

Velkommen til



Ældrehospital Nordjylland

Værdibaseret Sundhed som inspiration til bedre sammenhængende forløb for den ældre i Region Nordjylland.

Gitte Klitgaard Kristiansen, Afsnitsledende sygeplejerske Geriatrisk afdeling

Jane Bettina Andersen, Afsnitsledende sygeplejerske Ortopædkirurgisk afdeling.

Aalborg Universitets Hospital.

Master Public Governance Aalborg Universitet 2021

Vejleder Professor, Ph.D. Per Nikolaj Bukh



Indhold

Abstract.....	3
1.0 Indledning	5
2.0 Det Danske Sundhedsvæsen	11
2.1 Finansiering af Det Danske Sundhedsvæsen	11
2.2 Den kommunale sundhedssektor	12
2.3 Praktiserende læge	14
2.4 Den regionale sundhedssektor	15
3.0 Forløbet for den ældre i RN.....	17
3.1 Eksempel på sammenhængende forløb for ældre i RN.....	19
4.0 Værdibaseret Sundhed som teoretisk ramme	20
4.1 The Value Agenda	21
4.2 Integreret Praksisenheder (IPU) komponent 1	22
4.3 Mål, outcome og omkostninger for patienten komponent 2.....	22
4.4 Økonomiske tildelinger via forløbstakster komponent 3	23
4.5 Integrer levering af sundhedsydelser komponent 4	23
4.6 Udvid den geografiske rækkevidde komponent 5	24
4.7 Skab en muliggørende IT-plattform komponent 6.....	24
5.0 Analyse med afsæt i VBS af det sammenhængende forløb for ældre i RN.....	25
5.1 Sundhedsstruktur i Nord – fra fragmentering mod sammenhæng.....	25
5.2 Ældrehospital Nordjylland – en integreret praksis enhed (IPU)	29
5.3 Geografisk rækkevidde af specialiserede ældremedicinske behandling	33
5.4 Integration af ældrebehandling mellem hospital, kommune og PL	35
5.5 Hvad har værdi for den ældre i RN, og hvad koster det?	44
5.6 Forløbsbaseret takster for den ældre i RN	54
5.7 IT som fundament for det sammenhængende forløb for den ældre	66
5.8 Sammenfatning af analysen med afsæt i VBS	68
6.0 Diskussion af analyse og resultater	69
7.0 Konklusion	75

8.0 Perspektivering.....	77
LITTERATURLISTE.....	79
Bilag 1 Udvalgte nøgletal på Sundheds området.	89
Bilag 2 ICHOM – outcome af værdi for ældre.	92
Bilag 3 Omkostninger, kapacitet og kapacitetsomkostningsrater for ressourcer tilknyttet den ældres sammenhængende forløb mellem hospital, kommune og PL.	93

Abstract

This Master in Public Governance examine how we can improve transition of care between hospital, home care and local physicians for older people in The Region of Jutland, Denmark.

We see challenges with re-admissions, to many preventable admissions and challenges in the transition from discharge to home care. The local physician needs time off from the hospital for counseling about the older people's complex care, and better care plans for continuing the specialized care from hospital to the primary settings. Home caregivers experience difficulty to care for the still earlier discharged older people where development in competence and capacity to receive and continue care is demanded.

This Master build on Value-based Health Care as presented by Michael E. Porter and others. The problem definition is whether it is possible to find better solutions for a coherent health care cycle for older people between hospital, home care and the local physician in The Region of Jutland, with inspiration from a Value-based health care, as an overall frame.

Essential findings are that we are in need of a common organization, where hospital, home care and local physician have shared decision-making power and shared financial basis. However, this is not realistic in the near future. That is why we suggest a Free Municipality experiment. Inspired by Value-based Health care we build and gather the specialized care for older people in The Geriatric Hospital in RN. The Geriatric Hospital is an integrated practice unit, where physicians care for the older people in a multidisciplinary access. The Geriatric Hospital is accountable for a geographical expanding of the specialized care to local hospitals, home care and the local physicians, by comprehensive discharge transition programs and rotation of physicians and caregivers.

Integration of the specialized care between hospital, home care and local physicians is possible by self-governing teams in the municipality lead by an advanced practitioner nurse. The local physician can re-design his practice into more specialist access by only seeing one or two patient undergroups, in this master only the older patient groups.

Value is the goal, and to make better coherent health care cycles, hospital, home care and the local physicians have to recognize what is of value to the older people. The value can be measured in outcome and has to be followed intensively

throughout the whole cycle of care between hospital, home care and local physicians.

The 3 health care organizations need to know how costly delivering health care is and if the cost follows the health care service delivery. We find that the Common Municipality Organization between hospital, home care and local physicians can use bundled payments to create further coherent cycles for the older people. When hospital, home care and local physicians receive one bundled payment for the full delivery of health care in their own setting they need to integrate care and participate in multidisciplinary teams to comply to their budget.

We conclude in this Master in Public Governance, that Value-based Health Care can inspire to better transitions of Care for older people between hospital, home care and local physicians in The Region of Jutland. We recognize that the Value-based frame cannot stand alone, as the need for bigger and more comprehensive changes in the organization and structure of the Danish Health Care system can be called for additionally.

1.0 Indledning

Denne opgave handler om forløb for de ældre i sundhedsvæsenet. Fokus er den ældres sammenhængende forløb mellem hospital, kommunal hjemmesygepleje (kommune) og almen praktiserende læge (PL) i Region Nordjylland (RN).

Vi er ansat i afdelingsledelser tæt på patientniveau, som afsnitsledende sygeplejersker på Aalborg universitetshospital (AUH). Vi er ledere i afdelinger, som har den ældre indlagt, og hvorfra de ældre udskrives til kommunen og til opfølgning hos PL. Vi har en interesse for ældregruppen, og erfaring med flere af de problemer, der kan opstå i det sammenhængende forløb for ældre mellem hospital, kommune og PL i RN.

Vi oplever, at der er problemer med at skabe sammenhæng i forløb for den ældre mellem hospital, kommune og PL. Vi ser, at den ældre indlægges akut efter et længere forløb hos PL, som har forsøgt at behandle den ældres komplekse problemstillinger. Koordinering af den ældres udskrivelse fra hospital til kommune kan være behæftet med fejl, hvor stafetten ikke bliver givet videre til kommune og PL, så de kan følge op på den ældres behandling. Behandlingsplanen fra hospitalet kan være mangelfuld, og PL kan have svært ved at fortsætte behandlingen efter udskrivelse. Vi oplever, at den ældre udskrives langt hurtigere end tidligere. PL og kommunen forventes at tage ansvar for behandling af den ældre, som er mere kompleks dårlig ved udskrivelse end tidligere. Vi oplever, at den ældre genindlægges akut inden for 30 dage efter udskrivelse med sundhedsproblemer relateret til det nyligt overstået hospitalsforløb. Vi hører PL og kommune give udtryk for, at speciallæger på hospitalet ikke er tilgængelige til sparring omkring vores fælles patient, hvorfor de ikke ser anden udvej end at indlægge/genindlægge den ældre. Vi oplever, at forskellige IT-systemer i de 3 organisationer giver udfordringer med den fælles kommunikation om den ældres forløb. Vi oplever, at ressource og kapacitets problematikker omkring de ældres forløb består både på hospitalet, i kommunen og hos PL. Hospitalet skal udskrive hurtigere, så der bliver plads til den næste ældre i sengen, kommunen kan ikke tage imod den ældre, fordi der mangler kompetencer eller aflastningspladser, og PL har ikke kapacitet til at varetage den ældres komplekse problemstillinger. Samtidigt oplever vi, at kompetencerne ikke er klar til at tage imod de mere komplekse hurtigt udskrevne ældre i den kommunale sektor, hvorfor den ældre genindlægges.

Problemet med manglende sammenhæng i patientforløb på tværs af hospital, kommune og PL har været kendt længe. Politisk er der gennemført flere reformer med det formål at skabe sammenhæng i det danske sundhedsvæsen.

Strukturreformen i 2007 (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2005, side 22) ændrede de offentlige sundhedsopgaver mellem den kommunale og regionale sektor, hvor kommunerne fik ansvar for genoptræning, forebyggelse af sygdom og for ældreplejen. Regionerne fik ansvar for sygehusdrift og for de almene praksisområder samt regional udvikling. Det nationale kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet kom i 2016 (SUM 2018), Sammenhængsreformen i 2018 og i 2019 kom forslaget til Sundhedsreformen (Regeringen 2019). Reformerne kom med forskellige løsninger til bedre sammenhæng i Sundhedsvæsenet mellem kommuner og regioner. Sundhedsreformen havde forslag til anden struktur og organisering af sundhedsvæsenet, men blev ikke gennemført på grund af regeringsskifte. De andre reformer kom med flere konkrete løsningsforslag som forløbskoordinatorer, forløbsprogrammer for kroniske forløb, kræftpakkeforløb og praksiskonsulentordningen (Martin 2010), samt tværsektoriel stuegang, tværsektorielle tavlemøder og udgående teams fra sygehuset (SUM 2018).

Disse løsninger og andre gode initiativer er på forskellig vis implementeret i DK for at løse manglende sammenhæng for den ældre i sundhedsvæsenet. I Regionerne har man flere steder implementeret udekørende ældremedicinsk teams fra hospital til den ældres eget hjem (jf. Voss 2009). I kommunerne har man flere steder indført fremskudt visitation, hvor kommunen sender visitatorer ind på hospitalet for at koordinere udskrivningsforløb for særligt svækkede ældre (Buch m. fl. 2016). Der er også mellem flere kommuner og hospitaler etableret en Brobygger-sygeplejerske (Buch m. fl. 2016). I RN har man samarbejdet tværsektorielt om den ældres polyfarmaci (brug af mange lægemidler på samme tid), hvor korrekt medicinering i det Fælles Medicinkort (FMK) og i epikrisen har været i fokus for at skabe sammenhæng i den ældres medicin (Ballegaard & Jacobsen 2019).

De ældre og deres pårørende oplever stadig manglende sammenhænge. Benchmarkingsenheden (SIMB 2019) fandt i deres undersøgelse af borgers tilfredshed med tværsektorielle overgange mellem hospital, kommune og PL, at ca. hver 10 var utilfredse med overgangen. Utilfredsheden handlede blandt andet om manglende information mellem de forskellige parter og manglende viden i den kommunale sektor om borgerens hospitalsforløb. Kontakten til PL fungerede, når det var en planlagt kontrol efter et forløb, hvorimod borgerne var utilfredse med PL's håndtering af akutte tilstande (SIMB 2019, side 3-4). I den årlige Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed (LUP 2018) er spørgsmålet om; *hvorvidt patienterne oplever, at afdeling og kommunal pleje samarbejder om udskrivelsen (spørgsmål 32)*, et af de spørgsmål med dårligste vurdering i undersøgelsen. Hele

14% af 88000 besvarelser tilkendegiver, at der ikke samarbejdes på tværs omkring udskrivelse.

