

Sundhedsklynger

Økonomi & finansiering

Jakob Kjellberg

Professor VIVE

VIVE

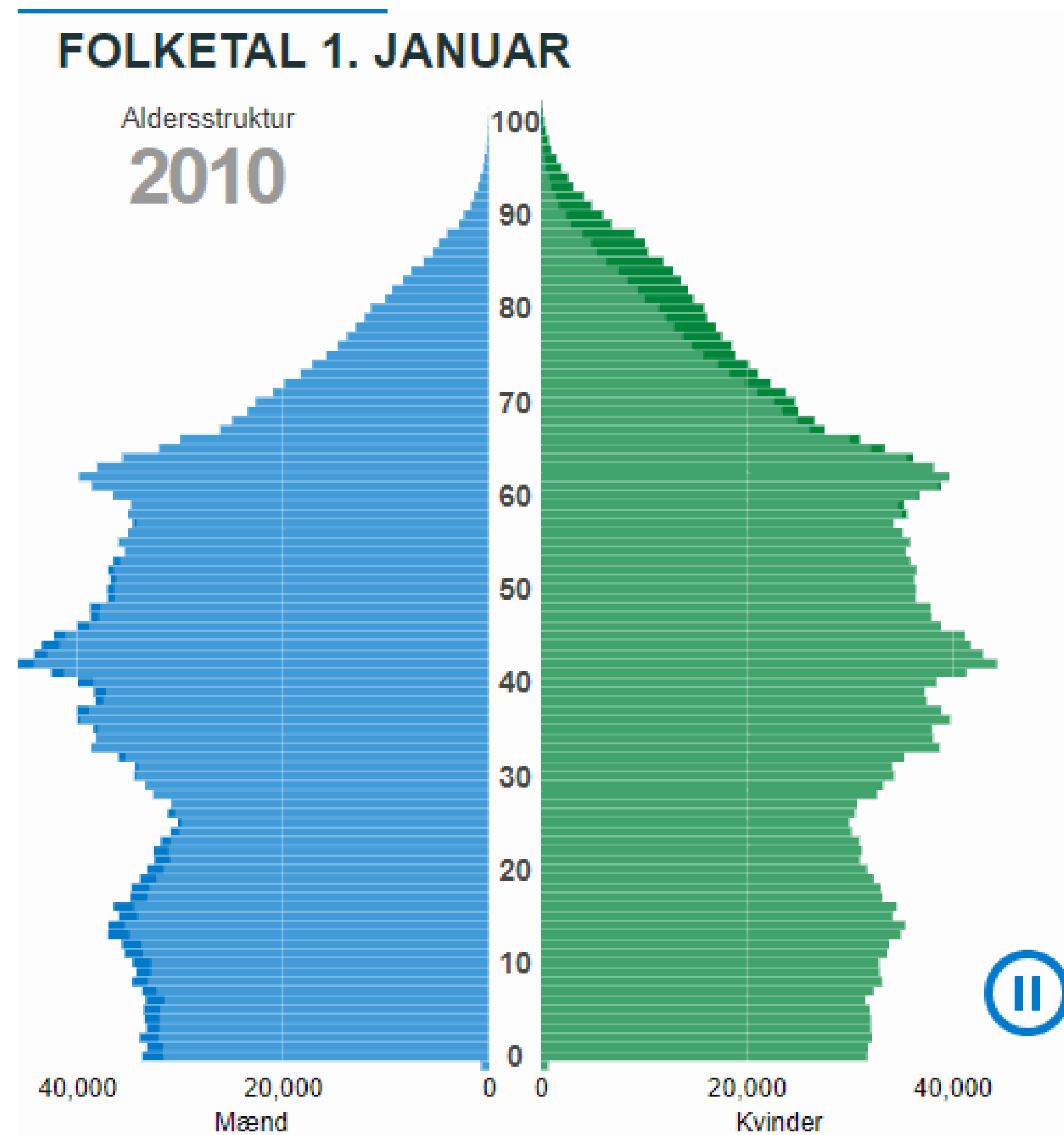


Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen

Hvorfor har vi behov for at justere et i øvrigt godt sundhedsvæsen for at skabe et nært og sammenhængende sundhedsvæsen?



Demografi og levetid som forandringsmotor



Kilde: DST

Schiøtz et al. (2017). BMC Public Health

Flere sygdomme med stigende alder

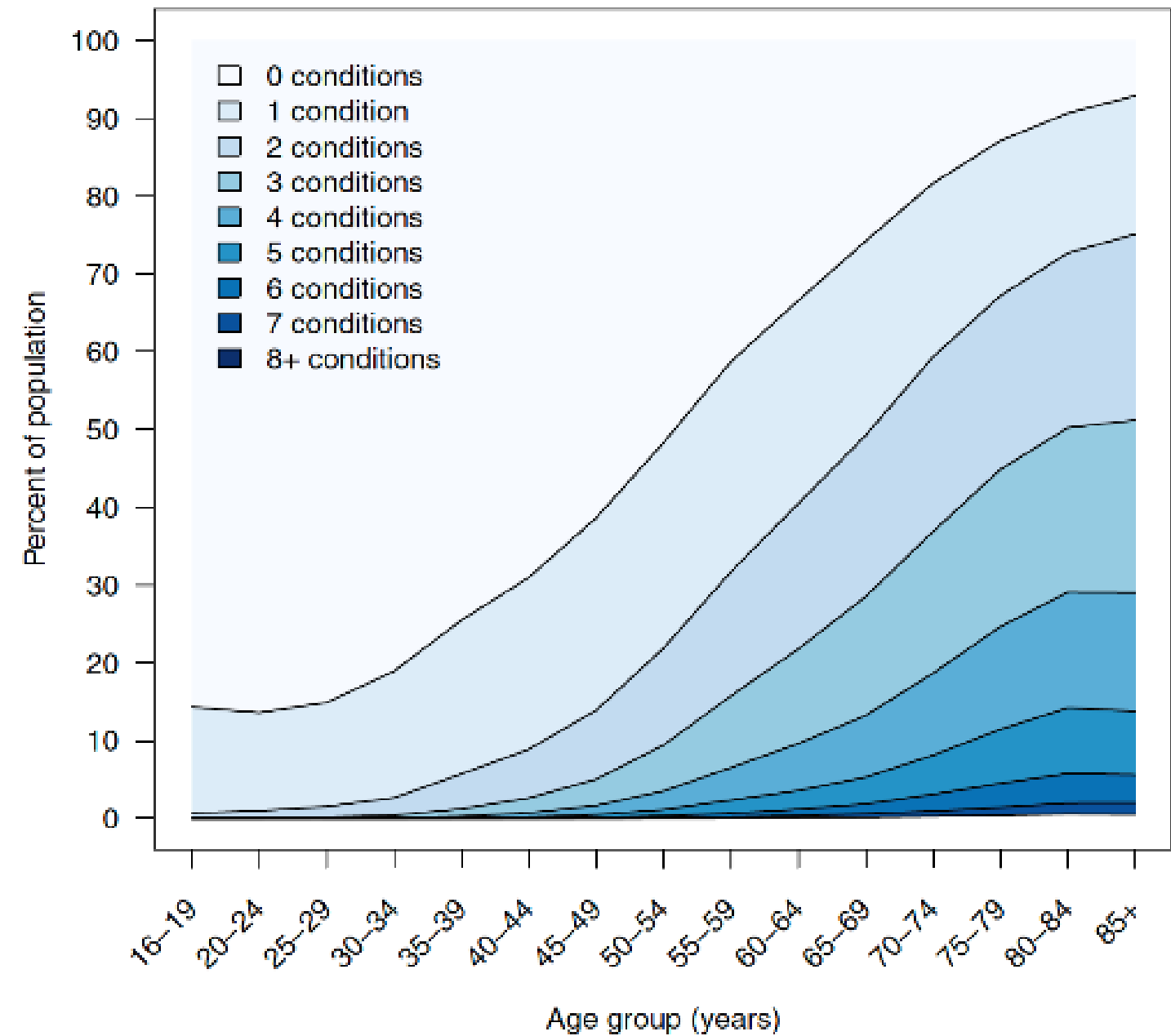
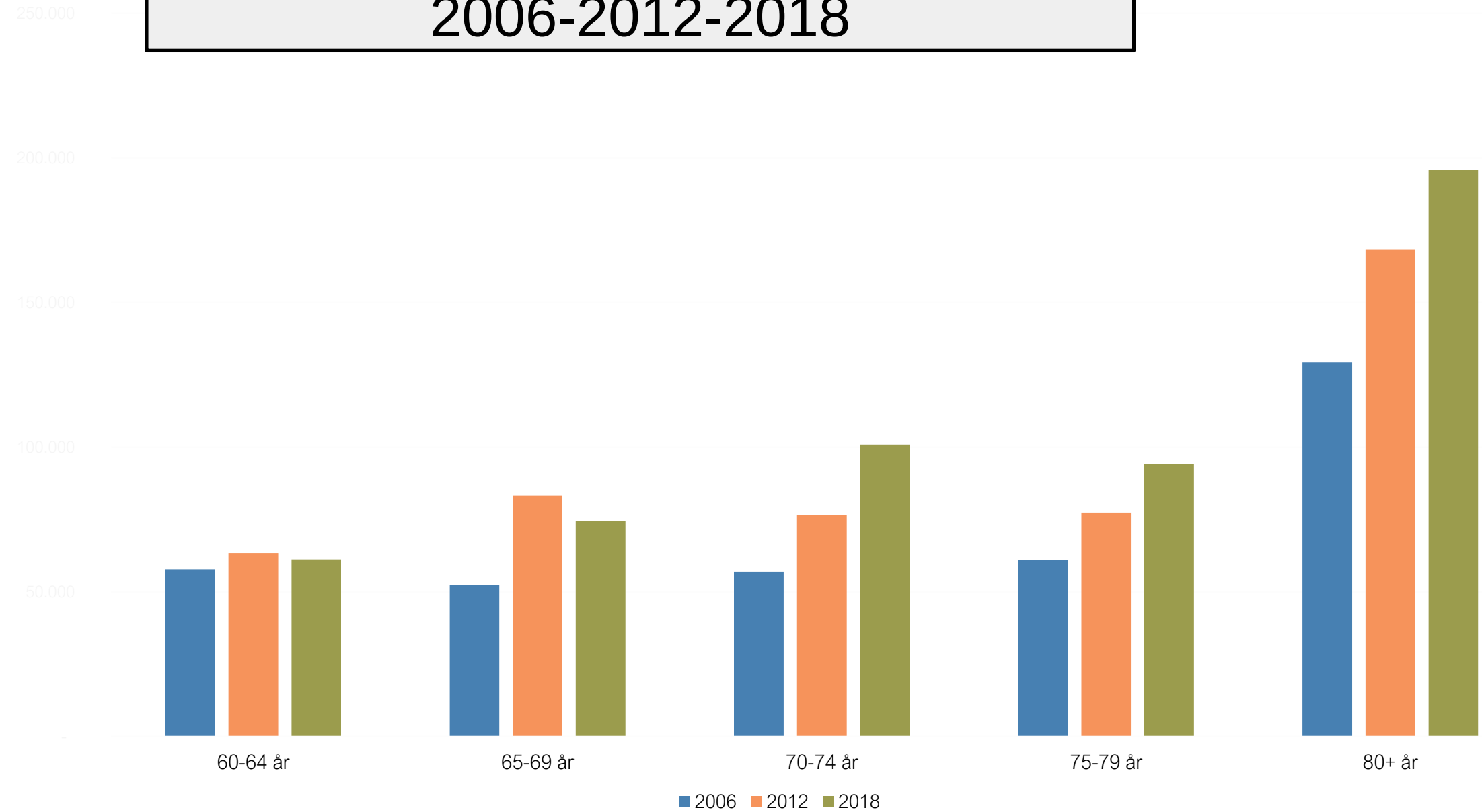
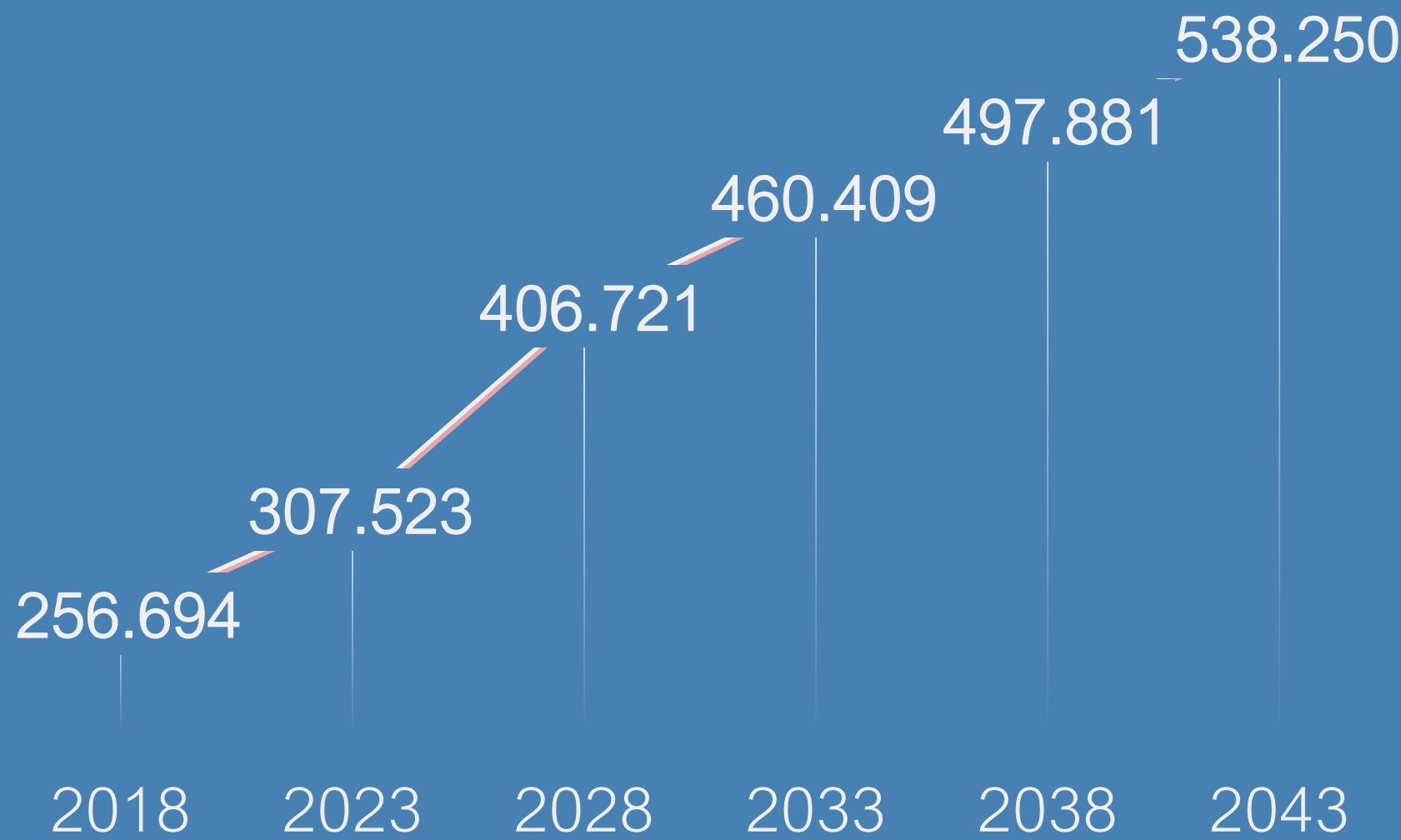


