsikringselskaberne	Regional indkomstskat	Indkomstskat dækker sygesikring for borgere over 65 år (Medicare) og lavindkomst borgere (Medicaid)
	Privat	Medbetaling for visse ydelser og medicin	Medbetaling for medicin	Obligatorisk privat sygesikring med nationalt fastsat forsikringspræmie Selvrisiko: 400 EUR	Brugerbetaling: •Max 1,100 SEK for behandling •Max 2,200 SEK for medicin	Arbejdsgiverbetalt eller privat sundhedssikring  Selvrisiko
Indkøber	Primær sektor	Regionerne	Regionale area teams	Forsikringselskaber	Regionerne	Det offentlige: •Medicaid •FFS Medicare
	Sekundær sektor		Lokale CCG'er, bestående af praktiserende læger			Forsikringselskaberne: •Medicare advantage •Privat forsikring
Risikofordeling	Betalere	Regionerne •Har globalt loft over sundhedsudgifterne	CCG'er og area teams •Har budget fastsat af NHS	Forsikringselskaberne •Modtager nationalt fastsat forsikringssum •REF-kompensation •Brugerbetaling	Regionerne •Suppleres af brugerbetaling	Forsikringselskaberne: •Fast forsikringssum •National kompensation
	Udbydere	Almen praksis: •Capitation: 30% •Fee-for-service: 70% •Loft over finansiering Sygehus: •30-50% grundbevilling •50-70% DRG-rater •Evt. knæktakst •Budgetloft	Almen praksis: •Capitation: 70% •Fee-for-service: 15% •Perf. mgmt.: 15% Sygehus: •Fee-for-service •Evt. knæktakst •Perf. mgmt.: 0-10% •Intet fast budgetloft	Almen praksis: •Capitation: 40% •Fee-for-service: 60% •Perf. mgmt.: 0-10% •Bundled payment Sygehus: •Fee-for-service	Almen praksis: •Capitation: 80% •Fee-for-service: 20% Sygehus: •DRG-rater •Bloktilskud •Perf. mgmt.	Almen praksis: •Capitation •Fee-for-service Sygehus: •Fee-for-service •Per-diem
Styring	Almen praksis	Private	Primært private Enkelte offentlige	Private	40% Private 60% Offentlige	Private
	Sygehus	Primært offentlige	Primært offentlige, organiseret i mindre sammenslutninger Enkelte private	Primært private nonprofit	Primært offentlige Enkelte private	15% Offentlige 70% Private nonprofit 15% Private for-profit
	Gatekeeper	Almen praksis	Almen praksis	Almen praksis	Almen praksis	Forsikringselskab Evt. almen praksis
	Ansvar	Praktiserende læge / sygehus Ingen kvalitetskontrol	Praktiserende læge / sygehus Kvalitetskontrol af udbyderne	Forsikringselskab Kvalitetskontrol af udbyderne	Praktiserende læge / sygehus Kvalitetskontrol af udbyderne	Forsikringselskab Kvalitetskontrol af udbyderne

## 2.1 England

Det engelske sundhedssystem (the National Health Service; NHS) er et skattebaseret system med universel dækning. Dvs. at alle borgernes sundhedsbehov bliver leveret eller betalt af NHS, og det eneste element af brugerbetaling ligger ved køb af medicin. Sundhedsministeriet (Department of Health) har det overordnede ansvar, og den daglige drift varetages af NHS England, der står for at levere sundhedsydelser og for at opfylde effektivitets- og kvalitetsmål sat af sundhedsministeriet. NHS er en massiv organisation med over 700.000 læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale, der varetager et budget på over 120 mia. EUR.

Det engelske system er baseret på princippet om adskillelse af køber og udbyder. Indkøb af primære ydelser fra praksissektoren og mere specialiserede ydelser sker gennem regionale Area teams, mens indkøb af ydelser i den sekundære sektor varetages af >200 lokale indkøbsgrupper (Clinical Commissioning Groups; CCG'er) under tilsyn fra NHS England.

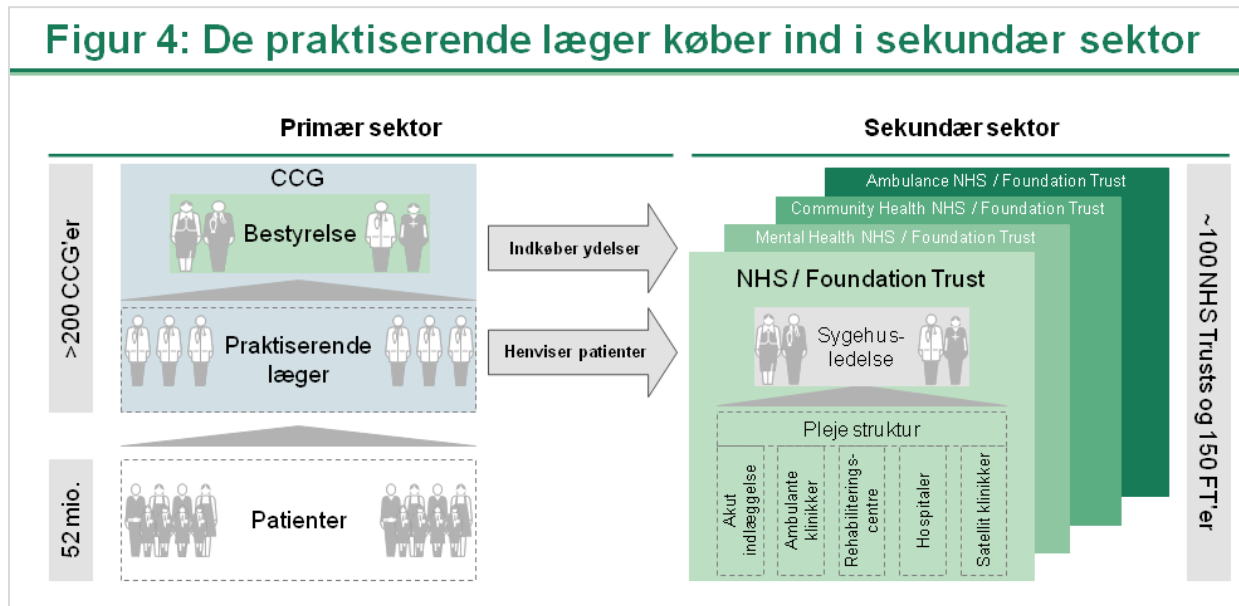


CCG'erne er NHS organisationer, repræsenterende sammenslutninger af lokale praktiserende læger, der står for planlægning og indkøb af ydelser i den sekundære sektor for mellem 100.000 og 900.000 borgere hver. CCG'erne blev oprettet for at styrke de kliniske indkøbskompetencer ved at placere ansvaret hos eksperterne, og for at give de praktiserende læger muligheden for at påvirke koordineringen af deres patienters behandling. Den nuværende model har dog vist sig at have en række begrænsninger:

- Da CCG'erne er geografisk afgrænset har de ofte kun adgang til 1-2 sygehuse, hvilket begrænser konkurrencen. Aftagende kapacitet hos sygehuse, pga. budgetnedskæringer, har øget denne effekt. Private udbydere er dog ved at opstå
- Forhandlinger mellem CCG'er og sygehuse har vist sig tunge og tidskrævende. NHS har indsat en Commissioning Support Unit (CSU), der skal facilitere forhandlinger og analysere kvalitetsdata, men det har indtil videre ikke vist nogen gavnlig effekt

- Kun en femtedel af de praktiserende læger føler at de reelt er involveret i CCG'ernes beslutningstagen, hvilket mindsker lægernes mulighed for at koordinere patientens behandlingsforløb

Indkøbene finansieres af et budget sat af staten, og indkøbsgrupperne forpligter sig til at være i finansiell balance hvert år. CCG'erne råder i dag over mere end 70% af NHS Englands budget, og der er en igangværende bevægelse mod at udvide deres ansvarsområde til også at dække indkøb i den primære sektor.



I England leveres sekundære og visse tertiære ydelser af en hospitalssektor, der hovedsageligt består af offentlige sygehuse, organiseret i mindre sammenslutninger af 2-3 sygehuse. Sammenslutningerne er inddelt i NHS Trusts, der er styret af det offentlige, og Foundation Trusts (FT), der har en grad af økonomisk selvstyre. Foundation Trusts har økonomisk frihed til at søge ekstern finansiering og ret til at beholde evt. overskud det skulle skabe. Det er planen at alle sygehuse med tiden skal konverteres til Foundation trusts. Denne proces bliver varetaget af det statslige Monitor, der også står for at overvåge sammenslutningernes finansielle helbred og om nødvendigt gribe ind, hvis en FT skulle få økonomiske problemer. FT'ernes økonomiske frihed og ret til at beholde evt. overskud giver incitament til at optimere sygehusdriften med henblik på at opnå en omkostningseffektiv struktur. Indtil videre har det dog ikke medført forbedring af sygehusenes økonomi. FT'erne har vist sig svære at styre, og Monitors beføjelse til at kunne lukke dårligt drevne sygehuse ned er kun sjældent blevet anvendt. Som resultat heraf har sammenslutningerne akkumuleret betydelige underskud i en periode, hvor de offentlige budgetter er blevet beskåret. Det betyder, at den ønskede udgiftsstyring ikke er slået igennem i praksis, og at der udestår en betydelig udfordring ift. at genoprette sygehusenes økonomi. Til gengæld er observeret en positiv effekt, når velfungerende sygehuse er gået sammen med underpræsterende sygehuse og har udbredt best practice procedurer og delt administrative funktioner.

Patienterne har frit sygehusvalg i England, og CCG'erne køber hovedsageligt ind i sekundær sektor ud fra kvalitetsdata, hvorfor FT'er og NHS Trusts konkurrerer indbyrdes på ventetider og behandlingskvalitet. Faste DRG (diagnosis-related group) rater, sat af NHS England og Monitor, er hovedindtægtskilden (60%) for sygehuse, suppleret af indtægter fra andre aktiviteter, som f.eks. ydelser indenfor psykiatri, uddannelse og forskningsbevillinger.

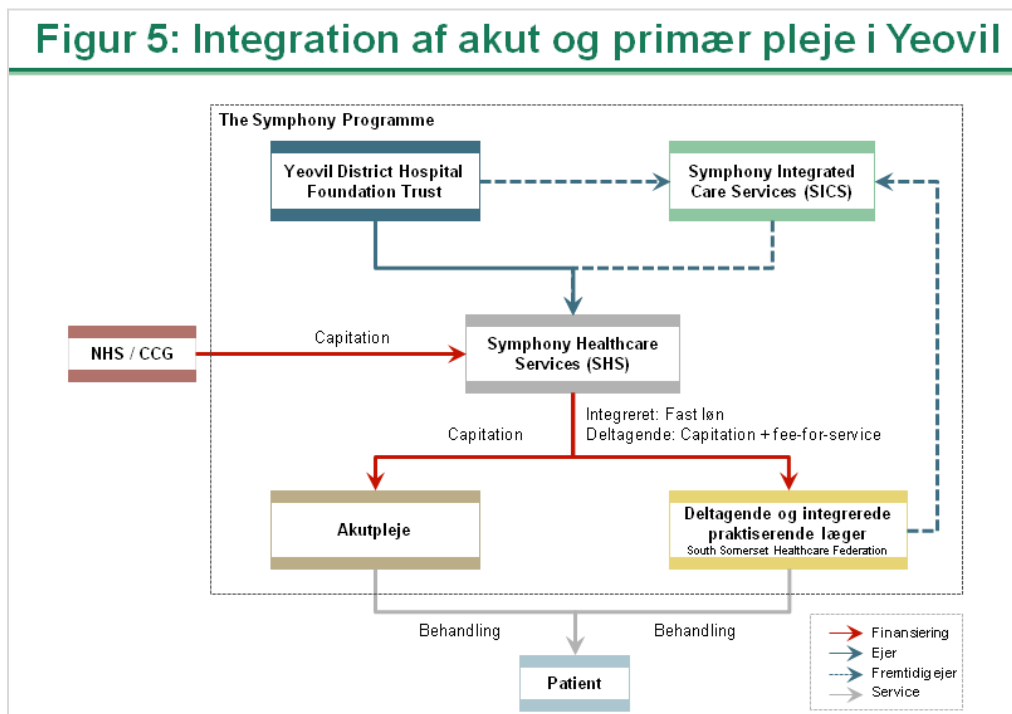
Kvalitetskontrollen i England er som udgangspunkt nationalt styret. Kvalitetsmål fastsættes centralt, og der er krav om gennemsigtighed mht. centrale kvalitetsoplysninger fra både sygehuse og almen praksis. England har



oprettet en række statslige organer, der styrer forvaltningen af sundhedsvæsenet: Monitor er beskrevet ovenfor. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) er ansvarlig for at sætte nationale kliniske retningslinjer, samt at vurdere og godkende nye lægemidler og sundhedsteknologier. Care Quality Commission (CQC) er ansvarlig for løbende monitorering af kvaliteten af udbydere. Kvalitetsresultater offentliggøres på hjemmesiden NHS Choices, hvor det er muligt at filtrere data på organisations-, afdelings- og (for nogle indgreb) lægeniveau. CCG'erne bruger i stigende grad disse kvalitetsdata til at vælge mellem forskellige udbydere, hvilket giver udbydere incitament til at højne kvaliteten for at vinde behandlingskontrakterne. Udbydere vurderes typisk 60-80% på kvalitet og 20-40% på pris, og pt. er kvalitetsdata baseret udelukkende på procesmål, ikke kliniske resultater.

### 2.1.1 Yeovil Foundation Trust

Sygehussammenslutningen Yeovil District Hospital NHS Foundation Trust og en gruppe af 19 lokale lægepraksisser er gået sammen om at danne en integreret primær og akutpleje organisation under navnet The Symphony Programme. The Symphony Programme styres af Symphony Healthcare Services (SHS), der er startet som et datterselskab af Yeovil sygehuset, men hvor en proces er igangsat mod at gøre de praktiserende læger til medejere, så der bliver delt ansvarlighed. SHS har skrevet kontrakt med NHS om at dække al akut og primær pleje for den lokale population, og initiativet betales ét samlet beløb for dette, der derefter fordeles blandt udbydere.



De praktiserende læger er tilsluttet SHS på en af to måder:

- 1) Fuldt integreret: De praktiserende læger har opgivet deres selvstændighed og er blevet lønnede medarbejdere hos SHS, enten lokaliseret i centre på sygehuset eller i egne praksisser.
- 2) Deltagende: De praktiserende læger er forblevet selvstændige og har fortsat deres egen praksis ved siden af SHS, under tidligere kontraktforhold. De har dog forpligtet sig til at adoptere og deltage i de nye integrerede plejemodeller, og for dette modtager de betaling fra SHS og støtte til ansættelse af det nødvendige personale

Som casestudie eksemplificerer Yeovil Foundation Trust:

- Økonomisk autonomi på sygehuset
- Integration af primær og akutpleje i én organisation
- Oprettelse af specialiserede ambulante klinikker, der styrer de mest komplekse kronikere og forebygger unødvendige hospitalsindlæggelser
- Styrkelse af primær sektor, der påtager sig ansvaret for de fleste kronikere, gennem støtte fra sygehus og lokale specialister, og uddelegering af opgaver til sygeplejersker
- Forebyggelse gennem patientstratificering og sundhedscoaches
- Finansiering ud fra capitation og performance management

### **2.1.2 Whittington NHS Trust**

Whittington Health NHS Trust er en integrated care organisation, bestående af Whittington Hospital, Islington Community Services og Haringey Community Services, der leverer sygehus og kommunale services (bl.a. kommunale sygeplejersker, hjemmehjælp, fysioterapi og diætister) på tværs af 38 lokale plejecentre.

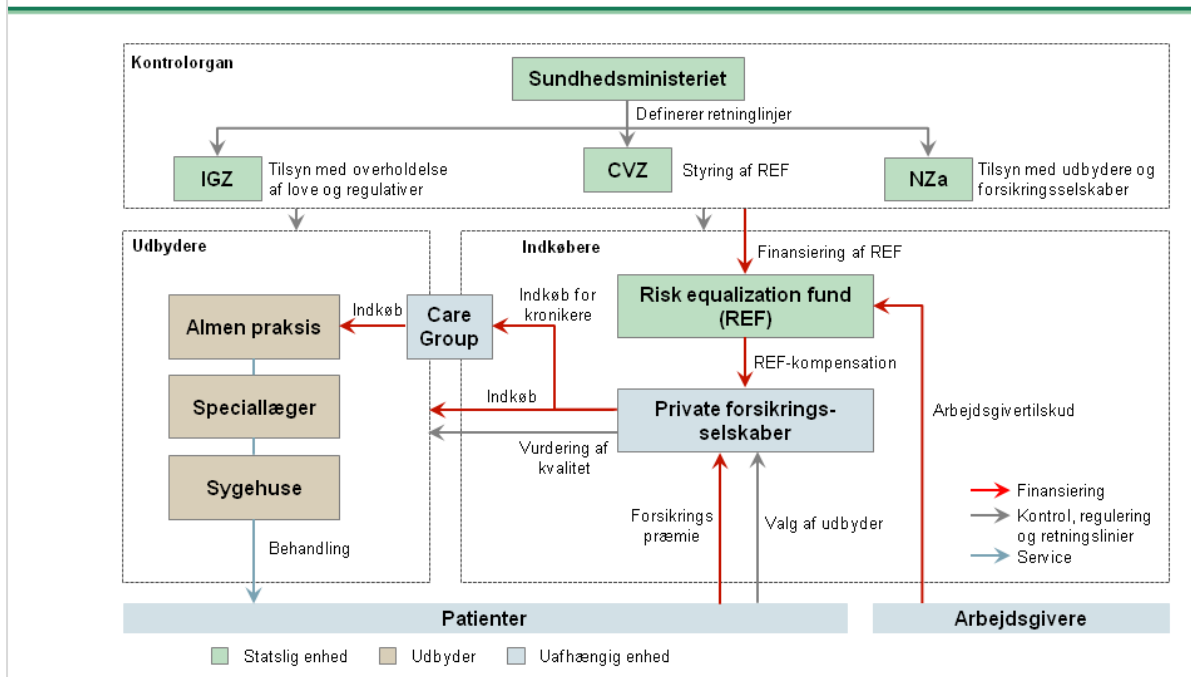
Som casestudie eksemplificerer Whittington NHS Trust:

- Oprettelse af specialiserede ambulante klinikker, der styrer de mest komplekse kronikere og forebygger unødvendige hospitalsindlæggelser
- Integration af sygehus og kommunale services i én organisation, hvor tværfaglige hold af speciallæger, sygeplejersker, fysioterapeuter mm. følger patienterne på tværs af sygehus og de lokale plejecentre
- Integrated care modeller baseret på samarbejde med almen praksis, ikke integration
- Styrkelse af primær sektor, der påtager sig ansvaret for de fleste kronikere, gennem støtte fra sygehus og lokale specialister, og uddelegering af opgaver til sygeplejersker
- Udvikling og implementering af best practice protokoller for forebyggelse og behandling
- Forebyggelse gennem kurser i egenomsorg og løbende støtte af patienterne
- Performance management
- Indsamling og brug af kvalitetsdata, samt fælles IT-system på tværs af sektorer

## **2.2 Holland**

Det hollandske sundhedssystem er baseret på fri konkurrence mellem en række private indkøbere og udbydere. Det er lovpligtigt for alle hollændere at betale ind til et privat sundhedssikringselskab, der derefter udliciterer levering af behandling til sundhedsudbydere indenfor primær, sekundær og tertiær pleje. Der er derudover et element af brugerbetaling i systemet, da patienten typisk har en selvrisiko på op til 400 € ved behov for sekundær pleje.