På trods af flere implementeret løsninger i DK og RN, både på overordnet politisk og strukturelt niveau samt på patientniveau i hver enkelt organisation, så oplever både politikere, sundhedsprofessionelle samt den ældre og dennes pårørende, at der ikke er sammenhæng i de ældres forløb mellem hospital, kommune og PL. Som ledere, tæt på de indlagte ældre, ser vi dagligt problemerne med at skabe sammenhæng for den ældre mellem hospital, kommune og PL i RN. Hvordan kan vi gøre det bedre for de ældre i sundhedsvæsenet? Kan vi blive inspireret fra steder, både i DK men også internationalt, hvor man har gode erfaringer med at skabe sammenhængende forløb for de ældre i sundhedsvæsenet?

I den vestlige verden er der fokus på Value-based Healthcare, på dansk Værdibaseret Sundhed (VBS), som blev præsenteret af Porter og Teisberg tilbage i 2006 (jf. Porter & Teisberg 2006). VBS er en organisationsteori, hvor målet er at forandre organiseringen af sundhedsvæsenet, så vi ændrer måden, vi leverer sundhedsydelser på (Porter & Lee 2013; Porter m.fl. 2013). VBS sætter værdi for patienten, som det overordnede mål i sundhedsvæsenet, hvor der styres efter bedste outcome for patienten til det laveste omkostningsniveau (Porter & Lee 2013).

I 2016 startede Danske Regioner med projekter inden for VBS (Danske Regioner 2018). I alt 8 projekter som alle arbejdede med outcome mål og Patient Rappor- teret Outcome Målinger (PROM), nogle med opgørelse af omkostninger i patientforløb og nogle med nye afregningsmodeller. I RN er der erfaringer fra projektet i Farsø med værdibaseret styring af ortopædkirurgiske patienter, som skal have nyt knæ eller hofte (Bjerregaard m.fl. 2019). Gennemgang af tidligere patientforløb og patientoplevelser dannede fundamentet for udvælgelse af 6 outcome mål, som blev grundlaget for en prædiktionsmodel, der forudser patientens behov i efterforløbet (Moll 2018). Modellen anvendes som beslutningsværktøj mellem læge og patient til valg af rette behandling. Projektet viste, at outcome målinger samt forståelse af hele patientforløbet kan skabe værdi for patienten i form af den rette individuelle behandling. Styringsmæssigt gav det afdelingen mulighed for at følge kvaliteten i leverede sundhedsydelser og estimere ressourcetrækket (omkostningerne) til patientgruppen (Bjerregaard & Christensen 2018). Der blev i projektet arbejdet med outcome og PRO data, omkostninger og IT-systemer frem mod at skabe mere værdi for patienterne foreneligt med VBS.

VBS-projekterne i DK har haft mest fokus på værdien for patienten, og mindre fokus på styringen af sundhedsvæsenet. Der er arbejdet med værdi for patienten og PRO data, og ikke så meget med at ændre organiseringen, styre efter outcome og kende omkostningerne i hele patientforløbet (Danske Regioner 2018). KORA har evalueret de danske VBS-indsatser og vurderet, at der ikke arbejdes med VBS i sin helhed, men i højere grad med outcome og PRO data (Højgaard m. fl. 2016). De regionale VBS-indsatser inddrager ikke kommunerne og PL, hvilket kan undre, da VBS netop handler om at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet på tværs af organisatoriske grænser og strukturelle barrierer.

Fra DK kigger vi mod andre lande for at finde inspiration til at skabe bedre sammenhængende forløb for de ældre. Sverige har erfaringer med implementering af VBS i deres sundhedsvæsen. I 2013 startede Karolinska Universitetshospital projekter op med afsæt i VBS (Nilsson m.fl. 2017). Fokus var at måle sundheds outcome for patienterne på hospitalet. Hospitalet havde mange komplekse og ældre patienter indlagt, som havde behov for kontakt til PL og kommune i deres forløb. Der var for mange genindlæggelser på grund af smerter, utryghed, manglende kommunikation mellem hospital og kommune, og patienterne kunne ikke få hjælp, hvis der opstod problemer efter udskrivelse (2017). Processerne blev analyseret ud fra VBS-tankegangen. Der viste sig, at en stor del af patienterne faktisk ikke var indlagt på den afdeling, som var specialister i patientens lidelse. Der blev med afsæt i VBS iværksat flere pleje outcome målinger, som antal genindlæggelser, antal indlæggelsesdage, indlagt på rette afdeling og rette opfølgning efter udskrivelse. Fra Karolinska Universitetshospital kan vi inspireres til at planlægge den rette behandlings- og plejeproduktion ud fra outcome resultater, da dette gav bedre kommunikation mellem hospital, kommune og PL, bedre tidlig opsporing af sygdomsudvikling i kommunen, og udvikling af fælles tværsektorielle standardiseret plejeforløbsplaner for de største patientgrupper (2017).

Schön Klinik i Tyskland har tidlige erfaringer med VBS (Porter m.fl. 2012). Resultater af outcome målinger er et overordnet styringsmål i klinikken, og er offentlig for alle, både ansatte og patienter. Fokus på værdi for patienten satte andre VBS-tiltag i gang, og klinikken startede i 2009 med de første aftaler med Sundhedsforsikringsselskaberne omkring forløbstakster. Resultatet viste sig i form af et fald i antallet af gennemsnitlige indlæggelsesdage på 7 dage og færre genindlæggelser. I 2011 blev også præ- og postbehandling indlemmet i forløbstaksten, så taksten dækkede hele patientens forløb. Dette skete gennem integreret levering af sundhedsydelserne mellem hospitalerne og privat praktiserende læger. Klinikken

arbejdede med en multidisciplinær tilgang til patienterne og fælles IT-systemer foreneligt med VBS-tankegangen. Schön Klinik kan være et eksempel på en klinik, som har arbejdet med en integreret tilgang til levering af sundhedsydelser, hvor PL inddrages. De har skabt VBS inspireret organisationsforandringer, og Schön Klinik gik fra 9 hospitaler til 15 hospitaler fra 2000 frem mod 2012. De vandt i 2012 en pris i Tyskland for deres opnået outcome resultater.

Når vi taler om VBS, kan vi blive inspireret af Mayo Clinic, USA. Mayo Clinic består af flere integreret teambaseret enheder med en multidisciplinær tilgang til patientbehandling og pleje (McCarthy m. fl. 2009). De har organiseret deres levering af sundhed på en måde, der giver mulighed for teambaseret samarbejde og ansvarlighed for den ældres hele forløb fra hospital til kommune og PL (2009). Vi vil i opgaven lade os inspirere af Mayo klinik, da de har et stort fokus på det sammenhængende forløb for den ældre, blandt andet gennem deres integrerede overgange i Mayo Clinic Care Transition program (MCCT), hvor ligeværdigt ansvar for hele forløbet mellem hospital, kommune og PL er udgangspunktet (Takahashi m. fl. 2020).

Cleveland Clinic fællesskaber i USA har implementeret VBS i deres mange enheder, som har skabt forbedringer i outcome og tilfredshed for klinikkens patienter (Cleveland Clinic 2016). Ligesom Mayo Clinic arbejder de med at integrerer behandlingen i de forskellige overgange, hvor der leveres sundhedsydelser til patienterne. Visse steder ejer Cleveland Clinic sundhedshuse, hvor tilgangen er multidisciplinær med deltagelse af PL, specialpraktiserende læger, diætister, sygeplejersker, farmaceuter og fysioterapeuter. De har ansvar for at koordinere hele den ældres behandling og pleje i kommunen (Cummings m.fl. 2013). Cleveland Clinic ejer et farmaceutisk team, som varetager den medicinske behandling for blandt andet ældre i eget hjem efter udskrivelse. Teamet er i 8 stater, hvor de fysisk kommer ud i hjemmene, samtidigt med de samarbejder med hjemmesygepleje firmaer (Labson 2015). I stil med Mayo har Cleveland Clinic siden 2010 et Heart Care at Home Program, som integrerer den ældres fortsatte hjertebehandling i hjemmet efter udskrivelse. Programmet samler relevante sundhedsudførere omkring hjertepatienten, som kan være med til at sikre en effektiv opfølgning og akut løsning af problemer efter udskrivelse (Gorodeski m.fl. 2013).

Litteraturen viser erfaringer med VBS og bedre sammenhæng i patienters forløb mellem hospital, kommune og PL. Vi er bevidste om, at sundhedssystemerne i USA og Tyskland er forskellige fra DK, og derfor ikke er muligt direkte at overføre

erfaringerne til DK og RN. Vi vil alligevel søge inspiration til at skabe sammenhæng for de ældre i RN fra de internationale erfaringer uagtet forskellige sundhedssystemer. Mayo Clinic og Cleveland Clinic i USA ligger nummer 1+2 på verdensranglisten i 2020 over bedste hospitaler, og Karolinska Hospital i Sverige nummer 10 (Newsweek 2021). Om det skyldes deres VBS tilgang til sundhed skal vi lade være usagt.

I opgaven undersøges, om der med inspiration fra litteraturen og fra teorien om VBS kan skabes bedre sammenhæng for de ældre mellem hospital, kommune og PL i RN. Kan vi ændre måden, vi leverer sundhedsydelser på i RN, så det skaber bedre sammenhæng for den ældre? Porter har en model til at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet, som i varierende grad er afprøvet og implementeret både internationalt og i DK. Vi vil i denne opgave tage afsæt i VBS og undersøge, om VBS kan inspirere til en løsningsmodel hen mod bedre sammenhængende forløb for den ældre i RN.

Problemformulering for denne opgave lyder således:

Kan der med afsæt i VBS, som overordnet ramme, findes løsning til bedre sammenhængende forløb for den ældre mellem hospital, kommune og praktiserende læge i RN?

Formålet med denne opgave er at anvende udvalgte begreber fra Porters teori om VBS, og analysere om de kan inspirere til løsninger til et bedre sammenhængende forløb for de ældre mellem hospital, kommune og PL i RN? Den ældres forløb gennem sundhedssystemet i RN er vores praksisproblem, som vi vil analysere ud fra Porters VBS's begreber og teoretiske model om TVA. Desuden vil vi inddrage inspiration fra steder, hvor de har skabt bedre sammenhænge for de ældre. Vi tager udgangspunkt i RN, men problemet med manglende sammenhæng i sundhedsvæsenet kan være tilstede i alle regioner i DK. Vi forventer, at resultaterne af denne opgave også vil kunne have relevans for resten af DK.

I afsnit 2.0 beskrives det danske sundhedsvæsens struktur, organisering og finansiering herunder fokus på RN. I afsnit 3.0 beskrives patientforløbet for den ældre mellem hospital, kommune og praktiserende læge i RN. VBS som teori fremstilles

i afsnit 4.0, herunder centrale begreber og modeller, som udvælges fra teorien for at kunne analysere vores praksisproblem. Afsnit 5.0 er opgavens analyseafsnit, hvor vi med afsæt i teori om VBS, andre relevante teorier og inspiration fra litteraturen, vil undersøge om der kan skabes bedre sammenhæng for de ældre mellem hospital, kommune og PL i RN. Afsnit 6.0 indeholder en diskussion af vores resultater. Afsnit 7.0 er konklusion og afsnit 8.0 er en perspektivering.