Fig. 1 Number of chronic conditions by age group

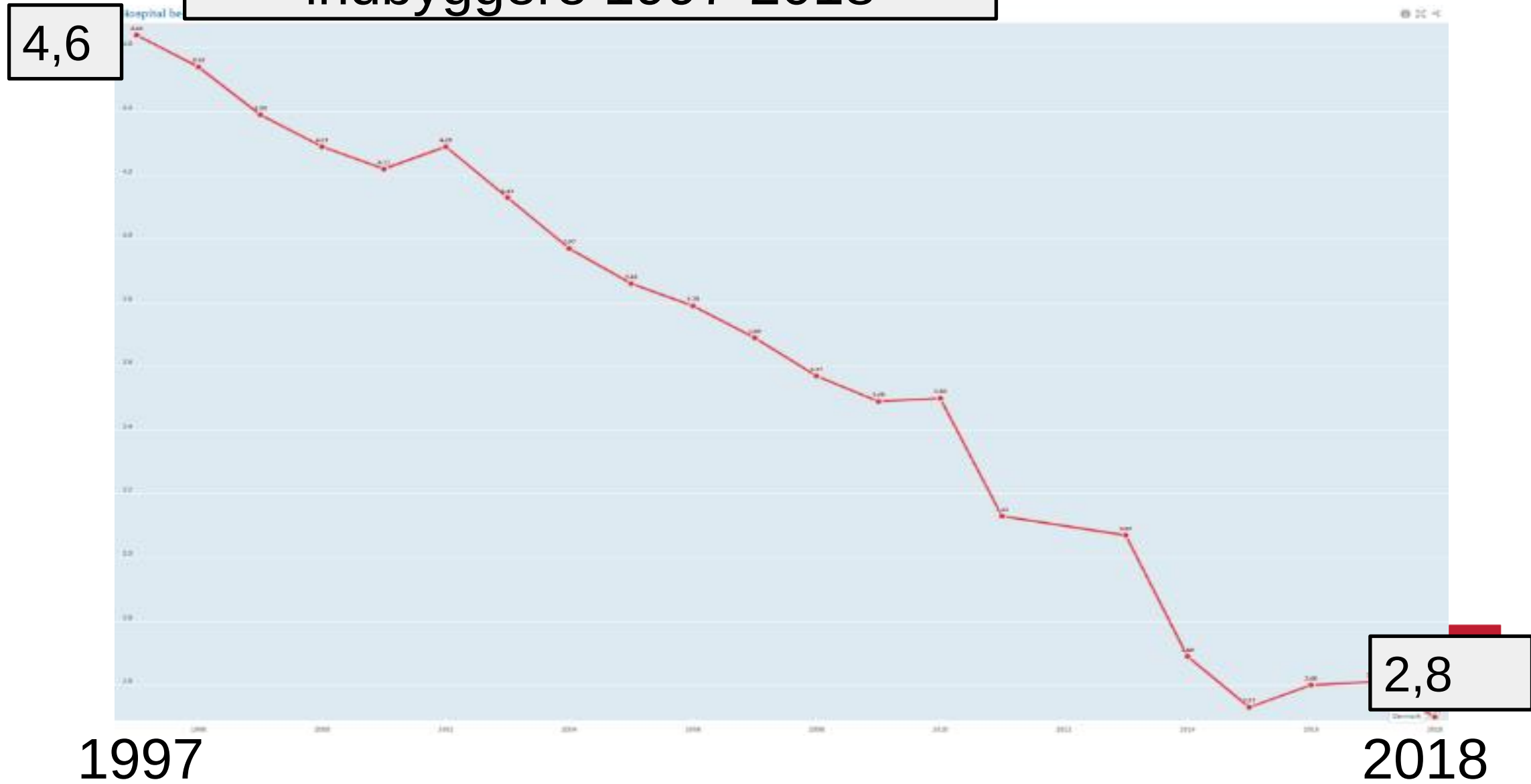
Akutte indlæggelser af ældre
2006-2012-2018