**Figur 6: Sundhedssikring sker gennem private forsikringer**



Borgerne har frit valg mellem forsikrings-selskaberne og er frie til at vælge hvorvidt de vil nøjes med den juridisk bestemte minimumsdækning eller betale ekstra for supplerende dækning, såsom tandlæge, fysioterapeut mm. Forsikrings-selskaberne konkurrerer om kunderne på størrelse af forsikringspræmie, ventetid og kvalitet af sundhedsydelser, og de private udbydere af sundhedsydelser konkurrerer på pris, kvalitet og kapacitet for at vinde kontrakter med forsikrings-selskaberne. Både borgere og forsikrings-selskaber bruger nationale registre over kvalitetsdata til at sammenligne pris og kvalitet på udbyderne. Forsikrings-selskaber og udbydere kan frit forhandle pris på ca. 70% af ydelserne, mens prisen på de resterende 30% er fastlagt af staten. Den frie konkurrence mellem betalere og udbydere giver incitament for omkostningseffektivitet og levering af høj kvalitet.

For at sikre at alle borgere har råd til en sundhedssikring er det bestemt ved lov, at forsikrings-selskaberne ikke må prisdifferentiere mellem borgerne. Til gengæld kompenseres forsikrings-selskaberne af en national "Risk equalization fund" (REF), når de påtager sig borgere i risikogrupper, hvilket giver dem incitament til at foretage omkostningseffektiv behandling af disse dyrere patientgrupper, heriblandt kronisk syge. Risikogrupperne er baseret på alder, køn, indtægtskilde, socioøkonomisk status, region og eksisterende diagnoser og medicinering (Figur 7). Beregningen af kompensationen er baseret på data fra forsikrings-selskabernes datacenter, Vektis.

Statens største rolle ligger i prioritering af sundhedsindsatsen og monitorering af ventetid, kvalitet og priser på sundhedsydelserne. Der er stor fokus på at indsamle og publicere kliniske resultater for at opretholde høj kvalitet i sundhedssystemet. Holland har for nyligt etableret National Health Care Institute, der har som formål at drive kvalitetsforbedringer gennem samarbejde med lægerne. Lægerne definerer kvalitetsstandarder og indsamler data, hvorefter National Health Care Institute kontrollerer og publicerer. Data er frit tilgængelig online og bruges af borgere og forsikrings-selskaber til at sammenligne udbydere.

## Figur 7: Eksempel på beregning af REF-kompensation

Faktorer	Eksempel 1		Eksempel 2	
Alder / køn	Kvinde / 40 år	+1231 €	Mand / 38 år	+980 €
Indtægtskilde	Invalidepension	+1003 €	Fast arbejde	- 54 €
Socioøkonomisk status	Lav SES	+83 €	Høj SES	- 98 €
Region	By	+46 €	Velstående område	- 79 €
Medicinsk udgiftsgruppe	Diabetes	+3327 €	Ingen	- 347 €
Diagnostisk udgiftsgruppe	Ingen	- 113 €	Ingen	- 113 €
<b>Total forventet udgift / år</b>		<b>5577 €</b>		<b>289 €</b>
Forsikringspræmie / år		947 €		947 €
<b>Kompensation fra REF</b>		<b>4630 €</b>		<b>- 658 €</b>

Medicinske udgiftsgrupper		Diagnostiske udgiftsgrupper	
Risikogruppe	Årlig kompensation	Risikogruppe	Årlig kompensation
0 Reference	0	0 Reference	0
1 Astma / KOL	876 €	7 Hjerneskade	1735 €
2 Epilepsi	1051 €	9 Tarmkræft	2261 €
3 Gigt	1176 €	11 Leverskade	3487 €
4 Hjertekar	1495 €	12 Rektalkræft	3636 €
5 Crohn's	1538 €	13 Hjertesvigt	3578 €
6 Mavesygdom	1932 €	14 Forhøjet blodtryk	4491 €
7 Diabetes	2807 €	15 Neurologisk sygdom	5390 €
8 Parkinsons	2683 €	16 Kræft i nervesystem	6165 €
9 Organtransplant.	4363 €	19 Kemoterapi	7591 €
10 Cancer	4796 €	20 Komplex diabetes	7288 €
11 Cystisk fibrosis	5382 €	21 Lungefibrose	8603 €
12 HIV / AIDS	11455 €	22 HIV / AIDS	9780 €
13 Nyresygdomme	18225 €	23 Nyresvigt	24020 €

Kilde: Nuffield Trust (2011) "Risk Adjustment in the Netherlands". Dep. of Health, welfare & sport (2014)

### 2.2.1 ZIO, Care Group

ZIO er en Care Group, der agerer bindeled mellem forsikringsselskaber og almen praksis ved behandling af patienter med kroniske sygdomme.

Behandling af kronisk syge i Holland udliciteres kun gennem behandlingspakker, hvor én udbyder betales én sum for al patientens behandling. En almen praksis kan ikke byde ind på disse behandlingspakker, da de ikke alene vil kunne levere alle ydelserne, og de kan ikke gå sammen med andre udbydere og forhandle disse kontrakter, da de som konkurrenter ikke har lov til at lave prisaftaler. Care Groups er derfor introduceret som non-profit, administrative enheder, der samler den primære sektor og forhandler kollektive kontrakter med forsikringsselskaberne.

Care Group'en overtager det kliniske ansvar for patienten og udliciterer de enkelte ydelser til deres netværk af individuelle udbydere, der overtager ansvaret for den daglige pleje. Care Group'en står derudover for at monitorere udbyderne for kvalitet og levering af ydelser.

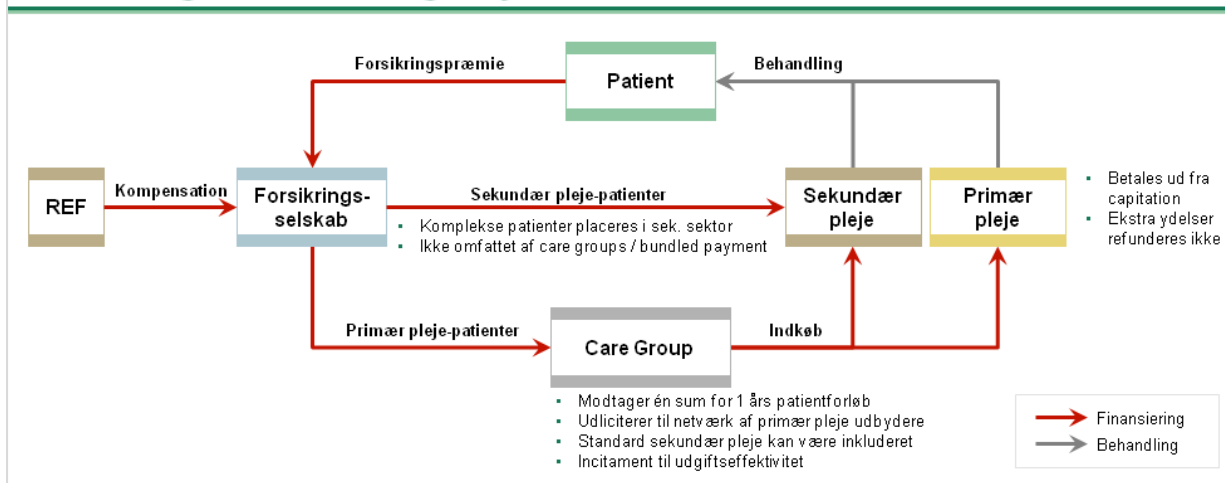
Det er frivilligt for de praktiserende læger om de vil være tilknyttet en Care Group, men 95% er med i ordningen, da det er deres eneste mulighed for at få del i finansieringen af kronikerbehandlingen. Det er tilsvarende valgfrit for de kronisk syge, hvorvidt de vil indgå i behandlingspakkerne, hvilket 99% vælger at være.

Som casestudie eksemplificerer ZIO:

- Udlicitering af kronikeransvar til specialiseret organisation, der modtager én sum for al behandling, og som har finansielle incitamenter til at holde kronikere lokalt

- Oprettelse af specialiserede ambulante klinikker udenfor sygehuset, der agerer gatekeeper
- Styrkelse af primær sektor gennem organisation i større grupper, tværfagligt personale og uddelegering af kronikerstyring til specialiserede sygeplejersker
- Udvikling og implementering af best practice protokoller for kronikerbehandling, samt indsamling af kvalitetsdata for at kontrollere complians
- Forebyggelse gennem aktiv identifikation af risikopatienter

**Figur 8: Kronikeransvar udliciteres til Care Groups, der uddelegerer levering af ydelser til deres underleverandører**



## 2.3 Sverige

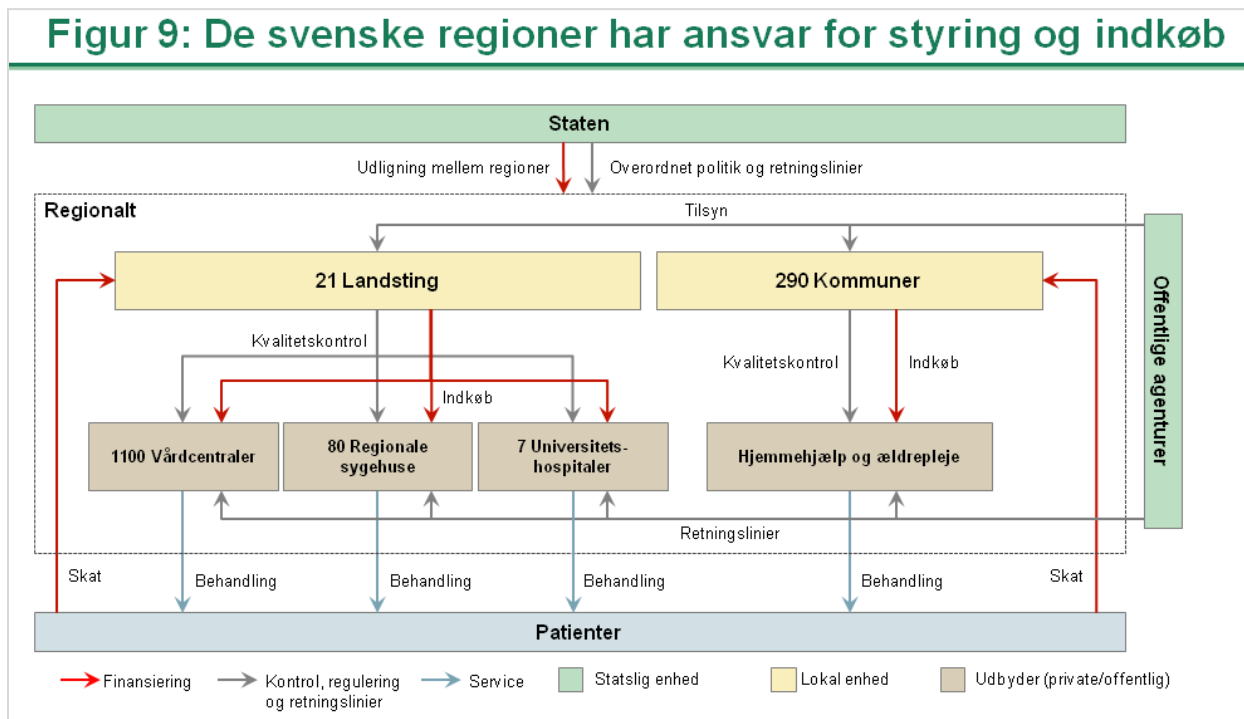
Det svenske sundhedssystem er et regionalt system, hvor centrale kompetencer vedrørende tilsyn og overordnede retningslinjer er placeret nationalt, mens ansvar for finansiering, daglig styring og indkøb af primære, sekundære og tertiære sundhedsydelser er overdraget til de 21 mere eller mindre autonome regioner (landsting). De 290 kommuner har ansvar for hjemmehjælp og ældrepleje.

Der er universel dækning af borgerne, finansieret hovedsageligt gennem indkomstskat, der betales direkte til landsting og kommuner. Derudover bidrager staten med mindre bloktilskud, der udjævner økonomiske forskelle på tværs af landstingene. Der er brugerbetaling på medicin og sundhedsydelser, i størrelsesordenen 100-300 SEK for konsultation hos praktiserende læge og 80-100 SEK pr. dag man er indlagt på hospitalet, dog med et årligt loft på ca. 1100 SEK (tal fra 2014).

Udbydelsektoren består af 74 offentlige og 6 private sygehuse, 7 universitetshospitaler, en række private speciallægeklinikker og ca. 1100 offentlige og private primære lægepraksisser (Vårdcentraler). Sygehusene betales ud fra en blanding af bloktilskud og DRG-rater, specialisterne ud fra DRG-rater og vårdcentralerne ud fra capitation, fee-for-service og performance management. Det specifikke afregningsregime afhænger af regionen, og som eksempel betales vårdcentralerne på landsbasis ca. 80% ud fra capitation, 17% ud fra fee-for-service og 3% ud fra performance, hvoraf vårdcentraler i Västra Götalandsregionen (VGR) primært betaler ud fra capitation, mens vårdcentralerne i Stockholm betales ud fra fee-for-service. Samlingen af indkøb i alle sektorer hos de enkelte landsting har muliggjort samarbejde og integration på tværs af sektorer, og der er ofte kompatible IT-systemer indenfor regionen, hvilket muliggør deling af information og let overførsel af patienter

mellem forskellige aktører. Denne mulighed for integration er dog ikke fuldt udnyttet, og øget privatisering af udbydelsektoren har medført en fragmentering, der risikerer at forringe integration og datadeling.

**Figur 9: De svenske regioner har ansvar for styring og indkøb**



En række nationale agenturer står for at fastsætte overordnet politik, udstede retningslinjer og føre tilsyn med landsting, kommuner og udbydere. Som eksempel kan nævnes socialstyrelsen, der fører tilsyn med sundhedsprofessionelle, indsamler og analyserer data, udvikler best practice og publicerer statistikker. eHälsomyndigheten fører statistik over udstedelse af recepter og brug af lægemidler, og informerer offentligheden og professionelle om best practice. Folkhälsomyndigheten formidler ny viden indenfor sundhed. Läkemedelsverket regulerer og overvåger udvikling, fremstilling og salg af medicin. Statens beredning for medicinsk och social utvärdering rådgiver om og promoverer udgiftseffektiv brug af medicinsk teknologi.

### 2.3.1 Capio S:t Görans Sjukhus

Capio S:t Görans Sjukhus er et tidligere offentligt sygehus i Stockholm, hvor driften er blevet udliciteret til Capio-gruppen, så det nu fungerer som underleverandør til det offentlige system. S:t Görans er ligestillet med de offentlige sygehuse, og deltager f.eks. i samarbejdet om udvikling af sundhedssystemet og hjælper de andre sygehuse i tilfælde af mangel på kapacitet.

Som casestudie eksemplificerer Capio S:t Görans Sjukhus

- Oprettelse af specialiserede ambulante klinikker, der agerer gatekeeper
- Øget konkurrence ved tilstedeværelse af private aktører og frit sygehusvalg
- Forbedring af udgiftseffektivitet, behandlingskvalitet, patient- og medarbejdertilfredshed og ventetider gennem performance management
- Indsamling og brug af kvalitetsdata

### 2.3.2 Almö Läkarhus

Almö Läkarhus er en privat vårdcentral, dvs. almen praksis, beliggende i Myggenäs i Västra Götalandsregionen.

Som casestudie eksemplificerer Almö vårdcentral:

- Øget konkurrence ved tilstedeværelse af private aktører og frit lægevalg
- Styrkelse af primær sektor gennem organisation i større grupper, samling af praktiserende læger, sygeplejersker med specialisering indenfor børn, ældre, diabetes, KOL / astma og forhøjet blodtryk, fysioterapeuter, tandlæger, kiropraktorer, samt babyklinik, børnehave og fødselsforberedelse i én bygning, samt uddelegering af kronikerstyring til specialiserede sygeplejersker
- Capitation-betaling af almen praksis med incitamenter for at holde patienterne lokalt
- Performance management
- Indsamling og publikation af kvalitetsdata fra primær sektor

### 2.3.3 HND-centrum, Danderyds sjukhus

HND-centrum er en tværfaglig ambulant klinik på Danderyds sjukhus i Stockholm, der samler specialister fra hjerte-, nyre- og diabetes-afdelinger, så patienter med diagnoser indenfor alle tre områder kan behandles samme sted

Som casestudie eksemplificerer HND-centrum:

- Oprettelse af specialiserede ambulante klinikker ved omorganisering af eksisterende afdelinger, uden behov for ekstra bemanning eller finansiering
- Central koordinator, der følger patienten på tværs af afdelinger
- Udslusningsprogrammer fra sygehus
- Patient engagering i forebyggelse og egenomsorg

### 2.3.4 Registercentrum, Västra Götalandsregionen

Registercentrum er en privat organisation, der støtter regionale og nationale kvalitetsregistre med IT-løsninger, registeropsætning, udvikling af kvalitetsindikatorer og statistiske analyser.

Som casestudie eksemplificerer Registercentrum:

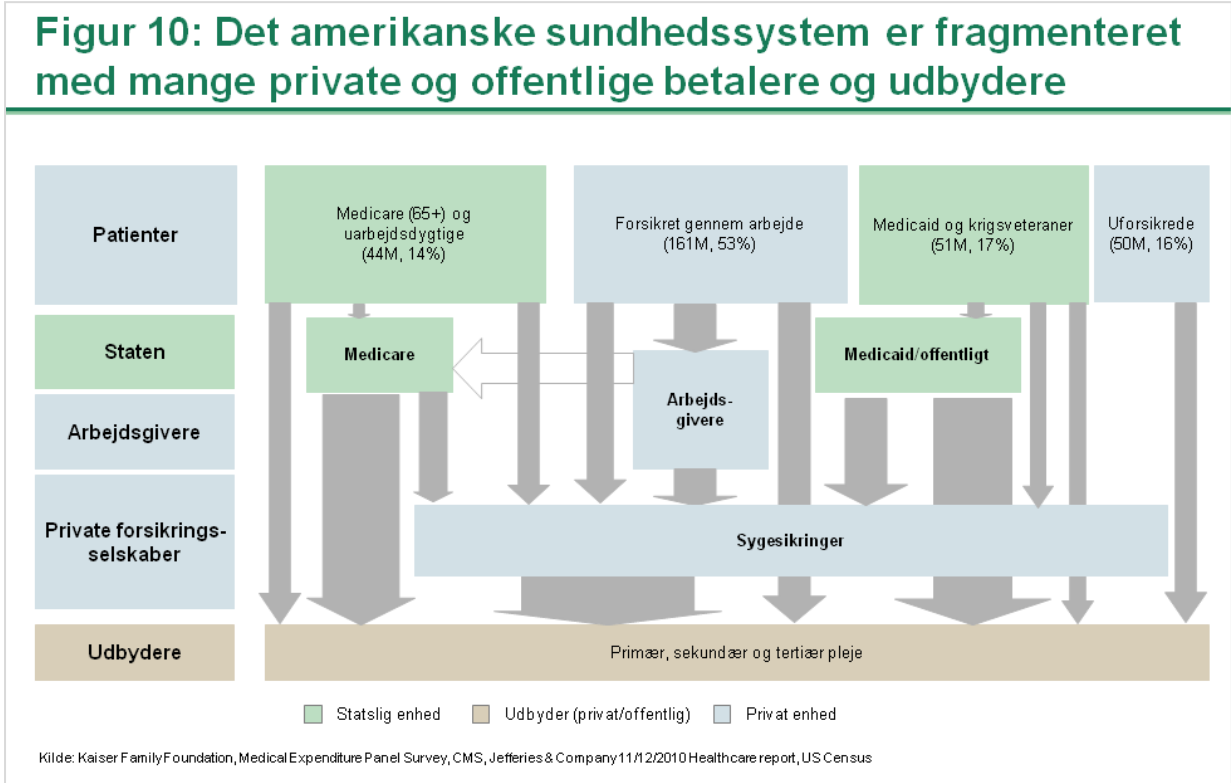
- Udvikling, implementering og brug af kvalitetsregistre

## 2.4 USA

Det amerikanske sundhedssystem, der er det dyreste i verden, står pt. overfor store ændringer. The Affordable Care Act (ACA), indført i 2010, sikrer at alle amerikanere har adgang til den mest basale sundhedssikring, betalt af det offentlige (~50%), virksomhederne (~30%) og borgerne (~20%). Sikringen sker gennem et fragmenteret sygesikringslandskab med talrige private og offentlige udbydere, der tilbyder et bredt spektrum af dækninger og priser. ACA påkræver at alle sundhedssikringer dækker et minimum af ydelser, herunder primær pleje, ambulant behandling, hospitalsindlæggelse og styring af kronisk syge. Borgere under 65 år er typisk dækket enten gennem deres arbejdsgiver eller gennem det statslige Medicaid. Borgere over 65 år er alle dækket af det offentlige, enten gennem Fee-for-Service Medicare, hvor det offentlige agerer forsikringselskab og indkøber de enkelte ydelser fra de private udbydere, eller Medicare Advantage, hvor et privat

forsikringsselskab modtager én risikojusteret sum fra det offentlige og derefter står for at levere eller indkøbe alle ydelser.