2.0 Det Danske Sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen skal ved lov sikre let og lige adgang til sundhedsydelser, høj kvalitet i behandlingen og sammenhæng i sundhedsydelserne for alle borgere, som er tilmeldt folkeregistret i DK. (Sundhedsloven 2019 § 2+7). Det Danske sundhedsvæsen opdeles i primær og sekundær sundhedssektor, som refererer til hhv. kommunal og regional sundhed (Den store Danske). Der anvendes i denne opgave betegnelserne kommunal og regional sundhedssektor.

2.1 Finansiering af Det Danske Sundhedsvæsen

Finansieringsmodellen for sundhedsvæsenet består overordnet af det statslige bloktilskud, nærhedsfinansiering, kommunal medfinansiering af regionerne og mellemregional afregning (Danske regioner 2020). Bloktilskuddet, også kaldet populations- eller kapitafinansiering (Smith 2008) tildeles som en basisbevilling ud fra alders- og socioøkonomiske kriterier, og udgjorde i 2020 i alt 100 mia. Bloktilskuddet finansierer ca. 80% af regionernes udgifter til sundhed (SIM 2020). Nærhedsfinansiering blev vedtaget i 2019, for at skabe økonomisk incitament til sammenhæng og omstilling af behandling mellem hospital, kommune og PL (Danske Regioner 2020). I praksis har det endnu ikke fået nogen betydning, men puljen udgør ca. 1-2 % (1-2 mia.) af regionernes udgifter, men modtages kun hvis der udmøntes på udvalgte kriterier (Danske Regioner 2020).

Den kommunale medfinansiering (KMF) af regionernes sundhedsudgifter, er en tildeling bestemt ud fra aktivitet (Refnov 2018), og skal skabe incitament i kommunerne til at forebygge indlæggelser og ambulante besøg ved at fokusere på forebyggende sundhed, rehabilitering og hjemmepleje (SUM 2020A). KMF udgør ca. 18% af regionernes budget. I 2018 kom der en aldersdifferentiering, som betød, at de ældres kontakt med det regionale sundhedsvæsen udløste en højere KMF takst. Begrundelsen var, at kommunerne forventes at have regelmæssig kontakt til de ældre borgere via hjemmeplejen og PL, hvorfor forebyggelse af indlæggelser skulle være mulig (SUM 2020B).

Afregning fra regionerne til hospitalerne kan variere i DK. I RN sker tildelingen til hospitalerne fra 2018, som en rammetildeling ud fra sidste års budgetter (SUM m.fl. 2018). Rammetildeling er en samlet afregning for ydelser i et vist tidsrum (Refnov 2018). Hospitalerne tildeler til klinikkerne ud fra historiske budgetter reguleret ud fra økonomiaftaler og udgiftspres (SUM m.fl. 2018). Klinikkerne tildeler herefter budget til afdelingerne ud fra sidste års budgetter justeret for omstilling og aktivitet (Ref. Klinikøkonom i egen klinik). Afdelingsledelserne på hospitalerne har ansvar for overholdelse af budgetterne (SUM m.fl. 2018).

Kommunerne finansieres hovedsageligt af de kommunale skatter 71%, og det statslige bloktilskud (population) 21%, resten er mest refusioner fra staten (jf. KL 2017, p. 6). Kommunalbestyrelsen vedtager, hvordan årets budgetter bevilliges (Danske Love §40), herunder også hvor stort et budget ældreområdet modtager.

2.2 Den kommunale sundhedssektor

Er kendetegnet ved nær og åben adgang for borgeren og lav specialisering. PL, den kommunale hjemmesygepleje, praktiserende speciallæger, tandlæger og apoteker varetager de kommunale sundhedsopgaver. Kommunerne har det samlede ansvar for al genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse, hovedansvaret for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats til patienten og ikke mindst ansvar for ældreplejen i DK.

Hjemmesygepleje og rehabilitering

Hjemmesygeplejen varetager komplekse og forebyggende plejeopgaver, ofte i samarbejde med andre faggrupper, herunder også ufaglærte grupper. Fokus i denne opgave er de ydelser som leveres under §83 (Retsinformation 2014), som både indeholder sundhedsydelser (personlig pleje, sygepleje) og andre serviceydelser som rehabilitering og praktisk hjælp. Vi ved, at der i §83 ligger ydelser, som ikke udføres af sundhedsprofessionelle, men i denne opgave anvendes en udvidet opfattelse af paragraffen. Samlet kaldes alt under §83 for sundhedsydelser, da vi betragter det, som de samlet ydelser der foregår omkring den ældre, der er sundhedsudfordret. Kommunens tildelingsmodel til §83 sundhedsydelser er ud fra Bestiller-Udfører-Modtager-model - modellen (BUM) (Den store danske). Modellen kan forklares ud fra Peter Smiths model (2008, p. 1), hvor Bestiller er myndighed, som beslutter og køber sundhedsydelserne, Udfører af sundhedsydelser er dem, der leverer sundhedsydelserne, og Modtager er f.eks. den ældre.

Myndigheden skal vurdere borgerens behov, og ud fra kommunens serviceniveau visitere f.eks. den ældre til sundhedsydelser (Den store Danske). Udfører kan være Sygepleje, hjemmepleje, rehabilitering og praktisk hjælp. Udfører kan både være af offentlig eller privat karakter (ikke rehabilitering). I kommunen kan den ældre modtage sundhedsydelser på flere lokationer, alt efter den ældres funktionsniveau. Den ældre kan visiteres til en plejebolig, som er varig bopæl (SUM 2017), midlertidige ophold efter et indlæggelsesforløb (Borger.dk) eller til hjemmesygepleje i eget hjem. Kommunerne skal iht. Serviceloven tilbyde personlig hjemmepleje til personer med nedsat funktionsevne, der bor i egen bolig. Kommunerne skal ligeledes tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne. Rehabiliteringsforløb vil typisk foregå integreret med hjemmeplejen, og på tværs af faggrupper (VIVE 2020).

Organisering, visitation og budgetmodeller i kommunen

Kommunerne i DK har organiseret leveringen af sundhedsydelser mere eller mindre på to grundmodeller (KL 2013). Som *funktionsbærende enheder*, hvor sygeplejen, hjemmeplejen, rehabilitering og praktisk hjælp og i nogle tilfælde plejecentre kan være organiseret under hver deres ledelse. Det vil sige, at de sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter (SOSA), fysio- /ergoterapeuter og ufraglærte, som varetager den ældres behandling, kan være organiseret i forskellige enheder med forskellige ledelser og økonomi. Det kan også være en *integreret ordning*, hvor udfører af sundhedsydelser er under samme ledelse (2013). I 2014 viste en undersøgelse af 51 kommuner, at 47% var organiseret i funktionsbærende enheder og 51% i en integreret sygepleje model (KL 2014).

Visitation af §83 ydelser til den ældre kan varetages på forskellig vis i kommunerne. *Central visitation* hvor visitations myndighed i kommunen centralt visiterer til sundhedsydelser (både sygepleje og hjemmepleje), og der vil ofte være et ydelseskatalog, hvori ydelsernes frekvens og tidsramme er opstillet (KL 2014, p. 6-10). Central visitation er ofte i de kommuner hvor der er integreret hjemmesygepleje, og kan give mere ensartethed i ydelserne, bedre styring med hjemmesygeplejen i forhold til ressourcer og kvalitet, men kan synes langt væk fra praksis. *Selvvisiterende sygeplejersker* er den hyppigste visitationsform i DK og oftest der, hvor sygeplejen er en selvstændig funktionsbærende enhed (2014, side 6-10). Det kan give uensartethed i behandlingen af patienten, da der er mange faglige meninger blandt de sygeplejersker, der visiterer til sundhedsydelserne.

Central visitation med decentral udmøntning (KL 2014, p. 6-10) indebærer en centralt sat ydelsesramme, indenfor hvilken sygeplejen kan udmønte den visiterede behandling. Der visiteres altså ikke til en enkelt sygepleje ydelse, men en ramme, inden for hvilken sygeplejersken kan visitere relevant ydelse. Vigtigste element i denne visitationsform i forhold til *Selvvisiterende sygeplejersker* er en tæt opfølgning i forhold til effekten af de ydelser sygeplejersken visiterer.

Der er flere eksempler på budgetmodeller i kommunerne, og valgte model hænger sammen med den organisering, der er i respektive kommuner. Hvis kommunen har en *integreret ordning* med sygepleje og hjemmepleje organiseret i sammenhæng kan det være en budgetmodel med en samlet ramme for enheden, hvor der sker en aktivitetsbaseret fordeling mellem sygepleje og hjemmeplejen. Kommunen kan også vælge at tildele sygeplejen et rammebudget, som er en samlet afregning ydelser i et vist tidsrum (Refnov 2018), hvorfra der afregnes for aktiviteter i hjemmeplejen (KL 2014). Er kommunens hjemmesygepleje organiseret som *funktionsbærende enheder*, vil der kunne tildeles et rammebudget til sygeplejen uden afregning til hjemmeplejen eller tildeles et rammebudget til sygeplejen med afregning til hjemmeplejen (2014).

I RN er der oprettet sundshuse, som har til formål at samle forskellige sundhedsaktører, som PL, special praktiserende læger, men også kommunale og regionale sundhedsfunktioner. Det giver mulighed for at være fælles om personale som sygeplejerske, diætist, sekretærer, bioanalytikere og farmaceuter. Formålet er at skabe bedre sammenhæng i sundhedsydelserne (Region Nordjylland 2018).

2.3 Praktiserende læge

PL er organiseret som selvstændig erhvervsdrivende, og har overenskomst med regionerne, som har ansvar for PL dækning, afregning og kvaliteten af almen praksis (PLO m.fl. 2018). PL er bindeleddet i kommunal regi, og betragtes som en del af den kommunale sektor, trods driftsoverenskomst med regionerne. PL kan henvise patienten til behandling på sygehus og ser patienten til opfølgning efter et sygdomsforløb. PL er den ældres "Egen Læge", som kender den ældre, og er den primære kontakt for patienten omkring sundhedsudfordringer. PL arbejder enten i solopraksis eller i integreret lægehus med andre, og der er ofte ansat sygeplejerske og lægesekretær. I DK ser PL alle diagnoser i sin praksis, altså både medicinske, kirurgiske, børn, fødende kvinder og ældre (PLO m.fl. 2018). PL's funktion er en selvstændig varetagelse af behandling af størstedelen af de

helbredsproblemer, som den ældre henvender sig med, herunder også akut behandling (2018). PL skal være generalist, tovholder og gatekeeper i forhold til hospitalerne. Afregning mellem PL og region sker dels i mindre grad via tildeling per patient per måned (population), og i stor udstrækning tildelinger for ydelser også kaldet fee-for-service, som er takster som PL modtager for hver enkelt ydelse han leverer til den ældre (Refnov 2018). PL er underlagt et loft på ydelsesudgifter, så der kun sker budgettildeling op til et 25% højere ydelsesforbrug i forhold til en forudsagt baseline (PLO m.fl. 2018). PL er i RN organiseret i PLO-R, som varetager PL's faglige og økonomiske interesser i RN.