PROGNOSE FOR 80+ ÅRIGE



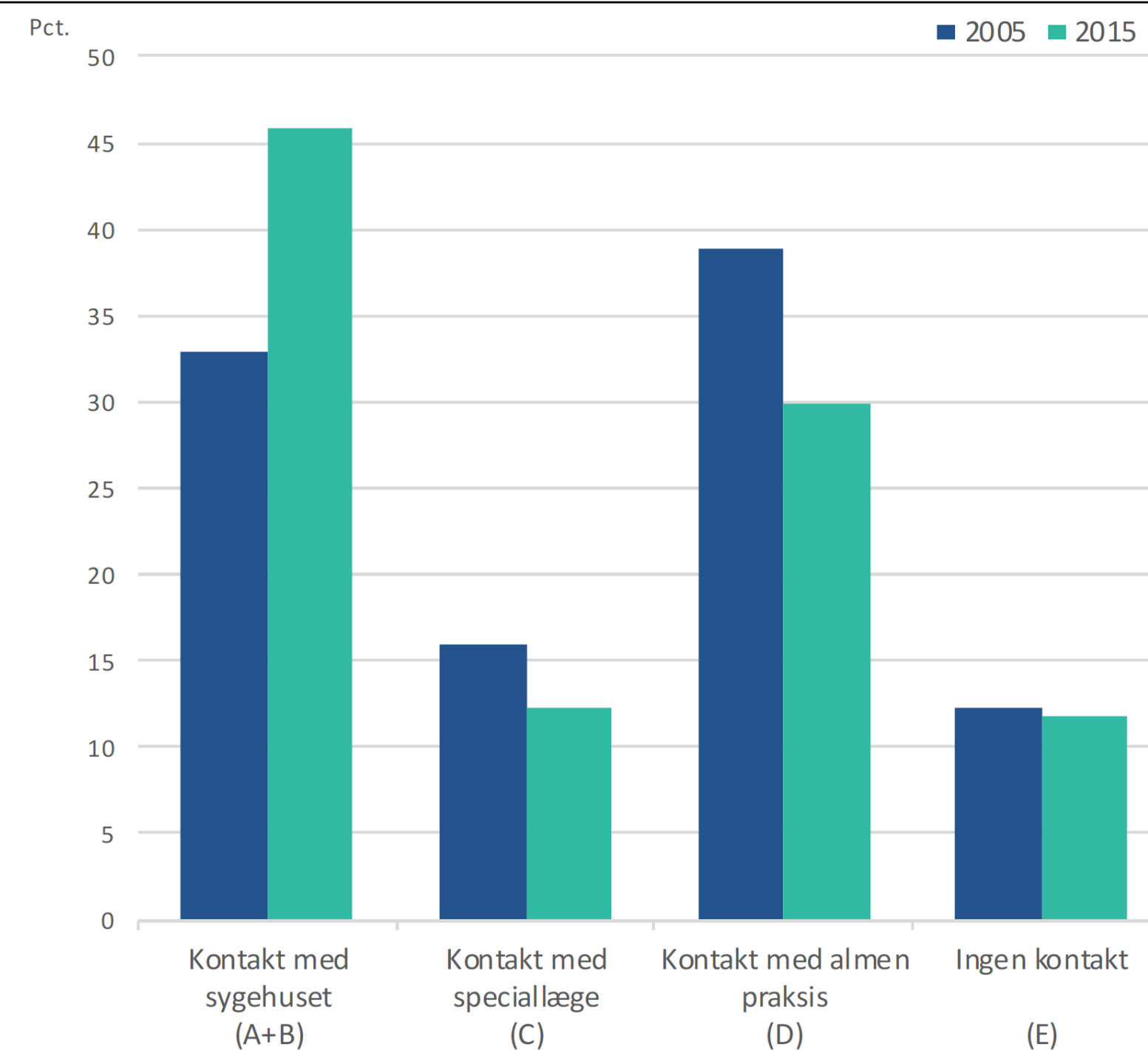
Hospitalssenge pr. 1000
indbyggere 1997-2018



Hospitalerne drukner i "succes" & almen praksis stagnerer + kommunerne ?

- > Knap halvdelen af befolkningen kommer omkring et hospital i løbet af et år
- > 330.000 flere unikke patienter på sygehuset end for ti år siden
- > Væksten i antallet af sygehuskontakter er i samme periode ca. 31%, de seneste tal siger 13,8 mio. sygehuskontakter hvert år i Danmark
- > Antallet af læger på hospitalerne er næsten fordoblet siden årtusindskiftet
- > Antallet af praktiserende læger er faldet. Afslutter ca. 90% af kontakterne og sender 10% videre. Hvis det forhold ændrer sig til 85/15 øges henvisningerne til hospitalerne med 50%

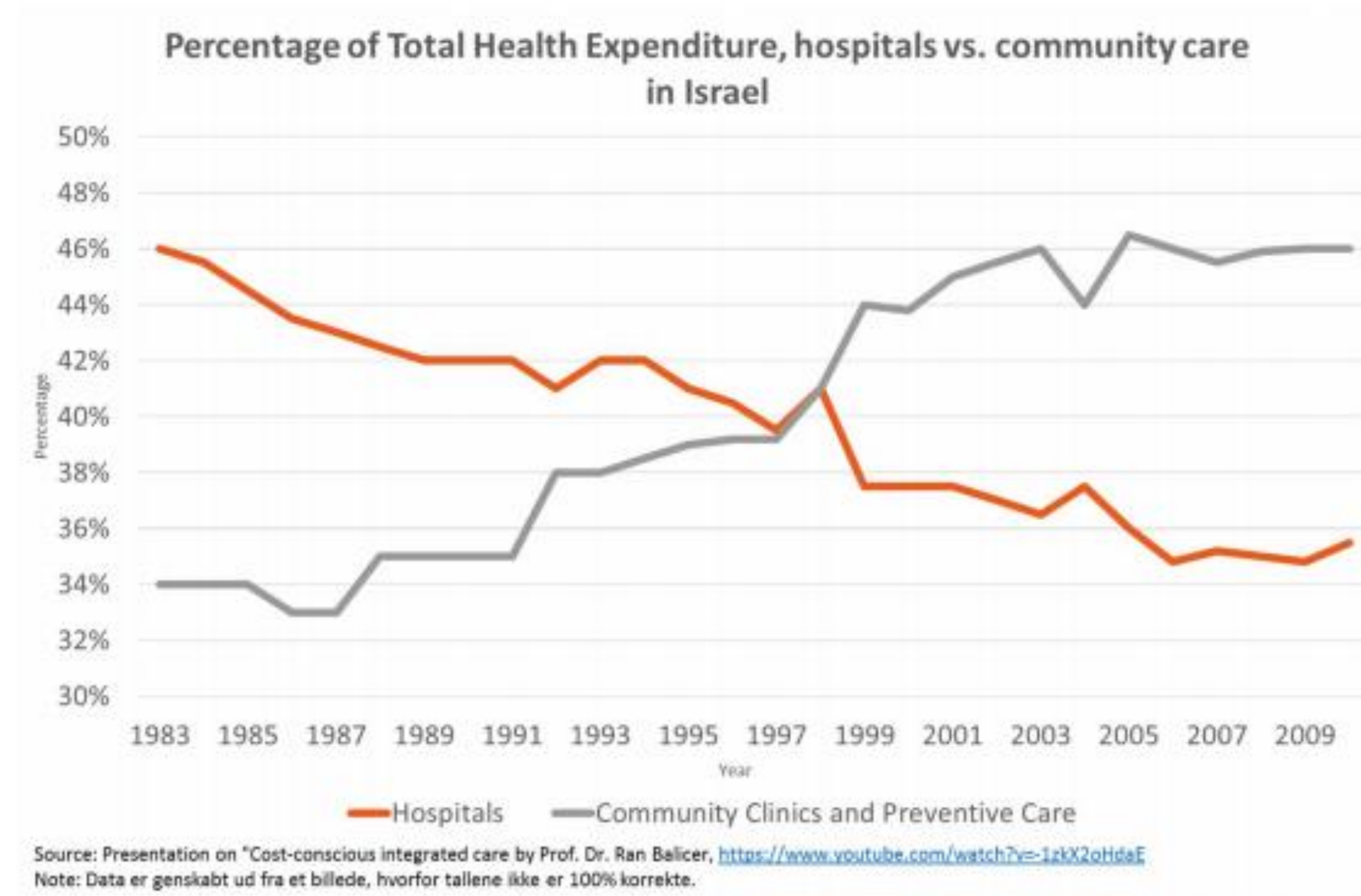
Figur 5. Andel borgere i kontakt med sundhedsvæsenet fordelt efter mest specialiserede kontakt, 2005 og 2015 (pct.)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Det grupperede Landspatientsregisteret, Sygesikringsregisteret samt CPR-registeret.
Anm.: Kontakt med sygehuset dækker over alle kontakter til det somatiske sygehus. Dette omfatter i 2005 indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg. For at kunne sammenligne 2005 og 2015 afviger opgørelsen for 2015 fra de øvrige opgørelser i analysen (figur 1-2 og tabel 1), da behandlinger på private sygehuse, hvor det offentlige betaler, ikke er inkluderet i denne opgørelse. 2015-tallene er desuden køns- og aldersstandardiseret med 2005, som referencepopulation.

Israel har en anden balance

- også lidt dataudfordringer...men ikke tvivl om retningen og størrelsesforhold...



Fælles penge

Hvordan kan sundhedsklyngen bedst bruge fælles midler, og hvordan kan vi sikre at økonomiske barrierer ikke står i vejen for samarbejdet på tværs?

Økonomisk integration på tværs af sektorer

- Betalinger for ydelser på tværs af sektorer
- Straf for manglende målopfyldelse og koordination
- Koordination af separate budgetter mod fælles mål
- Fælles kommission for ydelseskøb
- Samling til fælles budget til definerede indsatsområder
- Fælles ledelse med samlet fælles budget
- Organisatorisk integration med samlet fælles budget



Se Mason et al. Integrated funds for health and social care: an evidence review. JHSRP, 2015, 20(3): 177-188.

Kommunal medfinansiering

Veldokumenteret
– at det ikke virker

Kommunens rolle ofte lille og uden
direkte påvirkning

”Flytter” ca. 23 mia. kr. om året

“

Kommunernes rolle bør
ubetinget fremmes, men
den kommunale
medfinansiering er
næsten den værst
tænkelige løsning.

Kjeld Møller Pedersen, Professor i
sundhedsøkonomi på SDU

BLOG



Er det tid til at lægge den kommunale medfinansiering i graven?

Den kommunale medfinansiering giver frustrationer og budgetmæssige usikkerheder. Evaluering vil forhåbentlig sætte en stopper for systemet, skriver professor i sundhedsøkonomi.



Forsker: Kommunal medfinansiering er håbløst

KORA-professor Jakob Kjellberg glæder sig over, at den kommunale medfinansiering nu ser ud til at blive ændret. Han er dog er skeptisk overfor, om der bliver tale om andet og mere end overfladiske ændringer.

Line Emilie Pedersen | 15/09/2015

VIVE

Politologi eller økonomi

**Kommunal
indsats på
sundhedsområdet**

Hvis vi antager



substitutions-
muligheder, som
ikke udnyttes

+

kommunerne
har *reel kontrol*
over

+

Økonomiske
incitament
kan drive
processen

Reduceret forbrug

- sygehusindlæggelser
- ambulatorier
- almen praksis
- speciallægepraksis
- osv.

Forebyggelse: Rygere betaler selv over et livstid. . . .

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTRUM FOR VELFÆRD

Økonomiske effekter oversælges

Omkostninger ved rygning i et
livstidsperspektiv

Modelberegninger baseret på registerdata

► [Eur J Public Health](#). 2021 Jan 25;ckaa209. doi: 10.1093/eurpub/ckaa209. Online ahead of print.

