

Det nære sundhedsvæsen

indblik i strukturkommissionens arbejde/tanker

hvordan styrker vi et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor vi udvikler sammen og ikke mindst spreder initiativer på tværs af sektorer og enheder?

hvordan håndterer vi det stigende pres – hvad kan vi holde op med? hvad kan vi gøre på en ny og mere effektiv måde? hvad kan/skal borgerne overtage og hvordan påvirker det ulighed?



Opgave

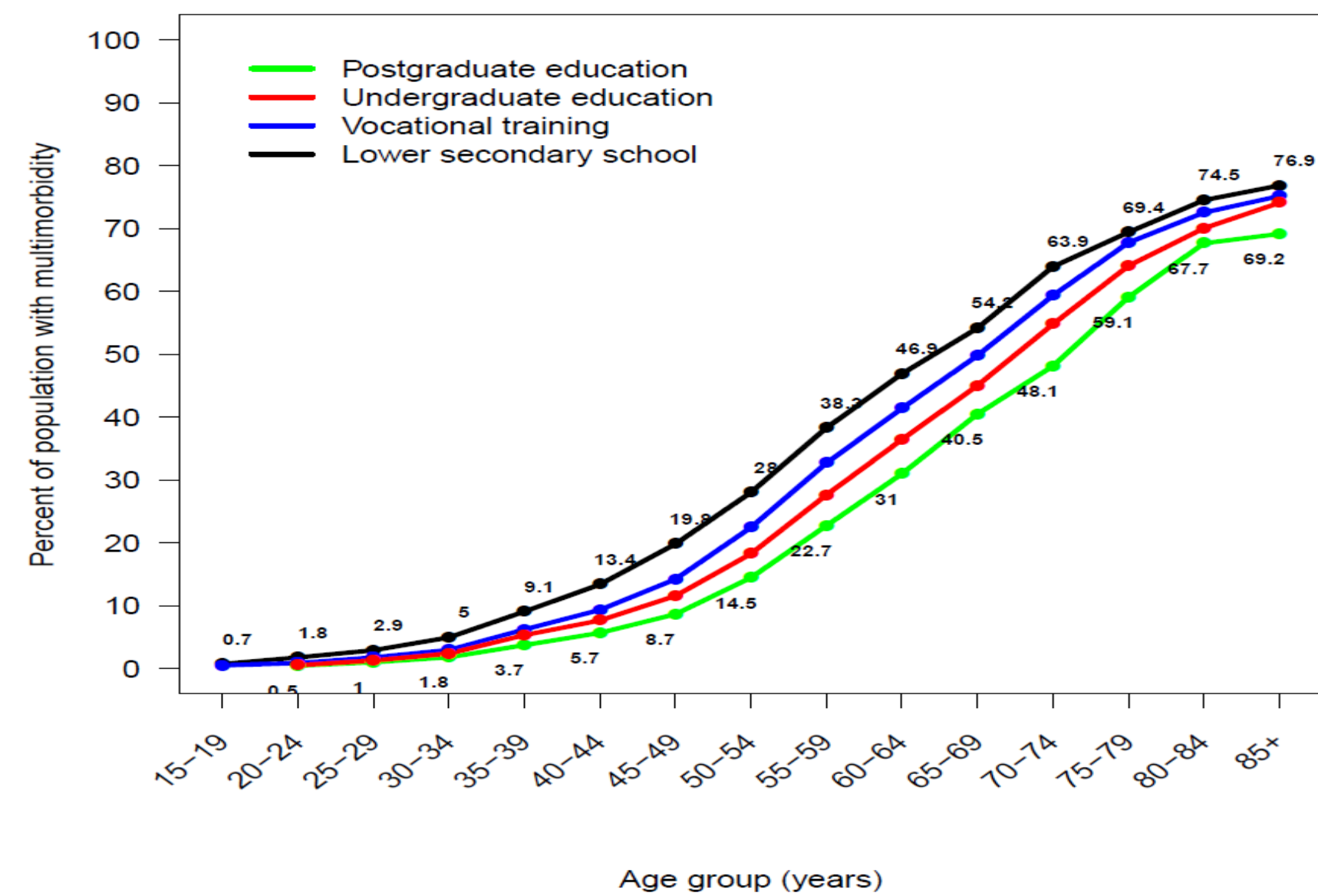
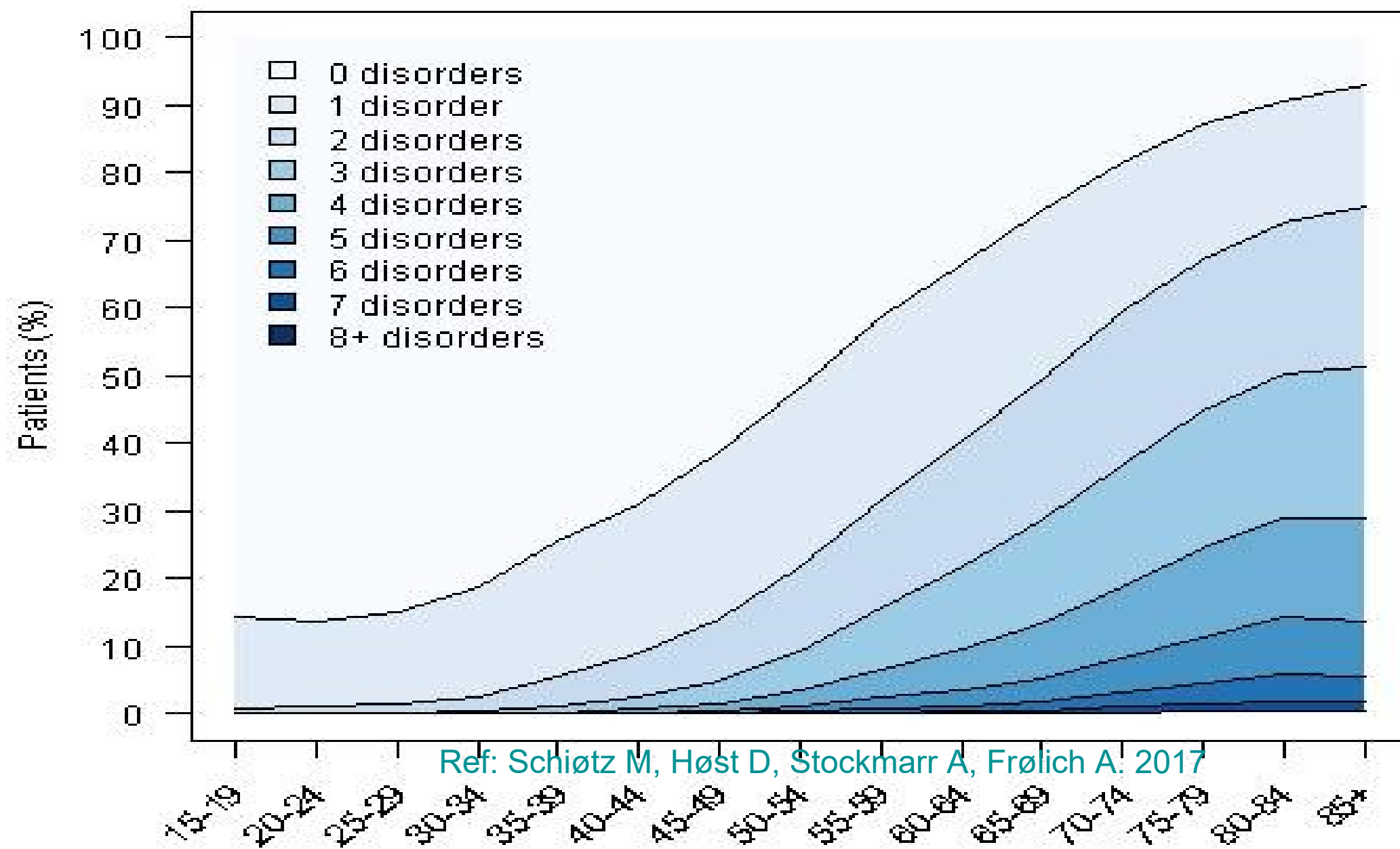
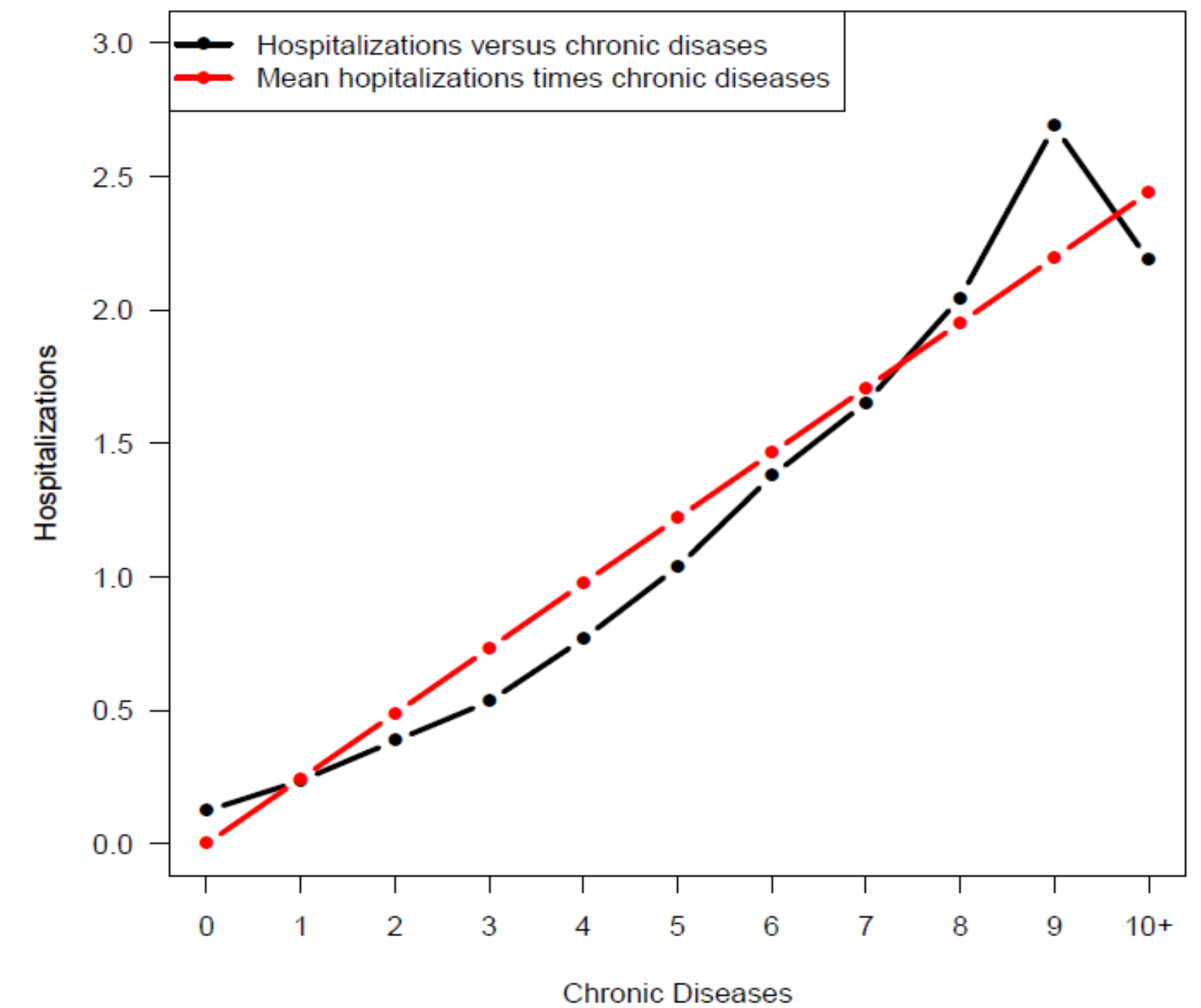
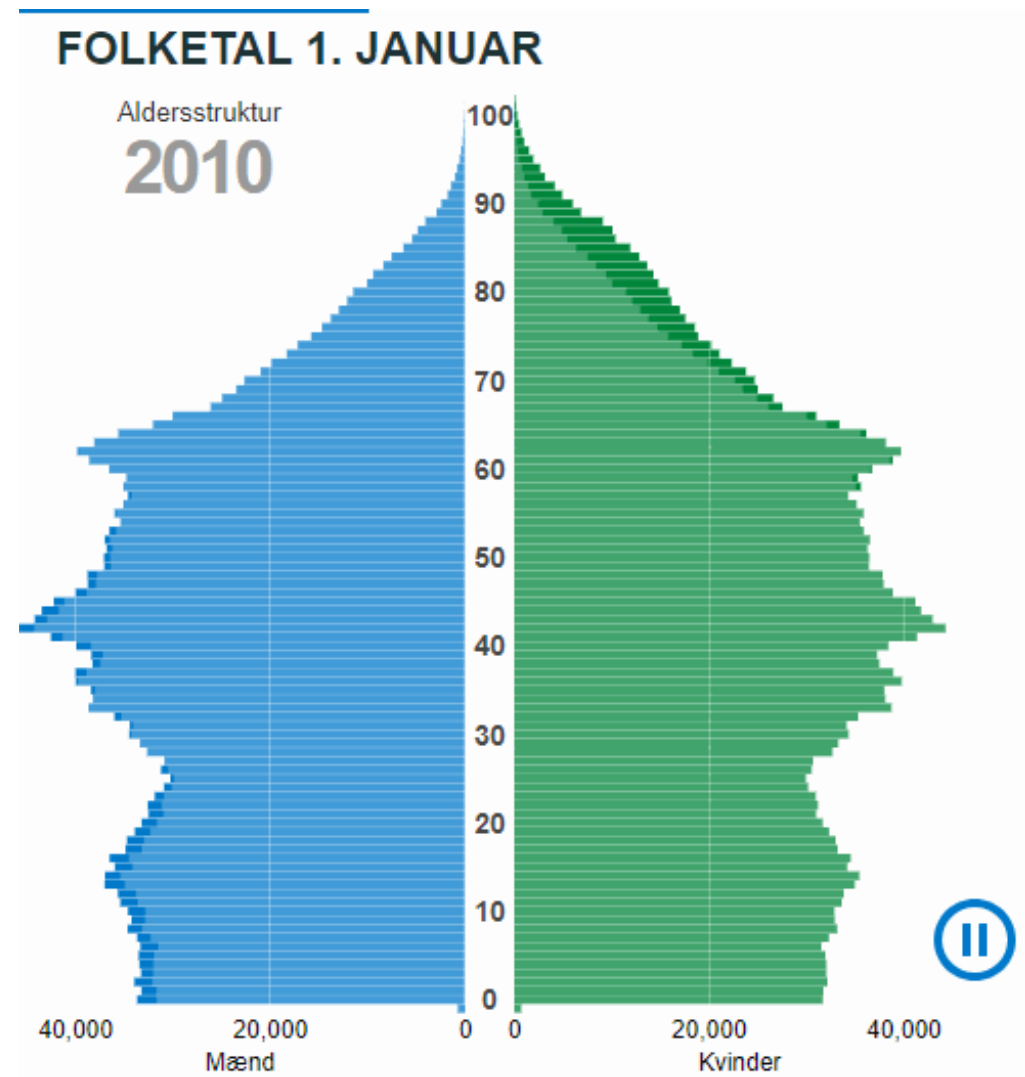
Sundhedsstrukturkommissionens opgave er derfor at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet.

Modellerne skal understøtte et sammenhængende sundhedsvæsen med en opgavefordeling mellem sygehuse og det nære sundhedsvæsen, der sikrer, at patienten kommer i centrum. Det nære sundhedsvæsen skal desuden styrkes, så flere borgere kan blive behandlet i eller tæt på hjemmet. Derudover skal den geografiske og sociale ulighed i sundhed nedbringes, sundhedsvæsenet skal være mere bæredygtigt, og det skal understøtte frit valg og patientrettigheder.

Kommissionen skal også forholde sig til strukturen for almen praksis, den regionale struktur, digitale løsninger og IT-infrastruktur, sundhedsvæsenets finansiering samt kultur og ledelse.