2.4 Den regionale sundhedssektor

De regionale ansvarsområder inden for sundhed omhandler sygehusdrift, psykiatri, almen PL og privat praktiserende speciallæger. I denne opgave fokuseres på sygehusdrift og PL. På sygehusene varetages den komplekse og specialiserede behandling, som kræver akut eller specielle sundhedsfaglige kompetencer. Sygehuse opdelers sig i sygdomsspecifikke specialer, som f.eks. ældremedicin, Ortopædkirurgi og hjertemedicin. Der er til hvert speciale tilknyttet selvstændige sengeafsnit, ambulatorier, operations stuer/behandlingsrum. Der er ansat læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, kliniske farmaceuter, diætister og fysio- og ergoterapeuter til at varetage de sundhedsfaglige udfordringer for patienterne. Læger og sygeplejersker er selvvisiterende forstået på den måde, at de ud fra fagligheden kan beslutte, hvilken behandling den enkelte ældre tilbydes på sygehuset.

Region Nordjylland struktur

Profilplanen for de nordjyske hospitaler skal skabe tydelighed samt sætte fokus på arbejdet med *"det nære og sammenhængende sundhedsvæsen"*. Profilplanen omfatter AUH med dertilhørende lokalsygehuse i Thisted, Hobro og Farsø samt for Regionshospital Nordjylland (RHN) i Hjørring og Frederikshavn (Region Nordjylland 2021). AUH og RHN har hver deres hospitalsledelse. Den specialiserede behandling udføres på AUH, som skal varetage alvorligt syge og tilskadekomne, der har brug for en akut indsats, som kan sikre en relevant behandlingsplan. Der er på AUH ældre indlagt, oftest ud fra optageområde.

Lokalsygehuset i Thisted fungerer som et akutsygehus for kirurgiske og medicinske borgere, der har brug for behandling i deres nærmiljø. Hospitalet har en bred medicinsk funktion, hvor ældre indlægges samt modtager ambulant behandling.

Lokalsygehuset i Hobro har en stærk medicinsk profil, og deres fokus er på patienter med flere samtidige kroniske sygdomme. Hobro har ældre patienter indlagt. Målet er at kunne tilbyde tværfaglig tilgang for at sikre helhedsvurdering af flere symptomer og behandlinger på samme tid (2021).

Lokalsygehuset i Farsø har en stærk planlagt ortopædkirurgisk profil med dertilhørende skadeklinik. Et Diagnostisk Center som udreder og diagnosticerer patienter med uspecifikke symptomer. Farsø har tilknyttet et specialiseret palliativt sengeafsnit for patienter med uhelbredelige og livstruende sygdomme.

Regionshospitalet Nordjylland (RHN) betragtes som "Vendelboernes hospital", hvor man skal være ualmindeligt god til det almindelige, men med specialfunktioner. Hovedmatriklen i Hjørring udgør en stor del af Region Nordjyllands akutkapacitet, hvor den skal være akuthospital for både kirurgiske og medicinske borgere på basisniveau. Lokalsygehuset i Frederikshavn har en stærk planlagt ortopædkirurgisk profil samt andre specialer såsom urologi og neuro-rehabilitering. Der drives ligeledes en lægeklinik i samarbejde mellem hospitalet og privat praktiserende læger på hospitalet (Region Nordjylland 2021).

Profilplanen lægger ikke op til, at der er hospitaler, som skal have specialistfunktion i forhold til de ældre, men en bred tilgang på alle de nordjyske hospitaler, hvor de ældre oftest indlægges efter optageområde. Hobro fremhæves som en stærk medicinsk profil af kroniske sygdomme, men ikke specifikt kun til ældregruppen. I ældremedicinsk afdeling på AUH har man ældre medicinske patienter indlagt. Med blot 10 ældremedicinske senge, er de indlagte ældre spredt rundt på AUHs forskellige sengeafsnit alt efter, hvilken af den ældres lidelser, der er årsag til indlæggelsen. Ønsker en afdeling, at Ældremedicinske læger tilser den ældre, skal afdelingen bede om et tilsyn fra Ældremedicinsk afdeling. RHN varetager den almindelige behandling af den ældre. RHN har ældre akut medicinske patienter indlagt på hospitalet i Hjørring, hvor man også har en ældremedicinsk afdeling med 14 senge. Begge ældremedicinske afdelinger tilbyder den samme behandling og pleje til den ældre i RN.

3.0 Forløbet for den ældre i RN

I dette afsnit visualiseres et sammenhængende forløb for den ældre mellem PL, hospital og kommune. Vi har valgt at bruge betegnelsen "den ældre" i hele forløbet i stedet for patient og borger, som ellers er betegnelserne i hhv. hospital og kommune. Det er den ældre i RN, som allerede har kontakt til kommune og PL fordi der er et behov for §83 sundhedsydelser samt behandling hos PL. Den ældre medicinske patient er den ældre over 65 år og kan have flere af nedenstående kendetegn:

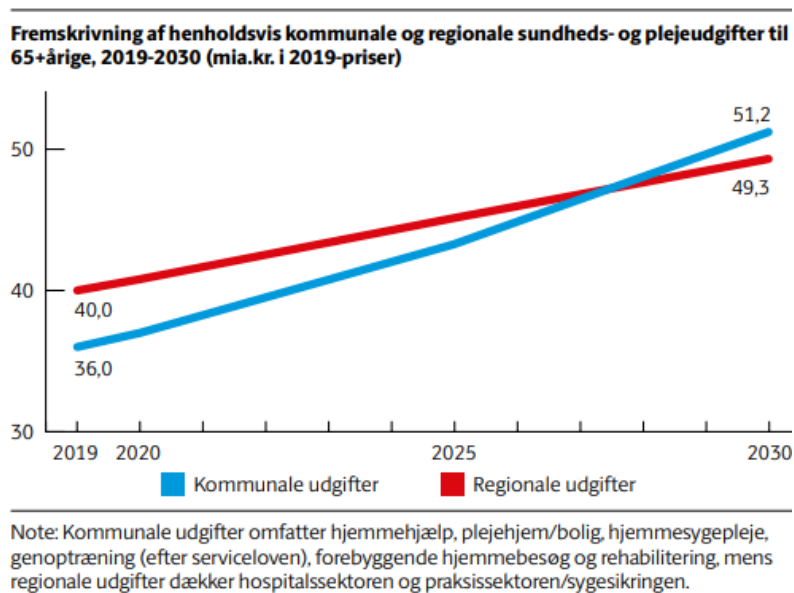
Den ældre medicinske patient er en skrøbelig ældre, som ofte har høj grad af comorbiditet, altså samtidig eksistens af 2 eller flere sygdomme (Volker m.fl. 2017, p. 369) som hjertesvigt, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), demens, diabetes eller kræft (2017, p. 470). Dertil har den ældre ofte det der kaldes ældre medicinske syndromer, som ikke kan passe ind i specifikke sygdomme. Syndromerne kan være immobilitet, ustabilitet, faldtendens, hæmmet kognitiv forståelse, inkontinens, sensoriske forstyrrelser og afhængighed i dagliglivets aktiviteter (2017, p. 470). Derudover har den ældre ofte yderligere kompleksitet i form af flere behandlings- og pleje kontakter, polyfarmaci, ensomhed og manglende omsorgspersoner, dårlig social støtte og manglende viden hos sundhedsprofessionelle om den ældres behov og sundheds-/sygdomsprofil (2017, p. 471).

Andelen af ældre over 65 forventes at stige markant over de næste år, som citat fra Dansk statistik her viser:

"Danmarks Statistiks seneste befolkningsfremskrivning viser, at befolkningen forventes at vokse med 279.000 eller 4,8 pct. over de næste ti år. Det er primært de allerældste, der bliver flere af. Alene gruppen af over 80-årige forventes at vokse med 150.000 personer i løbet af de næste ti år svarende til 58 pct. flere end i dag. Gruppen af 65-79-årige forventes at vokse med 58.000 og dermed være 7 pct. større end i dag." (DST 2018).

Nøgletal fra Sundhedsstyrelsen (2020) viser, at for ældre over 65 år uden kontakt til kommunale indsatser, der oplever 10% indlæggelser. Hvis den ældre modtager 1 indsats fra det kommunale, så stiger antal af indlæggelser til 32%, og hvis den ældre modtager 4 indsatser, så stiger indlæggelserne for denne ældregruppe til 72% (Bilag 1, tabel 1). For genindlæggelser er det de ældre patienter over 65 år, som tidligere har været indlagt på en medicinsk afdeling eller med kroniske tilstande, der har den største rate af genindlæggelser i forhold til antal af kommunale indsatser. Henholdsvis 32% og 21 % af medicinske og kronisk syge ældre

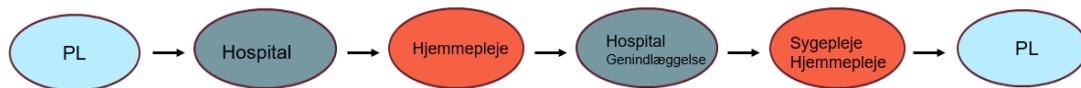
med 4 kommunale indsatser har haft mindst én genindlæggelse inden for 30 dage efter et indlæggelsesforløb (Bilag 1, tabel 2). Der er årligt i RN omkring 6.000 indlæggelser af akut indlagt ældre, hvoraf cirka halvdelen bliver genindlagt (Aalborg Universitetshospital 2020). Nogle af indlæggelserne og genindlæggelserne kan være forebyggelige indlæggelser, som sker på baggrund af diagnoser som væskemangel, forstoppelse, blærebetændelse, knoglebrud, lungebetændelse, ernæringsproblemer med flere (jf. SIMB 2018, p.6). Der ses samme billede som med genindlæggelser, at det er de ældre med medicinsk indlæggelse og/eller kroniske tilstande og kommunale indsatser, der har højere risiko for at blive indlagt med diagnoser, som burde være forebyggelige indlæggelser (bilag 1, tabel 3). Ældre medicinske patienter over 65 år og plejehjemsbeboere over 65 år har gennemsnitlig 22 kontakter til PL om året, altså næsten 2 om måneden (Sundhedsdatastyrelsen 2020, bilag 1, tabel 14). Sundhedsudgifterne til de ældre vil på grund af den demografiske udvikling stige i løbet af de næste år, som nedenstående graf i figur 3.1 fra Momentum viser (Baes-Jørgensen 2021). Det stigende udgiftspres fra ældrepopulationen fordrer netop en mere omkostningseffektiv tilgang til levering af sundhedsydelser.