De praktiserende læger er normalt selvstændige, organiseret i mindre praksisser bestående af en håndfuld læger, der samarbejder med et eller flere forsikringsselskaber. Det varierer fra forsikringsselskab til forsikringsselskab om de praktiserende læger agerer gatekeepers til sekundær pleje. Lægerne betales ud fra forskellige modeller. På vestkysten anvendes primært populationsbetaling, på østkysten primært fee-for-service, og dertil varierende tillæg baseret på opfyldelse af kvalitetskrav. Speciallæger kan arbejde i private klinikker eller på sygehuse, og de kan servicere patienter fra både private og offentlige forsikringsordninger. Betaling foregår ud fra capitation eller fee-for-service. Det amerikanske sygehusvæsen er opdelt i nonprofit (70%), for-profit (15%) og offentlige (15%) sygehuse, der alle kan servicere patienter fra både private og offentlige forsikringsselskaber. Der anvendes en række forskellige betalingsformer, som f.eks. fee-for-service, pay-per-diem, pay-per-case og bundled payment.



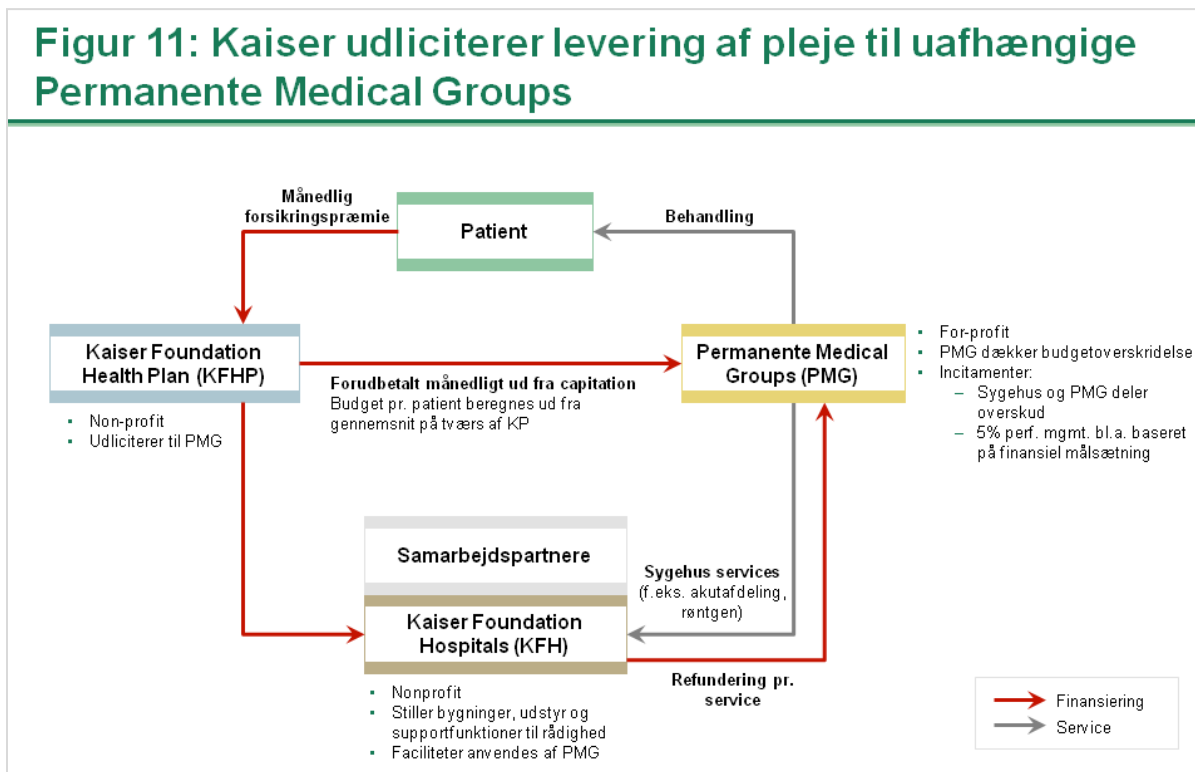
En række nationale og nonprofit organisationer står for kvalitetssikringen. Joint Commission akkrediterer sundhedsudbydere, National Committee for Quality Assurance akkrediterer forsikringsselskaberne, og National Quality forum formulerer nationale standarder for måling af kvalitet og publicerer resultaterne.

### 2.4.1 Kaiser Permanente

Kaiser Permanente er et privat non-profit forsikringsselskab, der betales en fast for forsikringssum for dækning af alle patientens behov. Kaiser Permanente består af tre separate enheder: Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) og de regionale datterselskaber Kaiser Foundation Hospital (KFH) og Permanente Medical Groups (PMG). Patienter betaler KFHP for sundhedssikring, hvorefter KFHP udliciterer levering af ydelserne til PMG



og stiller sygehusfaciliteter til rådighed gennem KFH. PMG behandler patienterne både i egne klinikker og på KFH (Figur 11).



Som casestudie eksemplificerer Kaiser Permanente:

- Uddelegering af ansvar og risiko for kronikerne til specialiseret organisation, der modtager én sum for al behandling
- Udvikling og implementering af best practice protokoller
- Stratificering og tidlig diagnosticering
- Capitation-finansiering og performance-management

## 2.4.2 CareMore

CareMore er en privat integrated care sundhedsudbyder, der er specialiseret i behandling af kronisk syge. CareMore fungerer som en skyggemodell, der lægger sig over grænsefladen mellem primær sektor og sygehus og supporterer og koordinerer patientens rejse på tværs af sektorerne. De udliciterer behandling af de stabile patienter til private praktiserende læger, men hvis de vurderer at en patients sygdomsudvikling ikke er under kontrol, så flyttes patienten til CareMores egne plejecentre, hvor der arbejdes for at undgå en hospitalsindlæggelse. Hvis indlæggelse ikke kan undgås, så rejser CareMores læger med patienten på sygehuset for at arbejde for en hurtig udskrivning.

Som casestudie eksemplificerer CareMore:

- Uddelegering af kronikeransvar og risiko til specialiseret organisation
- Samling af tværfagligt team i plejecenter
- Central koordinator, der styrer patientens rejse på tværs af sektorer

- Uddelegering af standardopgaver til sygeplejersker
- Udvikling og implementering af best practice protokoller
- Stratificering, tidlig diagnosticering og forebyggende indsats
- Capitation-finansiering og performance-management
- Brug af telemedicin til monitorering i hjemmet

### 2.4.3 Group Health

Group Health er en privat non-profit sundhedsorganisation, der betales en fast forsikringssum for dækning af alle patientens behandlingsbehov. Group Health består af almen praksis, lokale akutcentre og sygehusbaserede hold, der leverer primær pleje og et udvalg af specialpleje, mens anden pleje udliciteres til samarbejdspartnere.

Group Health har udviklet og implementeret en patient-centreret behandlingsmodel baseret på (1) at ansvar for forebyggelse og behandling placeres hos ét hold af sundhedsprofessionelle, (2) at patienten aktivt arbejder sammen med holdet om planlægning af behandlingen, og (3) at behandlingen foregår så tæt på hjemmet som muligt.

Som casestudie eksemplificerer Group Health:

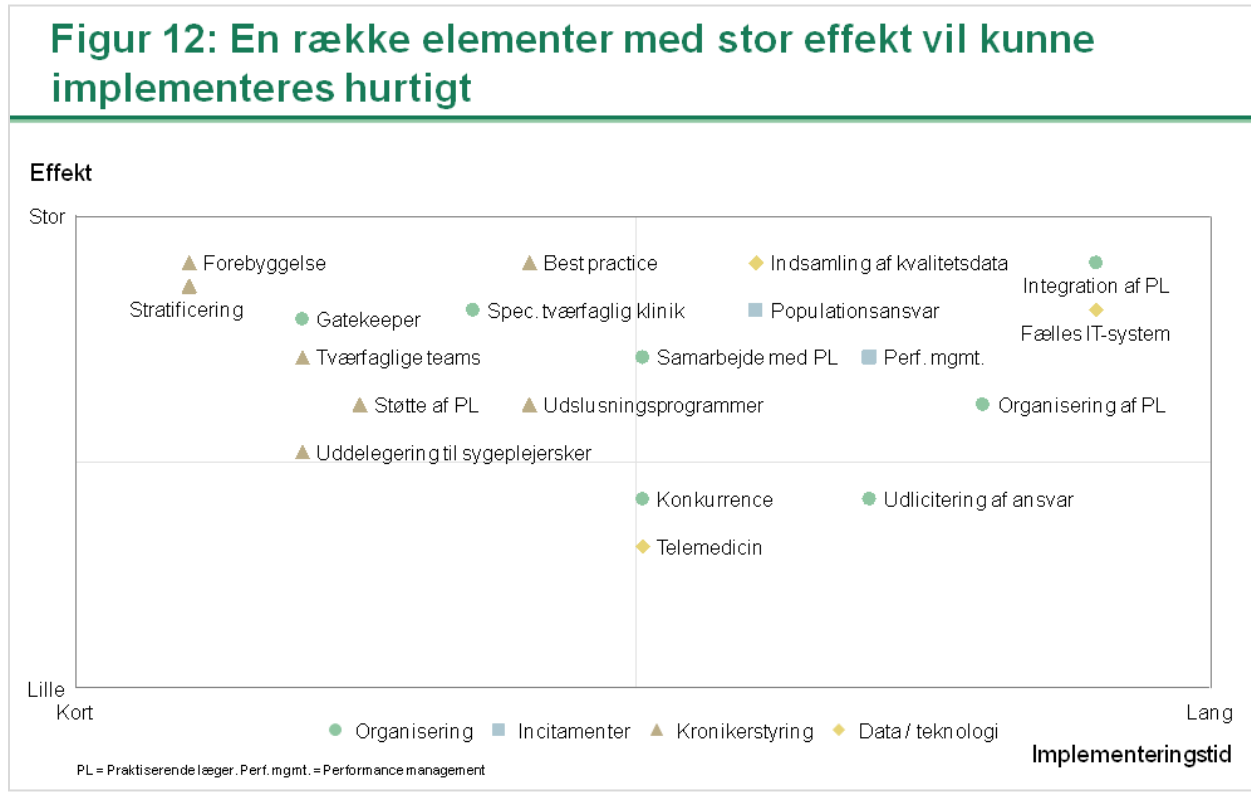
- Uddelegering af kronikeransvar og risiko til specialiseret organisation
- Oprettelse af lokale akutmodtagelser, der agerer gatekeeper til sygehus
- Performance management
- Ansvar for styring og behandling af de kronisk syge placeres hos den praktiserende læge
- Uddelegering af opgaver til sygeplejersker, kliniske farmaceuter og assistenter
- Stratificering og tidlig diagnosticering
- Brug af telemedicin til konsultation og monitorering i hjemmet
- Fælles IT-system på tværs af sektorer

### 3 Interessante elementer

De internationale casestudier har vist, at der ikke findes et komplet, fuldt sammenhængende system, som kan kopieres. Til gengæld er identificeret en række elementer som vil kunne bidrage til optimering af kvalitet og udgiftseffektivitet, hvis overført til det danske sundhedssystem. I dette kapitel beskrives disse elementer, eksemplificeres ved de respektive cases:

Elementer			Yeovil FT	Whittington NHS	ZIO	Capio S:t Görans	Almó Läkarhus	HND-centrum	Registercentrum	Kaiser Permanente	CareMore	Group Health	
Organisering	Sygehus	Specialiserede tværfaglige klinikker	■			■		■					
		Gatekeeper klinikker		■	■							■	
		Konkurrence mellem sygehuse	■		■	■							
	Uddelegering	Udlicitering af ansvar og risiko			■						■	■	■
		Organisering i større grupper			■		■						
		Integration med sygehus	■	■									
Primær sektor	Konkurrence mellem almen praksis					■							
	Incitament & sammenhæng	Sygehus	■	■		■							
		Primær sektor	Populationsansvar	■	■	■		■			■	■	■
Performance management				■	■						■		■
Effektiv kronikerstyring	Sygehus	Specialiserede ambulante klinikker	■	■				■					
		Uddelegering til sygeplejersker	■	■									
		Udslusningsprogrammer		■		■	■				■	■	
	Primær sektor	Større ansvar hos primær sektor	■	■	■							■	■
		Støtte fra tværfaglige teams	■	■	■		■					■	■
		Uddelegering til sygeplejersker	■	■	■		■					■	■
		Implementering af best practice		■	■							■	■
		Forebyggelse og egenomsorg	■	■	■		■	■			■	■	■
Stratificering	■	■							■	■	■		
Data & Tek.	Indsamling og publikation af kvalitetsdata		■	■	■			■			■		
	Fælles IT-system		■	■		■						■	
	Brug af teknologi										■	■	

De enkelte elementer vil have varierende implementeringstid og effekt (Figur 12). Elementer, der er afhængige af omorganisering af eksisterende sygehuspersonale, opfølgning på allerede kendt best practice eller aktivering af patienterne, forventes at kunne implementeres hurtigt. Elementer, der kræver ændring af styring og organisation af almen praksis, ændring af datalovgivning eller udvikling af nyt IT-system, forventes at have længere implementeringstid. Størst effekt forventes fra elementer, der mindsker plejbyrden, integrerer på tværs af sektorer og som fremmer best practice.



## 3.1 Organisering

Omkostningseffektiv behandling af de kronisk syge kræver at de placeres et sted i plejekæden, hvor de kan få den rette behandling, uden at belaste systemet mere end nødvendigt. Afhængig af hvilken type pleje der er behov for kan samme patient placeres flere steder i plejekæden, så længe patienten omgives af kvalificeret personale. Dette kan gøres ved at styrke primær sektor, så de kan påtage sig et større ansvar for de kronisk syge, og ved at flytte de mest komplekse patienter til specialiserede tværfaglige klinikker, der kan håndtere deres mange behandlingsbehov. Derudover eksperimenteres med at udlicite ansvar og risiko for styring og behandling af de kronisk syge til sundhedsorganisationer specialiseret i dette.

### Specialiserede tværfaglige klinikker

De mest komplekse kronisk syge har behov for behandling på tværs af specialer og sektorer, hvorfor effektiv behandling af denne patient gruppe kræver at samling af en række forskellige specialister på ét sted, der kan dække en stor del af patienternes behandlingsbehov. Dette kan gøres ved at oprette specialiserede tværfaglige klinikker på sygehuset. Da sådanne centre vil være bemanded af højt specialiseret og omkostningstungt personale er det essentielt, at det bliver komplimenteret af en udslusningsmekanisme, der kan sende stabiliserede patienter tilbage til mere omkostningseffektive afdelinger.

Sygehus

- **Yeovil Foundation Trust, England**
  - Har oprettet en Complex Care Hub på sygehuset, der tager sig af de 4% mest komplekse kronikere, og som arbejder for at undgå akutindlæggelser
- **HND-centrum, Danderyds sjukhus, Sverige**
  - Har omorganiseret dele af hjerte-, nyre- og diabetes-afdelingerne til ét tværfagligt ambulatorium, der henvender sig til multisyge med diagnoser indenfor alle tre specialer
  - Er oprettet ved omorganisering af eksisterende personale og finansiering fra de tre specialafdelinger, uden tilførsel af ekstra ressourcer
- **Capio S:t Görans Sjukhus, Sverige**
  - Samarbejder med fire andre sygehuse om at drive ambulante klinikker på sygehusene, der er målrettet patienter med hjertesvigt, brystkræft, type-2 diabetes og leddegigt
  - Oprettelsen har medført flere henvisninger fra primær sektor, hvilket har fremmet tidlig diagnose og forebyggende indsats

### Gatekeeper klinikker

En stor del af de kronisk syge behandles i dag på sygehuset, da primær sektor ikke har andre henvisningsmuligheder, når patienten bliver for kompleks. Denne plejebyrde vil kunne mindskes, og unødvendige indlæggelser vil kunne begrænses, hvis der oprettes specialiserede ambulante klinikker, målrettet de kronisk syge, som kan give primær sektor et bedre egnet sted at sende kronikerne hen, og som kan agere gatekeeper for videre henvisning til sygehuset. En potentiel ulempe ved sådanne klinikker er dog at indsættelse af et ekstra led i plejekæden vil stille større krav til koordinationen mellem sektorerne. Derudover er der en risiko for at fjernelse af gatekeeperansvaret fra almen praksis vil give dem mindre incitament til kritisk vurdering af hvorvidt en henvisning er nødvendig eller ej, hvorfor flere patienter vil blive henvist til gatekeeper klinikkerne.

- **Whittington NHS Trust, England**

- Har specialiserede ambulante klinikker for patienter med diabetes, KOL / luftvejssygdomme eller hjertekarsygdomme
- Modtager patienter, der tidligere ville være blevet indlagt på sygehuset, diagnosticeres, behandles og sender videre i plejekæden efter behov

- **Maastricht, Holland**

- Har arbejdet med lokale sygehuse om oprettelse af specialiserede ambulatorier
- De fandt at placeringen af centrene var central for effekten:
  - Placering i alle almene praksisser: Var ineffektivt, da speciallægerne brugte for meget tid på at rejse mellem praksisser pga. for lav patientdensitet
  - Placering i enkelte almene praksisser: Virkede ikke, da de praktiserende læger ikke ville henvise deres egne patienter til andre lægepraksisser
  - Placering på sygehus: For stor tendens til henvisning til sygehuset, da de specialiserede ydelser, som f.eks. CT- og MR-scanning, lå lige ved siden af
  - Placering i lokale centre udenfor sygehus: Var bedste løsning, da ovenstående problemer blev undgået
- Ambulatorierne er inddelt i afdelinger for høj- og lav-komplekse patienter, da dette har vist sig at give mere differentieret behandling
- 75% af de modtagne patienter sendes tilbage til primær sektor efter en enkelt konsultation, uden videre henvisning til sygehuset

- **Group Health, USA**

- Mellem almen praksis og sygehus er oprettet lokale akutafdelinger, der modtager patienten fra almen praksis og vurderer om indlæggelse er nødvendig
- Hvis en speciallæge i akutcentret henviser patienten til sygehuset, så tager lægen selv med og foretager den nødvendige behandling
- Centrene har mindre sengeafdelinger, hvor patienten kan placeres under udredningen
- Det ekstra led i plejekæden er introduceret, da hospitalsindlæggelse i USA typisk koster 3-5000 \$ pr. nat

## Konkurrence mellem sygehuse

Indførelse af konkurrence mellem sygehuse, kombineret med frit sygehusvalg, kan give incitament til forbedring af kvalitet og udgiftseffektivitet. Dette vil kræve systematisk indsamling og publikation af kvalitetsdata fra udbydere.