Kommissionen skal afslutte sit arbejde med én samlet afrapportering i foråret 2024, så følgelovgivning kan behandles i folketingssamlingen 2024/25.

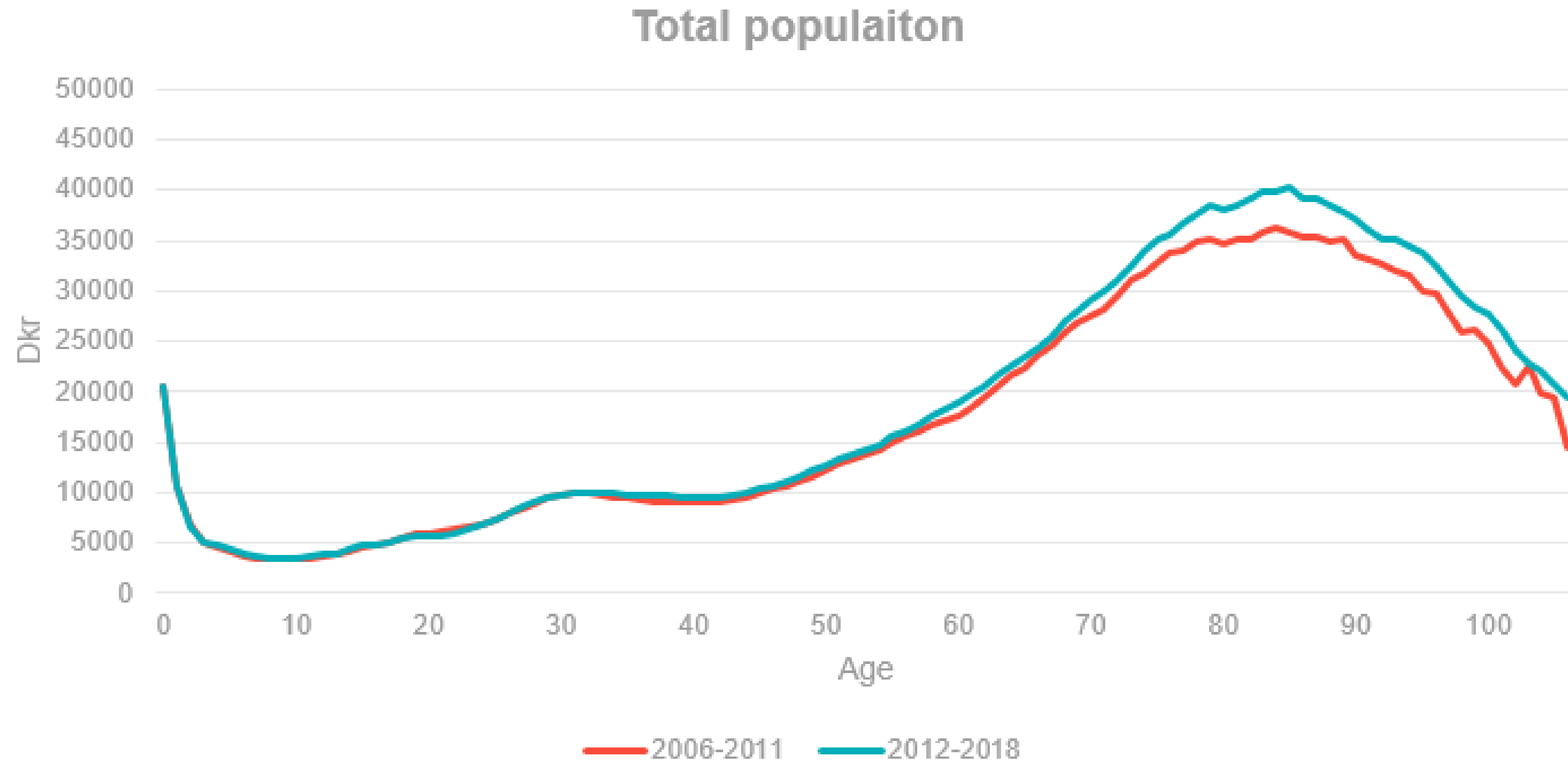
Hvad skal løses – på en slide?



Danske data – ambulatoriet driver udviklingen

330.000 flere unikke patienter på sygehuset end for ti år siden

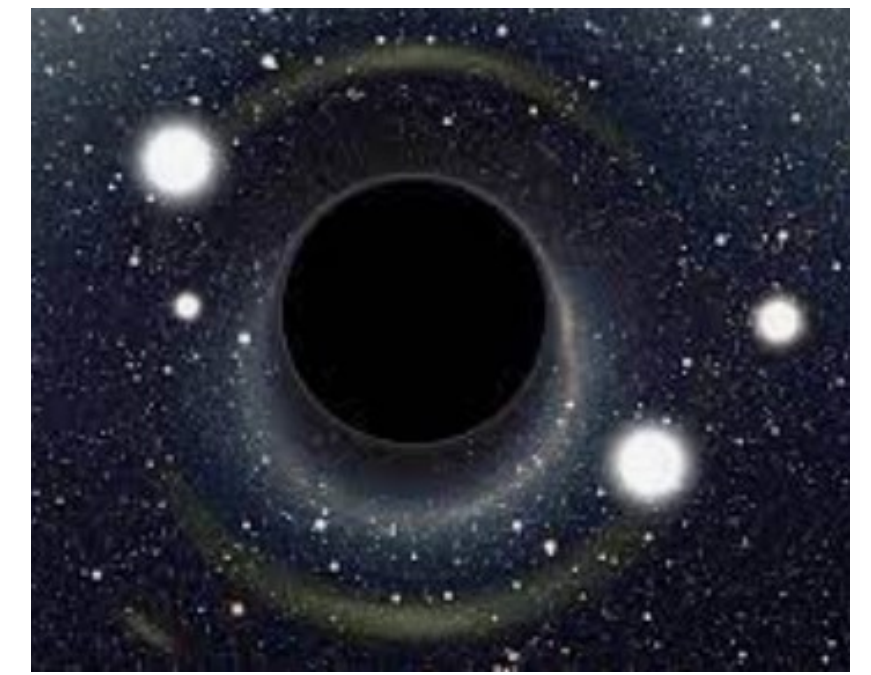
Væksten i antallet af sygehuskontakter er i samme periode ca. 31%, de seneste tal siger 13,8 mio. sygehuskontakter



Kilde: Egne beregninger

VIVE

”Hvor har vi brugt pengene hidtil

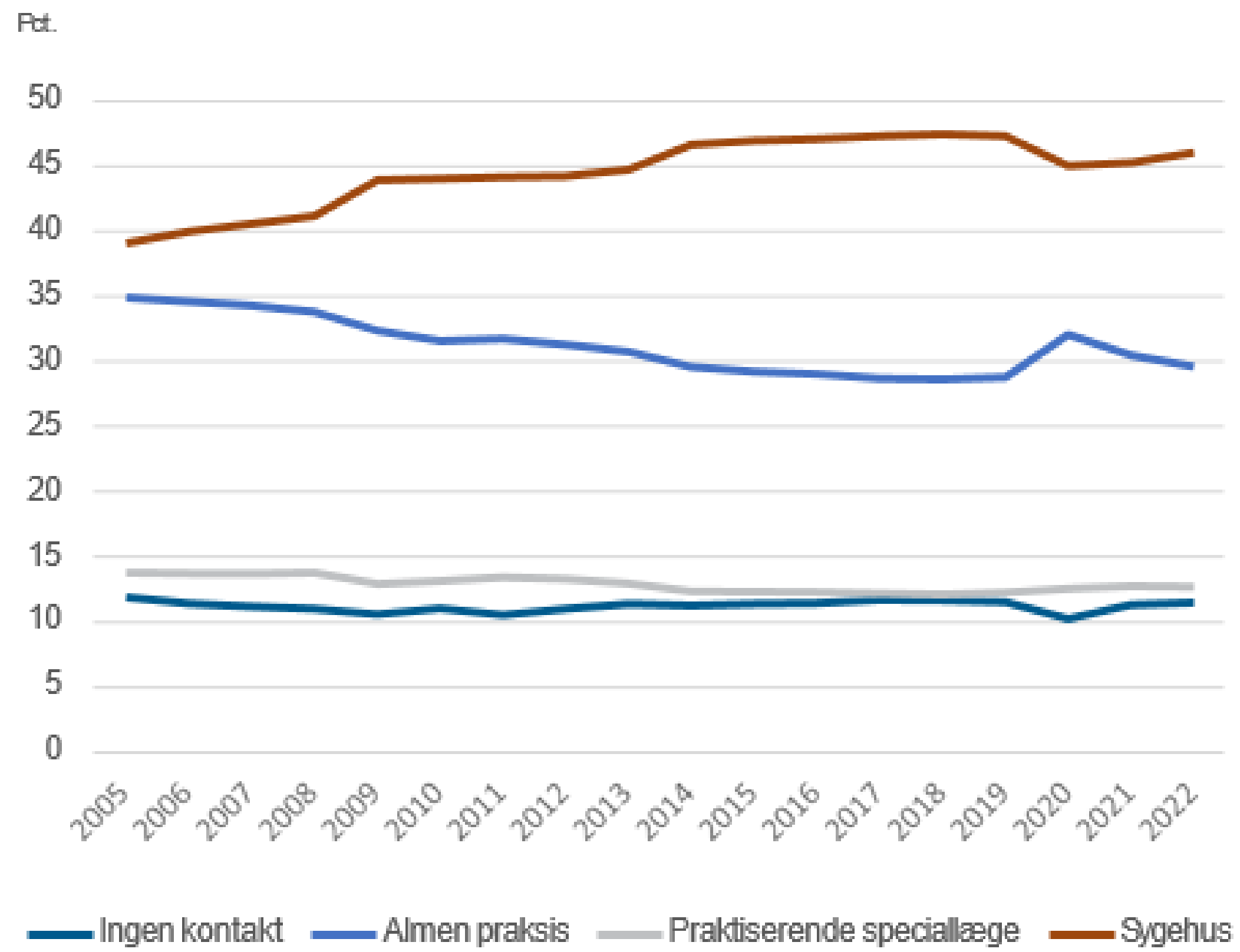


- ❑ Stort kvalitetsløft
- ❑ Meget forskningsfokus
- ❑ Knap 2000 ph.d. i gang pt....
- ❑ Produktiviteten synes faldende
- ❑ Hvor skabes sundheden og ligheden...
 - ❑ Hvornår er noget en standardbehandling?
 - ❑ Hvor er økonomiovervejelserne
- ❑ Hvem prioriterer?

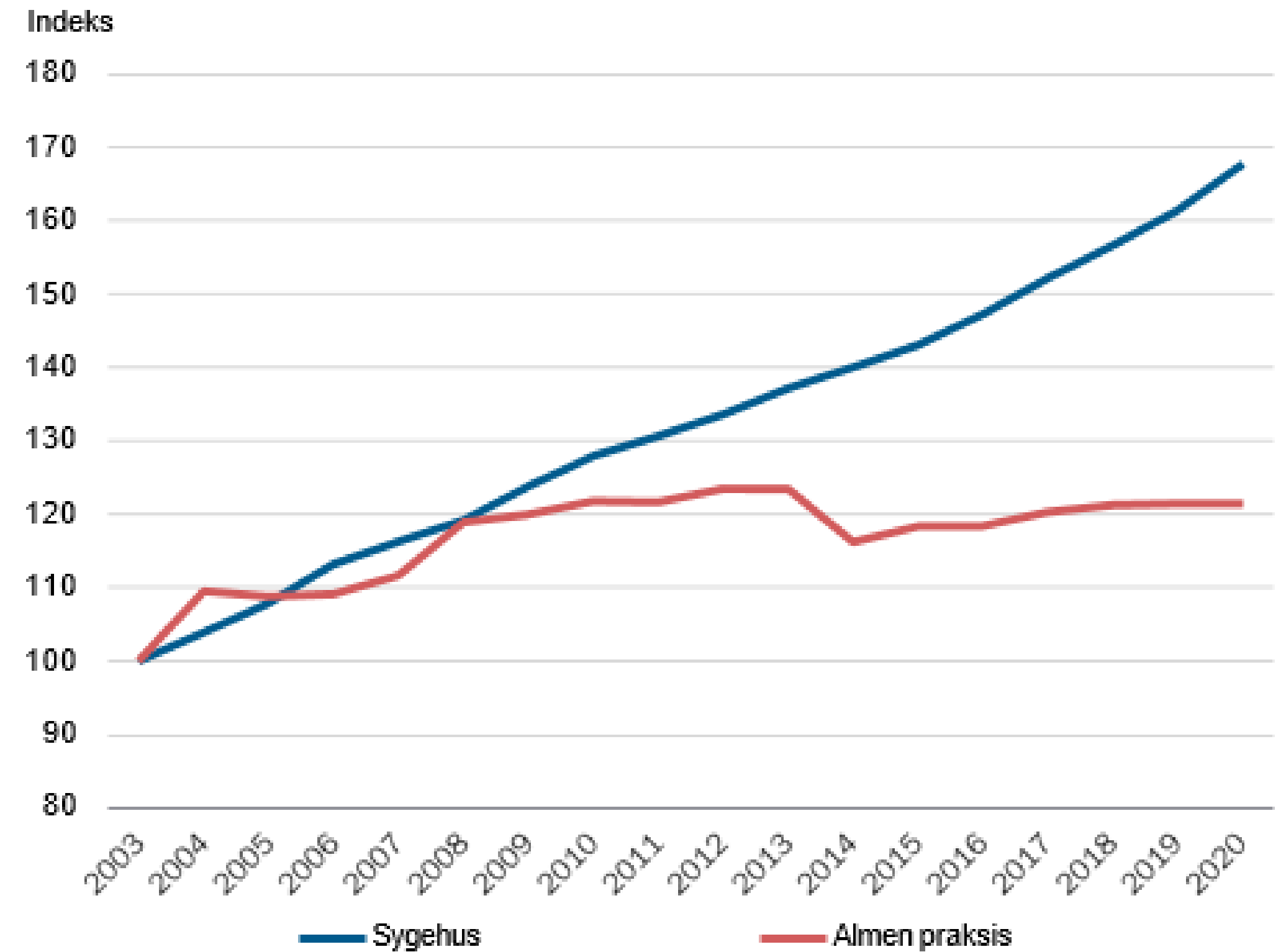


Borgeres mest specialiserede kontakt til sundhedsvæsenet på landsplan, andel. 2005-2022.