Figur 3.1 Sundhedsudgifter Ældrepopulationen. (Baes-Jørgensen 2021))

3.1 Eksempel på sammenhængende forløb for ældre i RN.

Ved sammenhængende forløb for ældre forstår vi summen af de aktiviteter og kontakter, som ældrepopulationen oplever i mødet med sundhedsvæsenet fra første kontakt til afsluttende kontakt (DSKS 2016, p. 33). Et sammenhængende sundhedsforløb for den ældre kan se ud som vist i figur 3.2. Den ældre følges hos PL med et sundhedsproblem, som til sidst kræver akut indlæggelse på hospitalet. Herfra udskrives den ældre måske til hjemmepleje i kommunen, men genindlægges akut på hospitalet. Ved næste udskrivelse er der koordineret hjemmepleje og sygepleje til den ældre efterfulgt af opfølgning hos PL. I denne opgave anvender vi betegnelsen "behandling", som dækker over alle de sundhedsydelser som den ældre modtager, både lægefaglige og sygeplejefaglige indsatser samt rehabiliterende indsatser.



Figur 3.2 Forløb for den ældre.

Den ældre patient kan være i forløb med et sundhedsproblem hos PL gennem længere tid. PL har på egen hånd iværksat behandling. PL kan henvise den ældre til undersøgelser eller indlæggelse på hospital, til udredning hos privat praktiserende speciallæger og andre specialiserede faggrupper.

Den ældre har første kontakt i akutmodtagelsen, og indlægges på Akut Modtage Afsnit (AMA). Her skal den ældre patient udredes initialt for at finde frem til diagnosen. Er det en kort indlæggelse under 48 timer på AMA, så forsøger akutlægen at løse den ældres problemstilling, og den ældre kan udskrives fra AMA igen. Akutlægen er specialist i akutte tilstande ved alle patientgrupper både medicinske og kirurgiske. Hvis ikke akutlægen kan løse den ældres problemer, indlægges den ældre på anden afdeling med speciale i den diagnose, som akutlægen mener er den udløsende årsag til patientens sygdom. Det kan for eksempel være til en hjerteafdeling, som behandler den ældres hjerteproblemer. Det kan være svært at løse den ældres comorbiditet, syndromer og polyfarmaci i ét speciale. Har patienten andre komplikationer end hjerteproblemet, så skal der sendes en intern elektronisk henvisning til f.eks. en nyremedicinsk læge. Der ikke en tilgang, hvor relevante specialer automatisk samler sig om den ældre.

Udskrivelsesprocessen fra hospital til kommune og PL foregår via 3 forskellige IT-platforme, hvor der er lavet en fælles kanal, som vi kan kommunikere via. Denne kanal benævnes E-breve, og herigennem koordineres udskrivelse fra hospital til

kommune og PL. Der er ikke mulighed for at tilgå hinandens tidstro undersøgelsesresultater, behandlings- og plejenotater. Sygeplejerskerne på hospitalsafdelingen og i kommunen, som begge givetvis kender den ældre, taler ikke på noget tidspunkt sammen. Det foregår via IT mellem hospital og visitator i kommunen, som ikke deltager i behandlingen af den ældre i hjemmet. Patient plus pårørende deltager ikke i denne kommunikation. På nogle afdelinger har man udskrivningskonferencer med patient og pårørende, men det er ikke på alle afdelinger dette gennemføres. AUH har oprettet en Fremskudt visitation i samarbejde med Aalborg Kommune, som er placeret på AUH. Inden patienten udskrives skal afdelingens læge afstemme den ældres Fælles Medicin Kort (FMK). Afdelingslægen skal ligeledes skrive en epikrise til PL, som er en beskrivelse af den ældres forløb på hospitalet, og videre behandlingsplan. Epikrisen skal PL bruge til det opfølgende besøg med den ældre efter indlæggelse. Nogle gange er epikrisen ikke klar ved udskrivelse.

Der ses en stor andel af genindlæggelser for de ældre, som har kontakt til kommunale indsatser. De bliver ofte genindlagt med komplikationer tilknyttet deres comorbiditet, syndromer og polyfarmaci. Nogle gange er der ikke en klar behandlingsplan med fra hospitalet, som også omhandler behandling af komplikationerne. Hospitalslægen og PL taler ikke sammen om deres fælles patienter ud over den epikrise, der medsendes fra hospitalet.

Dette er en kort beskrivelse af, hvordan et forløb for den ældre mellem hospital, kommune og PL kunne se ud i RN. I næste kapitel fremstilles VBS som den overordnet teoretiske ramme, indenfor hvilken vi undersøger om, der kan findes inspiration til bedre sammenhæng for den ældres forløb mellem hospital, kommune og PL i RN.

4.0 Værdibaseret Sundhed som teoretisk ramme

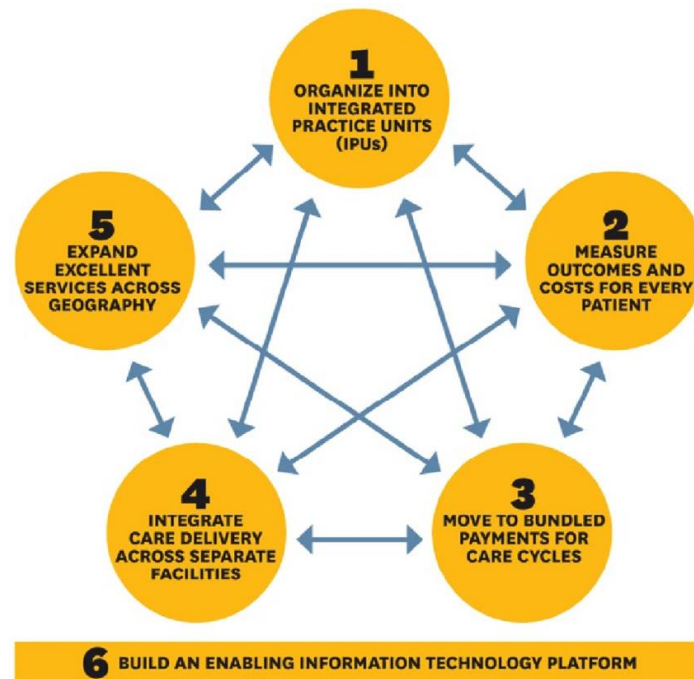
"Value is the goal" og skal ifølge Porter (Porter 2010A) sætte rammen for forbedringer i sundhedsvæsenet. Værdien skal ses i relation til omkostninger, og VBS er faktisk en værdi-brøk. Værdi er tæller og omkostninger er nævner og resultatet er omkostningseffektivitet, som skal øges, hvis vi skal løse udfordringerne i sundhedsvæsenet med stigende udgifter til blandt andet ældrepopulationen (Porter & Lee 2013). Når patientgruppen er ældre og/eller kronikere, så skal værdien og omkostningerne måles for hele populationen og for hele den ældres forløb (Porter 2010A). Mere omkostningseffektive forløb kan kun skabes, hvis udfører af

sundhedsydelser deltager i værdiskabelsen og omkostningsreduceringen (2010A). Der er ingen "magic bullets" eller nemme løsninger til at skabe bedre performance i sundhedsvæsenet. Det er ikke nok at bygge sundhedshuse, ansætte forløbskoordinatorer eller ændre tildelingen til kapita-tildelinger for at styre omkostningerne, for de kan ikke, ifølge Porter & Lee (2013), løse problematikken i et fragmenteret system. Det kræver større strukturelle og organisatoriske forandringer, hvis vi ønsker et mere sammenhængende og mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen (2013).

Hvis vi ønsker et godt sundhedsvæsen, mener Porter, at vi kan skabe sammenhæng via 6 komponenter, som samler de sundhedsfaglige specialer og kompetencerne omkring patienten, finde ud af hvad der er af værdi for patienten (best outcome), hvor meget vores aktiviteter koster, afregne i forløbstakster for hele forløbet og sikre en velfungerende fælles IT-plattform alt sammen på tværs af diverse grænser og barrierer (Porter & Lee 2013). Modellen kaldes "The Value Agenda" (TVA) og er en generel og foreskrivende plan for, hvordan man kan skabe mere sammenhæng, værdi og omkostningseffektivitet i sundhedsvæsenet. I denne opgave vil vi ud fra Porter & Lees (2013) teori TVA undersøge, om der kan skabes løsninger til et mere sammenhængende forløb for den ældre mellem hospital, kommune og PL i RN.

4.1 The Value Agenda

TVA (figur 4.1) kan siges at være en organisationsteori med konkrete handlingsanvisende forslag til, hvordan vi kan organisere leveringen af sundhedsydelserne for at skabe bedre sammenhænge. TVA giver størst effekt, hvis man arbejder med alle 6 komponenter i agendaen, men de kan arbejdes med enkeltvis (Porter & Lee 2013). Pilene i modellen indikerer, at de 6 komponenter er gensidigt afhængige af hinanden. Der gives i det efterfølgende en introduktion til de 6 komponenter i TVA.



Figur 4.1 The Value Agenda Porter & Lee 2013.

4.2 Integreret Praksisenheder (IPU) komponent 1

Etabler IPU'er som varetager og bliver gode til hele patientforløb. Der skal kun være én indgang og ét telefonnummer, som der ringes til, når det omhandler en bestemt patientgruppe. Det kan være en IPU på supersygehuset, som ser alle patienter i en speciel patientgruppe. I kommunen kan man integrere sig i en multidisciplinær praksis enhed, for eksempel i et lægehus, hvor man kun ser en undergruppe af patienter som geriatriske patienter, børn & unge eller kirurgiske patienter (Porter m.fl. 2013). I IPU'en både på hospital og i kommunen samler man sig med alle relevante fagligheder omkring patienten i en MDT tilgang, og ser kun en bestemt patientgruppe og bliver specialister i denne. Helst på samme lokalitet. Hvis det er hospital, lokalt sygehus og lægehus, er det vigtigt, at der er en tæt kommunikation og koordinering mellem alle lokaliteterne omkring deres fælles patientgruppe.

4.3 Mål, outcome og omkostninger for patienten komponent 2

Ifølge Porter og Lee er dette komponenten, der hurtigst kan øge værdiskabelsen. Vi skal vide, hvad bedste outcome for patienten er, og vi skal følge målingerne tæt, for at sikre os, at vi leverer værdi til patienten. Porter har 3 Tiers for outcome mål

for patienter (Porter & Lee 2013), og i International Consortium for Health Outcome Measurements (ICHOM) databasen, kan man finde outcome for de ældre. Der kan skabes bevidsthed om omkostningerne for hele patientforløbet, og Porter & Lee anvender Time Driven Activity Based Costing (TDABC), som på en forholdsvis overskuelig måde kan skabe overblik over omkostningerne i patientforløbet. Ved at kende outcome og omkostninger i hele patientforløbet kan der laves indsatser, som er værdiskabende og omkostningsreducerende.