### Sygehus

- **Capio S:t Görans Sjukhus, Sverige**
  - Er et privateret sygehus, der fungerer som underleverandør til det offentlige sundhedssystem. Capio er ligestillet med de offentlige sygehuse og deltager i den fælles planlægning og fordeling af kapacitet
  - Gennem kontraktstyring har staten bib. mellem uholdt en grad af kontrol over sygehuset og kan bl.a. justere kapacitet og udbud af specialer
  - Har opnået >10% lavere udgifter end sammenlignelige sygehuse
- **Yeovil Foundation Trust, England**
  - Som Foundation Trust har Yeovil økonomisk frihed til at søge ekstern finansiering, udlicite behandling og geninvestere evt. overskud. Autonomien er dog blevet begrænset af NHS, da FT'erne er kommet under stort finansielt pres
  - Har indgået en række kommercielle partnerskaber indenfor bl.a. digitalisering og telemedicin, centralisering af behandling og udnyttelse af ejendomme og jord, hvilket har medført en række effektiviseringer og forbedringer

## Udlicitering af ansvar og risiko

Ansvar og risiko for styring og behandling af de kronisk syge kan uddelegeres til specialiserede organisationer, der betales én sum for at dække alle kronikernes behandlingsbehov. Centralisering muliggør effektivisering af behandling, og uddelegering fjerner en del af risikoen fra det offentlige sundhedssystem. Dette vil kræve systematisk indsamling og sammenligning af kvalitetsdata fra udbydere.

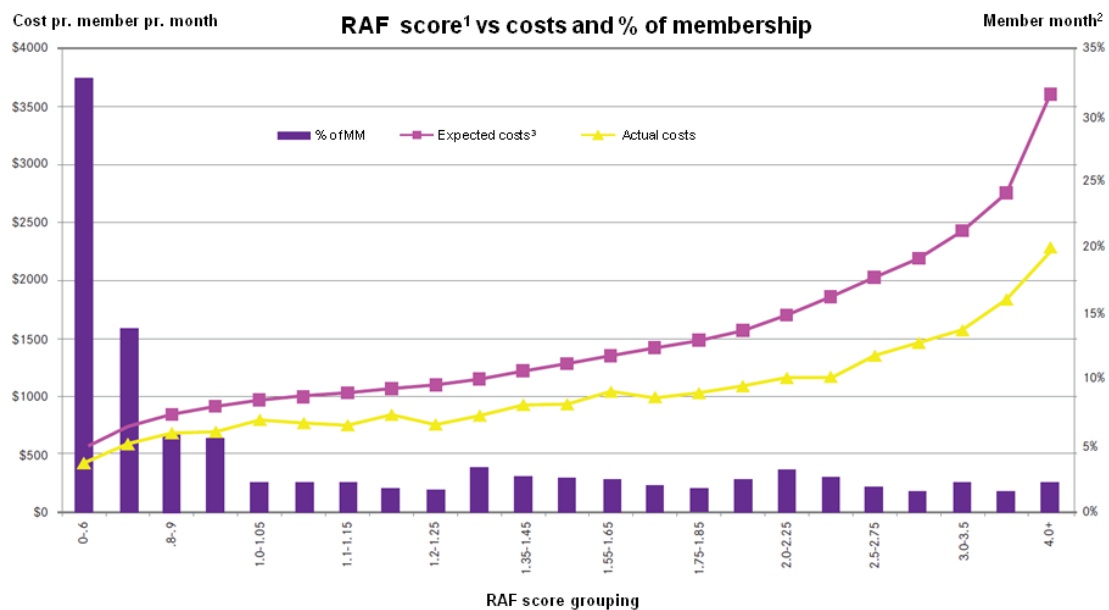
### Uddelegering

- **ZIO, Care Group, Holland**
  - Care Group'en ZIO er en non-profit administrativ enhed, der agerer bindeled mellem forsikringsselskaber og almen praksis ved behandling af patienter med kroniske sygdomme
  - ZIO forhandler kollektive kontrakter på vegne af deres netværk af underliggende almene praksisser, hvor de betales én sum for at dække alle patientens sygdoms-relaterede behandlinger i primær sektor over en vis tidsperiode
  - ZIO overtager det kliniske ansvar for patienten og udliciterer de enkelte ydelser til de individuelle udbydere (praktiserende læger, fysioterapeuter, diætister mm.), der overtager ansvaret for den daglige pleje. I tilfælde af komplikationer overføres patienten til den sekundære sektor
  - ZIO monitorerer udbydere for at tjekke at de bestilte ydelser bliver leveret og at best practice protokoller bliver overholdt
  - De praktiserende læger kan frit vælge om de vil være tilknyttet en Care Group eller ej, men 95% tilslutter sig, da det er eneste mulighed for at få del i finansieringen af kronikerbehandlingen

- **CareMore, USA**

- Er en privat integrated care sundhedsudbyder, specialiseret i behandling af kronisk syge
- Betales en fast forsikringssum for dækning af alle patientens behov og udliciterer derefter levering af de fleste ydelser til underleverandører
- Fungerer som en skyggemodell, der lægger sig over grænsefladen mellem primær sektor og sygehus og supporterer og koordinerer patientens rejse på tværs af sektorer. Patienter, der vurderes i forværring, flyttes fra almen praksis til CareMores egne plejecentre, hvor der arbejdes for at undgå hospitalsindlæggelse. Ved indlæggelse rejser CareMores læger med patienten på sygehuset for at arbejde for en hurtig udskrivning
- Har opnået en række positive kliniske resultater:
  - 42% færre hospitalsindlæggelser end det nationale gennemsnit af samme patientgruppe
  - 60% lavere amputationsrate hos diabetikere end det nationale gennemsnit
  - Lavere udgifter for patientgruppen end estimeret fra det offentlige CMS (Figur 13)
- Modellen har dog også vist en række ulemper:
  - Det er ineffektivitet at lægge et ekstra lag ovenpå det eksisterende sundhedssystem
  - Der er ingen datadeling mellem CareMore og de andre udbydere, hvorfor den praktiserende læge f.eks. ikke ved, hvilken behandling hans patient modtager i plejecentret. Dette skaber mistillid og spænding mellem udbydere
  - Kræver høj tæthed af komplekse patienter for at være rentabel

**Figur 13: CareMores udgifter er lavere end det offentlige CMS' estimer**



1. RAF = Risk adjusted factor = indikator for patientkompleksitet (jo højere desto mere kompleks) 2. MM = Member month = indikator for antal patienter pr. risikogruppe 3. De forventede udgifter er baseret på estimer fra det offentlige CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services).



- **Kaiser Permanente, USA**
  - Non-profit sundhedsorganisation
  - Betales en fast forsikringssum for dækning af alle patientens behov
  - Ejer en række sygehuse, men udliciterer drift af disse og levering af sundhedsydelser til uafhængige Permanente medical groups
- **Group Health, USA**
  - Non-profit sundhedsorganisation
  - Betales en fast forsikringssum for dækning af alle patientens behov
  - Består af 15 klinikker, der leverer primær pleje og et udvalg af specialpleje. Anden pleje udliciteres til samarbejdspartnere
  - Modellen har reduceret antal akutbesøg med 29% og antal hospitalsindlæggelser med 6%

### Styrkelse af primær sektor: Organisering i større grupper

Det estimeres af de danske praktiserende læger bruger ca. 30% af deres tid på ikke-kliniske opgaver. Organisering i større grupper med deling af f.eks. administrative opgaver vil derfor kunne effektivisere praksisserne og frigøre mere tid til patienterne.

- **ZIO, Care Group, Holland**
  - ZIOs underliggende netværk af almene praksisser deler administration og HR, støtter hinanden med finansiering, f.eks. ved udvidelse af praksis, og deler personale i tilfælde af sygdom
  - De samarbejder om at organisere lægehjælp 24 timer i døgnet, 7 dage om ugen
  - En række incitamenter har fået den hollandske primære sektor til at deltage i initiativet:
    - De modtager ekstra finansiering fra deltagelse i bundled payments, og en solopraksis ville ikke selv kunne byde ind på behandlingsforløbet
    - Færre administrative opgaver giver bedre tid til patienterne
    - Finansiell støtte muliggør udvidelse af praksis
    - Personalehjælp ved sygdom
- **Almö Läkarhus, Sverige**
  - Er en del af Backa Läkarhusgruppen, der samler 11 vårdcentraler i én gruppe
  - Gruppen samarbejder om indkøb af specialiserede ydelser (f.eks. røntgenundersøgelser), om dækning udenfor normale åbningstider og ved personalemangel (f.eks. i ferieperioder), og om videreuddannelse af personalet
  - En række incitamenter har fået de svenske vårdcentraler til at konsolidere sig:
    - Mere fleksible arbejdstider og mulighed for deltid
    - Færre administrative opgaver og rutineopgaver, hvilket giver bedre tid til de patienter, der virkelig har behov og hvor lægen bedst kan bruge sin ekspertise
    - Forbedret samarbejde med kollegaer og mulighed for at støtte og træne sygeplejerskerne
    - Besparelse på indkøb

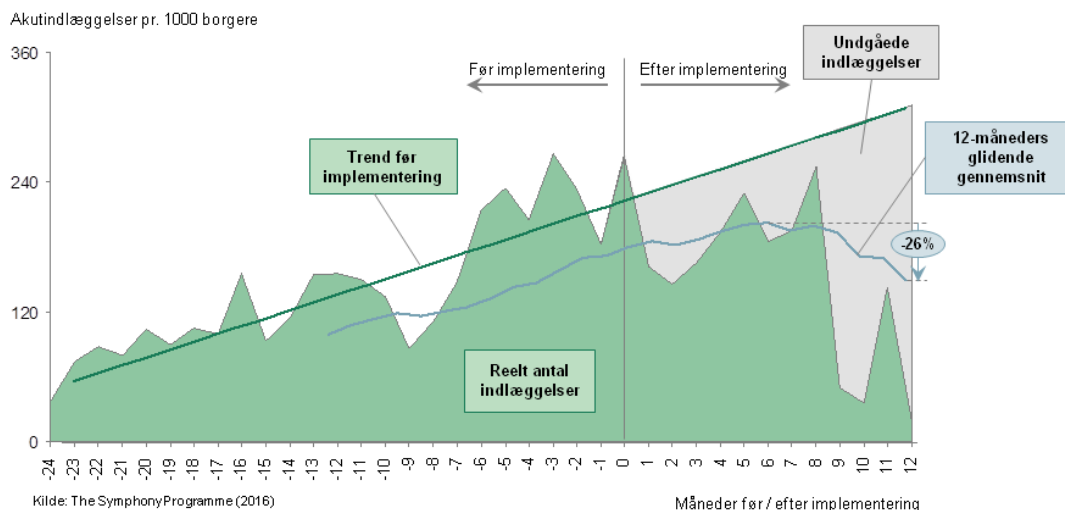
### Styrkelse af primær sektor: Integration med sygehus

Det danske sundhedssystem består af separate siloer med egne budgetter og ansvarsområder, hvilke sætter en række barrierer for skabelse af integration og afstemning af incitamentsstruktur mellem aktørerne. Denne silokonstruktion vil dog kunne nedbrydes ved vertikal integration af plejekæden. Casestudierne har vist en række modeller for integrated care organisationer med forskellig grad af integration af almen praksis – fra at være baseret udelukkende på samarbejde til fuld integration, hvor de praktiserende læger bliver ansat i organisationen.

- **Yeovil Foundation Trust, England**

- Har oprettet en integreret primær og akutpleje organisation, kaldet The Symphony Programme, der består af Yeovil District Hospital og en gruppe af 19 lokale lægepraksisser
- Organisationen betales én sum for at overtage styring og klinisk ansvar for akutbehandling og primær pleje af hele den lokale population
- De praktiserende læger er tilsluttet organisationen på en af to måder:
  - Fuldt integreret: De praktiserende læger har opgivet deres selvstændighed og er blevet lønnede medarbejdere i organisationen, enten lokaliseret i centre på sygehuset eller i egne praksisser. Til gengæld for den tabte selvstændighed har de praktiserende læger fået finansiell sikkerhed, større arbejdsfleksibilitet og hjælp til administrative opgaver, som f.eks. fælles HR, IT, marketing, kvalitetsmåling og uddannelse
  - Deltagende: De praktiserende læger er forblevet selvstændige og har fortsat deres egen praksis ved siden af, under tidligere kontraktforhold. De har dog forpligtet sig til at adoptere og deltage i de nye integrerede plejemodeller, og for dette modtager de betaling fra organisationen og støtte til ansættelse af det nødvendige personale
- På længere sigt arbejdes mod at blive en integrated accountable care organization (IACO), der vil arbejde ud fra 10-15-års outcome-baserede kontrakter for al behandling af den lokale population
- Foreløbige resultater fra the Symphony Programme indikerer en positive effekt på antallet af akutindlæggelser, der har brudt en ellers stigende trend og er faldet med op mod 30% allerede et år efter implementeringen
- En række incitamenter har fået den lokale primære sektor til at deltage i initiativet:
  - Mange engelske almene praksisser kører med underskud, hvorfor det har været attraktivt at blive lønnet ansat hos sygehuset eller at modtage ekstra finansiering for deltagelse i integrated care-modellen
  - Støtte fra f.eks. Key Workers og sundhedscoaches giver lægerne mere tid til de patienter, der har størst behov
  - Integrated care modellerne har givet bedre kliniske resultater
  - Færre administrative opgaver, som f.eks. fælles IT, HR, rekruttering, marketing mm. giver bedre tid til at tage sig af patienterne
  - De praktiserende læger er repræsenteret af kollegaer i den arbejdsgruppe, der står for at udvikle systemet. Førhen havde de som solopraksisser meget lidt indflydelse
  - Indbygget exit-klausul muliggør at de praktiserende læger kan ombestemme sig og trække sig ud igen

**Figur 14: The Symphony Programme har brudt stigende trend i antal akutindlæggelser**



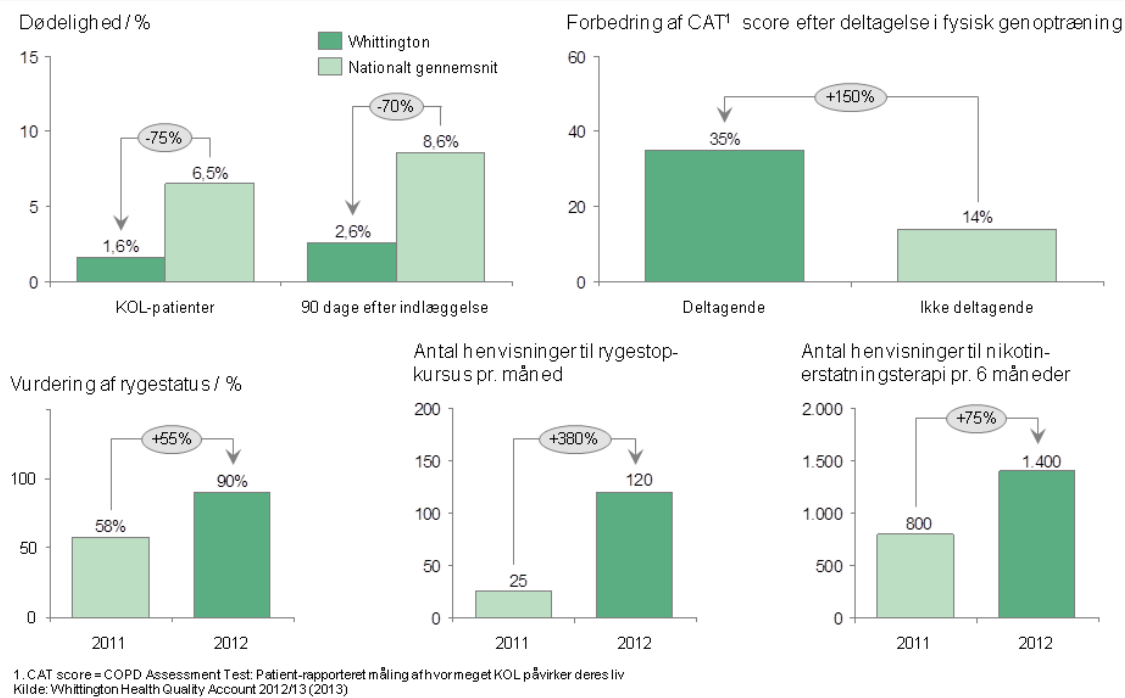
Primær sektor

- **Whittington NHS Trust, England**

- Integrated care organisation, bestående af Whittington Hospital, Islington Community Services og Haringey Community Services, der integrerer plejekæden på tværs af sygehus og kommunale services (bl.a. kommunale sygeplejersker, hjemmehjælp, fysioterapi og diætister)
- De praktiserende læger er altså ikke direkte integreret i organisationen, men samarbejder på frivillig basis
- Sygehuset påtager sig ansvaret for de mest komplekse patienter og støtter den lokale indsats, så de mindre komplekse patienter kan holdes hos primær sektor og de kommunale services
- I integrated care systemer vil der altid være en vis usikkerhed om, hvem der har det endelige ansvar, men da Whittingtons model er baseret på samarbejde er ansvarsplaceringen ikke så vigtig
- Whittington Healths integrated care model er stadig under udvikling, men foreløbige undersøgelser for deres KOL-program har vist en række positive trends (Figur 15):
  - Standardiseret antal KOL-relaterede hospitalsindlæggelser er faldet med 16%
  - Dødeligheden blandt KOL-patienterne er den laveste i London og ligger 70-75% under det nationale gennemsnit
  - Flere patienter får vurderet rygestatus, modtager rygestopkurser og tilbydes nikotin-erstatningsterapi
  - Deltagere i den fysiske genoptræning rapporterer 150% større forbedring i CAT<sup>1</sup> score end patienter udenfor programmet

- En række incitamenter har fået den lokale primære sektor til at deltage i initiativet:
  - Finansiell bonus for deltagelse gennem QOF-ordningen
  - Bedre kliniske resultater
  - Adgang til opkvalificering og nye udfordringer
  - Støtte fra speciallæger og sygeplejersker fra sygehuset
  - Større transparens og bedre kommunikation og koordination med sygehus
  - Medindflydelse på udvikling af systemet

**Figur 15: Whittington har 70-75% lavere dødelighed blandt KOL-patienter end nationalt gennemsnit**



### Konkurrence mellem almen praksis

Indførelse af konkurrence mellem almen praksis, kombineret med frit lægevalg, kan give incitament til forbedring af kvalitet og udgiftseffektivitet. Dette vil kræve systematisk indsamling og publikation af kvalitetsdata fra primær sektor.

- **Almö Läkarhus, Sverige**

- I Sverige er der fri ret til etablering af nye vårdcentraler (almen praksis), så længe man opfylder krav til bemanning og datarapportering
- Offentlige og private vårdcentraler er ligestillede
- Capitation-betaling ud fra patientregistrene og frit lægevalg skaber konkurrence om patienterne
- Der publiceres kvalitetsdata for vårdcentralerne, som kan guide patienternes lægevalg

## 3.2 Incitament og sammenhæng

Integration af kronikerindsatsen på tværs af sektorerne kræver en afstemt incitamentsstruktur, der fremmer høj kvalitet og omkostningseffektivitet. Casestudierne har ikke identificeret nogen modeller, der har opnået fuldt afstemt finansiel incitamentsstruktur på tværs af alle sektorer. Til gengæld er observeret en bevægelse fra aktivitets- til populationsbaseret finansiering af primær sektor, og at denne finansiering i stigende grad er gjort afhængig af kvalitet og omkostningseffektivitet. Fuld integration vil på længere sigt kræve at dette udbredes vertikalt i plejekæden. Casestudierne har endvidere vist, at finansielle incitament alene kan fremprovokere protektionisme og manipulation af systemet, hvorfor de bør komplimenteres af datagennemsigtighed, der skaber tillid og fælles ansvarlighed mellem aktørerne.