- Demografi og kapacitet

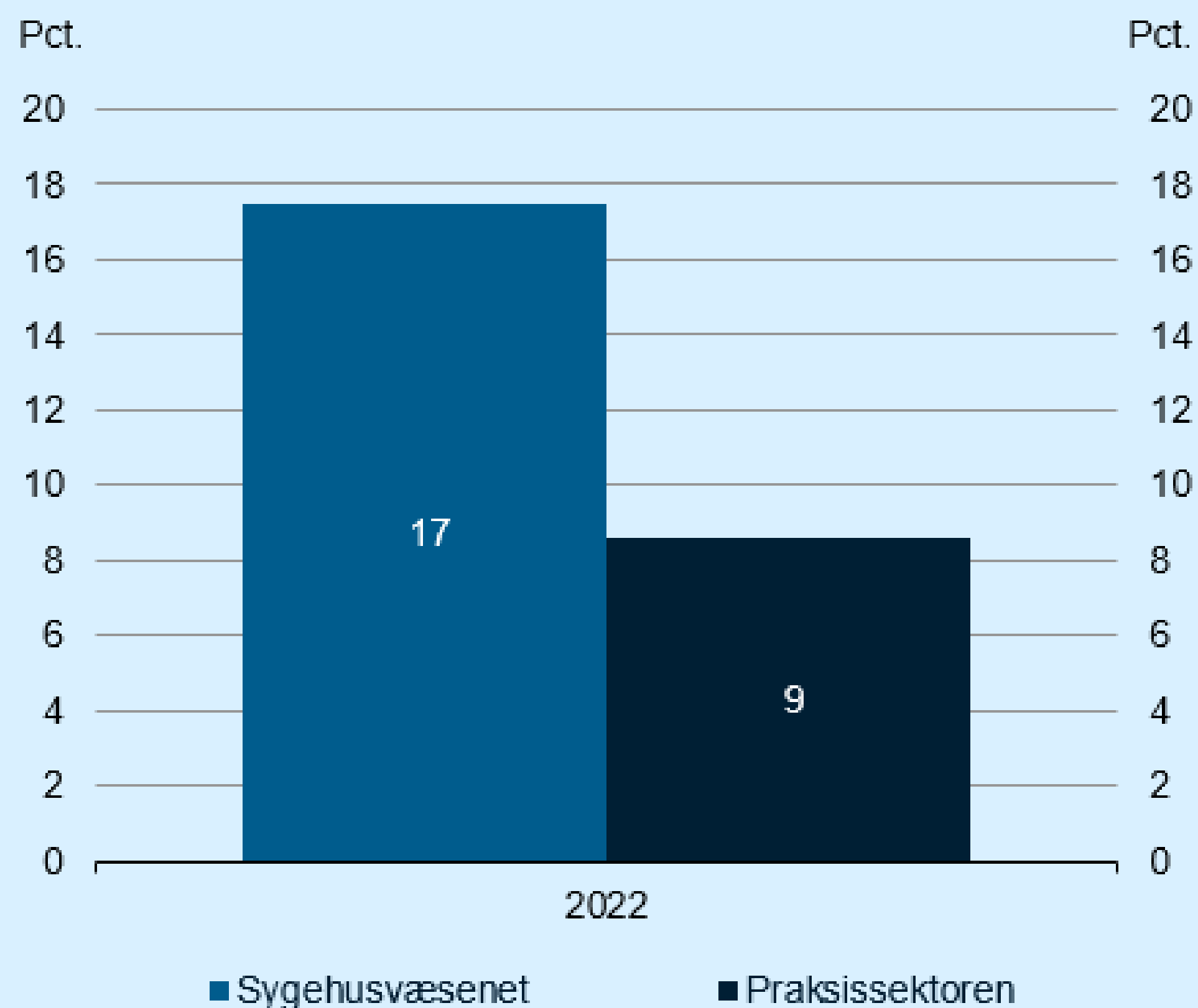


Antal læger på sygehus vs praksis



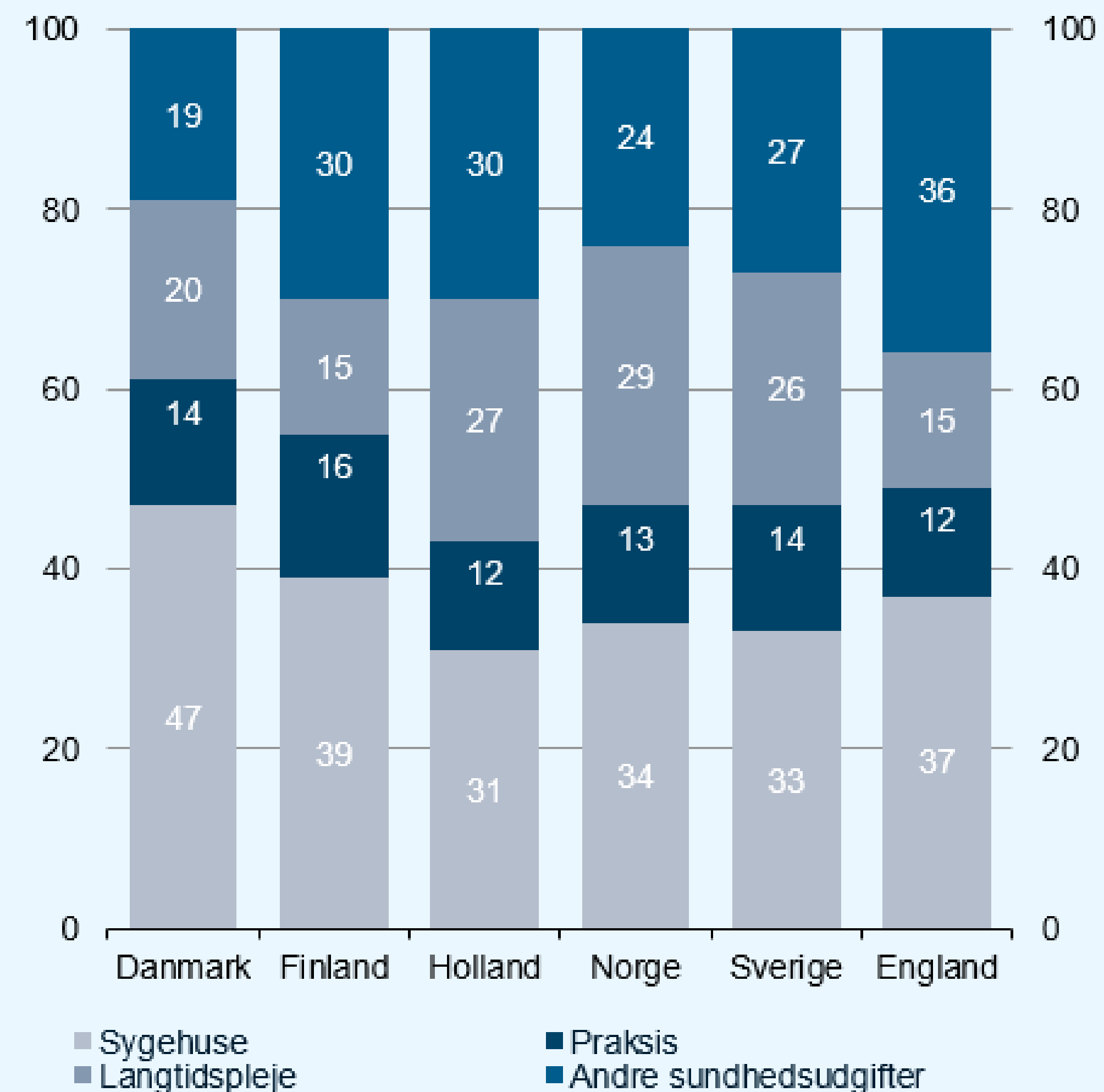
Et bæredygtigt og borgernært sundhedsvæsen: Væksten skal væk fra sygehusene

Procentvis stigning i antal kontakter, 2009 til 2022

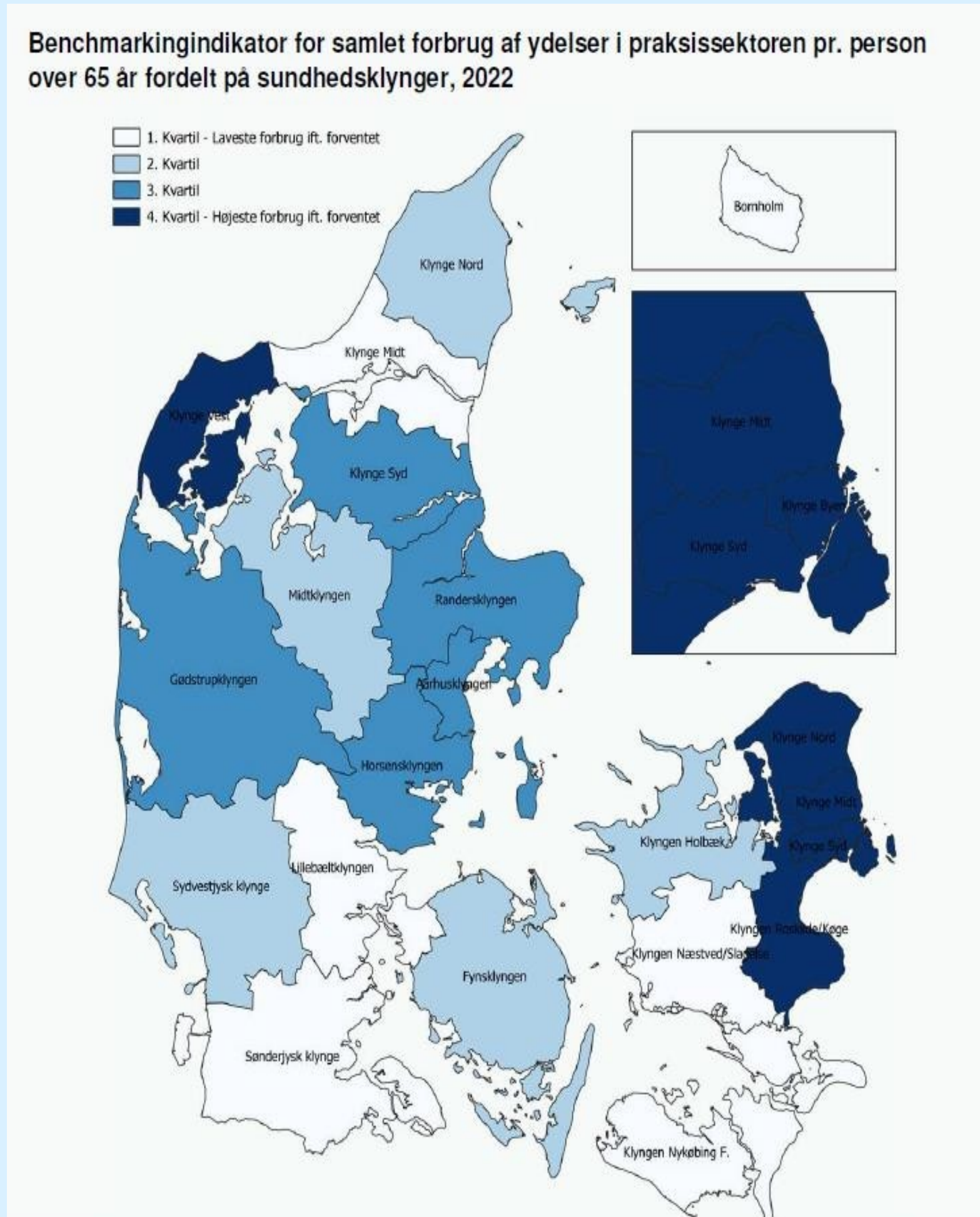


Kilde: e-Sundhed

Sundhedsudgifter fordelt på funktioner, 2020
Pct. af totale sundhedsudgifter

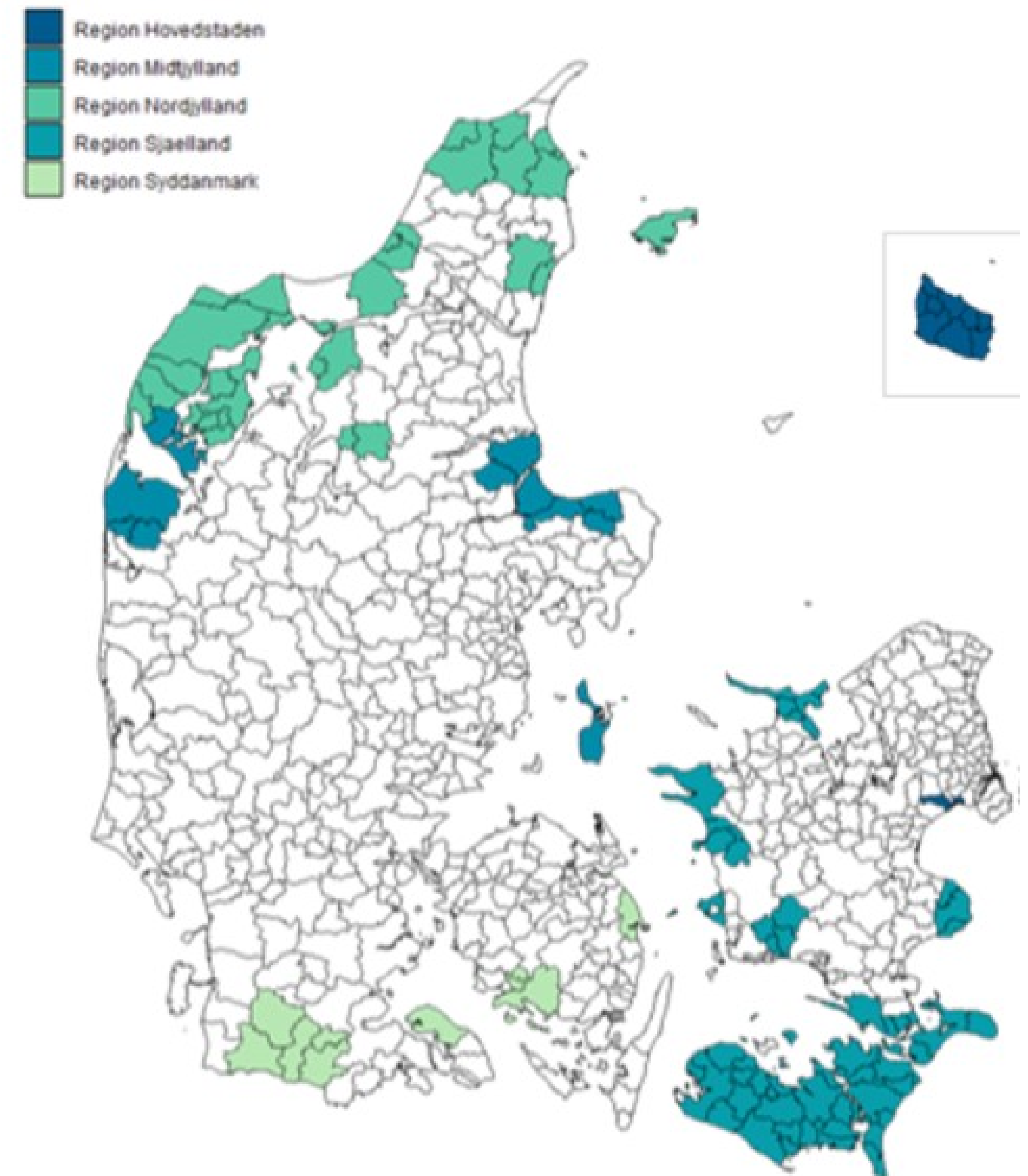


Forbrug og lægedækning hænger sammen....



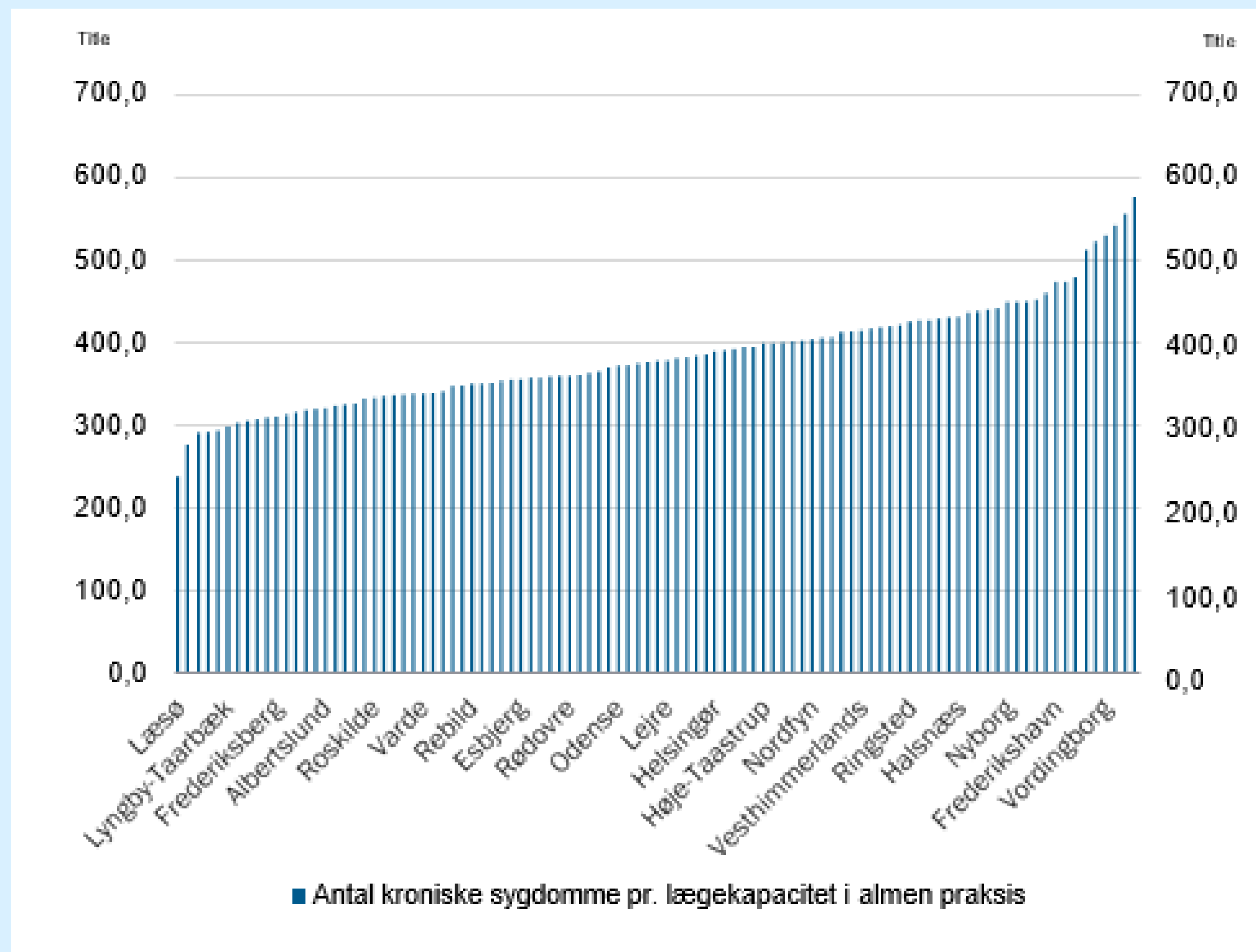
Benchmarkingenheden...