Lifetime costs and lifetime net public expenditures of smoking

Susanne R Rasmussen ¹, Jes Søgaard ², Jakob Kjellberg ¹

Affiliations + expand

PMID: 33495785 DOI: [10.1093/eurpub/ckaa209](#)



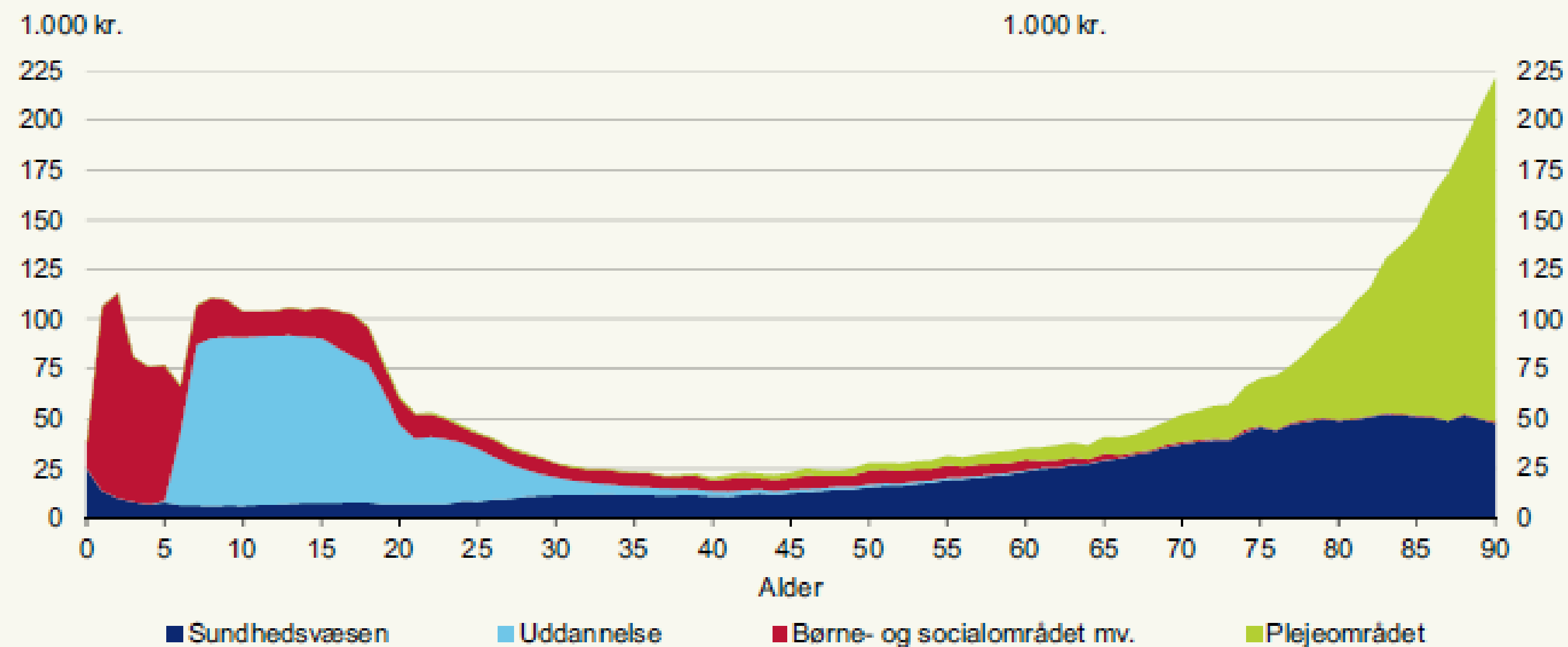
Susanne Reindahl Rasmussen, Marie Jakobsen, Christophe Kolodziejczyk,
Jes Søgaard & Jakob Kjellberg

VIVE

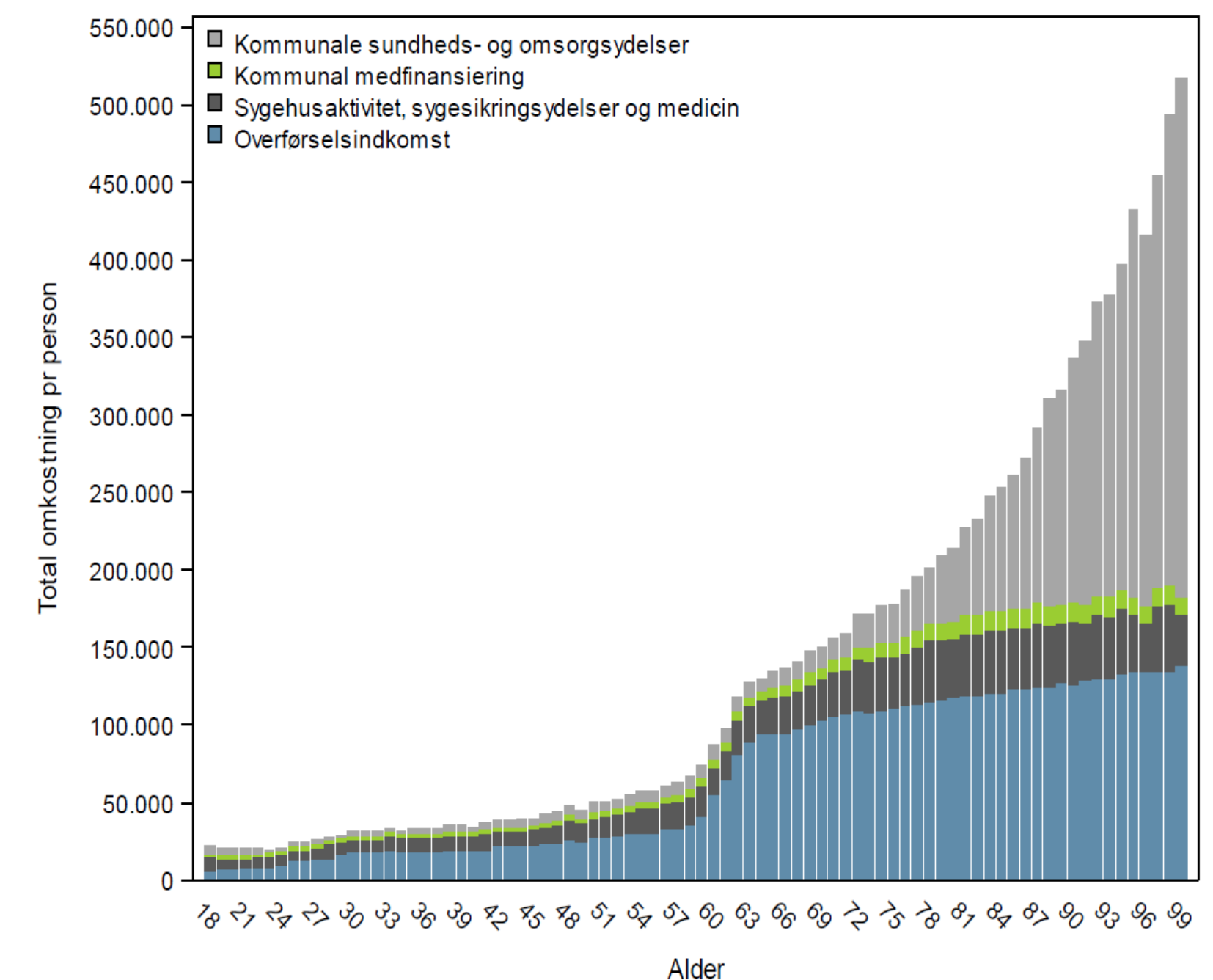
Kommunerne har størstedel af omkostningerne for de ældre - medfinansiering er det mindste problem

Figur 5.6

Individualiserbart offentligt forbrug per person opdelt på alder i 2014



Figur 6.1. Aldersopdelte totale omkostninger pr. person opdelt på forskellige typer af ydelser

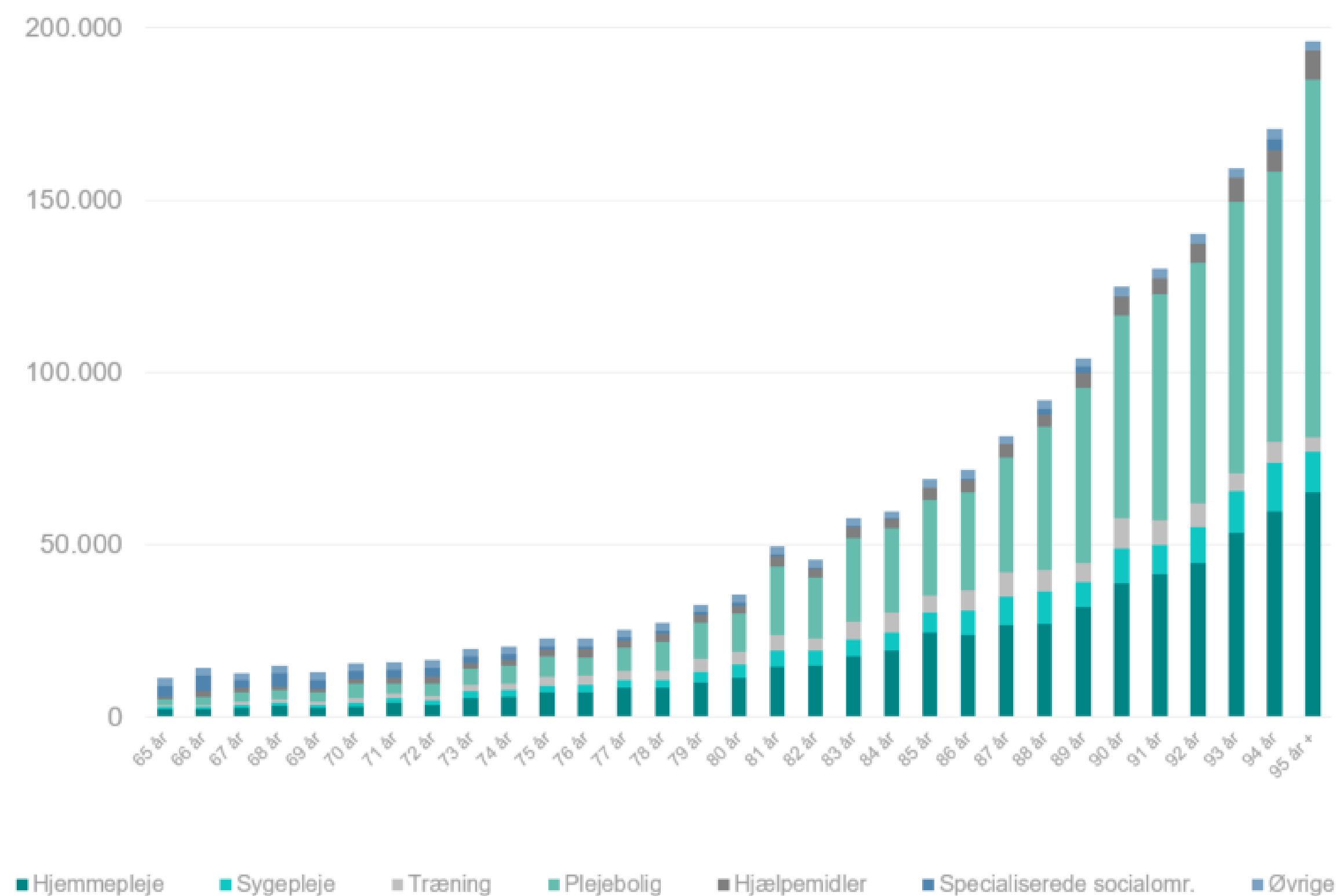


Demens, hjertesygdom, diabetes og KOL.