### Performance management

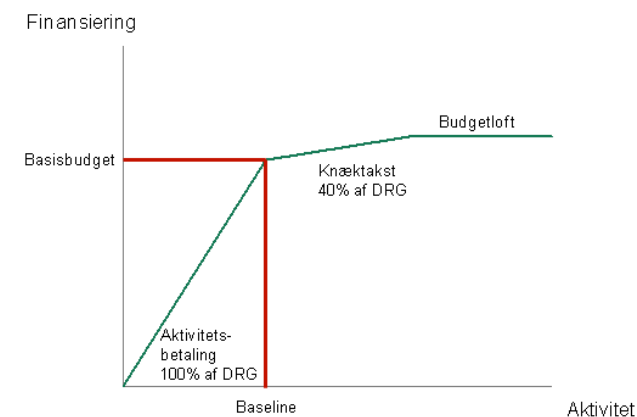
Performance management, hvor en del af finansieringen gøres afhængig af præstationen, kan bruges til at give incitament til høj kvalitet og overholdelse af best practice. Dette element vil kræve systematisk indsamling og publikation af kvalitetsdata. En potentiel ulempe ved performance management er, at det på kort sigt vil øge de samlede sundhedsudgifter, hvis det kun bliver indført som en bonus for god præstation og ikke som en sanktion for dårlig præstation.

- **Whittington NHS Trust, England**

- Primært afregningsregime:
  - 60% DRG-rater (sygehus)
  - 40% bloktilskud (kommunale services)
- Mulighed for bonusser / sanktioner:
  - Best practice tariffer: Bonus for overholdelse af best practice protokoller, der kan give op til 10% ekstra finansiering
  - Same day: Bonus eller bøde alt efter hvorvidt krav til ventetider bliver opfyldt
  - CQUIN (Commissioning for Quality and Innovation): Bonus for overholdelse af visse procesrelaterede kvalitetsmål. F.eks. blev der udbetalt bonus, hvis en patient indenfor den første måned efter akutindlæggelse forårsaget af en luftvejssygdom modtog en behandlingspakke indeholdende rygestop-rådgivning, fysisk genoptræning, uddannelse i egenomsorg, træning i brug af inhalator og opfølgende møde med respiratorisk specialist. Denne bonusordning blev dog stoppet i 2015, hvilken har medført et fald i overholdelse af best practice
  - Finansieringen nedsættes, hvis der ikke leveres alle de ydelser, der indgår i kontrakten
  - Akut-aktivitet over 2008-2009-niveauet refunderes kun med 70% af de normale takster
- Der er intet fast loft over budgettet, men hvert år diskuteres det forventede budgettet med CCG'erne

- **Yeovil Foundation Trust, England**
  - Primært afregningsregime:
    - Indenfor integrated care organisation: Capitation
    - For al anden pleje: DRG-rater
  - Mulighed for bonusser / sanktioner:
    - Nedsat finansiering, hvis krav til ventetider og kvalitet ikke overholdes:
      - Akutmodtagelse: 92% af patienterne skal behandles indenfor de første 4 timer
      - Fra henvisning til specialist til behandling må der højst gå 18 uger
      - Der er specifikke målsætninger for kvalitet af behandling af kræft
- **Capio S:t Görans Sjukhus, Sverige**
  - Primært afregningsregime:
    - DRG-rater op til budgetteret grænse. De næste 4% over denne grænse betales med 40% af de normale DRG-rater, svarende til den danske "knæktakst", hvorefter der rammes et budgetloft, hvorover yderligere aktivitet ikke refunderes
    - Hver måned justeres finansieringen i forhold til ændring i patientvolumen, og evt. ekstra finansiering kommer via omfordeling i landstinget, ikke via yderligere finansiering af systemet
    - Der er et årligt produktivitetskrav på 2%, hvilket vil sige at aktivitetsniveauet hvert år skal stige med 2% for samme betaling
  - Mulighed for bonusser / sanktioner:
    - 3% af finansiering kommer fra performance management, baseret på en række procesrelaterede indikatorer

**Figur 16: Capio finansieres ud fra DRG-rater op til budgetloft**



Kilde: Stockholmsläns landsting (2013) "Vårdavtal mellan Stockholms länslandsting och Capio S:t Görans Sjukhus AB"

- For alle undersøgelser og behandlinger indsamles systematisk kvalitetsindikatorer (QPI) mht. (1) klinisk resultat (CROM), f.eks. hyppighed af komplikationer eller rehabiliteringstid, (2) patient-rapporteret resultat (PROM), f.eks. oplevelse af forbedret livskvalitet, og (3) patienttilfredshed (PREM).
  - I alt indsamles over 200 forskellige kvalitetsindikatorer
  - Data analyseres for at forstå de enkelte elementer af arbejdsgangen og udpege specifikke områder, hvor processen kan forbedres
  - På baggrund af dette udarbejdes en plan indeholdende konkrete forslag til hvordan arbejdsgangen skal ændres, hvordan ændringen skal implementeres, og definition af et måleligt succeskriterium for planen
- På sygehusniveau indsamles en række Key Performance Indicators (KPIs) indenfor produktivitet og effektivitet, som f.eks. gennemsnitlig indlæggelsestid (AVLOS, average length of stay), udnyttelse af kapacitet og antal konsultationer pr. læge. For KPIs, der ligger under standard eller som viser faldende tendens, udvikles og implementeres nye procedurer med henblik på optimering

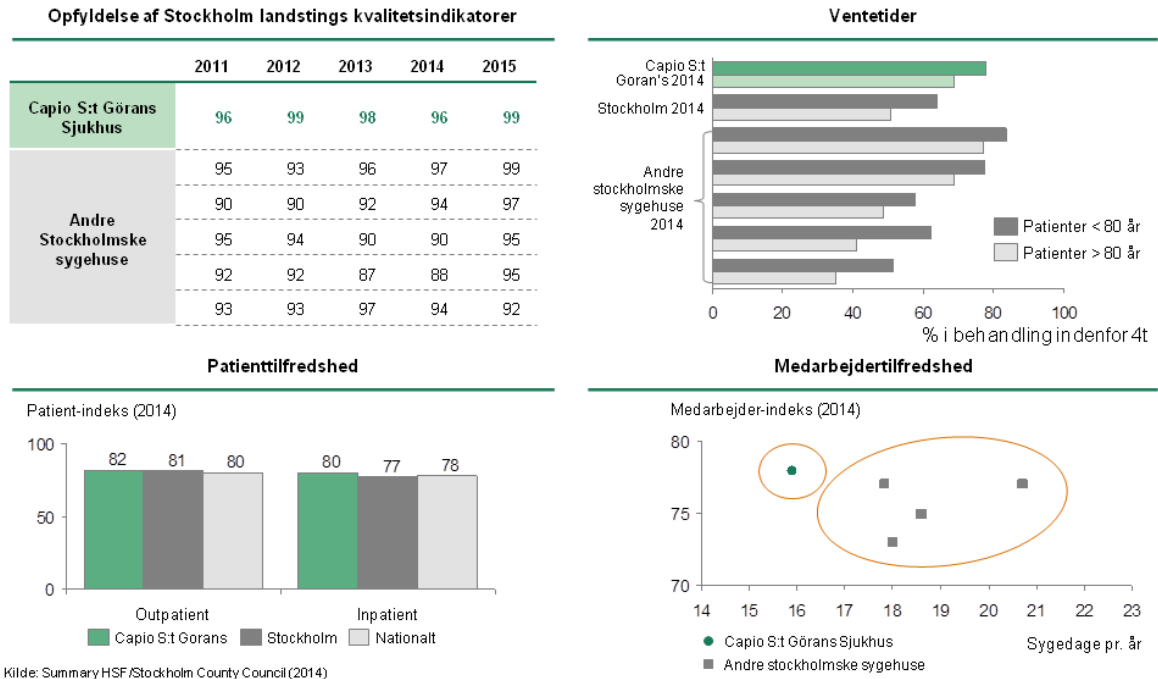
### Figur 17: Kvalitetsdata indsamles og analyseres, og nye best practice procedurer implementeres



CROM: Clinical reported outcome, PROM: Patient reported outcome, PREM: Patient reported experience, QPI: Quality performance indicator, KPI: Key performance indicator.  
Kilde: Capio S:t Görans sjukhus (2016)

- S:t Görans Sjukhus har over en årrække ligget i top blandt de stockholmske sygehuse, målt på en række forskellige kvalitetsindikatorer. Derudover scorer S:t Görans Sjukhus også højt på både patient- og medarbejdertilfredshed, samtidig med at de har opnået et udgiftsniveau, der ligger ca. 10% under andre sammenlignelige sygehuse

## Figur 18: Capio er førende i Stockholm indenfor kvalitet og patient- og medarbejdertilfredshed



### Populationsansvar

Finansiering af primær sektor ud fra populationsansvar giver incitament til høj behandlingskvalitet, forebyggende indsats og omkostningseffektivitet. Afregningsregimet kan kombineres med justering for patientmix, hvilket vil give incitament til tidlig diagnosticering, og reducere ved henvisning til sekundær sektor, hvilket vil give incitament til at holde patienten lokalt. Capitation-betaling af almen praksis vil dog også give incitament til tidlig henvisning af komplekse patienter til sekundær sektor, hvorfor det vil skulle kombineres med nedsættelse af finansiering ved henvisning, veldefinerede henvisningskriterier eller placering af gatekeeperfunktionen et andet sted i plejekæden. Derudover vil diagnosebaseret justering af capitation-betaling give incitament til over-diagnosticering af patienterne, hvorfor diagnosticeringen vil skulle kontrolleres, f.eks. gennem kvoter eller diagnosekriterier.

- **Whittington NHS Trust, England**

- Primært afregningsregime:
  - 60-80% capitation
  - 10-20% fee-for-service
- Mulighed for bonusser / sanktioner:
  - 15-25% QOF (Quality and Outcomes Framework) giver bonus for overholdelse af best practice protokoller
  - Der er ingen finansielle sanktioner for henvisning af patienter til sekundær sektor



- **Yeovil Foundation Trust, England**
  - Integrerede lægepraksisser: Lønansatte
  - Deltagende lægepraksisser:
    - Indenfor integrated care initiativ: Capitation
    - Udenfor integrated care initiativ: 60-80% capitation og 10-20% fee-for-service

## Figur 19: Finansiering af Yeovil integrated care organisation



Primær sektor

- **Almö Läkarhus, Sverige**
  - Primært afregningsregime:
    - Capitation, baseret på patientregister og justeret for alder, køn, Adjusted Clinical Group (ACG), Care Need Index (CNI) og afstand til sygehus
      - Patienterne skal konsulteres mindst én gang om året for at tælle med i patientregistret
      - ACG: Baseres på hvilke diagnoser patienten har. Jo flere diagnoser, desto større betaling. Dette giver de praktiserende læger incitament til tidlig diagnosticering, hvilket har fået flere patienter hurtigt i behandling. Der skete f.eks. en fordobling af antallet af registrerede diabetikere de første 2 år efter implementeringen. ACG står for ca. 40% af Almö Läkarhus' budget
      - Care need index (CNI): Socioøkonomisk indikator
  - Mulighed for bonusser / sanktioner:
    - Diagnosticering af patienterne giver større capitation-tilskud, hvilket giver incitament til tidlig diagnosticering, men også til over-diagnosticering. For at holde det totale budget fast, så finansieres opjustering af capitation hos én vårdcentral ved at sænke finansieringen af de andre vårdcentraler tilsvarende
    - Ved henvisning af patient til anden udbyder skal vårdcentralen refundere den del af capitation-betalingen. Hvis f.eks. 70% af en patients konsultationer er hos vårdcentralen, så får vårdcentralen 70% af capitation-betalingen. Dette giver incitament til at holde patienten i primær sektor
  - 4% stammer fra performance management

## Figur 20: Svensk model for afstemt incitamentsstruktur

	Primær sektor	Sekundær sektor
Køber:	Region + brugerbetaling	Region + brugerbetaling
Yder:	<b>Vårdcentraler:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capitation baseret på alder, køn, diagnoser, socioøkonomisk status</li> <li>• Nedsættes hvis patient modtager ambulant pleje uden for vårdcentral               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Finansiering = Capitation x Dækningsgrad</li> <li>– Dækningsgrad = Pleje dækket af vårdcentral / samlet plejebyrde</li> <li>– Kun ambulant pleje inkluderes i beregningen, ikke indlæggelser</li> <li>– Den leverede pleje vægtes i beregningen. F.eks. giver telefonkonsultation 0,3 point, mens hjemmebesøg fra læge giver 5 point</li> </ul> </li> <li>• Regionens budget er fastlåst, så justering af capitation sker ved omfordeling fra de andre udbydere</li> <li>• 4% performance management</li> </ul>	<b>Offentligt sygehus:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloktilskud</li> </ul> <b>Privat sygehus:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DRG-rater op til budgetgrænse</li> <li>• Næste 4% giver 40% af DRG</li> <li>• Derover er fastsat budgettoft</li> <li>• 2% årligt produktivitetsskrav</li> <li>• 3% perf. mgmt.</li> </ul>

Primær sektor

- **CareMore, USA**
  - Primært afregningsregime:
    - Modtager én forsikringspræmie for al behandling af patienten
  - Mulighed for bonusser / sanktioner:
    - Summen afhænger af patienten risikoprofil. Jo flere diagnoser, desto større betaling fra det offentlige. Dette giver CareMore incitament til tidlig diagnosticering, men også til at overdiagnosticere. Dette forsøges hindret gennem en årlig evaluering og vurdering af systemet
  - Ved behov for hospitalsindlæggelse, så betaler CareMore sygehusene en daglig tarif. Dette giver CareMore incitament til at holde patienten uden for sygehuset og til at minimere evt. indlæggelsestid
- **Kaiser Permanente, USA**
  - Primært afregningsregime:
    - Lægerne aflønnes 95% ud fra capitation, og patienterne skal konsulteres i løbet af kalenderåret for at tælle med
  - Mulighed for bonusser / sanktioner:
    - 5% fra performance management
- **Group Health, USA**
  - Primært afregningsregime:
    - 95% ud fra capitation
  - Mulighed for bonusser / sanktioner:
    - 5% fra performance management
    - Henvisning til sekundær sektor styres ved at give den henvisende læge ansvar for patients behandling på sygehuset. Dvs. henvisning af en patient giver lægen en større arbejdsbyrde, uden nogen finansiell bonus

- **ZIO, Care Group, Holland**
  - Primært afregningsregime:
    - Indenfor bundled payment:
      - Modtager én sum for et samlet behandlingsforløb i en bestemt tidsperiode, i stedet for de enkelte ydelser separat
      - Prisen beregnes ud fra det antal ydelser der skal foretages, hvor lang tid det tager, og hvad timelønnen er. Eksempler på priser: Ca. 300 EUR/år for en diabetiker, ca. 200 EUR/år for en KOL-patient og ca. 850 EUR/år for pleje af svagelige ældre. Heraf går ca. 50% til almen praksis (læge + sygeplejerske) og resten til andre udbydere
    - Udenfor bundled payment:
      - Capitation: 60 EUR/år pr. patient i register
      - Fee-for-service: 9-14 EUR pr. konsultation
  - Mulighed for bonusser / sanktioner:
    - ZIO modtager hele summen forud for behandlingsforløbet og betaler tilbage, hvis der er ydelser, der ikke bliver udført, fordi patienten ikke havde behov for det. I gennemsnit betales 6-7% tilbage
    - Hvis patienten kræver primær pleje udover det planlagte, så ligger risikoen og den ekstra regning hos Care Group'en. I enkelte tilfælde, som f.eks. ved uventet forværring af sygdomsforløbet, kan Care Group'en dog blive kompenseret af forsikringsselskabet
    - Bundled payments dækker kun den behandling, der er direkte relateret til den kroniske sygdom, mens resten finansieres ud fra den normale fee-for-service-kontrakt. Der eksisterer altså en gråzone, hvor de praktiserende læger i princippet kan modtage fee-for-service-betaling for ydelser, der burde være inkluderet i behandlingsforløbet. Siden implementering er antallet af konsultationer udenfor behandlingsforløbet dog i gennemsnit faldet fra 9 pr. år til 3 pr. år
    - Placering af patienter i disse behandlingsforløb giver mulighed for ekstra finansiering af almen praksis, hvilket giver incitament til tidlig diagnosticering. For at undgå over-diagnosticering er der sat grænser for, hvor mange patienter, der kan tilknyttes de forskellige behandlingsforløb. F.eks. kan højst 4% af ZIOs patienter være tilknyttet diabetesforløbet og højst 2% være tilknyttet KOL-behandlingsforløbet
    - Behandlingsforløbet indeholder kun standardundersøgelser og -behandlinger, samt første konsultation hos speciallæge. Hvis der opstår behov for yderligere specialiseret pleje, så overføres patientansvaret til sekundær sektor. Dette giver de praktiserende læger incitament til at sende mere komplekse og derfor dyrere patienter hurtigt videre til sekundær sektor, men for at forebygge dette er der i behandlingsforløbet defineret en række kriterier for, hvornår en patient kan henvises til sekundær pleje. Derudover betyder en henvisning også at den praktiserende læge mister finansieringen fra denne patient, da den nu vil gå til sygehuset. For ZIOs vedkommende har de ansvaret for 96% af deres diabetes-patienter, mens 4% er blevet overført til sygehusene. Inden oprettelsen af ZIO lå ansvaret for 30-40% af patienterne på sygehuset

- Samlet set er finansieringen af almen praksis steget med implementeringen af bundled payments, men de tager sig også af en større del af plejbyrden
  - For diabetes-patienter foretages nu færre kontrolmålinger for patienter med stabilt blodsukker, mens der foretages flere målinger for patienter i risikogrupper.
  - Rutineundersøgelser og -behandlinger foretages i stigende grad af specialiserede sygeplejersker frem for de praktiserende læger eller af praktiserende læger frem for specialisterne. Dette ryk ned ad plejekæden er sket uden fald i kvalitetsindikatorerne
- Kontrakterne er ved at blive gjort flerårige, da det muliggør langsigtet planlægning af behandlingen og give incitament til forebyggelse indsats, hvor effekten først ses nogle år senere

**Figur 21: Incitamentsstruktur i Care Group-modellen**

Primær sektor		Sekundær sektor
Køber:	Forsikringsselskaberne	
Yder:	<b>Udenfor care group:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% capitation</li> <li>• 60% fee-for-service</li> <li>• 0-10% perf. mgmt.</li> </ul>	<b>Indenfor care group</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capitation baseret på diagnose</li> <li>• Dækker al primær pleje               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rutin etjek</li> <li>– Standardundersøgelser/behandlinger</li> </ul> </li> <li>• Dækker ikke:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Specialistbehandling, sekundær pleje</li> <li>– Medicin og hjælpemidler</li> </ul> </li> <li>• Finansiering frafalder ved henvisning til sygehus</li> </ul>
		<b>Forsikringsselskaberne</b> <b>Sygehus:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fee-for-service</li> </ul>

Primær sektor

### Performance management

Performance management, hvor en del af finansieringen gøres afhængig af præstationen, kan bruges til at give incitament til høj kvalitet og overholdelse af best practice. Dette element vil kræve systematisk indsamling og publikation af kvalitetsdata. En potentiel ulempe ved performance management er at det vil øge de samlede sundhedsudgifter, hvis det kun bliver indført som en bonus for god præstation og ikke som en sanktion for dårlig præstation. Casestudierne har dog vist, at et lille finansielt incitament er tilstrækkeligt til at ændre opførsel, hvis det kombineres med offentliggørelse af kvalitetsresultaterne.