Lægedækningstruede områder pr. region



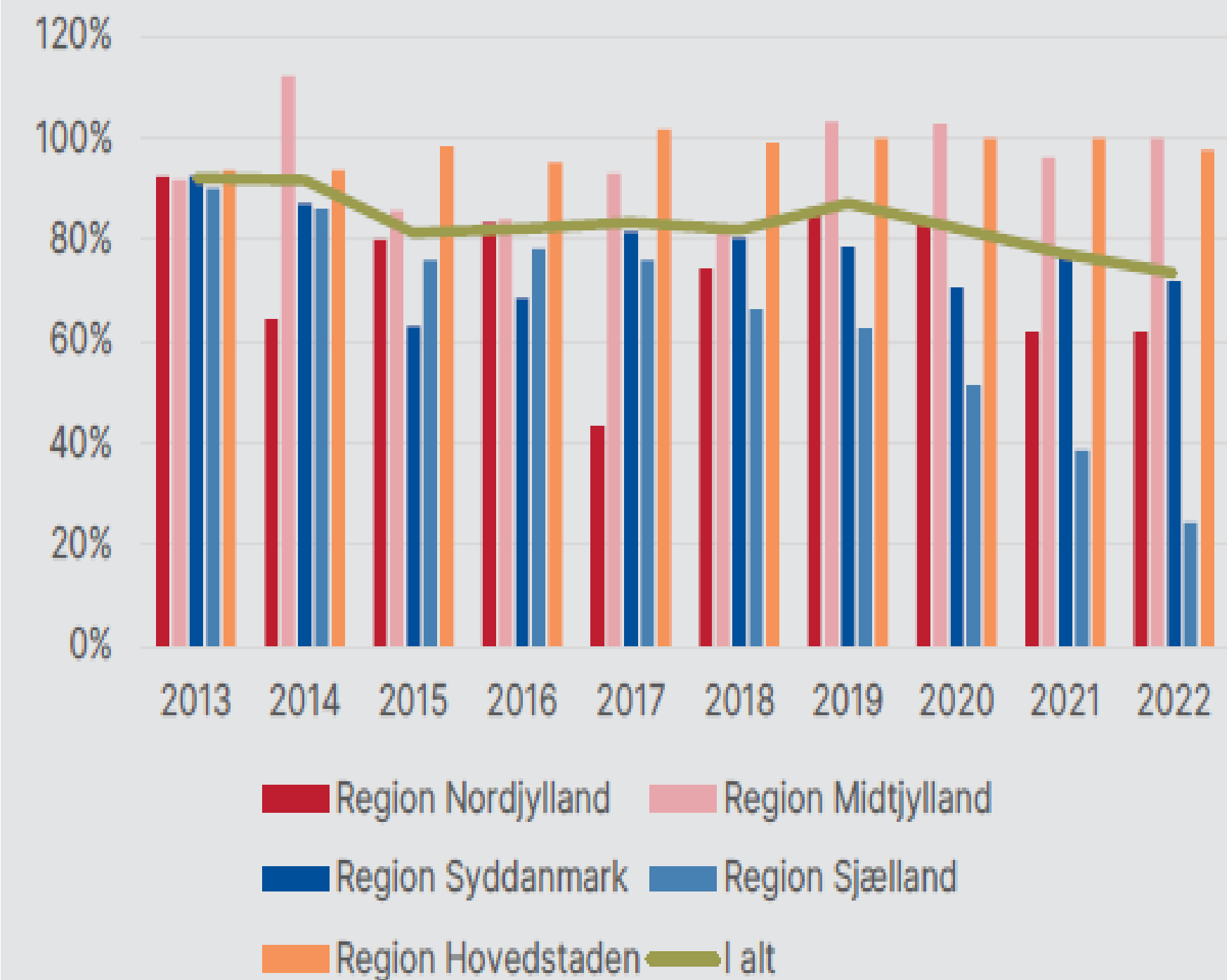
VIVE

Kroniske sygdomme per lægkapacitet



Og det løser sig ikke

Figur 3.11 Andel af dimensionerede hoveduddannelsesforløb i almen medicin, der bliver besat



Behov for at ændre borgerforløb!

- **Mindre efterspørgsel af specialiserede ydelser**
 - Forebyggelse af sygdomsprogression
 - Ændret arbejdsdeling
 - Egenomsorg & mere differentierede ydelser
- **Større udbud via teknologi som erstatning for ydelser**
 - Acceptabelt & efterspurgt...?!
 - Kræver kvalitet i ydelserne
 - understøttet af relevante data



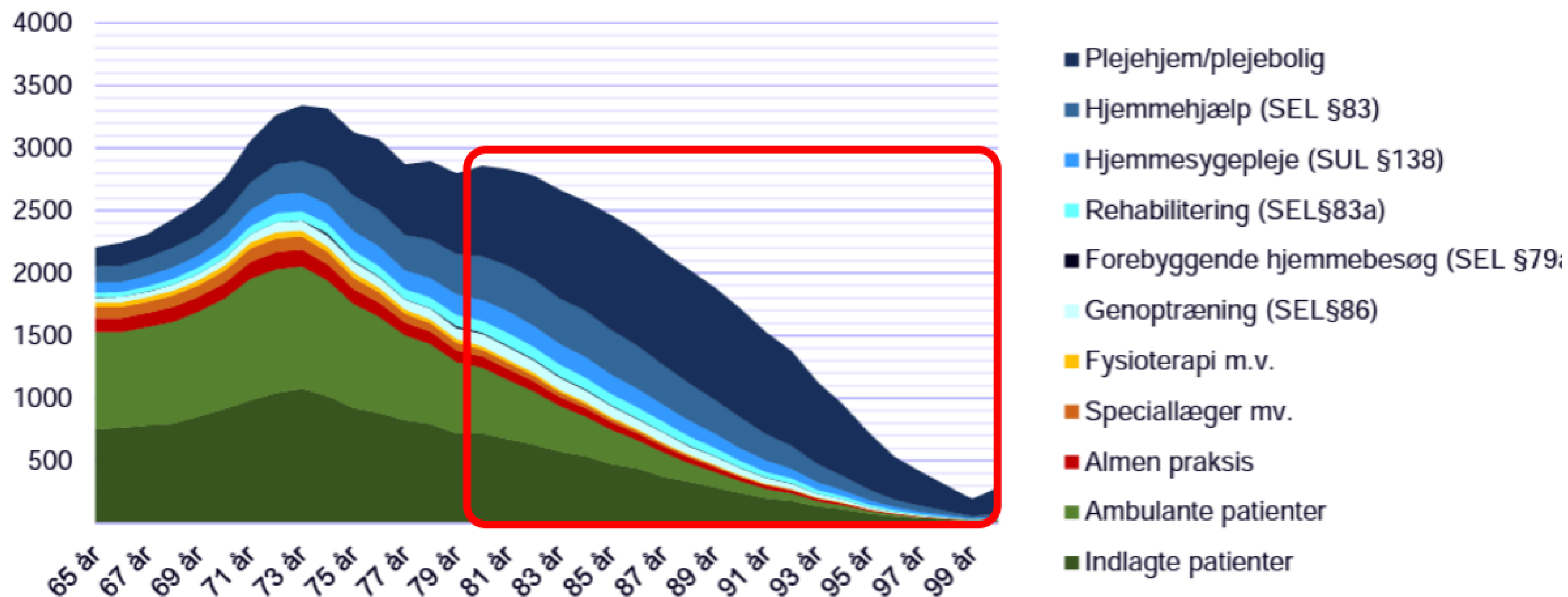
Hvad kan vi holde op med? hvad kan vi gøre på mere effektiv måde? hvad kan/skal borgerne overtage og hvordan påvirker det ulighed?

- Sundheds**struktur**kommission - der kommer prioriteringsråd mv.
 - Men handler om undgå - at vi har patienter på sygehusene - hvor vi ikke har noget reelt på hylderne - og flytte ressourcerne til det nære...
 - Robusthedskommission med tech først
 - Sikre IT **struktur** der understøtter.
- Der er meget ulighed i dag - bedre **struktur** for fordeling af ressourcer kan imødekomme dette....

Hvor bruges pengene....

Figur 3.2 - Samlede udgifter (mio. kr.) 2019, for kommunale omsorgsydelser, praksissektor og hospitalssektor, fordelt på alderstrin og typer

Dato: 7. ap

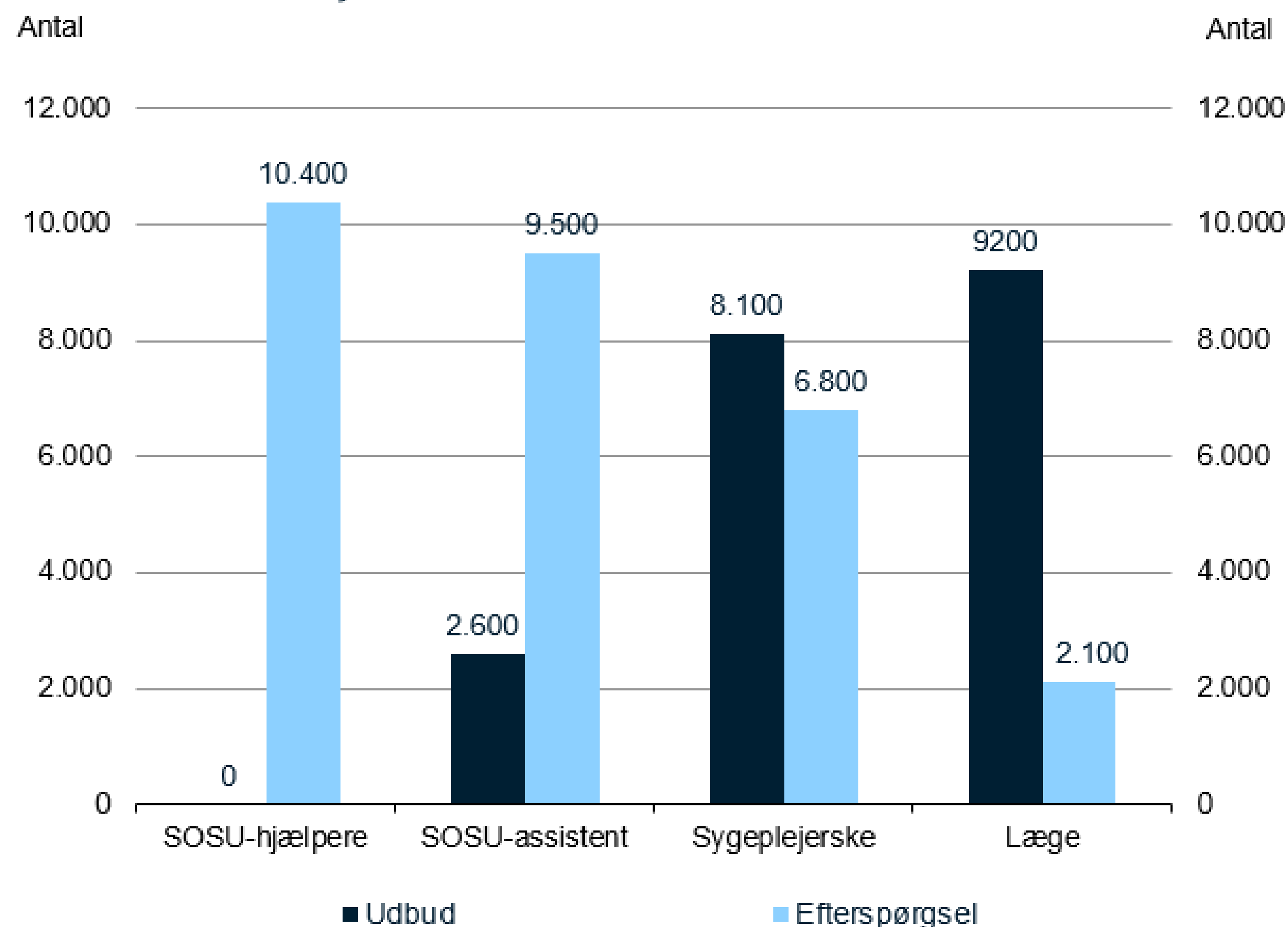


Kilde: Egne beregninger på baggrund befolkningsfremskrivning fra Statistikbanken.dk, registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (herunder DRG-grupperet Landspatientregister), registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret og de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber.

Figurkilde: KL Analysenotat, 7. april 2023 "Ren demografisk fremskrivning af kommunale og regionale sundhedsudgifter"

Mangel på arbejdskraft – også i fremtiden

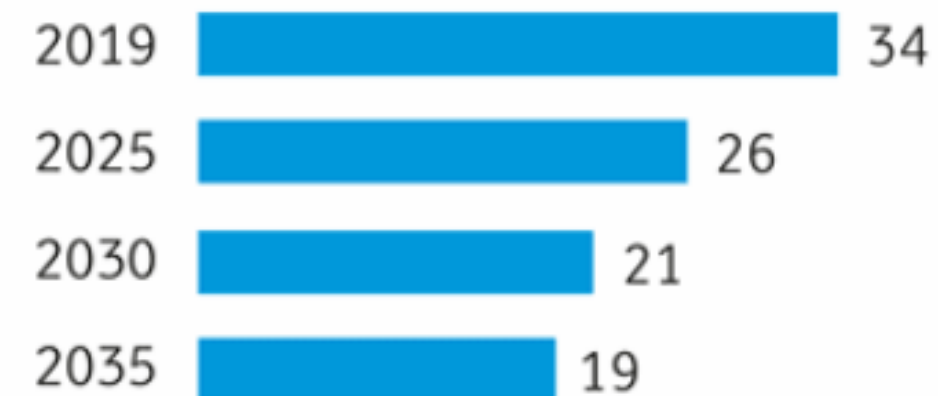
Ændring i udbud af og efterspørgsel efter udvalgte velfærdsmedarbejdere i 2030 målt ift. 2019



- Mekaniske fremskrivninger peger på, at rekrutteringssituationen frem mod 2030 særligt forværres på SOSU-området.
- Fremskrivninger viser at efterspørgslen vil overstige udbuddet med 17.000 personer i 2030.
- Den fremtidige udvikling er forbundet med stor usikkerhed og vil afhænge af en række faktorer, som ikke nødvendigvis er medtaget, herunder adfærden på udbudssiden.