VIVE

Plejeboliger er den største omkostning!

UDGIFTER TIL ÆLDRE I ODENSE KOMMUNE



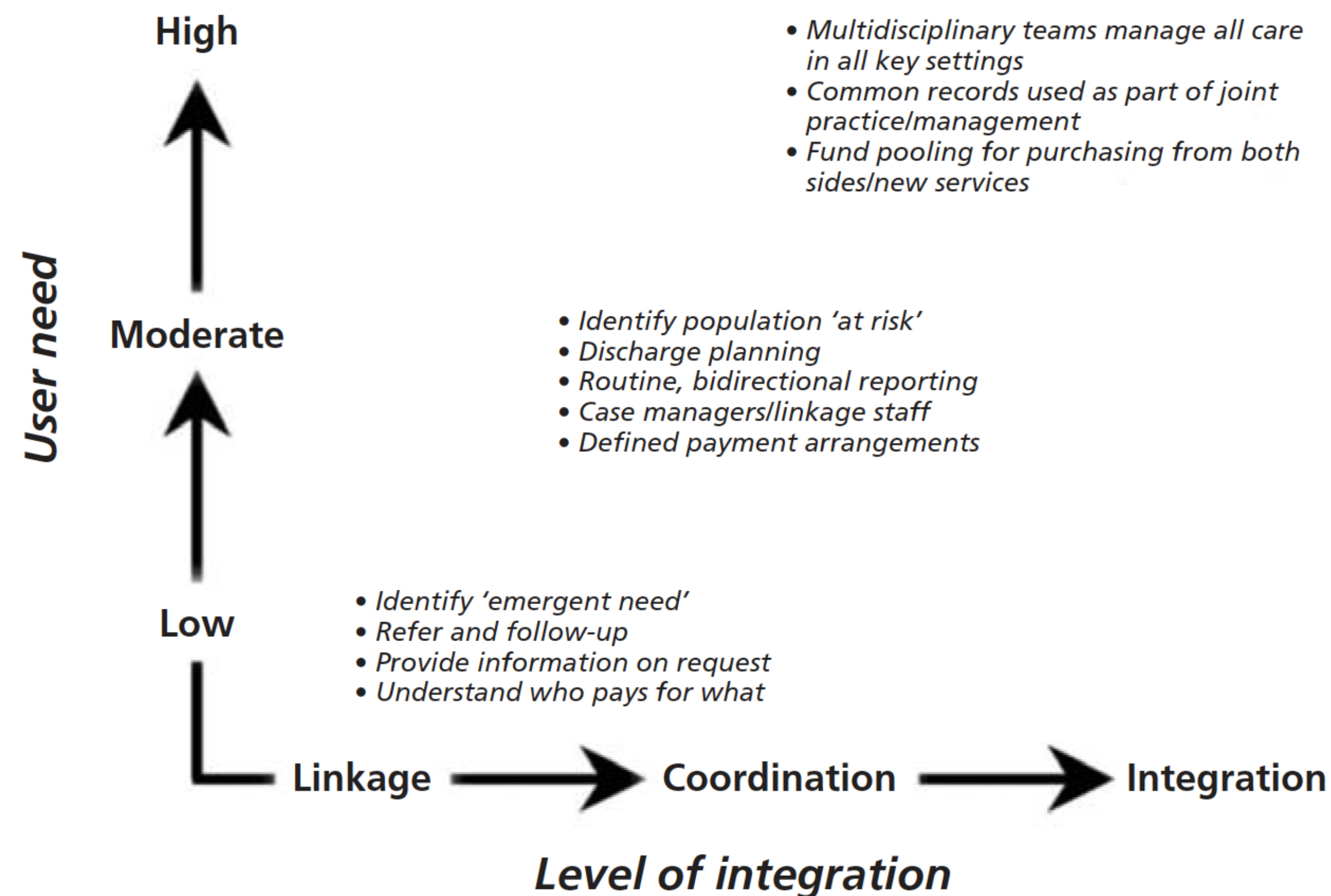
Gennemsnitlig udgift pr. borger i de enkelte aldersgrupper



Integration og omkostninger ved koordination

- > Omkostningerne og gevinster ved integration og koordination
- > Det er dyrt at skabe større organisatorisk sammenhæng, men for de rette målgrupper kan der også være store gevinster

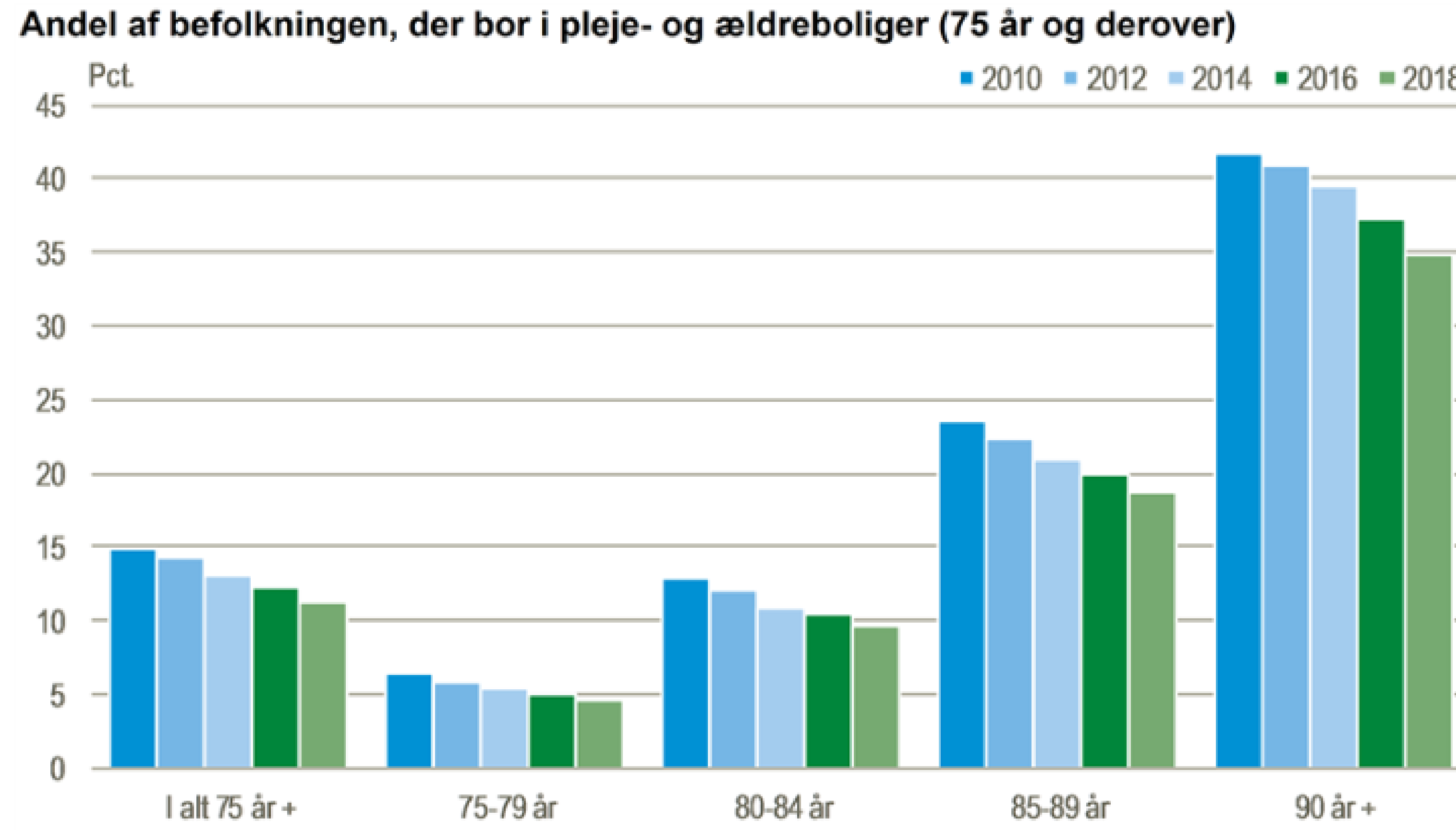
Fig. 1 Levels of integration and user need as described by Leutz (1999).



Source: Nolte & McKee (2008b).

Sund Aldring eller prioritering?