- **Whittington NHS Trust, England**
  - 15-25% af de praktiserende lægers finansiering er baseret på en performance-baseret aflønning kaldet Quality and Outcomes Framework (QOF), der dækker en række proces-relaterede kvalitetsindikatorer
  - QOF er eneste mulighed for en praktiserende læge for at øge sin indkomst signifikant
- **ZIO, Care Group, Holland**
  - Finansiering af almen praksis indenfor bundled payment er baseret på overholdelse af best practice for, hvilke ydelser der leveres. Leveres en ydelse ikke, så skal finansieringen tilbagebetales
  - Dette har medført at overholdelse af best practice protokollerne er stedet fra 25% i 2006 til >90% i dag
- **Almö Läkarhus, Sverige**
  - 4% af finansieringen stammer fra performance management, baseret på 140 kvalitetsindikatorer

- **Kaiser Permanente, USA**
  - 5% af personalets løn er baseret på performance management:
    - Patienttilfredshed (spørgeskema)
    - Kvalitet (forebyggelse og proces, som f.eks. antal screeninger eller vaccinationer)
    - Styring af kronisk syge (klinisk resultat)
    - Effektiv udnyttelse af ressourcer (f.eks. dyre lægemidler, MR- / CT-scanninger)
  - De 5% er nok til at ændre adfærden
    - Det giver motivation til at lære fra andre og præstere på niveau med kollegaer, og bonussen afhænger ofte af hele afdelingens præstation
- **Group Health, USA**
  - 5% af personalets løn er baseret på performance management, baseret på:
    - 1/3-del kvalitetsdata, hvoraf 50% er baseret på individuel præstation og 50% på organisationens præstation
    - 1/3-del produktivitet
    - 1/3-del patienttilfredshed
    - De enkelte lægers kvalitetsdata er frit tilgængelige indenfor organisationen, hvilket giver incitament til forbedringer. Dette vurderes at veje tungere end den finansielle bonus

### 3.3 Effektiv kronikerstyring

De kronisk syge har behov for behandling på tværs af specialer og sektorer, hvorfor effektiv kronikerstyring er essentiel for udgiftseffektiv kronikerbehandling. Casestudierne har identificeret en række værktøjer, der kan fremme dette, som f.eks. samling af specialister i tværfaglige teams, der kan levere en række behandlingsbehov på ét sted, brug af centrale plejekoordinatorer og implementering af best practice behandlingsprogrammer. Derudover har det vist sig essentielt for at holde plejebyrden nede, at ansvar for stratificering, tidlig diagnosticering, forebyggelse og genoptræning spredes over hele plejekæden, hvorfor disse indsatsområder, der traditionelt er blevet placeret i én sektor, bør være alle aktørernes ansvar.

#### Specialiserede ambulante klinikker

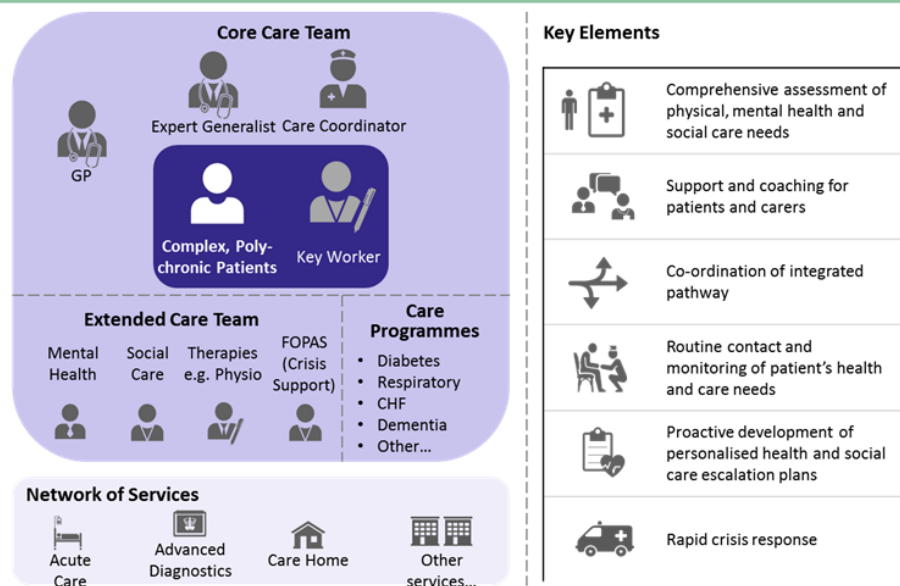
De specialiserede ambulante klinikker modtager patienten efter henvisning fra primær sektor, stratificerer / diagnosticerer, behandler og henviser op eller ned i plejekæden efter behov. Integration med primær sektor fremmes gennem informationskampagne, der underviser de praktiserende læger i henvisning til klinikken, og gennem udslusningsprogrammer, der sender de stabiliserede patienter tilbage til primær sektor. Klinikken bemannes af et tværfagligt hold af specialister, så de fleste af patientens behandlingsbehov kan håndteres på ét sted. Patienten tilknyttes derudover en koordinator, der agerer kontaktpunkt og som styrer patientens rejse mellem de forskellige specialister. Da sådanne centre vil være bemanded af højt specialiseret og omkostningstungt personale er det essentielt at det bliver kombineret med en udslusningsmekanisme, der kan sende stabiliserede patienter til mere omkostningseffektive afdelinger. Hvis højere samlede sundhedsudgifter skal undgås vil oprettelse af sådanne klinikker derudover skulle kombineres med tilsvarende nedskæringer andetsteds i plejekæden.

Sygehus

- **Yeovil Foundation Trust, England**

- Har oprettet en Complex Care Hub på sygehuset, der tager sig af de 4% mest komplekse patienter, typisk multisyge med 3-4 kroniske sygdomme
- Patienten omgives af et tværfagligt hold af specialister:
  - Extensivist, der er en praktiserende læge med ekspertise i styring og behandling af multisyge kronikere
  - Key Worker, der typisk er en sygeplejerske, der står for den daglige kontakt og rådgivning
  - Care Coordinator, der er en mere erfaren og specialiseret sygeplejerske, der styrer patientens behandlingsforløb mellem specialister
  - Det tværfaglige hold afholder dagligt MDT-konferencer, hvor høj-risikopatienters tilstand og behandling diskuteres

**Figur 22: Complex Care Hub omgiver komplekse multisyge med specialiseret personale**

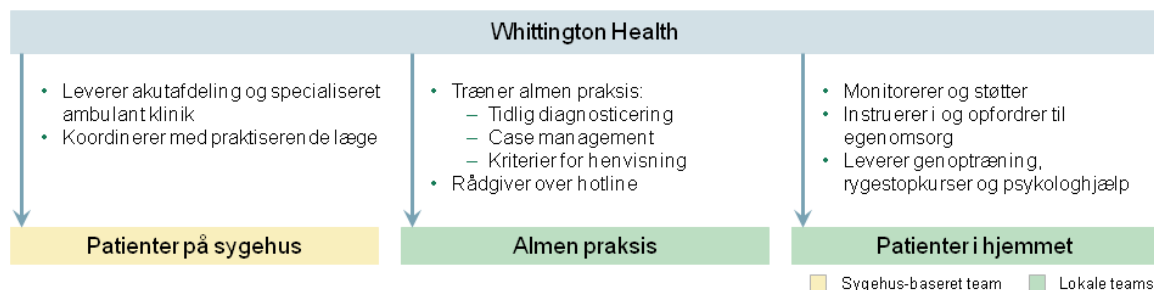


Kilde: The Symphony Project (2016)

• **Whittington NHS Trust, England**

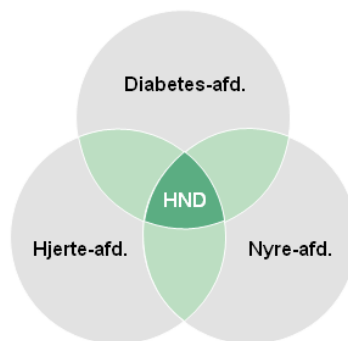
- Har oprettet specialiserede ambulante klinikker for patienter med diabetes, KOL / luftvejssygdomme og hjertekarsygdomme
- Bemandes af tværfaglige teams, der arbejder både på sygehuset og lokalt:
  - Speciallæger: Behandler de mest komplekse patienter og rådgiver og underviser sundhedspersonalet og de lokale praktiserende læger
  - Specialiserede sygeplejersker: Agerer kontaktpunkt for kronikerne, foretager standardundersøgelser og -behandlinger og koordinerer mellem sygehus, kommunal services og almen praksis
  - Fysioterapeuter, kliniske psykologer, farmaceuter, rygestoprådgivere, mm.: Rådgiver patienterne om genoptræning, medicinering, forebyggelse og egenomsorg
  - Afholder MDT-konferencer, hvor der bl.a. diskuteres koordination af patienter, behandling af komplekse patienter, nye henvisninger og usikre diagnoser
  - Teamet monitorerer og støtter patienten i hjemmet

**Figur 23: Whittington Healths tværfaglige teams arbejder både på sygehuset og lokalt**



- **HND-centrum, Danderyds sjukhus, Sverige**
  - Specialiseret ambulant klinik målrettet multisyge med diagnoser indenfor hjerte-, nyre- og diabetes-afdelingerne
  - Behandling udenfor disse specialer foregår hos egen læge eller anden sygehusafdeling
  - 2/3-dele af patienterne henvises til afdelingen efter akutindlæggelse, resten henvises fra almen praksis
  - Patienten tilknyttes en personlig læge og sygeplejerske, der tager sig af behandlingen og koordinationen mellem de tre specialer
  - Da læge og sygeplejerske kender patientens medicinske historie spares tid, og risikoen for misforståelser og unødvendige gentagelser af undersøgelser mindskes. Derudover sparer patienterne tid ved at kunne få klaret alle deres behandlingsbehov på ét sted under ét besøg, i stedet for at skulle gå til tre forskellige afdelinger, hvilket øger patientens kompliance. Den tætte kontakt mellem læge og patient muliggør også en højere grad af personalisering af medicinering og behandling
  - Der afholdes to gange om ugen MDT-konferencer, hvor specialister fra alle tre afdelinger samles og diskuterer optimering af behandlingen. Dette sikrer hurtig og kompetent beslutningstagning
  - Tidlige resultater indikerer at centeret bruger flere ressourcer på ambulant behandling af patienterne, men til gengæld forebygger akutte indlæggelser. Derudover er registreret forbedret patienttilfredsheden mht. adgang til pleje, involvering i behandling og koordination

**Figur 24: HND integrerer hjerte-, nyre- og diabetes-afd.**



### Uddelegering til sygeplejersker

Styring af de kronisk syge, samt en stor del af de standardundersøgelser og -behandlinger, der i dag varetages af speciallæger, vil kunne uddelegeres til sygeplejersker. Dette vil frigøre lægerne til at kunne fokusere på de mest komplekse patienter, der har større behov for deres ekspertise.

- **Yeovil Foundation Trust, England**
  - Sygeplejersker står for den daglige kontakt og rådgivning af patienten
  - Specialiserede sygeplejersker agerer koordinator for kronikeren og styrer behandlingsforløb mellem specialister
- **Whittington NHS Trust, England**
  - Specialiserede sygeplejersker agerer kontaktpunkt for kronikerne, foretager standardundersøgelser og -behandlinger og koordinerer mellem sektorerne



## Udslusningsprogrammer

Da ambulatorierne vil bemandedes af højt kvalificeret og omkostningstungt personale er det afgørende, at stabiliserede patienter flyttes tilbage til primær sektor så hurtigt som muligt. For at fremme dette er der behov for udslusningsprogrammer, der støtter primær sektor og patient i overgangsperioden og som forebygger hurtige genindlæggelser. Et centralt element i flere af casestudierne har været udarbejdelsen af en behandlingsplan umiddelbart efter udskrivning og løbende støtte fra sygehuset i den første tid derefter.

- **Whittington NHS Trust, England**
  - Umiddelbart før udskrivning afholdes en MDT-konference mellem klinik, patient og almen praksis, hvor der lægges en plan for den videre behandling, genoptræning, medicinering og egenomsorg
  - Patienter, der ikke kan overføres direkte til den praktiserende læge, tilknyttes et lokalt plejecenter, der stabiliserer yderligere, indtil primær sektor kan tage over
  - Skrøbelige patienter monitoreres løbende efter udskrivning og får adgang til support-hotline til klinikken, hjemmebesøg fra sygeplejerske eller speciallæge, samt direkte henvisning til klinikken i tilfælde af tilbagefald
- **Capio S:t Görans Sjukhus, Sverige**
  - Ved udskrivning og overførsel til primær sektor medsendes en plan over den opfølgende behandling
- **Almö Läkarhus, Sverige**
  - For patienter, der har behov for ekstra pleje umiddelbart efter udskrivning fra sygehuset, udarbejdes en behandlingsplan mellem sygehus, vårdcentral, kommune og hjemmehjælp
- **HND-centrum, Danderyds sjukhus, Sverige**
  - Efter stabilisering (typisk 6-12 måneder) holdes et møde med den praktiserende læge, hvor der lægges en behandlingsplan for tiden efter udslusning til primær sektor
  - Patienten fortsætter med at gå til konsultation på sygehuset én gang om året, og i tilfælde af sygdomsforværring kan både praktiserende læge og patient ringe og søge rådgivning hos specialisterne på sygehuset
  - Pga. den høje kompleksitet af patienterne er det dog kun sjældent lykkes for HND-centrum at overføre patienterne til primær sektor
- **CareMore, USA**
  - Ved udskrivning fra sygehus stratificeres patienterne og inddeles i tre grupper:
    - Rød gruppe: Patienter med stort behov. Disse modtager opkald fra en sygeplejerske indenfor de første 24 timer efter udskrivning og opfølgende møde med en intensivist indenfor 48 timer
    - Gul gruppe: Patienter med mindre behov for opfølgning. Modtager opkald fra en sygeplejerske indenfor 48 timer og møde med en intensivist indenfor en uge
    - Grøn gruppe: Stabile patienter. Overføres til primær sektor, men monitoreres stadig af CareMores sygeplejersker
  - De fleste patienter ses typisk kun én gang af intensivisten efter udskrivning, hvorefter de overføres til primær sektor. De 5% mest komplekse patienter monitoreres dog løbende

- **Group Health**
  - Ved udskrivning fra sygehus stratificeres patienterne af speciallæger fra sygehuset og et hold af lokale sygeplejersker, og de enkelte patienters plejebehov vurderes
  - Sygeplejerskerne kommunikerer planen til de praktiserende læge og støtter patienten under overgangen til almen praksis

### Større ansvar hos primær sektor

Uanset hvor effektivt sygehusene drives vil de aldrig kunne løfte hele plejebyrden fra kronikerne, hvorfor et større ansvar må lægges hos de praktiserende læger for at holde kronikerne lokalt. Casestudierne har vist at dette er muligt, hvis primær sektor støttes med rådgivning fra specialister og aflastning fra andet sundhedspersonale.

Der er ingen evidens for at det på kort sigt giver lavere totale sundhedsudgifter at behandle kronikerne lokalt frem for på sygehuset. Primær sektor vil skulle tilføres flere midler, hvis den skal tage sig af en større del af plejebyrden, hvorfor der vil skulle skæres tilsvarende i sygehusbudgetterne, hvis højere sundhedsudgifter skal undgås. Dette har i casestudierne vist sig svært at gøre, da den frigjorte kapacitet er blevet brugt på andre patientgrupper. Til gengæld er observeret bedre kliniske resultater og højere patienttilfredshed, hvilket på lang sigt medfører lavere sundhedsudgifter.

- **Whittington NHS Trust, England**
  - Patienterne holdes så vidt muligt hos egen læge, som fastholder det kliniske ansvar
  - For at muliggøre dette støttes almen praksis af Whittingtons tværfaglige team af specialister med f.eks. rådgivning og undervisning i tidlig diagnosticering, behandling, case management og henvisningskriterier
  - Specialiserede sygeplejersker fra sygehuset assisterer med monitorering og support af patienterne i hjemmet
- **Yeovil Foundation Trust, England**
  - Yeovil søger at holde behandlingen af patienterne så lokalt som muligt ved at flytte akutfunktioner fra sygehuset ud i lokalområdet, enten fysisk eller virtuelt. De lokale lægepraksisser supporteres af specialiserede sygeplejersker, akutlæger, socialarbejdere og psykologer, der kan tage sig af hovedparten af patientens behandling.
  - Patienten overføres først til sygehuset, når behandlingen ikke kan klares lokalt længere, og patienten returneres til almen praksis så snart tilstanden er stabil
- **ZIO, Care Group, Holland**
  - Holder kronikerne ude af sygehuset ved at foretage undersøgelser og behandlinger, der tidligere blev foretaget af specialister
    - Andelen af diabetikerne i ZIOs område, hvor ansvaret er placeret i almen praksis frem for på sygehuset, er steget fra 50-60% til 96% efter oprettelse af Care Group'en
    - Substitutionen er opnået uden ansættelse af flere praktiserende læger, så kronikerne er hovedsageligt blevet flyttet fra sygehus til almen praksis' sygeplejersker
    - Finansieringen af almen praksis er steget pga. den større plejebyrde, men tilsvarende besparelse er ikke opnået på sygehusene, da den ekstra kapacitet er blevet brugt til andre patientgrupper

- **CareMore, USA**
  - De mest komplekse patienter tilknyttes en extensivist, der er en praktiserende læge med ekspertise i behandling af kronisk syge, som følger patienterne på og udenfor sygehuset, og som koordinerer mellem almen praksis, sygehus og CareMores plejecentre
- **Group Health, USA**
  - Group Healths model er baseret på at patientens egen læge så vidt muligt står for al behandling. Ved behov for behandling, der ligger uden for lægens kvalifikationer, så opsøger lægen en specialist og bliver instrueret i den rette behandling. På den måde forbliver patienten hos den samme læge, så man undgår de komplikationer, der kan opstå ved overførsel på tværs af sektorer, som f.eks. tab af informationer, unødvendige gentagelser af undersøgelser eller at patienten tabes i systemet
  - I tilfælde, hvor den personlige læge ikke kan udføre specialbehandlingen, så agerer lægen koordinator og følger patienten på tværs af sektorerne
  - En undersøgelse i 2010, to år efter implementering af modellen, viste at det var lykket at flytte en del af patienterne fra sygehusene til almen praksis. Antallet af akutbesøg på skadestuen var faldet med 29%, og antallet af hospitalsindlæggelser var faldet med 6%

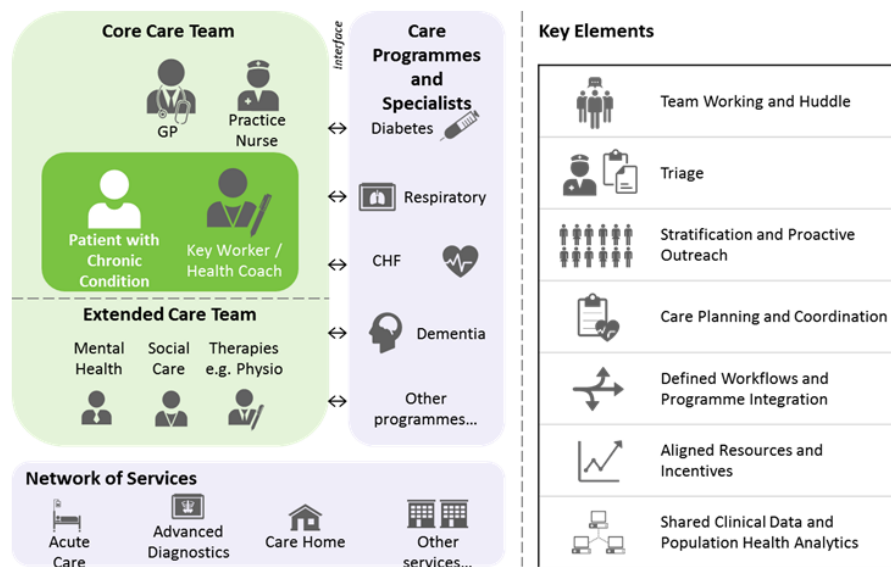
## Primær sektor

### Støtte fra tværfaglige teams

Hvis primær sektor skal kunne varetage en større del af plejbyrden, uden at kronikerne bliver kassebolde mellem forskellige udbydere, så skal almen praksis støttes af et tværfagligt team af sundhedsprofessionelle, som f.eks. sygeplejersker, psykologer, diætister, fysioterapeuter, rygestoprådgivere mm. Teamet kan være placeret i praksissen, i lokale centre eller på sygehuset og kan assistere fysisk eller virtuelt. Samling af behandlingstilbud lokalt sparer derudover patienten tid og øger deres kompliance, da de kan nøjes med at besøge færre plejecentre.