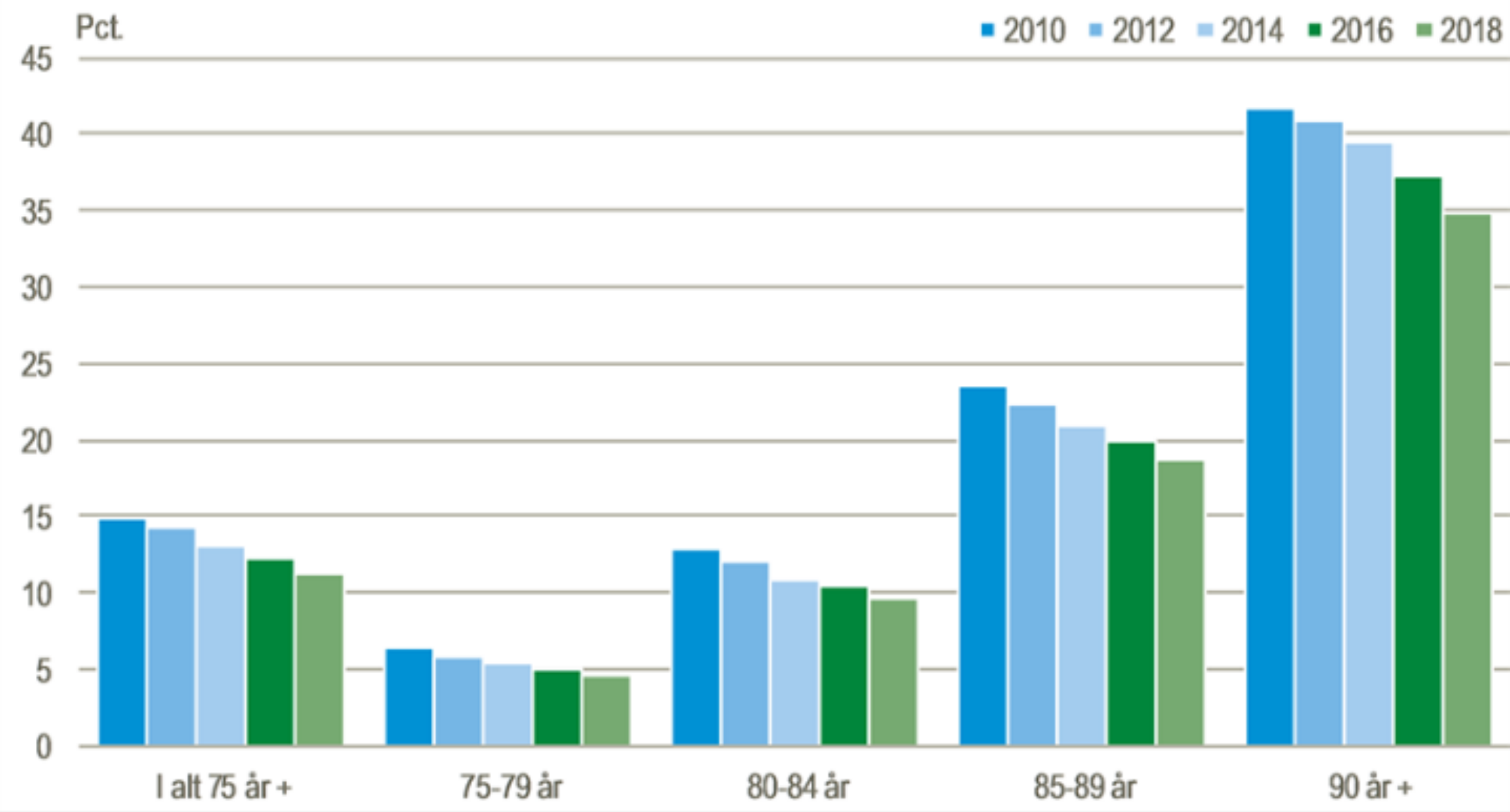
Konsekvenserne – ældreområdet - ulighed

Andel 80+årige der modtager hjemmehjælp i fremtiden, hvis antallet der kan få hjælp fastholdes på 2019-niveau (%)



Kilde: Momentum. Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Andel af befolkningen, der bor i pleje- og ældreboliger (75 år og derover)



Dias 14

Vismænd i ny rapport: Ældrebyrden er overvurderet

af Signe Lentoft | 10. oktober 2019 kl. 11:18 |



(Foto: Martin Sylvest/Ritzau Scanpix)

ØKONOMI: Sundhedsudgifterne til det stigende antal ældre bliver mindre end antaget, vurderer de økonomiske vismænd på baggrund af andre beregninger end Finansministeriet. Regionerne er skeptiske.

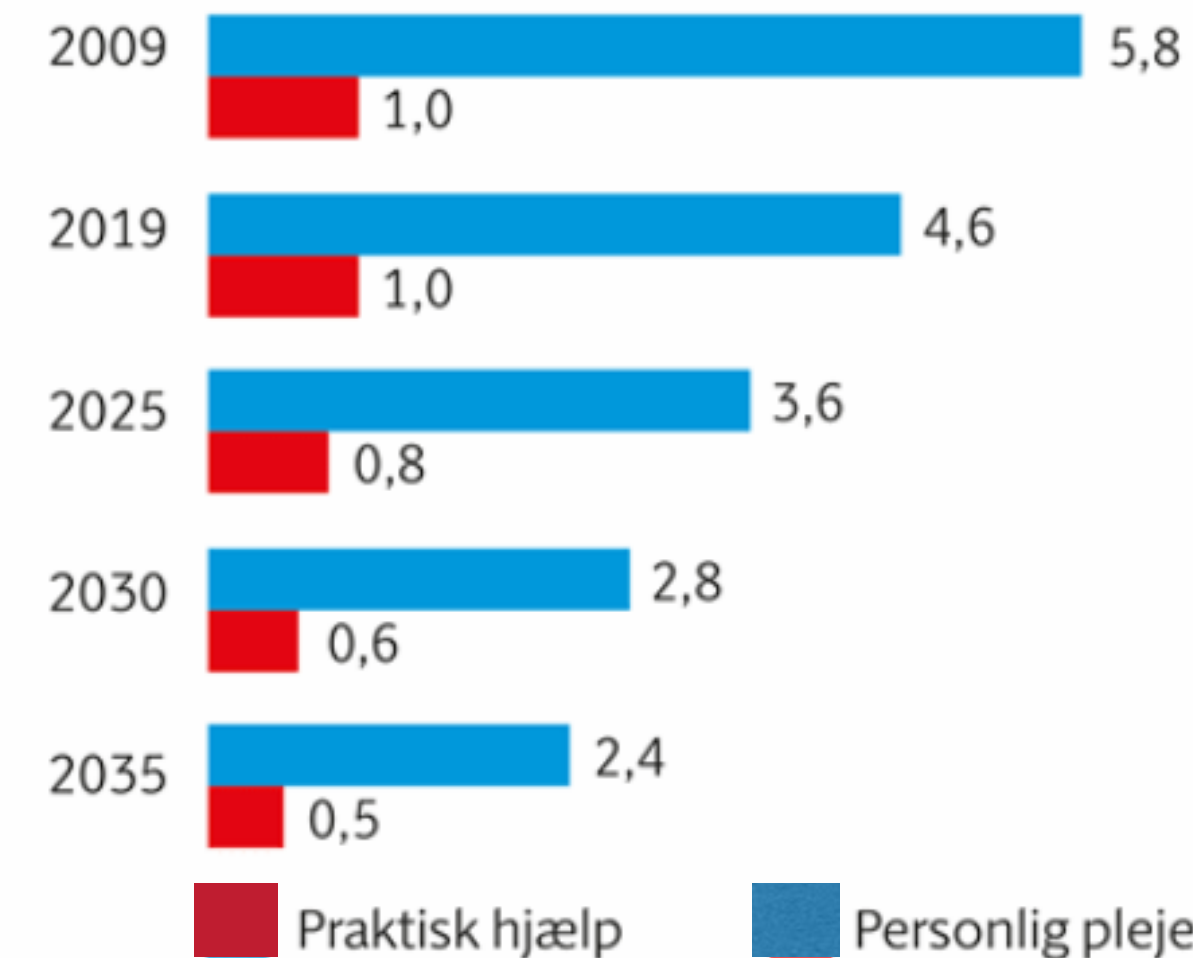


FAKTA

De Økonomiske Råds nye rapport indeholder både gennemgang af den aktuelle situation og den langsigtede finansielle holdbarhed. Den sidste ændret, blandt andet som følge af at vismændene beregner effekten af fænomenet sund aldring på en måde. Dermed bliver effekten markant større.

“Det er ikke aktuelt i vores praktiske virkelighed. Vi kan

Antal timers personlig pleje og praktisk hjælp ugentligt pr. modtager af hjemmehjælp på 80+ år i fremtiden, hvis det samlede antal timer fastholdes på 2019-niveau

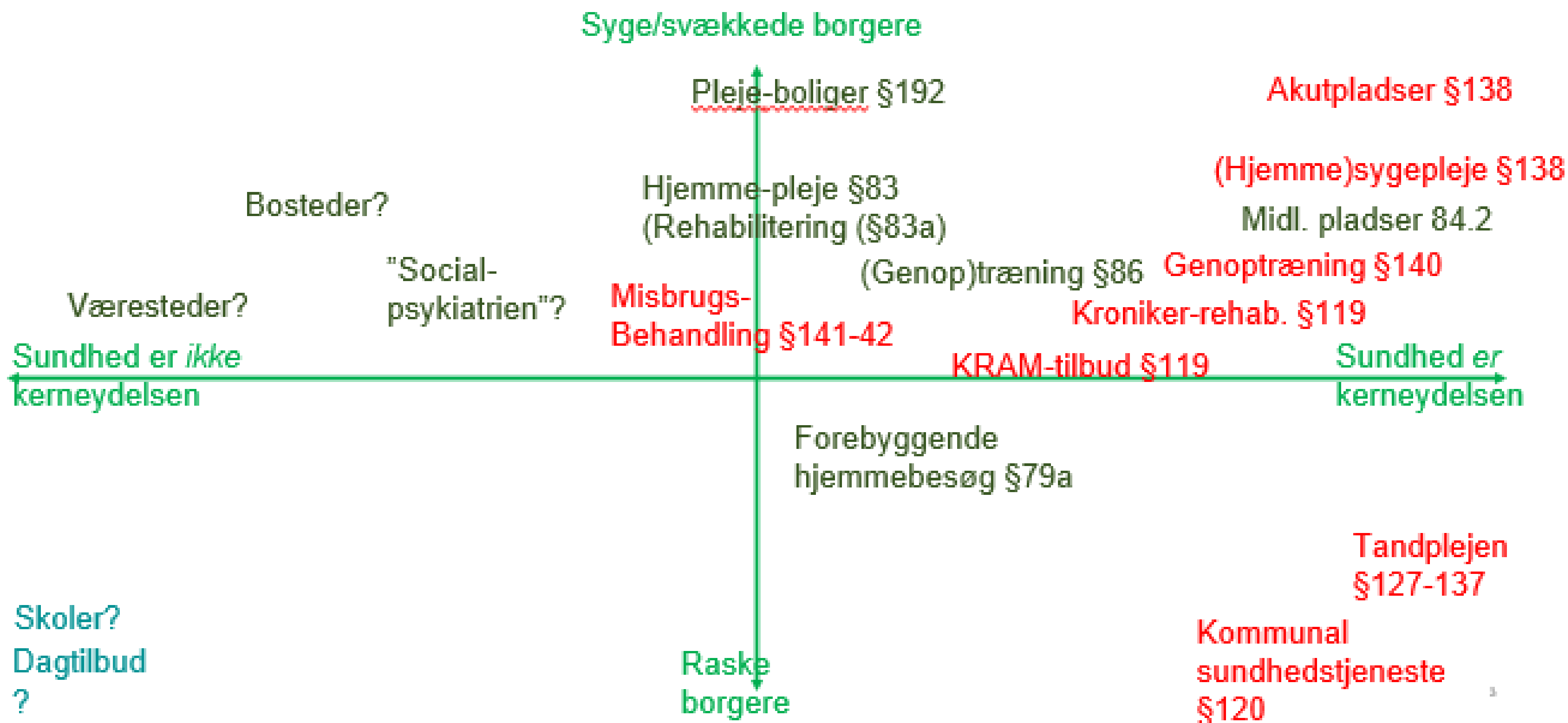


Kilde: Momentum. Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

VIVE

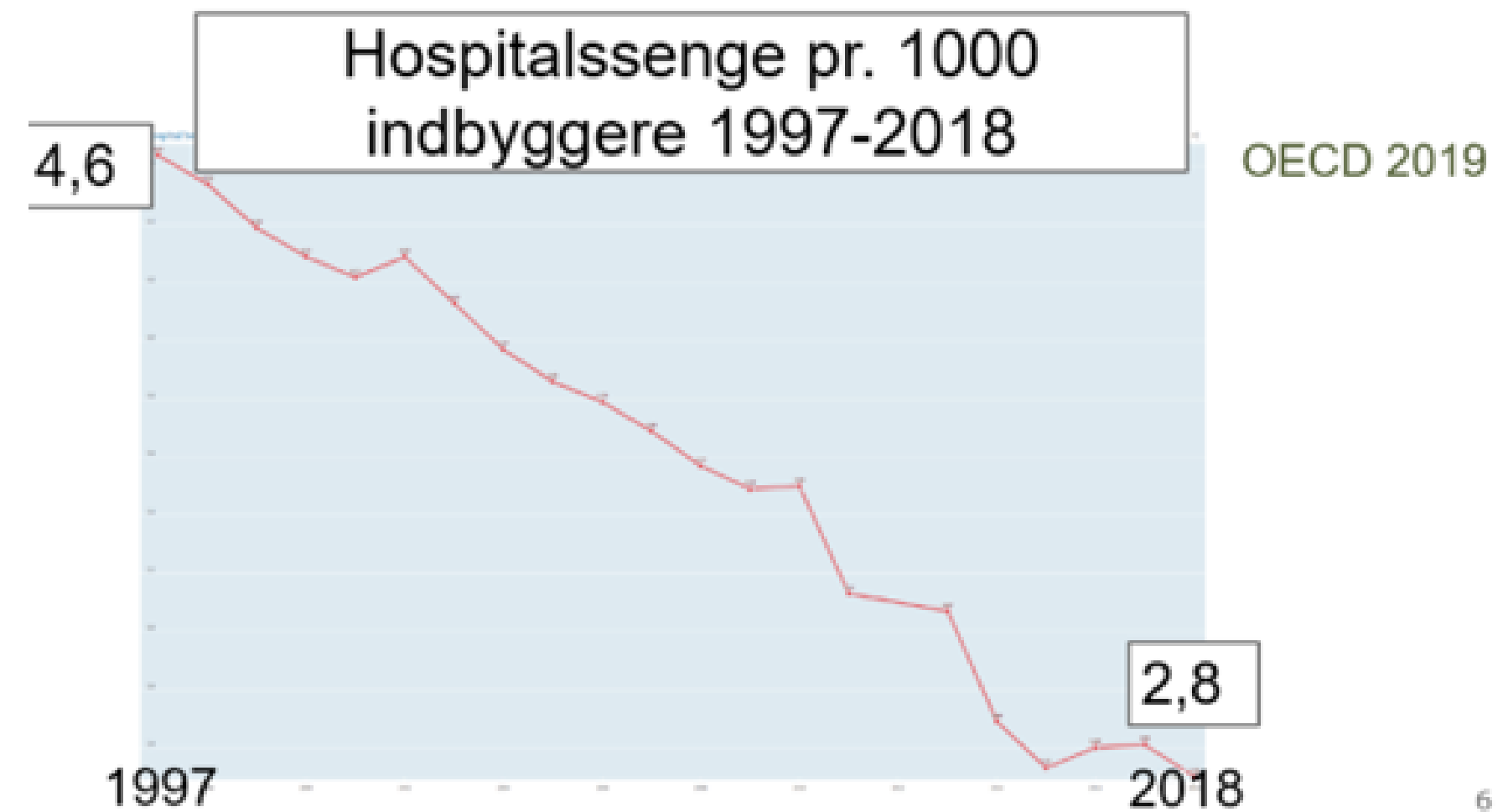
Hvad er det kommunale sundhedsvæsen / ældreplejen?