4.4 Økonomiske tildelinger via forløbstakster komponent 3

Ifølge Porter og Lee er det stadig fee-for-service, kapita- og enkelt episode takst-tildelinger, som er de hyppigste afregningsmodeller. Disse afregningsmodeller kan medvirke til suboptimering i egne områder, blandt andet tilskynde til større volumen og mange aktiviteter for patienter i lægepraksis og øget DRG-aktivitet på sygehusene. Ifølge Porter & Lee (2013) bør sundhedsvæsenet arbejde hen mod forløbstakster, hvor der afregnes efter hele patientforløb. Det bør være på tværs af specialer og sektorer, hvor der sker en samlet tildeling for et helt forløb. På den måde kan der skabes incitamenter til samarbejde omkring det fælles forløb.

4.5 Integrer levering af sundhedsydelser komponent 4

Komponent nummer 4 handler om at integrere behandlings systemer, så der ikke er flere enheder, som behandler de samme patientforløb. Supersygehusene skal ikke behandle alle patientforløb, men tage sig af specialiserede forløb. De mindre specialiserede rutineopgaver, rehabilitering og opfølgning kan varetages af lokale sygehuse eller kommunale multidisciplinære sundhedsklinikker. Ifølge Porter og Lee er der 4 valg, man må forholde sig til for at opnå en integrering af sundhedsydelserne:

- A. *Definer bredde af ydelser.* Hvor mange diagnoser skal en læge være god til at behandle? Er det 50 medicinske diagnoser, kirurgiske, gynækologiske patienter og børn og unge, som en praktiserende læge skal se i sin praksis? Supersygehuse skal ikke se alt, men se de specialiserede tilfælde, og blive ualmindelig gode til det. Lægepraksis bør ikke se alle undergrupper af patienter, men samle sig i lægeklinikker, hvor en lægeklinik kun ser de ældre patienter eller børn og unge osv.
- B. *Koncentrer volumen i færre lokationer.* Jo flere patienter med den samme lidelse som den sundhedsprofessionelle ser, jo bedre bliver den leverede kvalitet og outcome til patienten.

- C. *Vælg den rette lokalitet til den rette sundhedsydelse.* Taksttildelinger (DRG) belønner sygehusene for stor aktivitet, så de leverer ydelser, som med fordel kunne ligge på en anden lokation. Det kan skabe incitament til at se mange forskellige patienter, hvilket ikke øger specialiseringen. Det er dyrt at behandle rutine opgaver på sygehusene, som kunne varetages lokalt i et lægehus.
- D. *Integrer behandling på tværs af lokaliteter.* Den centrale IPU styrer behandlingen for patienten, men behandlingen kan foregå på det lokale sygehus eller i lokal lægeklinik. Der er en koordineret tilgang i hele forløbet og det multidisciplinære team mødes på tværs af lokaliteter.

4.6 Udvid den geografiske rækkevidde komponent 5

IPUén som kunne være supersygehuset skal have større rækkevidde, så de ser specialiserede patientforløb og ikke kun de patienter, som er i deres optageområde. Porter og Lee (2013) nævner to modeller til at udvide rækkevidden af den specialiserede behandling:

- A. *HUB model:* IPUén er Hubben med de lokale sygehuse og lægeklinikker som satellitter. HUB og satellitter er et team med tæt samarbejde omkring hver enkelt patient tilhørende teamets patientgruppe. Klinikerne roterer eventuelt mellem HUB og satellitter, for på den måde at gøre de specialiserede sundhedsfaglige kompetencer tilgængelige i de lokale satellitter, så kvaliteten er den samme på hospital og i det kommunale område.
- B. *Kliniker tilknytning:* specialiserede sundhedsfaglige kompetencer fra IPUén tilknyttes lokaler på lokalsygehuset og i kommunale lægeklinikker, og ser patienterne. På den måde kan rækkevidden af de specialiserede kompetencer øges.

4.7 Skab en muliggørende IT-plattform komponent 6

Ifølge Porter & Lee (2013) er der ofte søjleopdelte IT systemer, som ikke kan tale sammen. For at skabe sammenhæng er en fælles IT platform et vigtigt fundament, og skal kunne tilgås og anvendes af alle, som er i kontakt med patienten både på hospital, i kommune og hos PL. Der skal ligeledes være mulighed for at finde klinisk vejledning til behandling i IT systemer.

5.0 Analyse med afsæt i VBS af det sammenhængende forløb for ældre i RN

Med afsæt i VBS analyseres om der kan findes løsninger til en overordnet ramme, indenfor hvilken der kan skabes bedre sammenhængende forløb for den ældre mellem hospital, kommune og PL i RN. Der undersøges, om TVA kan inspirere til en ændret organisering af måden, vi leverer sundhed til de ældre med sammenhængende forløb mellem hospital, kommune og PL i RN. Der anvendes også andre teorier i analysen og erfaringer fra litteraturen.

Analysen følger ikke den nummererede rækkefølge af komponenterne, som Porter & Lee lægger op i TVA. Der laves ikke fælles outcome og forløbstakster for den ældres forløb, før vi har undersøgt den geografisk rækkevidde og integration af ekspertbehandlingen mellem hospital, kommune og PL. Det giver mening at samle faglighederne og integrerer behandlingen til den ældre, før der laves forløbstakster og fælles outcome for det sammenhængende forløb. Analysen vil ud fra denne argumentation komme i følgende komponent rækkefølge: 1 (IPU), 4 (ekspander rækkevidde af behandling), 5 (Integreret behandling), 2 (mål, outcome og omkostninger), 3 (forløbstakster) og til slut komponent 6 (etabler en IT platform). I næste afsnit vil vi analysere, hvordan man kan mindske de overordnede barrierer for sammenhæng i den ældres forløb i RN ved at skabe fælles ledelse og fælles økonomi for ældrebehandlingen.

5.1 Sundhedsstruktur i Nord – fra fragmentering mod sammenhæng

Som beskrevet i kapital 2.0, så er der på sundhedsområdet i DK en opdeling af organisationsstrukturen, hvor region, kommune og PL har det fælles ansvar for den samlede levering af sundhedsydelser i den ældres forløb, men med hver sin ledelse og adskilt økonomi (PL finansieres af RN, men der er ikke et tydeligt ledelsesmandat for RN i hold til PL).

For at få en forståelse af fragmenteringen af sundhedsvæsenet undersøges, hvordan leveringen af sundhedsydelser i den ældres forløb er organiseret i RN ud fra Peter Smiths model om finansierings-flowet og myndighed/udfører opdelingen i det offentlige sundhedsvæsen (Smith 2008, p. 1). Staten finansierer sundhedsvæsenet, og SST sætter som overordnet myndighed den ledelsesmæssige retning for sundhed i DK. RN er decentral myndighed (2008) som bedriver myndighedsudøvelse ved at træffe beslutninger, sætte retning, købe og bestille sundhedsydelser til ældrepopulationen på regionernes hospitaler og hos PL. Kommunen

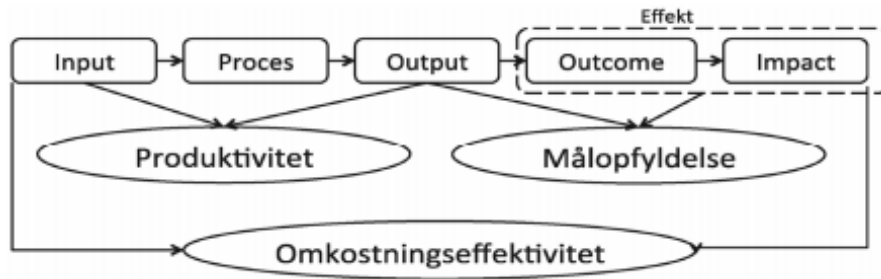
har på samme vis decentral myndighed til at bestemme og træffe afgørelser, købe og bestille §83 sundhedsydelser til ældrepopulationen. Selvom kommunen tilbage i 2007 fik hele ansvaret og myndighed for ældreplejen i DK, så har de kun myndighed over en andel af den ældres forløb, da RN har myndighed over den behandling om den ældre modtager på hospitalet og hos PL.

Ud fra Smiths model (2008 p. 1 & 2) er udfører af sundhedsydelserne næste led i modellen. I RN udfører af sundhedsydelser til den ældre hospitalerne og PL. De leverer den direkte behandling til den ældre, som er indlagt på hospital eller i konsultation hos PL. Læger og sygeplejersker (både på hospital og hos PL) er i en forstand selvvisiterende i forhold til den individuelle behandling, de vælger at tilbyde den ældre (dette er dog under en slags "styring", da faglige standarder, og i nogle tilfælde også økonomiske kontrakter om loft på antal af given behandling, vil kunne sætte begrænsninger på visiteringen).

I kommunen er det sygepleje, hjemmepleje, rehabilitering og praktisk hjælp, som er udfører af sundhedsydelser til den ældre. Som beskrevet i kapitel 3, er hjemmeplejen under central visitation, hvorimod sygeplejen kan være enten selvvisiterende, delvist selvvisiterende eller underlagt central visitation (myndighed). Alt efter hvilken model de 11 kommuner har, kan der være flere der visiterer til sundhedsydelser i kommunen.

Analysen ud fra Smiths model viser en opdelt struktur på myndighed/bestiller- og udfører niveau, hvor flere organisationer med egen ledelse og økonomi har ansvar for dele af den ældres behandlingsforløb. Det er mange organisationsstrukturer, som skal involveres for at lykkes med den faglige opgaveløsning med at levere et sammenhængende forløb for den ældre.

Den fagligt valgte opgaveløsning kaldes også produktionsstrukturen, og siger noget om, hvordan arbejdsprocesserne fungerer i virksomhederne – er de komplekse, hvor stor usikkerhed er der omkring løsning af opgaven, og hvor stort er koordineringsbehovet for at løse den faglige opgave (Bukh & Christensen 2018A & 2020). Et sammenhængende forløb for den ældre i RN med behandling af komplekse sundhedsfaglige problemstillinger, hvor der ikke altid er enighed og sikker vej til den rigtige løsning, og hvor flere organisationer skal involveres for at levere en fagligt sammenhængende forløb, vil vi betegne som en kompleks produktionsstruktur.



Figur 5.1 Den offentlige produktionsproces (Bukh & Christensen 2018, p. 113.)

Produktionsprocessen, her levering af sammenhængende sundhedsydelser til den ældre i RN, skal kunne skabe værdi til laveste omkostningsniveau og dermed være omkostningseffektivt, som VBS-tilgangen foreskriver. Ifølge Bukh & Christensen (2018A) er det vigtigt at vide, hvor i produktionsprocessen der tildeles budgetter i hver enkelt af de organisationer, som er involveret, da det kan skabe forskellige incitamenter i organisationerne. Tildelingsmodellen kan tildele ressourcer (budgetter) efter input (f.eks. ansatte, udstyr), proces (aktivitet baseret afregning f.eks. konsultation, ambulant besøg), output (ydelser, objekter, forløb) eller effekt, hvor outcome er den kortsigtede effekt og impact er den langsigtede effekt (Bukh & Christensen 2018A).