- **Whittington NHS Trust, England**
  - De lokale praktiserende læger støttes af tværfaglige teams fra sygehuset:
    - Speciallæger underviser de praktiserende læger i behandling, diagnosticering, henvisningskriterier og case management
    - Specialiserede sygeplejersker koordinerer mellem sektorerne og informerer den praktiserende læge, når patienten behandles på sygehuset
    - Fysioterapeuter lægger genoptræningsprogrammer
    - Kliniske psykologer underviser i kommunikation
    - Rygestoprådgivere vejleder patienterne
- **Yeovil Foundation Trust, England**
  - De lokale lægepraksisser supporteres af specialiserede sygeplejersker, akutlæger, socialarbejdere og psykologer fra sygehuset, enten fysisk eller virtuelt
  - Derudover er ansat 50 sundhedscoaches, en for hver praktiserende læge i området, der arbejder på tværs af lægepraksisser med monitorering og rådgivning af patienterne. Sundhedscoachene holder kontakten til patienten i hjemmet og instruerer i forebyggende behandling og egenomsorg

## Figur 25: I Enhanced Primary Care centre støttes den praktiserende læge af en række specialister



Kilde: The SymphonyProject (2016)

- **ZIO, Care Group, Holland**

- 70% af de praktiserende læger arbejder i tværfaglige gruppepraksisser, bestående af læger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. Enkelte har endvidere mere specialiserede læger ansat
- I tilfælde af mere komplekse patienter kan både praktiserende læger og sygeplejersker søge rådgivning fra speciallæger på sygehuset

- **Almö Läkarhus, Sverige**

- I Västra Götalandsregionen er der krav om tværfaglig bemanning for at måtte drive vårdcentral. Der skal som minimum være:
  - 1,5 praktiserende læge, sygeplejerske(r) med specialisering indenfor børn, ældre, diabetes, KOL / astma og forhøjet blodtryk (flere specialer kan dækkes af samme sygeplejerske) og en psykolog (eller tilsvarende kvalificeret læge)
- Almö Läkarhus samler praktiserende læger, specialiserede sygeplejersker, fysioterapeuter, tandlæger, kiropraktorer, samt babyklinik, børnehave og fødselsforberedelse i én bygning
- Holdet af sundhedsprofessionelle arbejder sammen om patienterne og trækker på hinandens specialer
- De praktiserende læger arbejder tæt sammen med de kommunale sygeplejersker, der har hotline til vårdcentralen, hvor de kan få rådgivning mht. deres patienter. Vårdcentralen samarbejder derudover med det lokale sygehus, hvor de kan få rådgivning fra læger specialiseret i behandling af ældre, inden de henviser en patient til sygehuset

- **CareMore, USA**
  - CareMores plejecentre består af et tværfagligt team af extensivister, der styrer de mest komplekse patienter, sygeplejersker, der agerer primært kontaktpunkt for patienten og monitorerer i hjemmet, fysioterapeuter og diætister, der arbejder med genoptræning og forebyggelse, og assistenter, der håndterer administrative og ikke-kliniske opgaver
  - Sammen leverer de en række behandlingstilbud på ét sted, som patienten ellers skulle have besøgt en række separate udbydere for at få
- **Group Health, USA**
  - For at aflaste de praktiserende læger og give dem mere tid til de mest komplekse patienter, har Group Health ansat assistenter, specialiserede sygeplejersker og kliniske farmaceuter, der kan tage sig af de stabile patienter. Dette har muliggjort at den gennemsnitlige konsultationstid er steget fra 20 til 30 min., så der udover behandlingen også er tid til at diskutere f.eks. forebyggende indsats. Derudover har lægerne fået tid til at deltage i MDT-konferencer, hvor de diskuterer forbedring af behandlingen af de mest komplekse patienter

### Uddelegering til sygeplejersker

Styring af de kronisk syge, samt en stor del af de standardundersøgelser og -behandlinger der i dag varetages af de praktiserende læger, vil kunne uddelegeres til sygeplejersker. Dette vil frigøre lægerne til at kunne fokusere på de mest komplekse patienter.

Der er ikke klar evidens for at uddelegering af opgaver til sygeplejersker fører til lavere sundhedsudgifter, men det har vist sig at have en positiv effekt på de kliniske resultater og patienttilfredsheden, bl.a. fordi sygeplejerskerne generelt har bedre tid til at tage sig af patienterne.

- **Yeovil Foundation Trust, England**
  - Almen praksis har specialiserede sygeplejersker ansat, der kan påtage sig undersøgelser og behandlinger, der tidligere blev varetaget af den praktiserende læge
- **Whittington NHS Trust, England**
  - I almen praksis har specialiserede sygeplejersker hovedansvaret for kronikerne
- **ZIO, Care Group, Holland**
  - Sygeplejersker tager sig af behandling af stabile patienter med diabetes, KOL eller hjertekarsygdomme, som førhen lå hos den praktiserende læge
    - I gennemsnit er det ca. 0,5 sygeplejerske pr. praktiserende læge
    - Nogle lægepraksisser har endvidere ansat specialiserede sygeplejersker med fokus udelukkende på diabetikerne
  - Kvalitetsindikatorerne har været stabile efter uddelegeringen til sygeplejerskerne, og der er registreret et fald i antallet af diabetes- og KOL-relaterede hospitalsindlæggelser

- **Almö Läkarhus, Sverige**
  - Vårdcentralen har ansat en række sygeplejersker, der har taget en ekstra 1-årig specialisering, der gør dem i stand til at have det primære ansvar for patienter med f.eks. diabetes, KOL / astma og hjertekarsygdomme
  - De specialiserede sygeplejersker planlægger løbende konsultationer med patienten, holder kontakten i hjemmet, sikrer at patienten får foretaget de rette målinger, monitorerer hvordan behandlingen virker, udskriver recepter og justerer medicinering, registrerer kvalitetsdata og konsulterer lægen efter behov
  - Vårdcentralen har specielle træningsprogrammer, der træner lægerne i hvilke opgaver der kan uddelegeres til sygeplejerskerne
  - Pt. er forholdet mellem antallet af sygeplejersker og læger 4:1
  - I Västra Götalandsregionen, hvor Almö Läkarhus ligger, foretages 60% af alle konsultationer i almen praksis af andet personale end den praktiserende læge
- **CareMore, USA**
  - Sygeplejerskerne agerer primært kontaktpunkt for kronikerne, foretager standardundersøgelser og -behandlinger og instruerer og opfordrer til egenomsorg
  - For multisyge patienter står den samme sygeplejerske for koordination af behandling på tværs af behandlingsprogrammer
  - Sygeplejersken står også for at monitorere patienten i hjemmet og tage kontakt efter behov
- **Group Health, USA**
  - Specialiserede sygeplejersker tager sig af de stabile patienter, der hovedsageligt har behov for standardundersøgelser og -behandling, samt rådgivning
  - Sygeplejersker står for en stor del af kommunikationen med patienten uden for klinikken. Inden konsultationen tager sygeplejersken kontakt til patienten for at afklare evt. bekymringer og forventningsafstemme, og efter konsultationen følger sygeplejersken op på patientens status og monitorerer målinger og sygdomsudvikling. Derudover opsøger sygeplejerskerne jævnligt patienten for at få en statusopdatering, hvilket øger chancen for at fange evt. komplikationer tidligt i forløbet
  - Brugen af sygeplejersker medfører relativt høje udgifter i primær sektor. Group Health vurderer dog at de, gennem bedre forebyggende indsats, sænker antallet af hospitalsindlæggelser så meget, at de samlede udgifter bliver lavere

### Implementering af best practice

Casestudierne har vist at de mest basale undersøgelser og behandlinger ofte ikke bliver foretaget, hvorfor en stor kvalitetsforbedring kan opnås ved at udvikle, implementere og monitorere overholdelse af best practice protokoller for f.eks. diagnosticering, behandling, forebyggelse, egenomsorg. Især opfølgningen på overholdelse af best practice hos de enkelte udbydere har vist sig essentiel for en succesfuld implementering.

- **Whittington NHS Trust, England**
  - Udvikler behandlingsplaner, der sikrer at patienten modtager den mest basale behandling, som f.eks. vaccinationer og støtte til forebyggelse og rehabilitering
  - Screening for relaterede sygdomme er inkluderet i behandlingsplanen, så der kan stilles diagnose tidligt i forløbet
  - Behandlingsplanen indeholder målsætninger for f.eks. blodsukker eller blodtryk, og udviklingen monitoreres, så sygdomsforværring kan opfanges hurtigt

- **ZIO, Care Group, Holland**

- For at sikre overholdelse af best practice protokoller er der udviklet evidens-baserede nationale retningslinjer for hvilke ydelser, der skal udføres for patienter med diabetes, KOL/astma, hjertekarsygdomme og for svagelige ældre
- ZIOs finansiering er direkte koblet til levering af ydelserne i best practice protokollen
- Overholdelse af best practice protokollerne er steget fra 25% i 2006 til >90% i dag, og undersøgelser i 2011 og 2012 har vist fremgang indenfor visse kliniske resultater. I forhold til sammenlignelige patienter med forhøjet blodtryk fik 6% flere af Care Group's patienter sænket deres systoliske blodtryk til under 140 mmHg, mens 10% flere holdt sig inden for kolesterolmålsætningen. Derudover rapporterede underleverandørerne en forbedret oplevelse af koordination og overholdelse af protokollerne
- Der er endnu ikke udviklet sådanne behandlingsforløb for multisyge patienter
  - Visse komorbiditeter behandles ved at kombinere flere behandlingsforløb, mens andre forløb udelukker hinanden. Det debatteres pt. om behandlingsforløbene skal ændres fra at være tilknyttet en diagnose til at være baseret på mindre moduler, der kan kombineres. Dette vil muliggøre udvikling af behandlingsforløb til multisyge og en grad af personalisering

- **CareMore, USA**

- Udvikler best practice protokoller, der sikrer jævnlig konsultation og monitorering af sygdomsudvikling

### **Forebyggelse og egenomsorg**

Udfordringen fra den stigende plejeburde vil ikke kunne løses udelukkende ved optimering af sundhedssystemet, så plejeburden må også nedsættes gennem bedre forebyggende indsats. Casestudierne har vist at dette kræver, at ansvar for forebyggelse og opfordring til egenomsorg deles på tværs af sektorerne.

- **Yeovil Foundation Trust, England**

- Har ansat 50 sundhedscoaches, der arbejder på tværs af de praktiserende læger. Sundhedscoachene har ikke klinisk uddannelse, men er gode og empatiske kommunikatører, der engagerer patienterne i egenomsorg
- Derudover tilbydes patienter med kroniske sygdomme et sundhedsbudget, der giver dem muligheden for at prioritere hvilke ydelser (f.eks. behandling, udstyr og personlig pleje) de foretrækker at modtage, hvilket ofte medfører højere kompliance og patienttilfredshed

- **Whittington NHS Trust, England**
  - På tværs af plejekæden er der stor fokus på egenomsorg, og alle aktørerne er fælles ansvarlige for at patienten modtager instruktion og opfordring til forebyggelse og egenomsorg
  - Whittington Health har en separat gruppe, der udelukkende arbejder med forebyggelse
    - Gruppen består af 6 ansatte med sundhedsfaglig baggrund og ca. 30 frivillige, der afholder kurser i egenomsorg og løbende støtter patienterne
    - Gruppen underviser også sygehusets sundhedspersonale i bedre kommunikation, så patienterne opfordres til egenomsorg på den mest konstruktive måde
  - Egenomsorgsprogrammet målrettet diabetikere har medført en række positive resultater:
    - 7% færre konsultationer hos deres praktiserende læge
    - 10% færre besøg i den ambulante klinik
    - 16% færre akutindlæggelser
    - 0,6% lavere langtidsblodsukker
- **ZIO, Care Group, Holland**
  - Almen praksis' sygeplejersker tager ud til høj-risikoområder og identificerer potentielle patienter, så de kan komme i forebyggende behandling så tidligt som muligt
  - Patienter instrueres i egenomsorg og rådgives i livsstilsændringer
  - Patienter, der ikke møder op til de periodiske undersøgelser, bliver aktivt kontaktet af lægepraksissen og indkaldt til konsultation
- **Almö Läkarhus, Sverige**
  - Patienter i risikogrupper indkaldes jævnligt til sundhedstjek:
    - Hvert 5. år: Patienter over 65 år
    - Hvert år: Patienter over 80 år og patienter med visse diagnoser
  - Antallet af unødvendige konsultationer begrænses ved at fokusere på god service, der får patienterne til at føle sig sikre og at de bliver set og hørt
- **HND-centrum, Danderyds sjukhus, Sverige**
  - Ved første konsultation foretages 2x45 min. introsamtaler med læge og sygeplejerske, hvor sygdomshistorie og evne og motivation for egenomsorg diskuteres. Fokus er på at undervise patienten i sin egen sygdom, så advarselssignaler bliver opdaget tidligt, og på at gøre behandling og forebyggende indsats til et samarbejde mellem patienten og sundhedspersonalet
  - Den personlige sygeplejerske holder løbende kontakten med patienten og følger sygdomsudviklingen
- **CareMore, USA**
  - CareMore leverer en række services til patienterne for at forebygge sygdomsforværring. F.eks. henter og bringer de patienter, der ikke selv kan komme til sin behandling, og de tilbyder en række kurser med fokus på forebyggelse
  - Sygeplejersker kontakter jævnligt de komplekse patienterne via telefon eller i hjemmet



- **Kaiser Permanente, USA**
  - Tilbyder kurser i egenomsorg, fysisk og online
  - Patienterne påmindes om undersøgelser, behandlinger eller medicinering via email, sms eller telefon
- **Group Health, USA**
  - Læge, patient og evt. pårørende lægger i fællesskab en plan for patients egenomsorg, og der tages hensyn til patientens tilstand og motivation
  - Egenomsorg fremmes gennem workshops, kurser i ændring af livsstil og supportgrupper, og patienterne modtager jævnligt påmindelser om og opfordringer til at gøre en indsats
  - Som et centralt element i den forebyggende indsats foretages løbende gennemgange af alle kronikernes patientjournaler, hvor sundhedspersonalet opdaterer risikoprofiler og identificerer behov for opfølgende og forebyggende undersøgelser og behandlinger
  - På tværs af plejekæden er der fælles ansvar for at identificere og lukke "care gaps", dvs. identificere patienter, der ikke går til deres konsultationer eller ikke tager deres medicin

### Stratificering

Mange kronisk syge er ikke korrekt diagnosticeret, hvorfor løbende stratificering både i primær og sekundær sektor er nødvendig for at sikre at de modtager den rette behandling. Effektiv stratificering kræver samling af patientdata i fælles IT-system, der deles på tværs af sektorerne

Primær sektor

- **Whittington NHS Trust, England**
  - Umiddelbart før udskrivning afholdes en MDT-konference mellem klinik, patient og almen praksis, hvor der lægges en plan for den videre behandling, genoptræning, medicinering og egenomsorg
- **Yeovil Foundation Trust, England**
  - Bruger aktivt stratificering til at identificere patienter i risikogrupper, baseret på antal komorbiditeter og den praktiserende læges råd, hvorefter de inkluderes i forebyggende behandling
- **CareMore, USA**
  - Alle CareMores patienter stratificeres ved tilmelding, og hvis de placeres i en risikogruppe, så bliver de samtidig inkluderet i et af CareMores behandlingsprogrammer. Stratificeringen baseres på laboratoriemålinger, observationer og prædikative modeller
  - Programmerne sikrer at patienten jævnligt konsulteres og at sygdomsudviklingen løbende monitoreres, så akutte anfald forhindres
- **Group Health, USA**
  - Læger og sygeplejersker stratificerer medlemmerne for at identificere patienter, hvor forebyggende indsats er nødvendig, så de kan gribe ind så tidligt som muligt
- **Kaiser Permanente, USA**
  - Stratificerer patienter ved tilmelding og identificerer komplekse patienter tidligt i forløbet

## 3.4 Brug af data og information

Datagennemsigtighed på tværs af sektorerne er en forudsætning for en sammenhængende håndtering af de kronisk syge. På tværs af de studerede lande har man indenfor de seneste år opnået reelle gennembrud indenfor transparens og brug af kvalitetsdata fra særligt primær sektor, hvor de praktiserende læger har tilsluttet sig datadelingsinitiativer, der har givet indsigt i behandlingskvalitet og skabt tillid og gennemsigtighed på tværs af sektorerne.

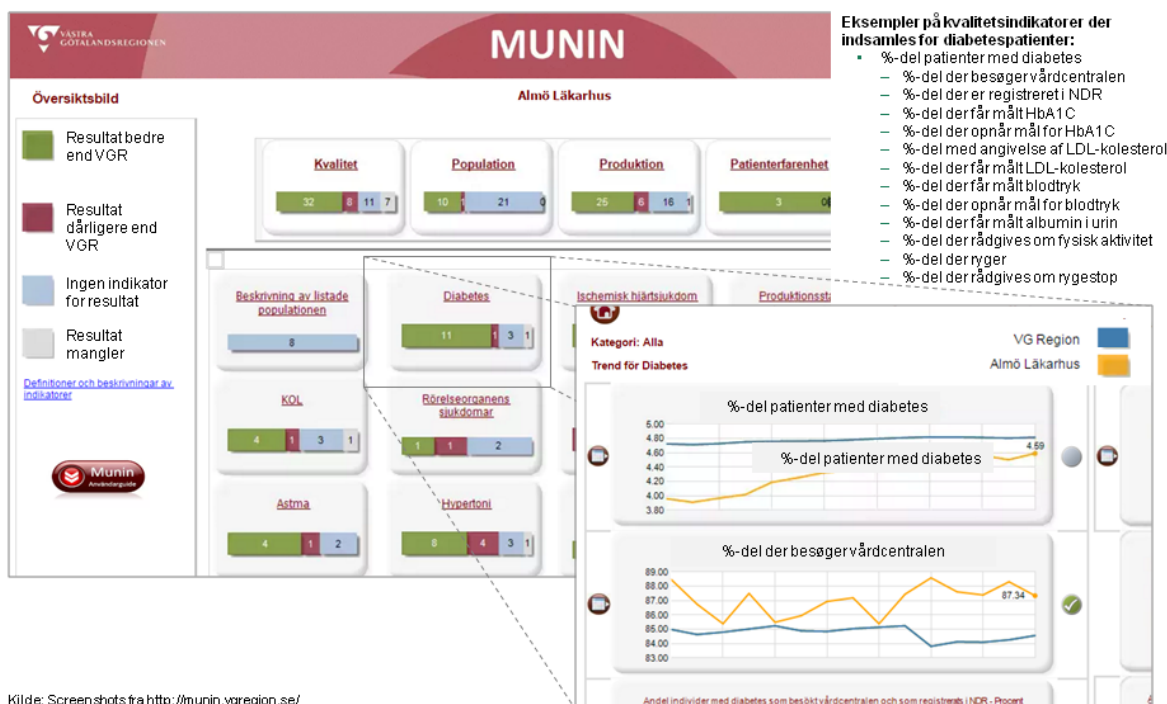
### Indsamling og publikation af kvalitetsdata

Casestudierne har vist at indsamling af kvalitetsdata er essentiel for kontrol af kvaliteten, da det kræver løbende opfølgning at sikre at best practice bliver overholdt. Endvidere har alene publikation af kvalitetsdata vist sig at være tilstrækkelig til at fremprovokere forbedringer, da underpræsterende udbydere selv tager initiativ til at lære fra de bedste. Kvalitetsdata er primært baseret på proces-relaterede indikatorer, men der arbejdes på at omstille til outcome-baserede indikatorer.