– (frit efter SIV)



Hvordan har ældreplejen udviklet sig

- 1949 Husmoderafløsningen
 - Kompetenckrav: husmoder
- 1980: 5-ugers grundkursus
- 1991 Social- og sundhedsuddannelserne
 - Hjælper: 12 måneder, Assistent: 18 måneder
- Nu: Social- og sundhedsassistent
 - 3 år 10 mdr.

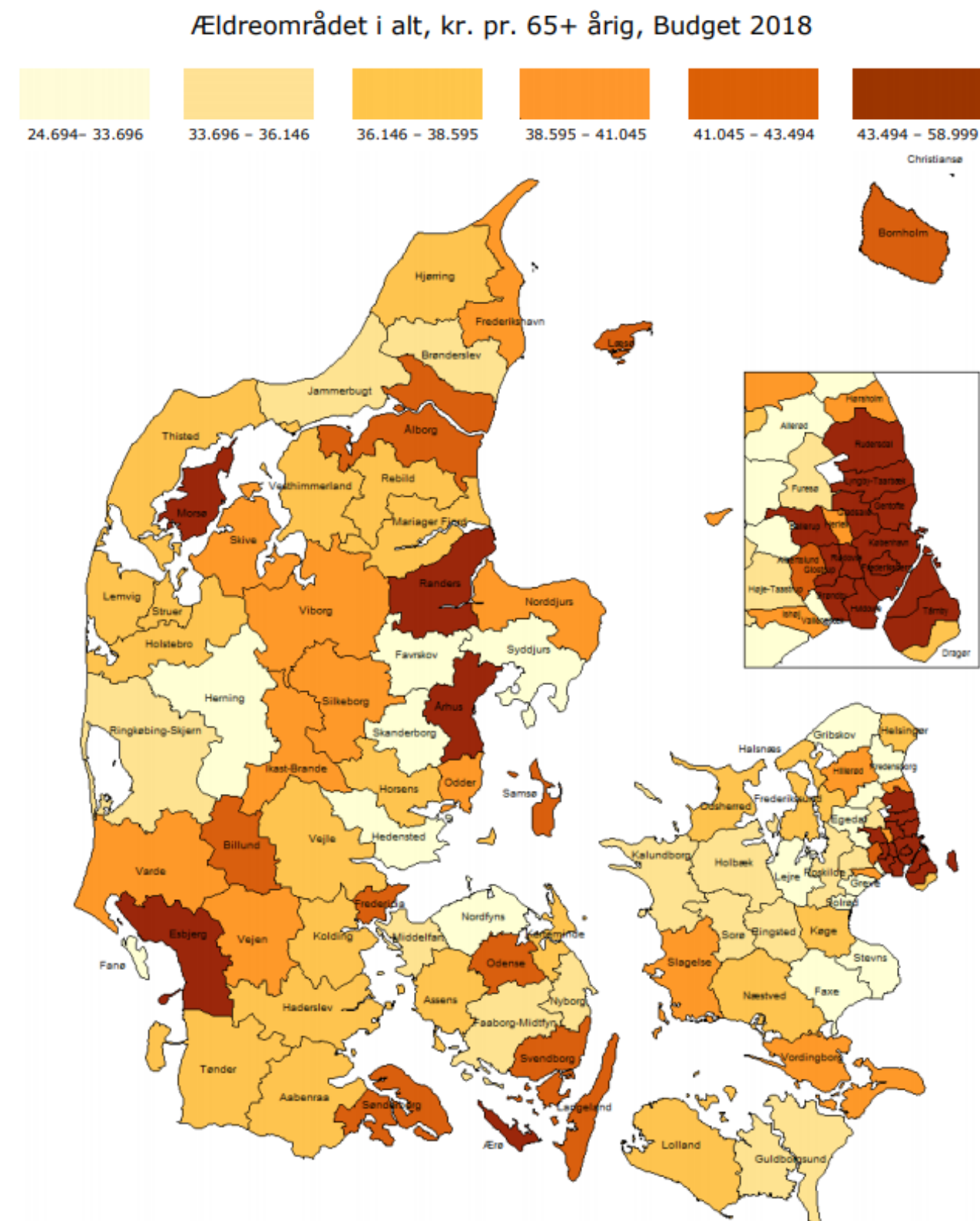


Hvis du sammenligner i dag med for 5 år siden, hvilke opgaver løses i dag af ansatte i kommunen, der tidligere blev løst på sygehuse? (%)

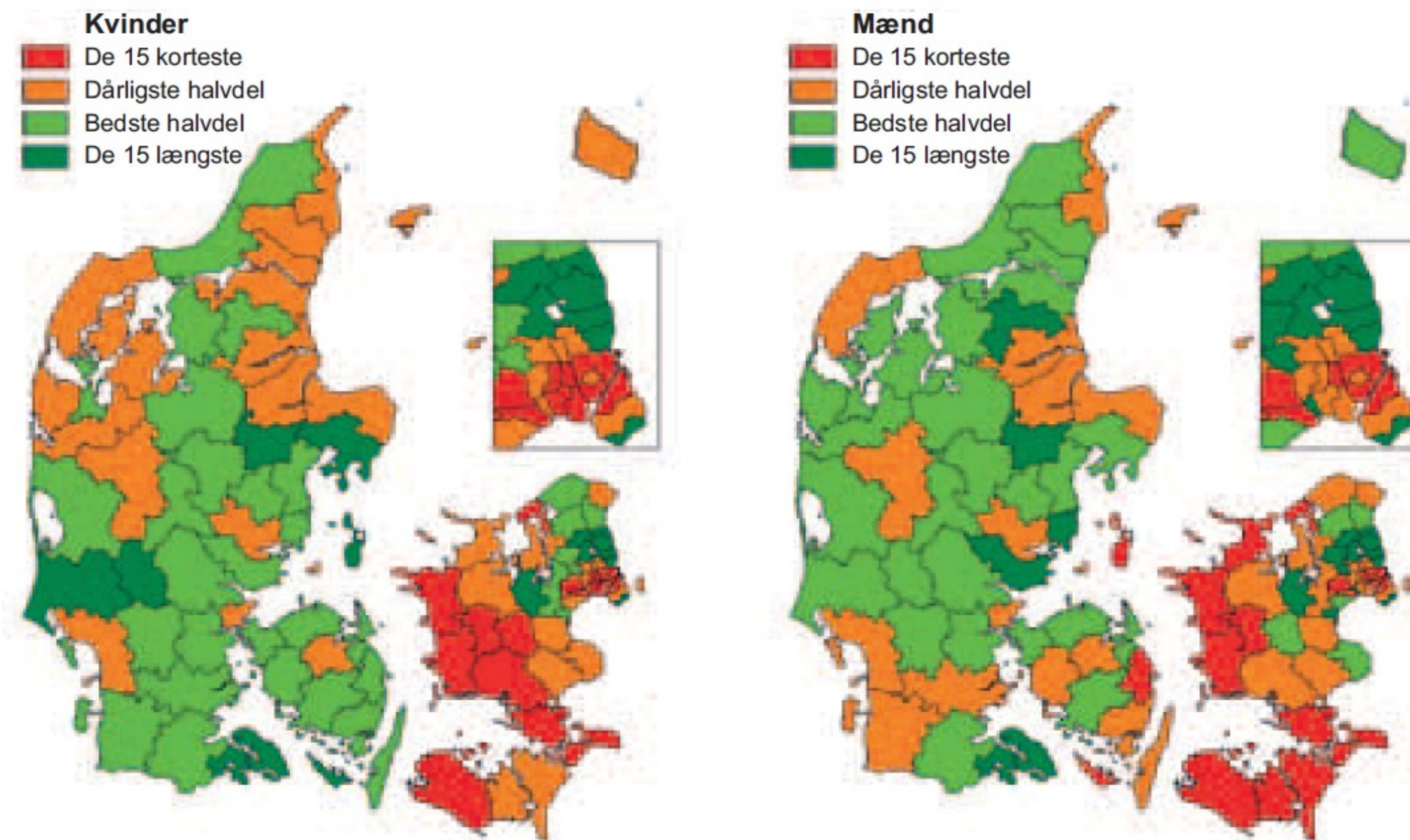


Problemer der klumper sig sammen...

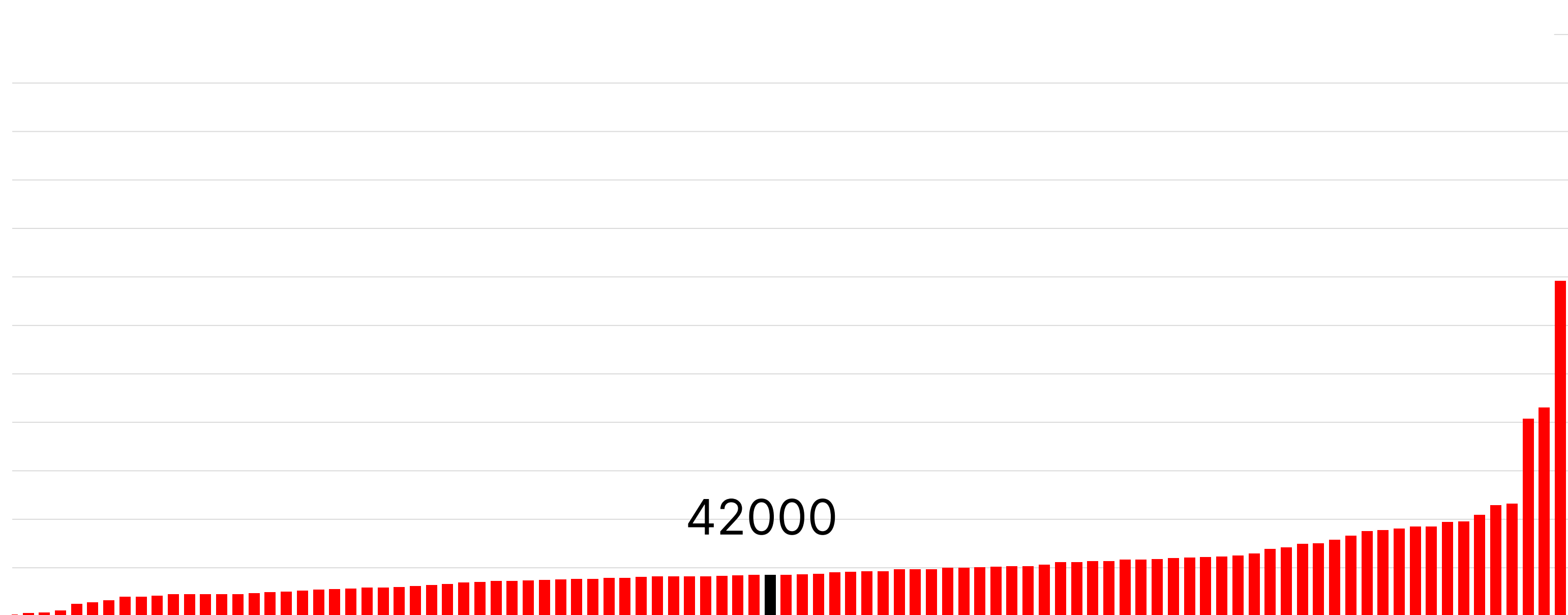
- følger ressourcerne med?
- hvorfor kortere levetid på Lolland?



Figur 4.3 Middellevetid fordelt på kommuneniveau



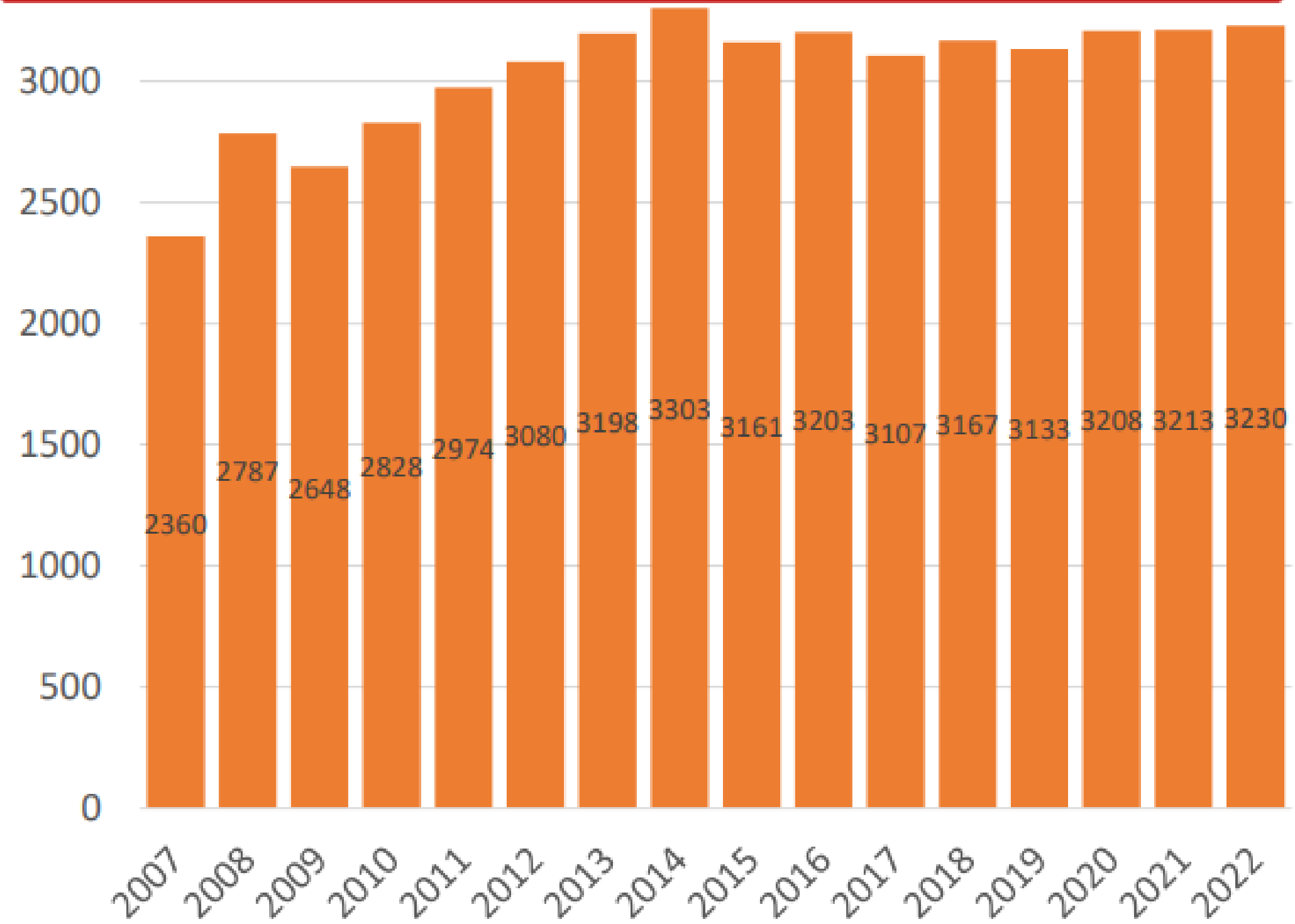
En kommune er ikke en kommune....