Tildeling af budgetter på hospital, hos PL og i kommune sker fra forskellige steder i produktionsprocessen. Hospitalerne tildeles et rammebudget fra RN, inden for hvilken de skal levere sundhedsydelser til blandt andet ældrepopulationen i RN. Da rammebudgettet skal dække de samlede sundhedsydelser til hele populationen i RN, er det en tildeling ud fra output, hvor de ældre har modtaget de visiterede ydelser, men vi kender ikke effekten af ydelserne. KMF af hospitalerne, er tildelingen ud fra proces, da det opgøres i DRG-takster. PL har hovedsageligt fee-for-service, som er afregning for en enkelt ydelse, og således tildeling ud fra proces.

Myndighed Ældre i kommunen modtager et rammebudget inden for hvilket, de skal visitere sundhedsydelser til den ældre. Det kan både være enkelt stående aktiviteter tildelt efter proces, men også forløb- eller periodebaserede ydelser, som er en tildeling efter output. Hjemmesygeplejen kan have tildelingen både ud fra en fast ramme, det vil være sygeplejen, hvis de er selvvisiterende, og dermed tildeling ud fra output. Hjemmeplejen har aktivitetsbaseret tildelingen, som er tildelingen

ud fra processen, men hvis de gives som forløbs- eller periode tildelingen, hvilket ofte kan ske for ældre og kronikere, så tildeles der efter output.

Tildeling til proces kan være hos hjemmepleje, PL og på hospitalet, hvor der tildeles efter antallet af udførte aktiviteter. Fra RN tildeles hospitalerne et rammebudget, indenfor hvilket de skal løse leveringen af sundhedsydelserne. Samtidigt skulle regionerne få effektbaseret tildelingen via nærhedsfinansieringen, som skal skabe incitament til at minimere indlæggelser og ambulante besøg. Effektbaseret tildelingen tildeles først, når den ønskede effekt er opnået (Bukh & Christensen 2018B). PL har incitament til at se rigtig mange patienter i sin konsultation og gennemføre stort antal aktiviteter, som der tildeles fee-for-service for.

Myndigheden og de finansielle beslutninger vedrørende det sammenhængende forløb for de ældre ligger i nuværende struktur hos både hospital, kommune og PL. Behandlingen af ældre på hospitalet er et ansvar blandt flere patientgrupper i forskellige aldre og med forskellige sygdomme. Kommunen har erfaringer med forløbs- og periodebaseret takster, når myndighed Ældre f.eks. bestiller §83 ydelser af uendelig varighed, og hvor taksterne kan ændres løbende alt efter, hvilket behov den ældre har. Der kan bestilles et forløb med sygepleje hjælp til f.eks. blodfortyndende behandling i 4 uger, som kan tildeles som en forløbstakst, og der kan bevilliges en periodetakst for et §83A rehabiliteringsforløb (Danske love §83A). I nogle kommuner er der erfaringer med at tildele f.eks. sygeplejen en rammetildeling, og så afregne med hjemmeplejen med aktivitetsbaseret takster eller forløbs- og periodetakster. Det vil være takster, som kan være nødvendige at justere løbende. RN og hospitalerne arbejder som udgangspunkt ikke med forløbstakster, men med et tildelt bloktilskud/rammebudget, og inden for denne ramme skal de levere sundhedsydelser for den ældres hele forløb på hospitalet. Hvis man har et forløb som går på tværs af specialer på hospitalet, så arbejder man ikke med forløbstakster. Der kan ske flytning af en budgetbrik, hvis der overhovedet sker flytning af budgetter.

Forslaget til en samlet ledelse og fælles økonomi for ældreområdet i RN er en virtuel løsning, hvor vi forestiller os, at det er kommunerne i RN, der får ansvaret for hele den ældres forløb mellem hospital, PL og kommune. Der er lovmæssige, organisatoriske og strukturelle barrierer for at et sådan forslag kan gennemføres her og nu, men vi mener, at det på sigt er en løsning, som man kunne arbejde hen imod. Vi åbner op for frikommuneforsøg, som kan give mulighed for at afprøve bedre styringsmuligheder, som er undtaget statslige regler via forsøgs hjemler i

eksisterende lovgivning (jf. ØIM 2018). I dette frikommuneforsøg oprettes et Kommunalt Fællesskab (herefter bruges betegnelsen Fællesskab) af de 11 kommuner, hospitalet og PLO-N, som repræsenterer PL i RN. Frikommuneforsøget skal fritage Fællesskabet for reglen om, at regioner ikke må deltage i kommunale fællesskaber (Berth m.fl. 2014). Fællesskabet vil være en retlig enhed med myndighed for de opgaver, som er overdraget dertil (Berth m.fl. 2016). Fællesskabet vil have en bestyrelse bestående af repræsentanter fra de 11 kommuner, hospitalet og PLO-N, som alle har tildelt økonomiske ressourcer til Fællesskabet, så der er fælles penge til at skabe sammenhængende forløb for de ældre mellem hospital, kommune og PL i RN.

Det er ikke alle hospitaler og sygehuse i RN, der er medlemmer af Fællesskabet, men kun Ældrehospital Nordjylland, en nystartet IPU kun for indlagte ældre, som præsenteres i næste kapitel. De andre hospitaler og sygehuse i RN har den ældre indlagt i forskellige afsnit, og behandler også andre patientgrupper som børn, unge, kirurgi og kræft. Det vil være en stor budgetmæssig risiko, hvis Fællesskabet også har ansvar for hospitalsbehandling af de andre patientgrupper i RN. Samtidigt ønsker vi at samle alle fagligheder både i hospital, kommune og PL, som hovedsageligt arbejder med ældrepopulation i RN.

I Fællesskabet samler vi myndigheder, som har med den ældres forløb at gøre i en samlet ledelse med fælles økonomi. Dette skaber fundament for et organisatorisk perspektiv med ligeværdigt ansvar for at skabe sammenhængende forløb for den ældre mellem hospital, kommune og PL i RN. Fællesskabet kan fordele de fælles penge ud fra fælles beslutning, så kompetencerne, kapaciteten og økonomien sikres i hele den ældres forløb mellem hospital, kommune og PL. De næste kapitler vil, med afsæt i Porters TVA, analysere hvordan der kan skabes sammenhæng i hele den ældres forløb mellem hospital, kommune og PL i RN.

5.2 Ældrehospital Nordjylland – en integreret praksis enhed (IPU)

Ældrehospital Nordjylland er en nystartet virtuel IPU, som er en del af Fællesskabet i RN. I dette afsnit analyseres, hvordan en IPU kan skabe mere sammenhængende forløb for den ældre mellem hospital, kommune og PL i RN. Ifølge Porter & Lee (2013) er det i IPUén faglighederne samler sig omkring den ældre, og tager udgangspunkt i den ældres sygdom med tilhørende comorbiditet, syndromer og polyfarmaci. Det er vigtigt, at den specialiserede behandling er på plads, og derfor er IPUén første komponent i TVA.

Struktur på ÆHN

Ældrehospital Nordjylland (ÆHN) er en IPU, som kun behandler ældrepopulationen i RN. ÆHN er, som det eneste hospital i RN, en del af Fællesskabet sammen med de 11 kommuner og PL i RN. ÆHN opføres ved siden af supersygehuset AUH. Placeringen af ÆHN ved siden af AUH giver mulighed for fælles brug af teknisk-, service-, diagnostisk- samt drifts- og logistikafdelinger sammen med AUH. Den tætte placering ved AUH er vigtig for den integreret og geografiske rækkevidde af behandlingen af den ældre mellem hospital, kommune og PL i RN.

ÆHN består af 80 senge til indlagte ældre, som har behov for specialiseret behandling. Der indlægges hvert år 6.000 ældre, hvoraf 3.000 bliver genindlagt, hvilket årligt svarer til 9.000 indlæggelser for ældre i RN (Aalborg Universitetshospital 2020). Det har ikke været muligt at få præcise data for, hvor mange liggedage en indlæggelse varer, men for en udregning af sengebehovet på ÆHN, sættes de gennemsnitlige liggedage per indlæggelse til 4 dage. 9.000 indlæggelser x 4 liggedage giver 36.000 sengeliggende dage om året. Divideret med 365 dage giver et dagligt behov for 98 senge på ÆHN. De 9.000 indlæggelser er for alle sygehuse i RN, som modtager ældre og ikke kun ÆHN. Forventningen er, at VBS-forandringerne kan skabe bedre sammenhæng og dermed omstille indlæggelser og genindlæggelser på hospital til mere omkostningseffektiv behandling i kommune og hos PL. Ud fra disse argumenter sættes i opgaven et sengebehov på 80 senge på ÆHN.

Lokation	Antal senge
Ældremedicinsk Afdeling AUH	10
Medicinske Afdelinger AUH	10
Aalborg kommune	12
Hjørring kommune	8
Frederikshavn kommune	8
Rebild kommune	8
Brønderslev kommune	4
Jammerbugt kommune	4
Thisted kommune	4
Vesthimmerland	4
Mariager Fjord	4
Morsø	4
Læsø	0
Senge i alt	80

Figur 5.2 Antal aflastnings- og akutpladser som kommunerne afgiver til ÆHN senge. Læsø bevarer deres aflastningspladser, da de er et Ø samfund.

Den ældre udskrives fra ÆHN direkte til eget hjem eller til et lokal sygehus, hvor den ældre modtager almindelig behandling ud fra behandlingsplan fra ÆHN. De 80 senge på ÆHN findes fra 10 ældremedicinske senge på AUH, 2 senge fra hver af de medicinske specialer på AUH i alt 10. Fællesskabet er med til at finansiere en del af sengene på ÆHN, da en andel af de midlertidige opholdspladser i kommunerne nedlægges. Den integreret behandling, som den ældre i en VBS styret levering af sundhed modtager, forventes i langt større grad at muliggøre direkte udskrivelse til eget hjem.

På ÆHN indlægges den ældre, som har behov for specialiseret ældremedicinsk behandling. Der er én indgang og ét telefonnummer til ÆHN, som PL visiterer den ældre til, og den ældre skal ikke igennem akutmodtagelsen. På ÆHN forbliver den ældre i samme afdeling under hele sin indlæggelse, og udskrives derfra til egen bolig. På ÆHN samler relevant sundhedspersonale sig omkring den ældre, bliver ualmindelig gode til at behandle ældrepopulationen i RN. Den ældre skal ikke opleve fragmenteret ophold mellem akutmodtagelse, AMA og andre afdelinger på AUH.