Fra 2010 – 2018 er antallet af pleje- og ældreboliger faldet fra 82.059 til 78.829



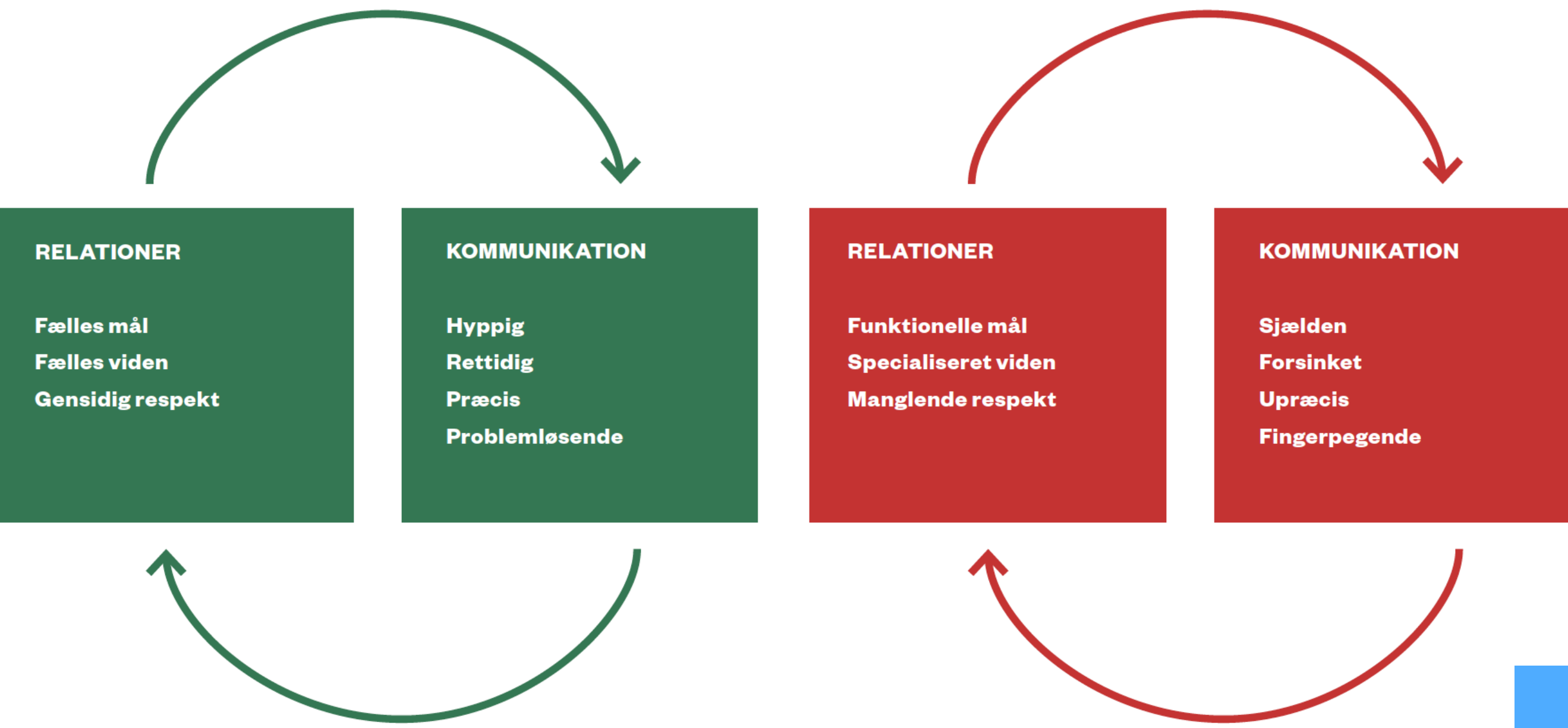
Faldende liggetider presser kommunerne?

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

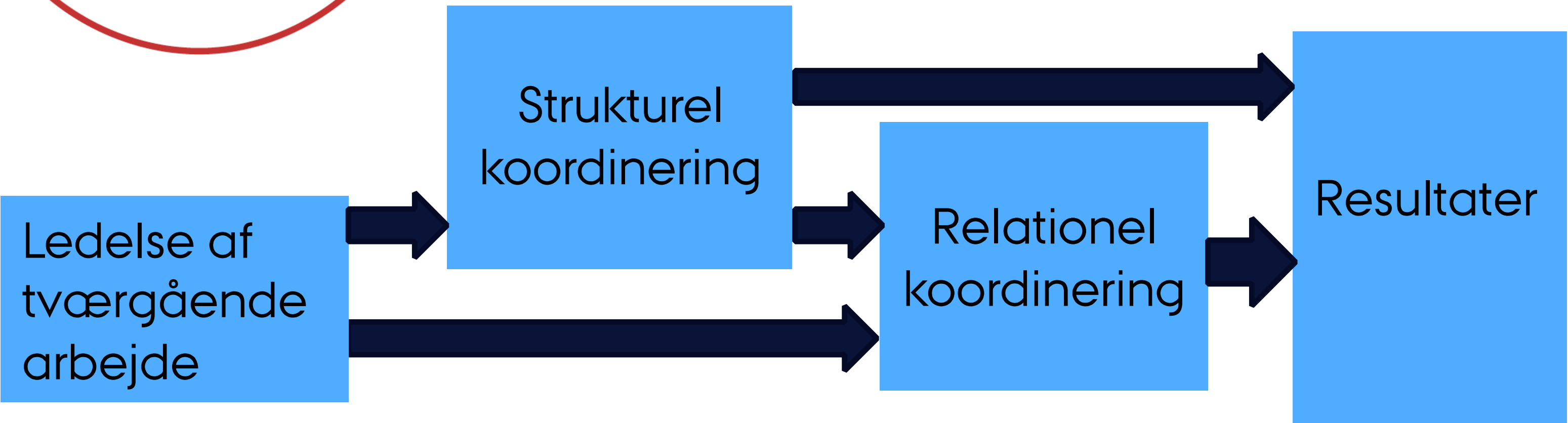


Kilde: Momentum,

Strukturelle og relationelle elementer går hånd-i-hånd



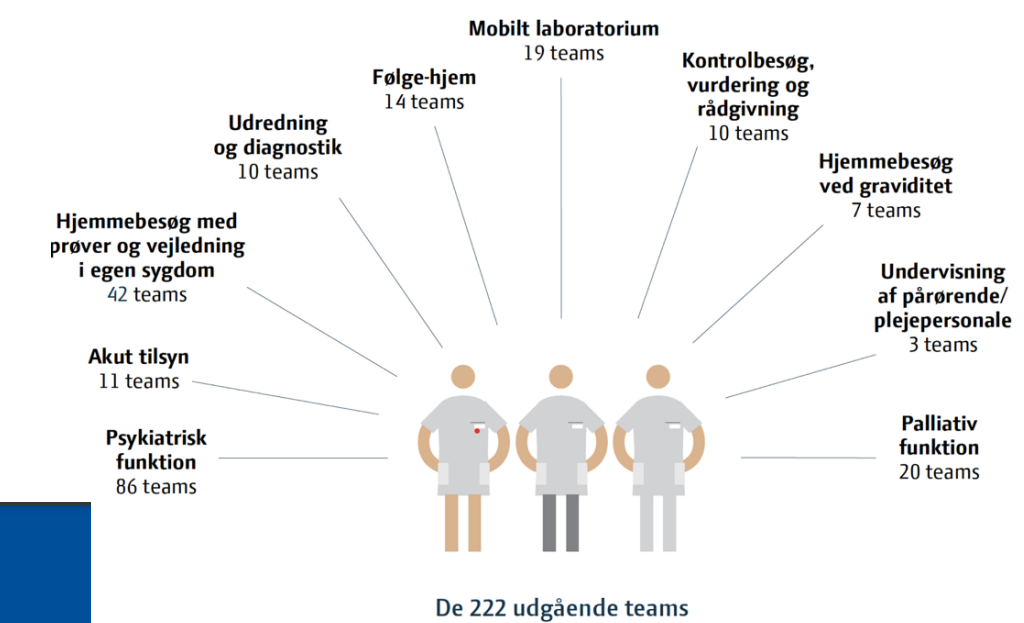
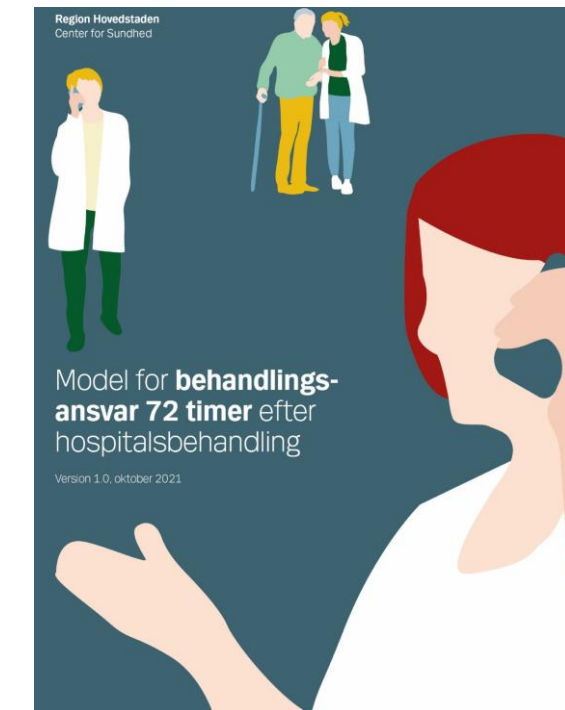
Figur 2: Den positive og den negative spiral i relationel koordinering.
Kilde: Jody Hoffer Gittell: Effektivitet i sundhedsvæsenet.



Gittell, J. & Douglass, 2012. Relational Bureaucracy: Structuring Reciprocal Relationships into Roles, *The Academy of Management Review*, 37 (4): 709-733.

Indsatser til at skabe sammenhæng

- > **Region H.:** Udvidet behandlingsansvar 72 timer indebærer, at sygehusene har ansvaret for at håndtere de henvendelser, som sundhedsprofessionelle i kommunen, almen praksis og akuttelefonen efter udskrivning fra sygehuset
- > **Region Sj.:** Behandlingsansvar for ældre patienter indlagt under indlæggelse i senge på kommunale plejehjem støttet af et call-center på hospitalet
- > **Andre eksempler:** Udgående funktioner, forløbskoordinatorer og –programmer, tværgående-/multidisciplinære teams, multidisciplinære ambulatorier, akutfunktioner i kommunerne
- > Positivt for adgang, uklart med effekt, umiddelbart dyrere, ofte ikke fokus på sårbare grupper (Gruen et al 2003).



Det kommunale akutområde

Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner



Dilemmaer: Fælles penge

- > Sundhedsklyngen har fået midler i 2022
 - > Hvordan bruges midlerne bedst? Hvordan undgår vi drøftelserne om dine og mine penge?
 - > Hvordan undgår vi at økonomi bliver det centrale (og dermed en barriere) – før vi har haft fokus på de rette LEON- og omkostningseffektive indsatser?

Fælles populationsansvar

Samarbejde og koordination er omkostningskrævende, så hvordan sikrer vi, at vi opbygger og differentiere samarbejdet på den rette måde?