Sengepladser

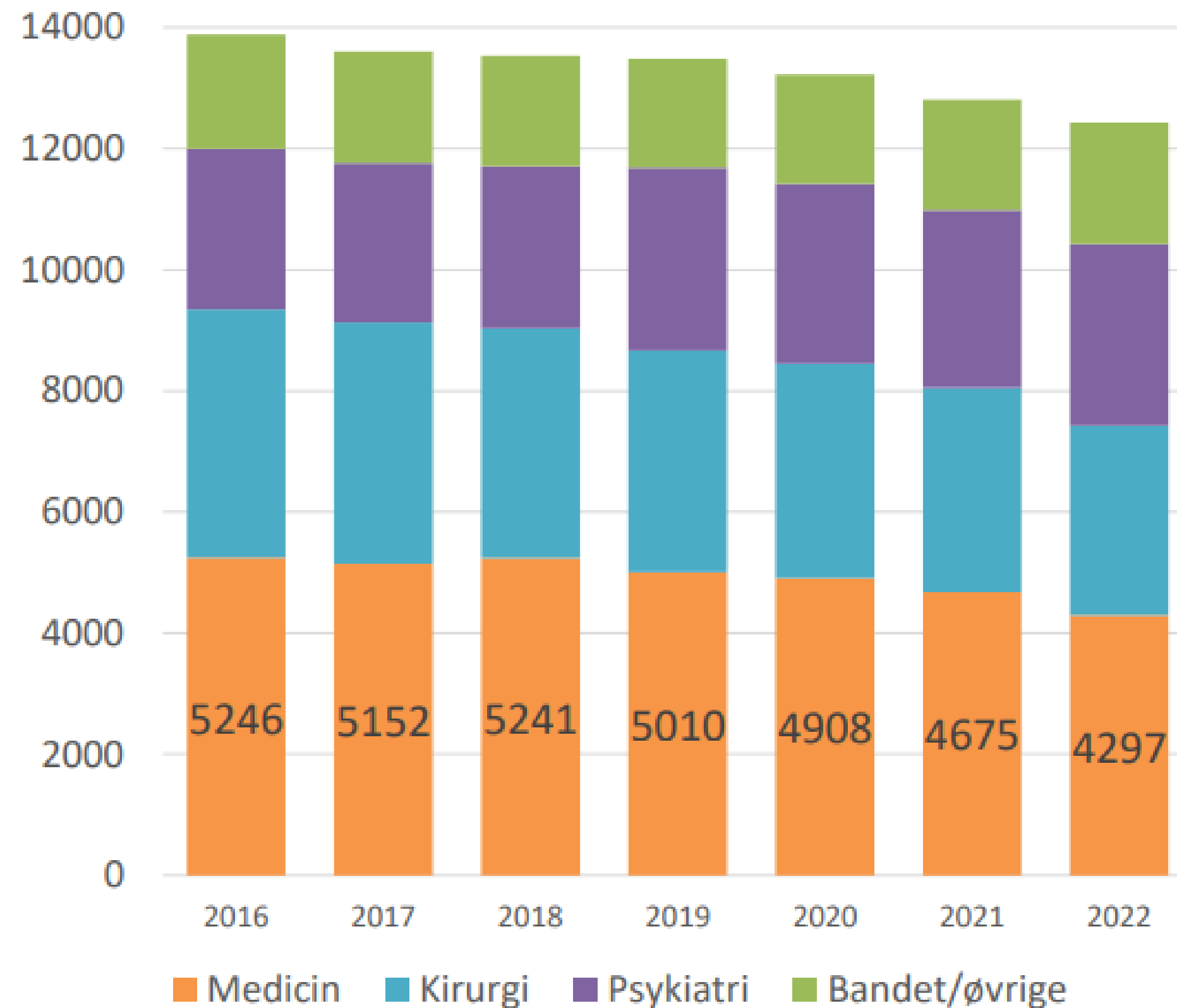
Kommunernes sengepladser

Implement, juni 23: 1.955 sengepladser i 51 kommuner, svarer til **3.800 senge** (= 88 % af de medicinske senge på alle hospitaler).



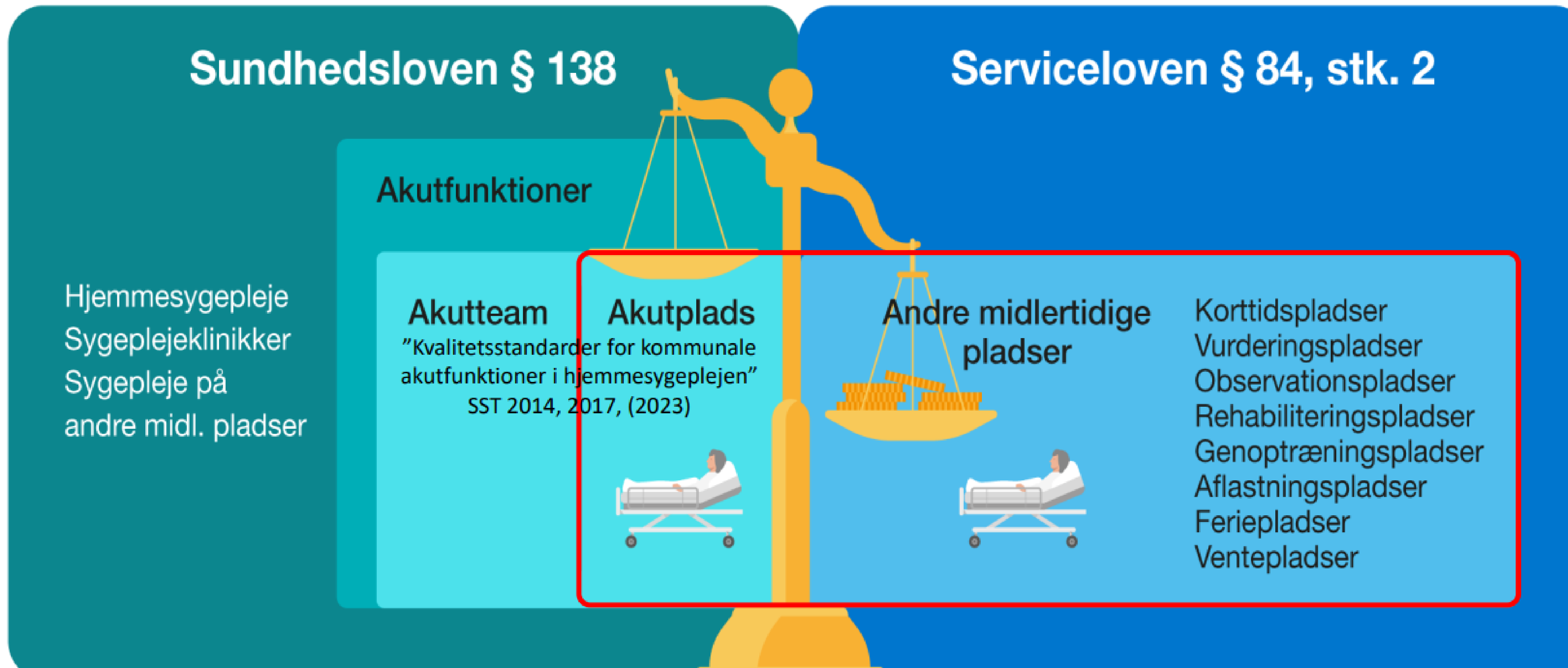
Kilde: Tabel RESP01, "boliger til midlertidigt ophold/aflastning", www.statistikbanken.dk. DST tager kraftigt forbehold for **underrapportering**.

Hospitalernes sengepladser



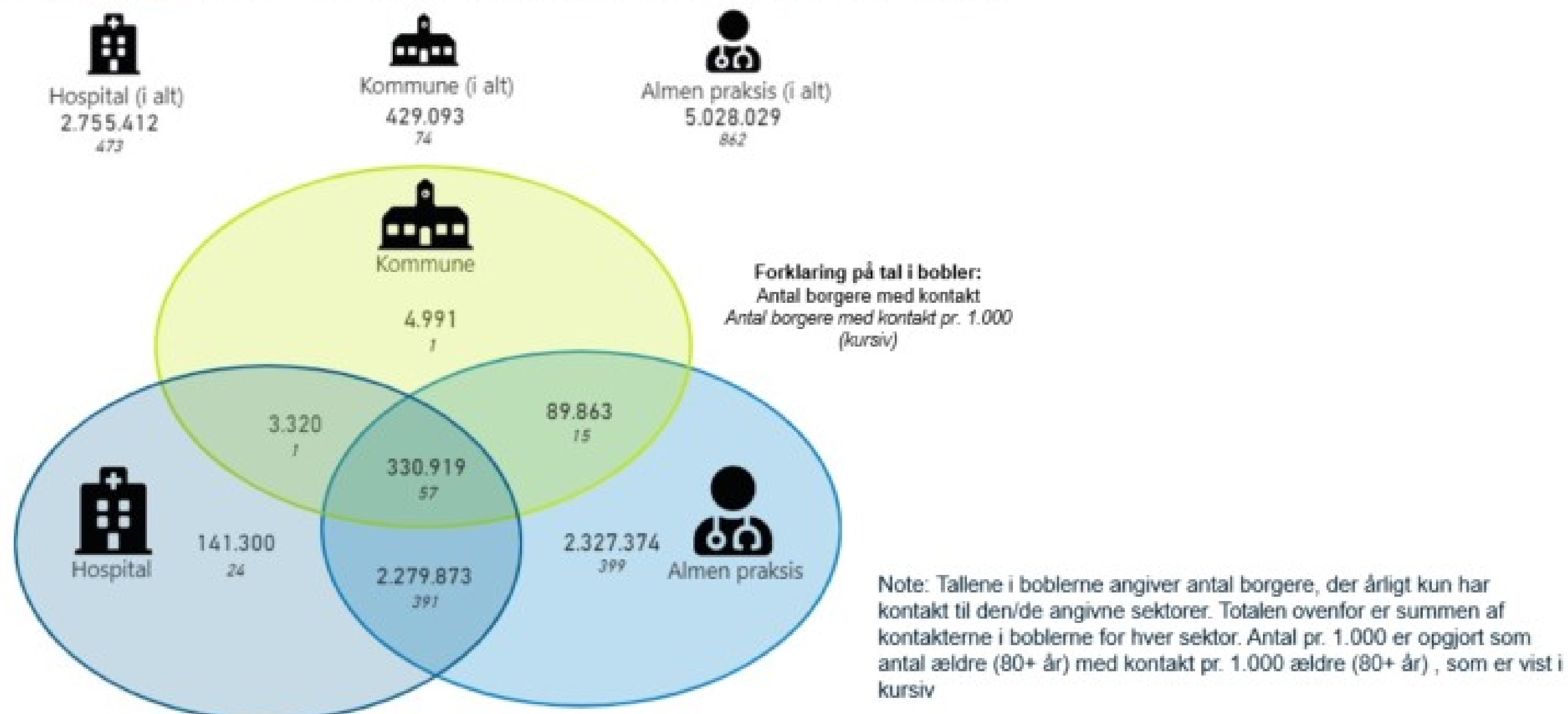
Kilde: www.esundhed.dk "Sengepladser og belægning på sygehuse", disponible senge fordelt på specialeblokke.

Og hvad sker der i de her senge....



Hvor ligger opgaver naturligt

Antal borgere med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer, 2021

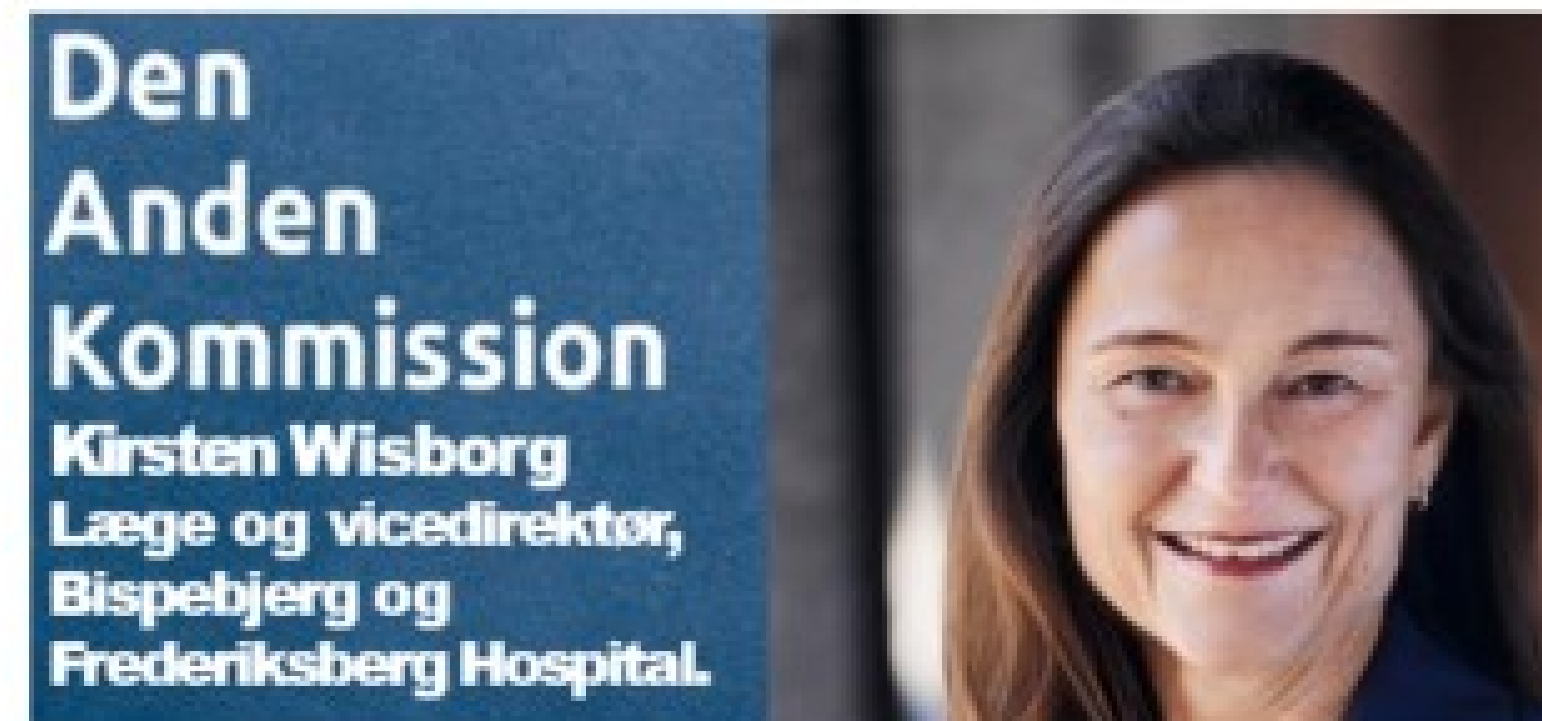
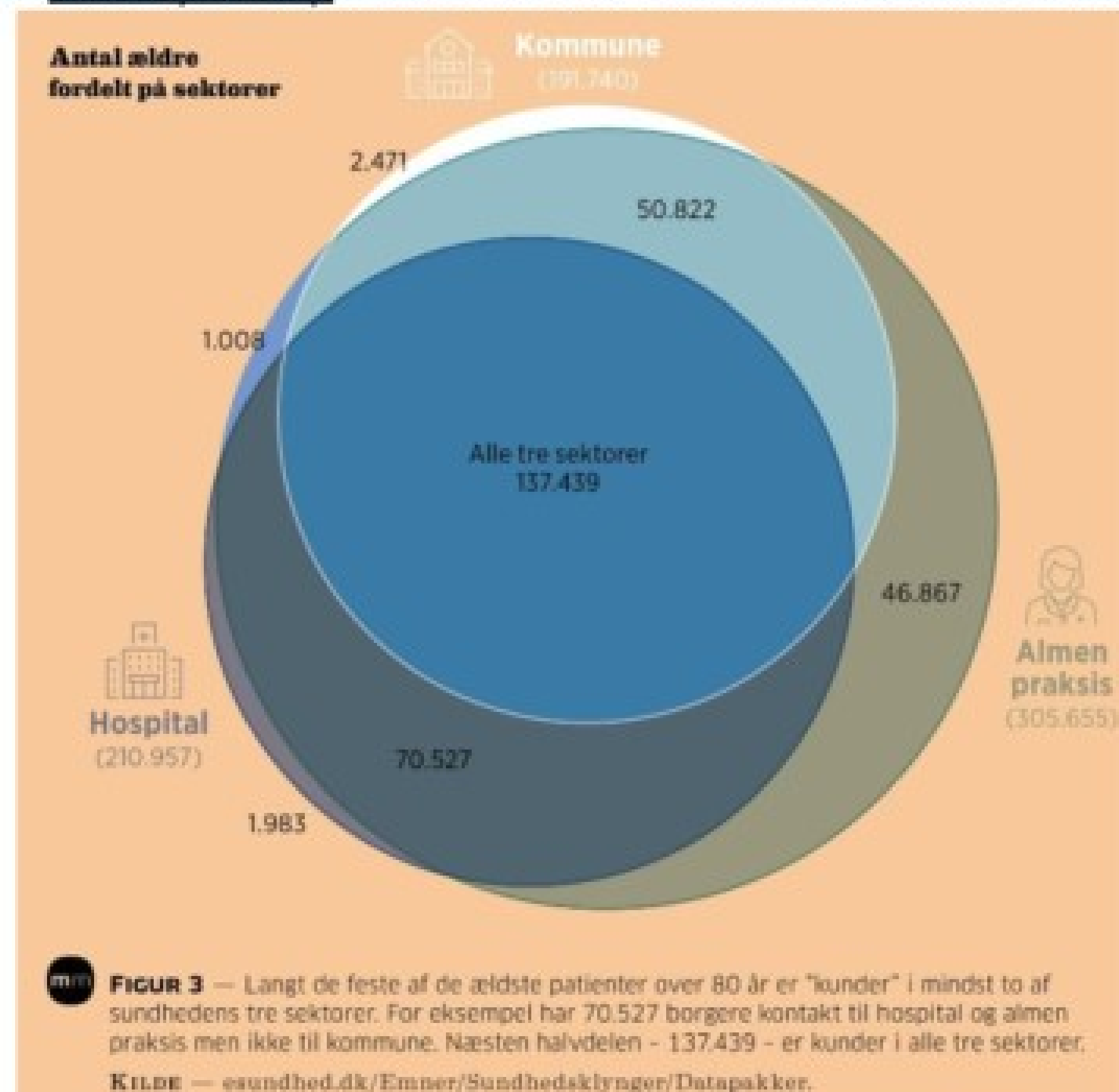


Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Elektroniske omsorgsjournaler, Sundhedsdatastyrelsen
<https://www.esundhed.dk/Emner/Sundhedskdynger/Datapakker>

20

Hvem er der det – der kommer mange flere af?