- **Whittington NHS Trust, England**
  - Der indsamles ca. 150 evidensbaserede kvalitetsindikatorer fra primær sektor
    - Indikatorer indenfor best practice protokoller, organiseringen af pleje og patienttilfredshed
    - Indrapporteres til NHS Digital, der indsamler og publicerer
    - Data er offentligt tilgængelige ned på lægepraksis-niveau, så borgerne kan bruge disse data til at vælge primær praksis. Brugen af data til valg af praktiserende læge er dog begrænset, da de fleste vælger den nærmeste
  - En række incitamenter har fået primær sektor til at deltage i dataindrapporteringen:
    - Performance management-delen af finansieringen er direkte koblet til indrapportering af kvalitetsdata
    - Derudover vil de praktiserende læger gerne anerkendes blandt deres kollegaer for høj kvalitet, hvilket kan vises ved publikation af kvalitetsdata
- **ZIO, Care Group, Holland**
  - Proces-relaterede kvalitetsdata indsamles af ZIO
    - Ventetider, kvalitet, effektivitet og patienttilfredshed for de enkelte underleverandører
    - Bruges til at vise forsikringsselskaberne at de betalte ydelser er blevet leveret, samt at vurdere præstation og identificere muligheder for forbedringer hos de enkelte udbydere
    - Data er tilgængelige for forsikringsselskaber, nationale agenturer og Care Groups, men ikke for patienterne
    - Udbydere kan se hvor godt de præsterer sammenlignet med de nationale gennemsnit, men ikke hvordan de andre udbydere klarer sig hver især
  - Åbenheden har medført drive blandt udbydere for ikke at være i den nederste halvdel
  - Finansieringen er direkte koblet til hvilke ydelser der leveres, hvilket har givet incitament til deltagelse i datarapporteringen

- 
- **Capio S:t Görans Sjukhus, Sverige**
    - Løbende indsamling og analyse af over 200 kvalitetsindikatorer, efterfulgt af udvikling og implementering af nye best practice protokoller, har medført forbedring af udgiftseffektivitet, ventetider og patient- og medarbejdertilfredshed
    - Fokuspunkter:
      - Automatisering af dataindsamling
      - At gå fra at analysere historiske data til at analysere realtidsdata og udvikle prædiktive modeller
      - At gå fra at analysere kvalitet til at kunne støtte beslutningstagningen og give advarsler
  
  - **Registercentrum, Sverige**
    - Eksempler på registre:
      - Munin: Regionalt kvalitetsregister for VGR ([munin.vgregion.se](http://munin.vgregion.se))
        - Indeholder bl.a. kvalitetsdata for behandling af diabetes, KOL / astma, hjertesvigt, andre kroniske sygdomme
        - Data indsamles automatisk fra elektroniske patientjournaler i vårdcentralerne, og er offentligt tilgængelige online
        - Aggregerede data fra registret bruges bl.a. til sammenligning af vårdcentraler, forskning, statistik, motivation til forbedring og identifikation af risikofaktorer
        - Det tog under et år at designe indikatorer og udvikle og implementere indberetnings- og publikations-løsningen. Et tilsvarende nationalt system har været klar til implementering i nogle år, men det er blevet holdt tilbage af juridiske og politiske årsager. Det er dog nu ved at starte op på initiativ fra de praktiserende læger
        - Data kan sammenlignes på regions- og vårdcentral-niveau og for både private og offentlige vårdcentraler. I Figur 26 på næste side er som eksempel vist Almö Läkarhus' kvalitetsdata og hvilke indikatorer der monitoreres for diabetikerne
      - NDR: Nationalt diabetes-register ([www.ndr.nu](http://www.ndr.nu))
        - Indsamler data fra primær og sekundær sektor
        - Indeholder f.eks. data om BMI, blodtryk, alder og HbA1c (langtidsblodsukker)
        - Bruges til identifikation af risikofaktorer og udvikling og udbredelse af best practice procedurer for behandling af diabetes og sygdommens komplikationer
      - Luftvägsregistret: Nationalt KOL / astma-register ([lvr.registercentrum.se](http://lvr.registercentrum.se))
        - Indsamler data fra primær og sekundær sektor, samt fra patientindberetninger
        - Indeholder f.eks. data om lungekapacitet, rygning, COPD Assessment Test (patient-rapporteret spørgeskema), fysisk aktivitet og patientuddannelse
        - Formålet med registret er at forbedre behandlingskvaliteten for KOL / astma-patienter, bl.a. ved at forbedre diagnosticeringen, udbrede best practice procedurer og udjævne regionale forskelle i behandling
      - Öppna Jämförelser: Årlig landsdækkende kvalitetsopgørelse ([vardenisiffror.se](http://vardenisiffror.se))
        - Rangerer alle landstingene ud fra en række kvalitets- og effektivitetsindikatorer inden for bl.a. forebyggelse, patienttilfredshed, ventetider og kliniske resultater
-

## Figur 26: Kvalitetsindikatorer er offentligt tilgængelige



Kilde: Screenshots fra <http://munin.vgregion.se/>

- Brug af kvalitetsdata:
  - Alene publikation af data har medført kvalitetsforbedringer. Den store transparens mht. kvalitetsdata og patienttilfredshed har udviklet en præstationsfokuseret kultur, hvor udbydere på eget initiativ søger inspiration hos hinanden for at matche konkurrenternes kvalitetsresultater
  - Identifikation af risikofaktorer, der kan bruges til stratificering af patienter
  - Udvikling af best practice procedurer indenfor bl.a. behandling, medicinering og brug af medicinsk udstyr
  - Forskning
  - Sammenligning af udbydere
  - Planlægning af behandlingskapacitet
- CareMore, USA:
  - Indsamler over 100 kvalitetsindikatorer, som bruges til evaluering af udbydere og forbedring af interne arbejdsprocedurer

---

## Fælles IT-system

Datagennemsigtighed på tværs af sektorerne er essentiel for at skabe tillid og koordination mellem aktørerne. Casestudierne har vist eksempler på fælles IT-systemer, der indsamler og organiserer patientdata fra de forskellige udbydere.

- **Whittington NHS Trust, England**
    - Har udviklet og implementeret et fælles IT-system mellem sygehus, almen praksis, kommunale services og socialplejen
    - Systemet giver udbyderne adgang til patientinformationer i realtid, hvilket bl.a. sparer patienten for at skulle genfortælle sin patienthistorie, muliggør hurtig beslutningstagen i akutte situationer og hindrer gentagelse af undersøgelser
    - Systemet forbedrer koordinationen mellem udbyderne, da den praktiserende læge kan følge sin patient på sygehuset, og ved udskrivning bruges systemet til at dele behandlings- og genoptræningsplaner, hvilket muliggør gnidningsfri overførsel
    - Data forbliver i de enkelte udbyderes egne systemer, mens det fælles system lægger sig henover og samler relevante data for patienten
    - Systemet bruges udelukkende til forbedring af koordinationen af behandlingen, ikke til kvalitetskontrol
    - Den største udfordring under udviklingen af systemet var at få en datadelingsaftale på plads
    - En række incitamenter har fået primær sektor til at deltage i det fælles IT-system:
      - Datadeling med sygehuset giver bedre transparens, og den praktiserende læge kan f.eks. følge sin patient på sygehuset
      - Udvikling og implementering af datadelingssystem mellem sygehus og primær sektor har været gratis for de praktiserende læger
  - **ZIO, Care Group, Holland**
    - ZIO koordinerer dataindsamling og journalføring mellem deres netværk af underliggende udbydere via fælles IT-system
    - Sikrer datadeling mellem aktørerne og reducerer unødvendige gentagelser af behandlinger
    - Alle patienter har en journal med undersøgelsesresultater og oversigt over henvisninger og recepter, og systemet bruges til jævnlige opdaterer de individuelle behandlingsforløb i forhold til sygdomsudviklingen
    - Udbyderne har ofte også deres eget IT-system ved siden af, hvorfor en del ressourcer bruges på dobbeltindtastning
  - **Almö Läkarhus, Sverige**
    - Fælles IT-system mellem vårdcentral, kommune og sygehus informerer vårdcentralen, når en af dens patienter er blevet indlagt eller bliver udskrevet fra sygehuset
      - Det giver de praktiserende læger muligheden for at følge deres patient, blive informeret om behandling på sygehuset og foreslå ændringer
      - Systemet indeholder kun de mest basale informationer, så sygehusene kan ikke se hvad der foregår i vårdcentralen, og vårdcentralen kan ikke se behandlingsdetaljer fra sygehuset
  - **Group Health, USA**
    - Fælles IT-system på tværs af organisationen, der dækker hele plejekæden
    - Alle læger har adgang til den fulde patientjournal 5 år tilbage i tiden
-

---

## Brug af teknologi

Der eksisterer en række muligheder for at effektivisere sundhedsvæsenet gennem digitalisering og introduktion af diverse teknologier. Casestudierne har dog vist, at moderne teknologi stadig kun bruges sparsomt.

- **CareMore, USA**

- Bruger telemedicin til at monitorere patienterne i hjemmet f.eks. via trådløse enheder, der automatisk transmitterer data.
- Patienter med risiko for hjertesvigt og patienter med forhøjet blodtryk modtager vægt og blodtryksmåler, der automatisk transmitterer data til CareMore to gange dagligt. Tager patienten f.eks. 1 kg på, så informeres patientens sygeplejerske, der ringer patienten op for at tjekke status og som justerer medicineringen i forhold til ændringen i vægt

- **Group Health, USA**

- Telemedicin bruges i vidt omfang til konsultation og monitorering af patienterne, så de kan engageres hjemmefra
  - Patient og sundhedspersonale kommunikerer via email og telefon efter behov og præference, og patientens henvendelse går udenom administrativt personale og direkte til det hold, der har ansvaret for patienten
  - Lægen har fast telefontid, i hvilken patienterne kan få øjeblikkelig rådgivning
  - Denne fokus på virtuel konsultation har medført et fald i on-site konsultationer på 6%, mens brugen af email- og telefonkonsultationer er steget med hhv. 80% og 6%, hvilket overordnet set har betydet en stigning i kommunikationen
-

## 4 Succeskriterier

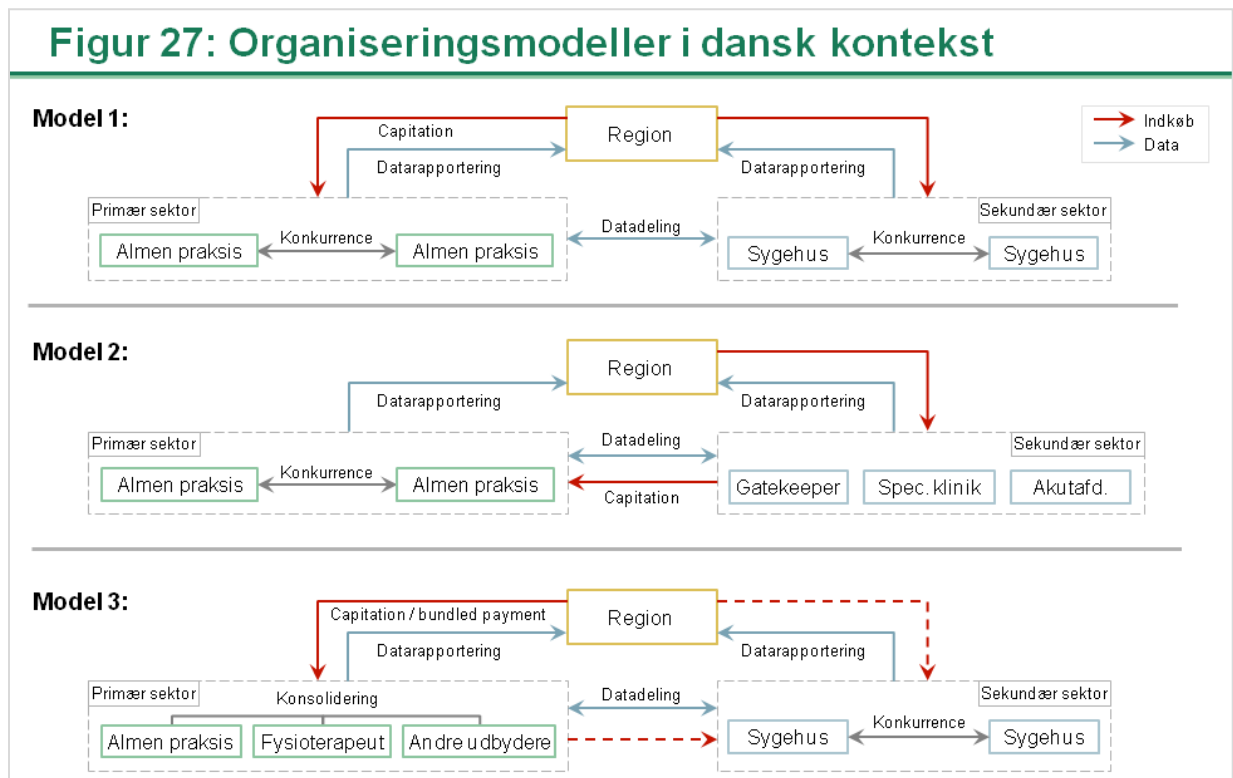
De internationale casestudier har vist, at der ikke eksisterer en komplet og velfungerende model, der sikrer udgiftseffektiv håndtering af de kronisk syge på tværs af hele plejekæden. Til gengæld er der på tværs af studierne blevet belyst en række centrale elementer for kronikerindsatsen. Adskillelse af køber og yder har vist sig nødvendig for skabelse af afstemt incitamentsstruktur og omkostningseffektivitet, og placering af ansvar for styring af kronikerne hos en central koordinator har vist sig nødvendig for at integrere kronikerindsatsen langs plejekæden.

**Der findes i dansk kontekst tre modeller for, hvordan dette vil kunne organiseres:**

**Model 1:** Kronikeransvaret placeres hos regionen, som uddelegerer til primær og sekundær sektor, der konkurrerer om kontrakterne. Modellen eksemplificeres ved de hollandske og amerikanske forsikringsbaserede systemer

**Model 2:** Kronikeransvaret placeres hos sygehuset, der foretager en del af plejen og udliciterer resten til primær sektor. Sygehuset rustes til at håndtere de kronisk syge ved at oprette specialiserede tværfaglige klinikker, der kan håndtere de mest komplekse patienter, og gatekeeper klinikker, der kan styre patienter mellem primær og sekundær sektor. Modellen eksemplificeres ved Yeovil Foundation Trust

**Model 3:** Kronikeransvaret placeres hos primær sektor, der konsoliderer sig i større, tværfaglige lægepraksisser, så de kan levere al primær pleje, mens den sekundære pleje enten udliciteres separat eller ansvar for indkøb placeres hos primær sektor. Modellen eksemplificeres ved de hollandske Care Groups og de svenske vårdcentraler



## **Ovenstående organisationsmodeller har alle en række succeskriterier til fælles:**

### **Incitamenter og sammenhæng**

- Afregningsregimet bør give incitament til behandling af høj kvalitet og med høj udgiftseffektivitet. Dette kan gøres ved at gå fra aktivitets- til populationsbaseret finansiering, kombineret med performance management, der sikrer overholdelse af best practice for bl.a. forbyggende indsats, diagnosticering og behandling

### **Effektiv kronikerstyring**

- De kronisk syge har behov for behandling på tværs af specialer og sektorer. For at opnå en effektiv styring er det derfor essentielt at kronikeren tilknyttes en central koordinator, der kan guide patienten langs plejekæden, at specialister samles i tværfaglige centre, der kan dække en række behandlingsbehov på ét sted, samt at aktørerne samarbejder vertikalt i plejekæden, f.eks. ved rådgivning fra sygehus til almen praksis
- For at holde den samlede plejeburde nede bør ansvar for stratificering, diagnosticering, forebyggelse og genoptræning deles over hele plejekæden, så disse indsatsområder, der traditionelt er blevet placeret i én sektor, bliver alle aktørernes ansvar

### **Data og teknologi**

- Datagennemsigtighed på tværs af sektorerne er en forudsætning for at sikre høj behandlingskvalitet og skabe tillid og fælles ansvarlighed. Dette vil kræve systematisk indsamling og publikation af kvalitetsdata fra alle sektorer, samt oprettelse af et fælles IT-system, der muliggør deling af patientdata på tværs af sektorer og specialer



## **5 Diskussionspartnere**

### **England**

- Yeovil Foundation Trust
- Whittington NHS Trust

### **Holland**

- ZIO
- Vektis

### **Sverige**

- Capio S:t Görans Sjukhus
- Almö vårdcentral
- HND-centrum, Danderyds sjukhus
- Registercentrum, Västra Götalandsregionen

### **USA**

- Kaiser Permanente
- CareMore
- Group Health

## 6 Referencer

- National Institute for Public Health and the Environment (2010) "Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands"
- Nuffield Trust Risk Adjustment Conference (2011) "Risk Adjustment in the Netherlands"
- N Engl J Med (2011) "Integrating Care through Bundled Payments — Lessons from the Netherlands"
- Nuffield Trust (2011) "Risk Adjustment in the Netherlands"
- Boston Consulting Group (2011) "Improving Health Care value: the case for disease registries"
- Seán Boyle (2011) "United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition"
- WHO (2012) "Sweden: Health system review. Health Systems in Transition"
- National Institute for Public Health and the Environment (2012) "Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands"
- OECD (2013) "OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013: Raising Standards"
- Stockholms läns landsting (2013) "Vårdavtal mellan Stockholms läns landsting och Capio S:t Görans Sjukhus AB"
- NHS England (2014) "Five year forward view"
- The Boston Consulting Group (2014) "Health Care Systems – International Best Practices" (Rapport udarbejdet for Finansministeriet)
- Socialdepartementet (2014) "Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar"
- Nuffield Trust February (2014) "NHS payment reform: lessons from the past and directions for the future"
- The Kings Fund (2014) "Whittington respiratory service"
- The American Journal of Accountable Care (2015) "Lessons From CareMore: A Stepping Stone to Stronger Primary Care of Frail Elderly Patients"
- Monitor (2015) "NHS foundation trusts: quarterly performance report". Monitor, 4. Quarter 2014/15
- The Boston Consulting Group (2015) "Styring af Sundhedsvæsenet - Analyse af Internationale Eksempler" (Rapport udarbejdet for Finansministeriet)
- The Commonwealth Fund (2016) "International Profiles Of Health Care Systems, 2015"
- Nuffield Trust (2016) "Clinical commissioning - GPs in charge?"
- The Kings Fund (2016) "New care models - Emerging innovations in governance and organisational form"
- NHS England (2016) "Integrated primary and acute care systems (PACS) - Describing the care model and the business model"

## **7 Note til læseren**

These materials may be used for informational purposes only. Any person or entity other than BCG's client ("Third-Parties") may not, and it is unreasonable for any Third-Party to, rely on these materials for any purpose whatsoever. To the fullest extent permitted by law (and except to the extent otherwise agreed in a signed writing by BCG), BCG shall have no liability whatsoever to any Third-Party, and any Third-Party hereby waives any rights and claims it may have at any time against BCG with regard to the services, this presentation, or other materials, including the accuracy or completeness thereof. Receipt and review of this document shall be deemed agreement with and consideration for the foregoing.

BCG has not independently verified all of the data and assumptions used in these analyses, although we have attempted, where possible, to test for plausibility. Changes in the underlying data or operating assumptions will clearly impact the analyses and conclusions. Further, BCG has made no undertaking to update these materials after the date hereof notwithstanding that such information may become outdated or inaccurate.