Population health management

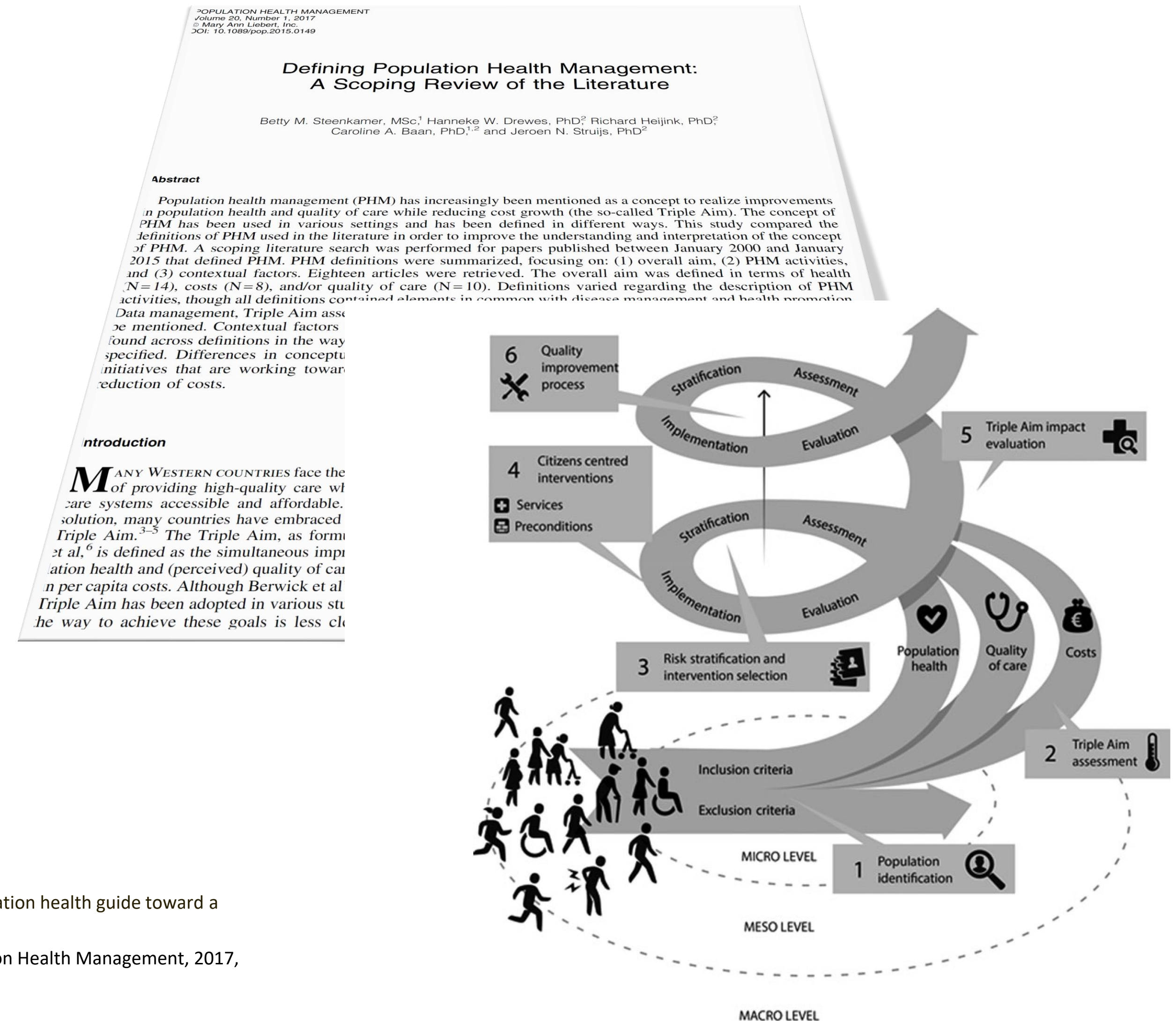
➤ Formål

- Befolkningens sundhed
- Kvalitet af behandling
- Omkostning per capita

Inspireret af Triple aim (Berwick et al. 2008)

➤ Aktiviteter

- Populationskarakteristika
- Sundhedstilstand i populationen
- Risikostratificering
- Udpege indsatser til målgrupper
- Implementering og monitorering
- Kvalitetsudvikling og –sikring



Berwick et al. The triple aim: Care, health and cost. Health Aff (Millwood) 2008;27:759–769.

Struijs et al. How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. Health Policy 2015;119:522–529.

Steenkamer et al. Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature. Population Health Management, 2017, 20(1): 74-85.

Se også <https://mobilize-nordic.com/det-faglige-univers/podcast/podcastserie-om-sundhedsklynger/>

Flyt ressourcer efter patienternes behov

[J Epidemiol Community Health](#). 2019 Feb; 73(2): 162–167.
Published online 2018 Nov 23. doi: [10.1136/jech-2018-211141](#)
PMCID: [PMC6352397](#)
PMID: [30470698](#)

Evaluating effects of recent changes in NHS resource allocation policy on inequalities in amenable mortality in England, 2007–2014: time-series analysis

[Jonny Currie](#)¹ [Maria Guzman Castillo](#)² [Victor Adekanmbi](#)³ [Ben Barr](#)² and [Martin O’Flaherty](#)²

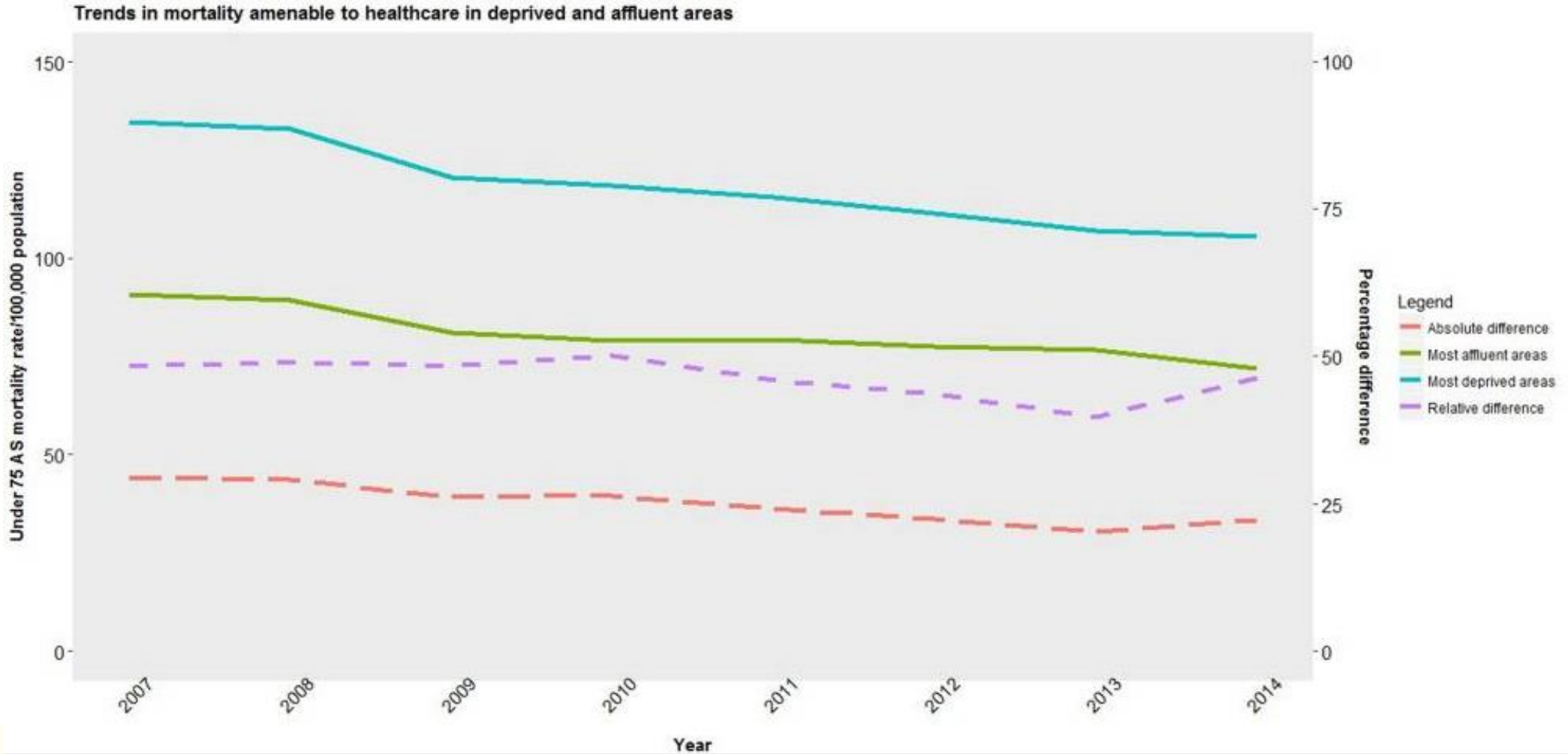


Table 1

Changes in amenable mortality for men and women for every £500 additional per person investment in National Health Service (NHS) services, by local authority quintile of deprivation

Local authority deprivation quintile	Change in amenable mortality rate per 100 000 population for every £500 per head additional NHS funding allocation (95% CI)			
	Males	P values	Females	P values
First quintile (20% least deprived)	7.5 (−6.5 to 21.0)	0.30	3.0 (−7.5 to 13.0)	0.59
Second quintile	2.0 (−11.5 to 15.0)	0.79	1.5 (−7.5 to 10.0)	0.76
Third quintile	1.5 (−10.5 to 13.5)	0.80	−1.5 (−10.0 to 7.0)	0.72
Fourth quintile	−2.5 (−15.0 to 10.5)	0.72	−1.5 (−10.0 to 7.0)	0.72
Fifth quintile (20% most deprived)	−13.0 (−1.5 to 25.0)	0.03	−7.0 (−14.5 to 1.0)	0.09

Almen praksis – færre – og styringsudfordringer ...

OK18 – svært i praksis at flytte patienter...



Br J Gen Pract. 2015 Dec;65(641):e799-805. doi: 10.3399/bjgp15X687829.

General practice funding underpins the persistence of the inverse care law: cross-sectional study in Scotland.

McLean G¹, Guthrie B², Mercer SW¹, Watt GC¹.

Author information

¹ General Practice and Primary Care, Institute of Health and Wellbeing, College of Medical, Veterinary and Life Sciences, University of Glasgow, Glasgow.

² Quality Safety and Informatics Research Group, Population Health Sciences Division, Medical Research Institute, University of Dundee, Dundee.