Antal ældre (80+ år) med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer, 2021

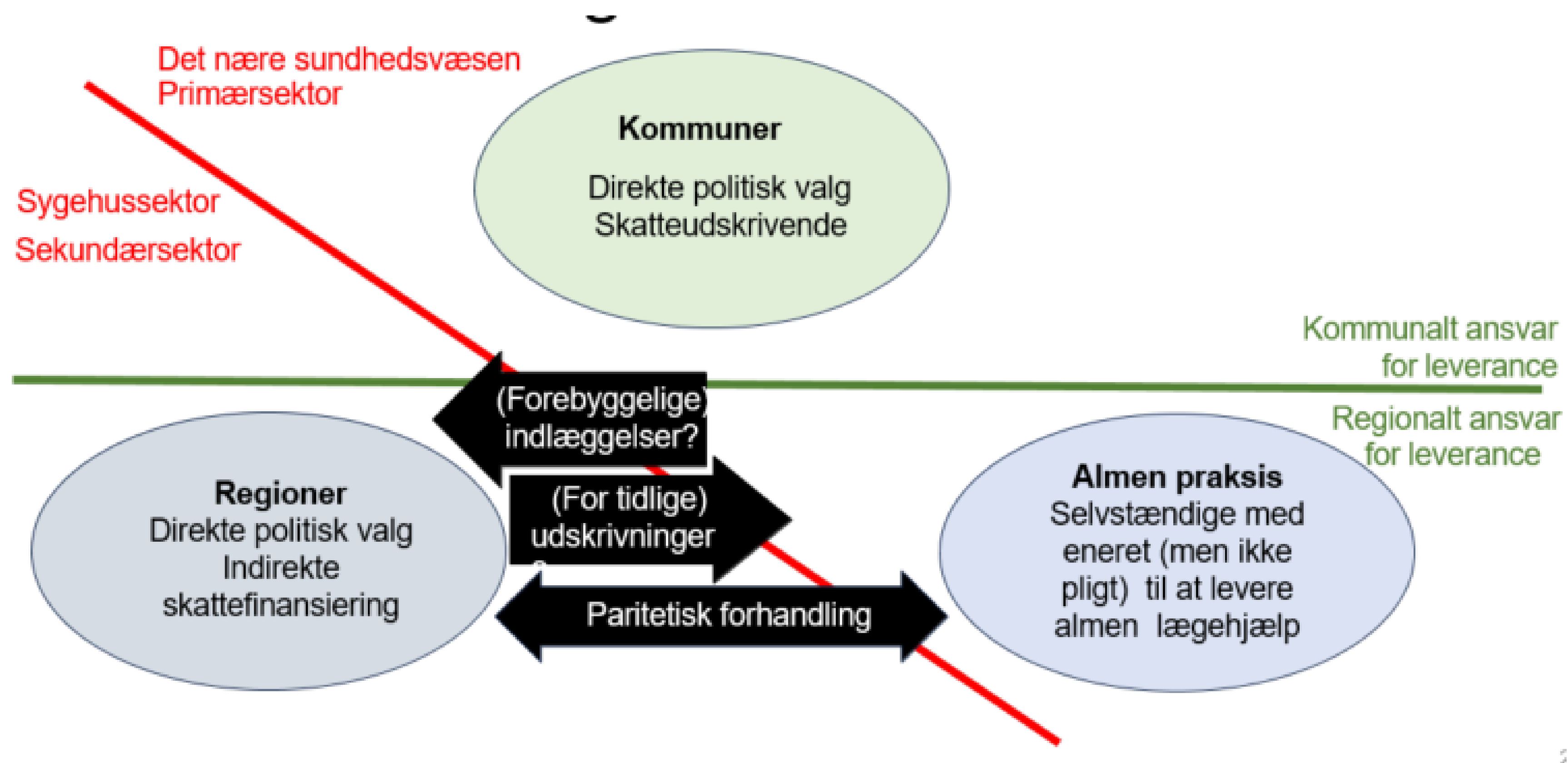


Den Anden Kommission
Kirsten Wisborg
Læge og vicedirektør,
Bispebjerg og
Frederiksberg Hospital.

Gerda er patient – men hos hvem?

Note: Tallene i boblerne angiver antal borgere, der årligt kun har kontakt til den/de angivne sektorer. Totalen ovenfor er summen af kontakterne i boblerne for hver sektor. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal ældre (80+ år) med kontakt pr. 1.000 ældre (80+ år), som er vist i kursiv

Den rigtige struktur – for hvem....





hvordan styrker vi et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor vi udvikler sammen og ikke mindst spreder initiativer på tværs af sektorer og enheder?

IV-antibiotika i hjemmet/ Nærmiljøet

**Hvor svært er det
at lave en aftale?**

... svært viste erfaringerne

VIVE

Barrierer for nære og sammenhængende indsatser

Barrierer for udbredelse af gode erfaringer fra Sygehus Lillebælt:

- Kræver en rammedelegation fra praktiserende læger.
- Kan være en udgift for kommunen at indgå i samarbejdet, selvom det fører til besparelser på sygehuset.
- Kommunale politikere er sat i verden for at løse mange andre problemer end sundhed.
- Nogle kommuner måske for små til at opbygge et fagligt bæredygtigt miljø ift. Akutsygepleje.

Barrierer for udbredelse af digitale løsninger:

- Ikke et specialiseret psykiatrisk tilbud, men kommunerne og praksissektoren er for små til at rulle denne type af løsninger ud. Digitale indsatser, som i et lille land som Danmark, kan med fordel tænkes ind nationalt.

Eksempel fra Sygehus Lillebælt:

- Hjemmeplejen kan få akutsygeplejen i kommunen til at vurdere ældre svækkede borgere, som tager basisprøver på fx væske, infektion eller blodprocent.
- Akutsygepleje kan via rammedelegation opsætte væske til borgeren i eget hjem.
- Resultaterne fra Sygehus Lillebælt viser, at 30 % af besøgene fra akutsygeplejen forebygger en indlæggelse, sammenlignet med 2019.



Eksempel fra Region Syddanmark:

- Digital Psykiatri der har vist stort potentiale ift. effektive og tidlige indsatser.
- i Region Syddanmark anvender man **digitale løsninger** til at ramme en meget bred målgruppe og skræddersy patientforløb.
- For eksempel foregår behandlingen af angst og depression på en online behandlingsplatform.



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

Integration af midler,
ledelse og organisation

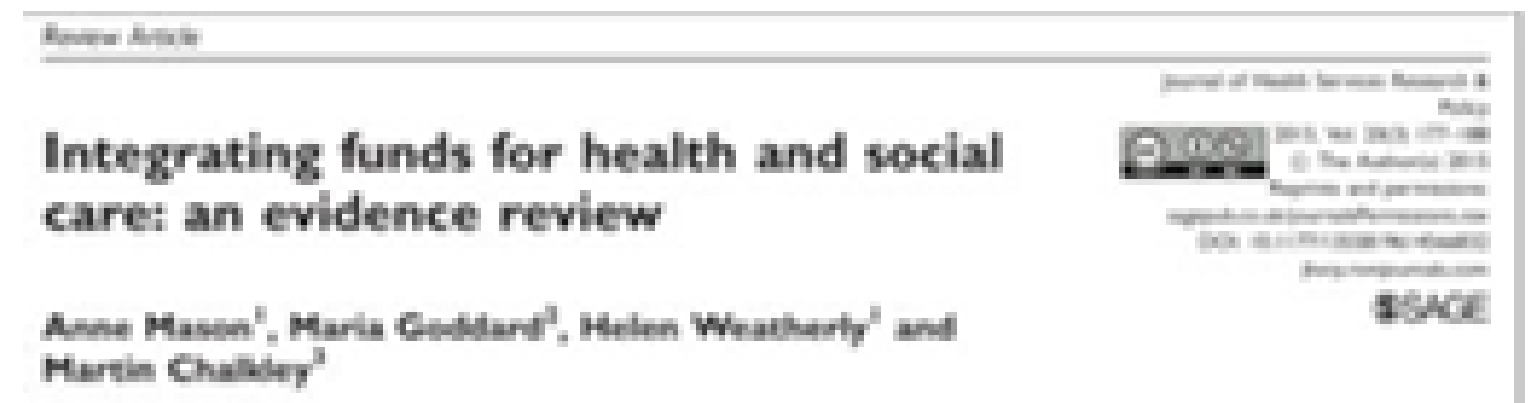


Se Mason et al. Integrated funds for health and social care: an evidence review. JHSRP, 2015, 20(3): 177-188.

Koordination og integration er ikke nemt

- Health and Wellbeing Boards oprettet i 2012 som samarbejdsfora for kommuner, Clinical Commissioning Groups (CCG) og patienter
- I 2015 **fællesøkonomi** svarende til ca. 3-5% af samlede budget. Økonomisk incitament til bedre sammenhæng
- Ingen effekt på forebyggelige akutte indlæggelser (ACSC), sengedage, skadesstuebesøg, ambulante besøg, genindlæggelse, total hospitalsomkostning. Eneste effekt: Længere indlæggelser for multisyge
- Integration er ikke nemt, skaber ikke nødvendigvis samarbejde og erfaringerne er blandede (Alderwick et al. 2021)
- Tre ud af 34 studier fandt positiv effekt på reduktion i omkostninger eller ydelser (Mason et al. 2015)
- **Ledelse er afgørende for at lykkes!**

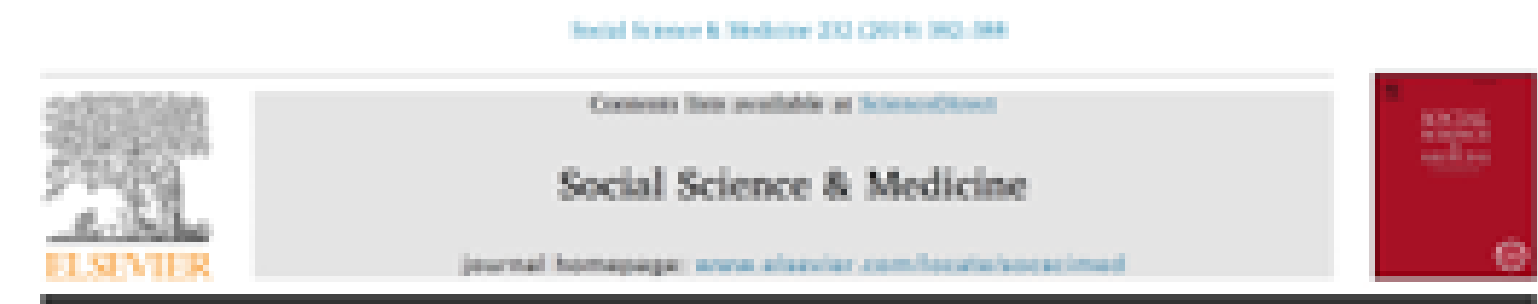
Kilde: Mickael Beck



Abstract
Objectives: Integrated funds for health and social care requirements. If integrated funds facilitate coordination and health and social care outcomes, reduce costs. In this article, we examine whether this potential.
Methods: We propose a framework based on age in promoting coordinated care, and review the evidence. We searched eight electronic databases and relevant we. We extracted data on the types of funding, integrated effects, and the barriers to implementation. We in

Will a new NHS structure in England help recovery from the pandemic?
The health policy challenges facing the NHS and government are enormous, but **Hugh Alderwick and colleagues** argue that a major reorganisation is not the solution

Hugh Alderwick,¹ Proebe Dunn,¹ Tim Gardner,¹ Nicholas Mays,² Jennifer Dixon¹
The NHS has just faced the most difficult year in its history. The arrival of covid-19 vaccines provides hope that the UK may bring the pandemic under control in 2021, but the NHS will feel the effects of covid-19 for many years. Serious short term challenges also remain: hospitals are under extreme
Proposals included removing requirements to competitively tender some NHS services, and establishing local partnership committees with power to make decisions on local priorities and spending. The proposals were designed to avoid a major reorganisation but risked replacing one set of
with another.¹ The plans were shelved but, new legislation is back on the NHS (England) has published expanded changes to the NHS after the pandemic.



Does pooling health & social care budgets reduce hospital use and lower costs?
Jonathan Stokes^{1,2}, Yiu-Shing Lee¹, Soren Rind Kristensen^{1,2}, Matt Sutton¹
¹Health Organization Policy and Economic, Centre for Primary Care and Health Services Research, University of Warwick, Warwick, UK
²Faculty of Medicine, Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, UK

ARTICLE INFO
Keywords:
Budget
Integrated care
Health care cost
Multisite
Health financing
Health policy
Expenditure of care

ABSTRACT
An increasing burden of chronic disease and multimorbidity has prompted experimentation with new models of care delivery that aim to improve integration across sectors and reduce overall costs through decreased use of secondary care. One approach to stimulate this change is to pool health and social care budgets to incentivise care delivery in the most efficient location. The Better Care Fund is a large pooled funding initiative gradually rolled up by local areas in England between 2014 and 2015. We explore the variation in timing of uptake to measure the short- (1 year) and intermediate-term (up to 2 years) effects of the Better Care Fund on seven measures of hospital use and costs from a cohort of 1.4 million patients continuously using national Hospital Episode Statistics. We test for differential effects on people with multimorbidity. We find no effects of budget pooling on secondary care use for the whole population; for multimorbidity patients the use of bed days increased in the short-term by 0.004 (95% CI) per patient per year. In the short-to intermediate-term, pooling health and social care budgets does not reduce hospital use or costs. However, pooling funds does appear to stimulate additional inpatient activity.

15 structure
Include a mix of aspirations, changes, and policy and legislative
15 structure is outlined with local layers
re and partnerships (Box 1).
Key proposals for new health system
gland
5 organisations will work with local
and others to organise and deliver health
care services in "places"—defined by

Hvad skal så ske

- Fokus på at understøtte LEON- og omkostningseffektive indsatser, men hvordan
 - Hvad er specialiseret nok til at skulle være på et hospital i fremtiden
 - Hvem understøtter og udarbejder "tech" først løsninger? Åbne linjer osv.
- Det primære sundhedsvæsen er en kompleks og sammensat størrelse
 - Hvis udflytning af opgaver – så krav om flere understøttende kompetencer
 - Hvem kan levere disse?
- Behov for mere sammenhæng
 - Eller taler vi om at flytte rigtig samme med fælles økonomi osv.....

Tak for opmærksomheden

Jakob Kjellberg

Professor

Email: jakj@vive.dk