VIVE

Dilemmaer: Fælles populationsansvar

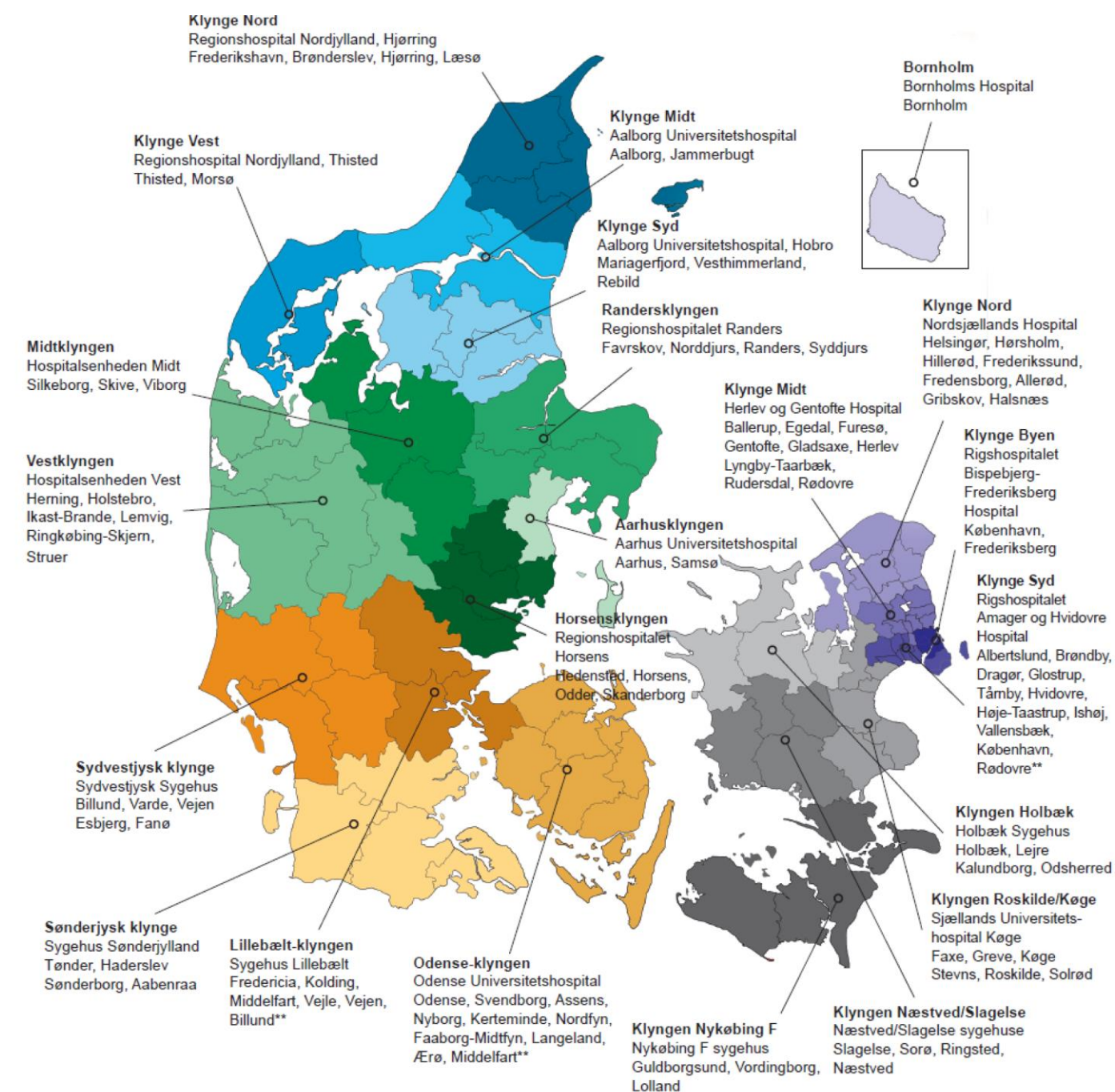
- > Fælles populationsansvar betyder et fælles overblik og forståelse for sammenhængene mellem gensidigt afhængige og forpligtigede partnere
- > Hvordan sikrer vi forståelsen af, at vi er gensidigt afhængige og at ændringer kræver fælles investeringer i forandringer?
- > Hvordan bliver der en ligeværdighed og gensidig respekt, når vi skal se på fælles løsninger?

Fælles vision i sundhedsklyngen

Hvordan skaber vi en fælles vision, som giver en fælles retning og samtidigt er et konkrete grundlag for samarbejdet, så visionen ikke blot er flotte hensigtserklæringer?

Sundhedsklynger: Fælles vision og opgaver

- > Fælles vision for hvad vi skal lykkes med i fællesskab
- > Opgaver og formål:
 - > Aftale lokale modeller for bedre patientforløb med fokus på kvalitet og nærhed for borgeren.
 - > Igangsætte samarbejdsprojekter om eksempelvis akutpladser, bedre forløb for udsatte psykiatriske patienter, borgere med kroniske sygdomme og fælles forebyggelsesindsatser.
 - > Implementere og følge op på lokalt og nationalt aftalte initiativer, eksempelvis kvalitetsløft af akutindsatsen i kommunerne.
 - > Følge nøgletal og data for populationen i sundhedsklyngen, herunder ved at sætte mål for udvikling.



Sundhedsklynger

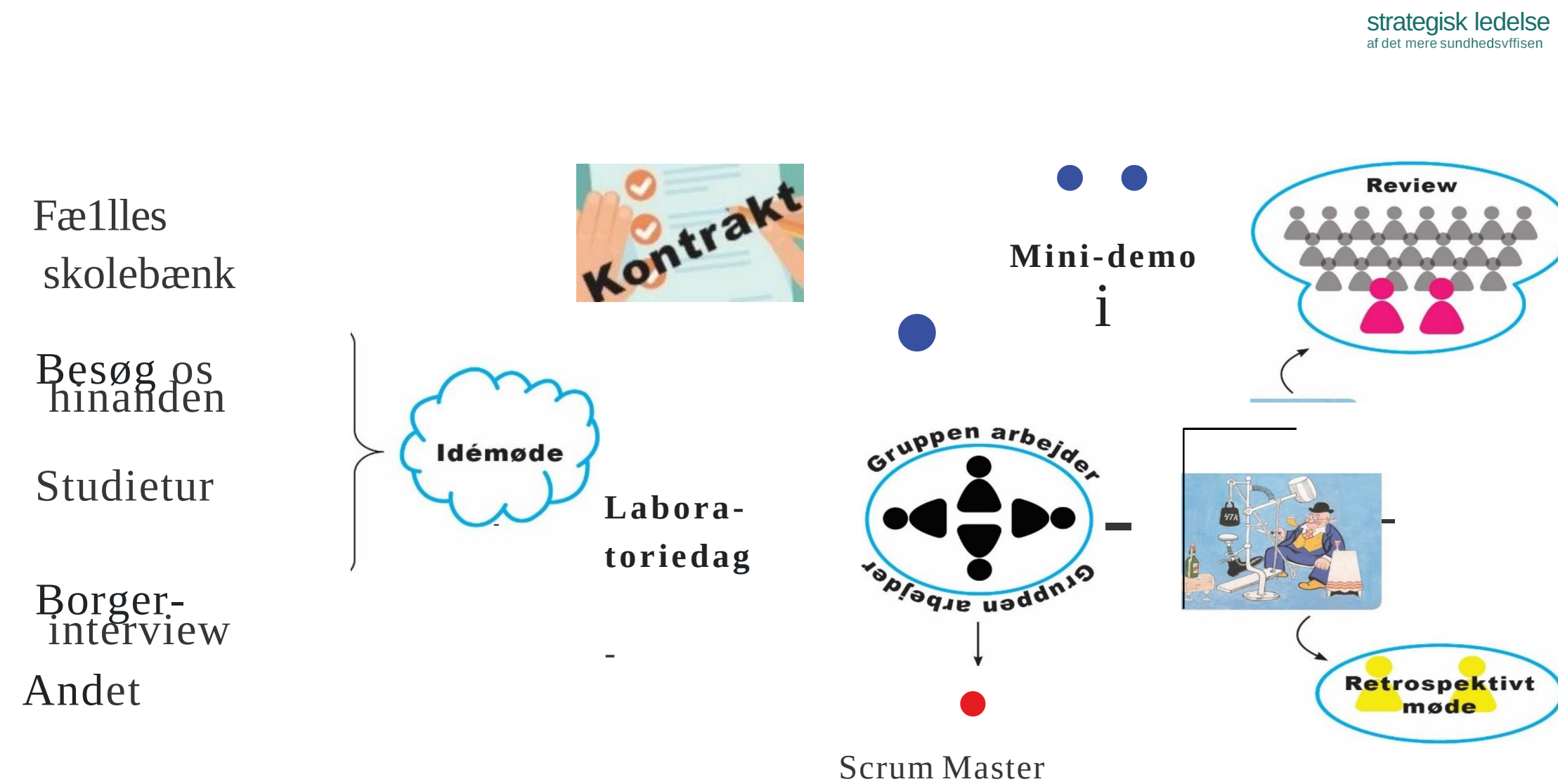
- tidsakse



Randers-klyngen

- Randersklyngen (Syddjurs, Norddjurs, Favrskov og Randers)
146 praktiserende læger, 225.000 indbyggere
- Har ikke et formelt politisk lag.
Har en ide vist sig holdbar, bliver den implementeret –
- ofte ‘gratis’ løsninger/forbedringer
- Det faglige lag består af
 - 1) Sundhedsstrategisk ledelse: sygehusdirektør, fagchefer fra kommunerne og to praktiserende læger med en kommunerepræsentant som formand
 - 2). Klyngestyregruppen med sygehuset som formand.
- Afholder årligt en udviklingsdag med +100 deltagere, afvikles som 12-12
 - ideer til nye initiativer
 - Den sundhedsstrategiske ledelse udvælger efterfølgende.
 - Vedtagne projekter har to sponsorer, én fra sygehuse og én fra kommunen.
- Har en projektmodel – et laboratorium, hvor ideer afprøves.

Laboratiemodellen



En **Scrum Master** er en neutral facilitator, der leder projektets proces fx ved at planlægge og indkalde til alle møder, samt at facilitere agendaen på møderne. ...

Scrum Masteren har til opgave at sikre en succesfuld gennemførelse af de enkelte sprints, og samtidig synliggøre udviklingen

1. Behandling af borgere med KOL i eget hjem
2. Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser
3. Sårbehandling
4. Børn med inkontinens
5. Pakkeforløb for hoftenære frakturer
6. Fælles model for beslutning og implementering
7. Geriatri – udkørende geriatriisk team
8. Ny visitationsmodel for Randersklyngen
9. Når hjemmet er ønsket om det sidste levested
10. Sårbare patienter med misbrugsproblematikker
11. Demens
12. Rehabilitering – tilbage til arbejdsmarkedet
13. Rehabilitering – den ældre medicinske patient
14. Bedre indsats for den psykiatriske patient

Dilemma: Fælles visioner

- > Visioner og mål skal forhandles på plads, men ...
 - > Hvordan undgår vi, at visioner og mål bliver for brede og rummelige for at alle kan se sig i det, så det reelt ikke sætter en tydelig kurs?
 - > Hvordan omsætter og formidler vi de overordnede mål, så sundhedsklyngerne reelt flytter noget i praksis og ikke blot bliver et bureaukratisk tomrum?

Tak for opmærksomheden

Jakob Kjellberg

Professor

Email: jakj@vive.dk