Den ældre vil opleve et sammenhængende indlæggelsesforløb på ÆHN, hvor hele sygdomsproblemet med tilstødende komplikationer varetages ét sted under hele indlæggelsen. Det er en vigtig pointe i VBS, og analyserne på Karolinska (Nilsson m.fl. 2017) viste også, at patienterne ikke var indlagt på den afdeling, som var specialister i patientens lidelse, hvilket gav anledning til en forandringsproces for at skabe bedre sammenhæng under indlæggelse. Inspirationen til at opføre et ældrehospital i RN kommer fra andre organisationer, hvor man driver hospitals- og sundhedsvæsen ud fra en VBS tankegang. I Sverige er der erfaringer med at skabe en IPU, som kun ser en patientgruppe. HND-centeret, en stand-alone hospitalsklinik, som er tilknyttet Karolinska Universitetshospital i Sverige (Spaak 2015), er en IPU, som kun ser patienter (ofte ældre) med flere kroniske lidelser inden for hjerte-, nyre- og diabetes sygdomme. HND-centeret ser de kroniske patienter i ambulante forløb, og har en tæt integration med Karolinska Universitetshospital, hvor patienterne vil være indlagt, hvis de har behov for dette (2015). Cleveland Clinic (Cummings m.fl. 2013) og Mayo Clinic (Wald m.fl. 2018) har netop samlet behandlingen på high-volume klinikker (hospitaller), som bliver center af excellence i behandlingen af f.eks. hjertesygdomme, kræft og hjernesygdom. VBS-tilgangen udmønter sig i centralt store klinikker, som behandler patienter fra hele

USA, hvorved der skabes stor volumen og høj specialisering i behandlingen af de forskellige patientgrupper. Cleveland Clinic har i Las Vegas et hospital, som kun behandler patienter med hjernesygdomme fra store dele af USA, herunder ældre med Alzheimer (Cummings m.fl. 2013). ÆHN bliver "center of excellence" inden for ældrebehandling i RN, hvor den ældres diabetes, forhøjet blodtryk og fodsår ses som sammenhængende diagnoser i den ældres hele sygdomsbillede, og ikke som fragmenteret diagnoser, som skal behandles i 3 forskellige afdelinger.

Multidisciplinær tilgang

En multidisciplinær tilgang kan betegnes som en tilgang, hvor relevante eksperter fra forskellige specialer finder sammen på tværs af grænser for at levere ydelser til en patientgruppe (jf. Axelsson & Axelsson 2007, p. 18). Ældre medicinske læger arbejder på ÆHN, og behandler kun ældrepopulationen i RN. Der gennemføres dagligt multidisciplinær stuegang for den enkelte ældre med deltagelse af kardiologiske, nyremedicinske, lungemedicinske og endokrinologiske læger fra AUH. Beliggenheden tæt ved AUH gør, at lægerne fra andre specialer nemt kommer til ÆHN. Det multidisciplinære team (MDT) kan desuden bestå af sygeplejerske, diætist, farmaceut og fysio- og ergoterapeut. På grund af den store volumen af indlagte ældre på ÆHN, bliver de sundhedsprofessionelle specialister i behandlingen af de ældre i RN, hvilket netop er i tråd med Porters løsning til et sammenhængende forløb for en population af befolkningen (Porter & Lee 2013). Rehabiliteringen er en integreret del af tilgangen til den ældre på ÆHN fra indlæggelse til udskrivelse, og starter fra første indlæggelsesdag. Der er kontinuitet i det læge- og plejepersonale, fysioterapeuter og ergoterapeuter, som er omkring den ældre, og der arbejdes ud fra en MDT tilgang, hvor hele den ældres sygdom med tilhørende comorbiditet, syndromer og polyfarmaci behandles.

Den multidisciplinære tilgang til patientbehandling blev tidligt indført på Mayo Clinics (McCarthy m.fl. 2009), hvor høj kvalitet og værdi i behandlingen for patienten skabes gennem "Medicin som samarbejdende videnskab", og hviler på ligeværdigt ansvar for alle specialer involveret i patientens sygdomsproblem. Cleveland Clinic for Hjernesygdomme i Las Vegas har en multidisciplinær tilgang til patienten (Cummings m.fl. 2013), hvor der udføres specialistbehandling til blandt andet ældre med hjernesygdom fra flere stater i USA, hvorved der opnås et stort volumen. Det farmaceutiske team på Cleveland klinikkerne er også multidisciplinære teams inde på hospitalerne, som tager fuldt ansvar for medicineringen i hele patientens forløb fra udskrivelse til hjem. En IPU kan være et stand-alone hospital, som HND-centret i Sverige (Spaak 2015) og Clevelands Hjerneklinik i Las Vegas

(Cummings m.fl. 2013). En IPU kan også være et MDT, som samler sig inde på hospitaler, som for eksempel det farmaceutiske team på Cleveland Clinic (Labson 2015) og den multidisciplinære tilgang indenfor de medicinske specialer på Mayo klinikker (McCarthy m.fl. 2009).

Med inspiration fra Porter og Lee og erfaringer fra organisationer, der har implementeret en IPU, bygger vi ÆHN, som løsning til et bedre sammenhængende forløb for den ældre i RN. ÆHN er en stand-alone IPU, hvor fokus er på videnskab, forskning, engagement og et organisatorisk udsyn, som er funderet på maksimal sammenhæng i den ældres sygdomsforløb. Behandlingen hviler på evidens, erfaring med den ældres sygdom, og anerkendelsen af behovet for sammenhæng i deres forløb mellem hospital, kommune og PL. En IPU gør det ikke alene, og i det næste afsnit undersøges, hvordan de specialiserede ældremedicinske kompetencer og behandling kan række ud til lokalsygehuse, kommune og PL.

5.3 Geografisk rækkevidde af specialiserede ældremedicinske behandling

Formålet med den geografiske rækkevidde er at sikre, at den faglige ekspertbehandling på ÆHN rækker ud til lokalsygehuse, kommune og PL. Porter & Lee (2013) har to modeller til at sikre rækkevidden; *HUB-modellen* med tilhørende satellitter, hvor ÆHN som IPU er Hubben, som har satellitter ud til lokalsygehuse, kommune og PL. Den anden model er; *Kliniker tilknytning* hvor de specialiserede lægekompetencer fra ÆHN ser den ældre i lokaler tilknyttet lokalsygehus og sundhedshuse. Ud over satellitter og kliniker tilknytning, vil fælles udarbejdet standardprotokoller og kliniske retningslinjer for behandling af de ældre være med til, at den ældres behandling hænger sammen i hele forløbet. Indsatserne som skal sikre rækkevidden af de specialiserede kompetencer vil være aftalt i Fællesskabet, således der er enighed mellem ÆHN, kommune og PL om den måde rækkevidden af sundhedsydelserne er planlagt.

Satellitterne er lokale sygehuse, sundhedshuse og kommunen. Lokalsygehusene varetager den almindelige patientbehandling til den ældre med udgangspunkt i ÆHN's behandlingsplan. I RN er det følgende sygehuse; Regionshospitalet i Hjørring, Sygehus Thy Mors samt Hobro Sygehus, som har de ældre indlagt. De lokale sygehuse har allerede i profilplanen for de nordjyske patienter ansvar for den almindelige basisbehandling i RN (Region Nordjylland 2021).

Ældrehospital Nordjyllands rækkevidde til lokalsygehuse i RN

For at sikre rækkevidden af de specialiserede kompetencer fra ÆHN kan der oprettes rotationsstillinger mellem ÆHN og lokalsygehuse. Ældremedicinske læger fra ÆHN skiftes til at være på lokalsygehuse, så kompetencerne til den specialiserede behandling er til stede, og de deltager i behandlingen af den ældre sammen med fastansatte læger på lokalsygehuset. Lægegruppen er allerede i deres uddannelse bekendt med at arbejde i forskellige specialer og afdelinger i hele Danmark. Det kunne være en ide at lave samme løsning for plejegruppen mellem ÆHN og lokalsygehuse. Med inspiration fra Mayo & Cleveland's Care Transition Program (Gorodeski m.fl. 2013; Takahashi 2020), kan det med fordel være APN sygeplejersker, som er kliniske ekspertsygeplejersker (DSR TEMA), der roterer mellem to behandlingssteder. På uddannelsesområdet for læger er der, indenfor flere specialer, et delt uddannelsesforløb i hoveduddannelsesstillinger, hvor uddannelseslægen gennemfører dele af uddannelse på hhv. højspecialiseret hospital samt på almindeligt basis sygehus. HND-center Sverige har i deres ambulante hospital tilknyttet speciallæger, sygeplejersker og andre faggrupper, som roterer mellem HND-centeret og Karolinska hospital, hvor der er indlagte ældre med kroniske sygdomme (Evén m.fl. 2019).

Den ældremedicinske læge fra ÆHN deltager i MDT-møde med lokalsygehuset, hvor de indlagte ældre konfereres ud fra et standardiseret program, og der vil være tæt telefonisk/videokontakt mellem sundhedsprofessionelle på lokalsygehuset og ÆHN. Den post-akutte opfølgning efter indlæggelsesforløb kan med *kliniker tilknytning* for den ældre foregå i lokaler på lokalsygehuset, hvor ÆHN lejer lokaler i nærmiljøet og ser den ældre ambulant.

Ældrehospital Nordjyllands rækkevidde til PL i RN

ÆHN kan også have *kliniker tilknytning* til PL, hvor Ældremedicinske læger følger op på den ældre og skaber sammenhæng ved at have konsultation i lokaler hos PL i den ældres nærmiljø, og på den måde være tilgængelig til sparring for PL. Én indgang og ét telefonnummer til ÆHN hele døgnet kan være med til at sikre tilgængelighed af de specialiserede kompetencer for PL og vagtlægen. PL som ser den ældre i sin praksis, er via deltagelse i Fællesskabet forpligtet til at følge de fælles standarder for god behandling for de ældre. Dette kan være med til at sikre den geografiske rækkevidde af behandlingen, og dermed sammenhæng i den ældres behandling, som der modtages på ÆHN og hos PL. Schön klinik i Tyskland har indført VBS på alle deres klinikker og har opnået stor rækkevidde af deres specialiserede kompetencer. De oplever blandt andet at modtage flere og flere

patienter med spiseforstyrrelser fra hele Tyskland (Porter m.fl. 2012), hvor Schön Klinik bliver en HUB, som andre sygehuse og PL henviser til og i samarbejde med Schön Klinik leverer PL opfølgningen for disse patienter.

Ældrehospital Nordjyllands rækkevidde til kommune

ÆHN ønsker at styrke samarbejde og kompetenceudvikling i kommunen, da det vil være en måde at forebygge indlæggelser og genindlæggelser for de ældre. Specialiserede kompetencer fra ÆHN kan udnyttes i kommunen ved, at der etableres delestillinger mellem ÆHN og kommune. Det vil kunne skabe specialiseret kliniker tilknytning på tværs, og sammenhæng af behandlingen i den ældres hele forløb. Ældre patienter oplever ofte, at der mangler sammenhæng i deres behandlingsforløb i overgangen mellem det regionale og kommunale, beskriver DSR. I Vejle har Sygehus og kommune valgt, at otte sygeplejersker skal være i udvekslingsstillinger af en varighed på otte uger mellem de to sektorer (Tousig m.fl. 2020). De ønskede at forbedre deres kommunikation, da de oplevede både strukturelle og kommunikative barrierer til hinder for et godt samarbejde. Da de stod i hinandens områder, skete der en større forståelse af de rette sammenhænge. I relation til VBS vil delestillinger mellem ÆHN og kommunerne skabe en forståelse af hinandens områder, som kan være med til at integrere behandlingen på tværs af de to sektorer. Rækkevidden af ÆHN's specialiserede behandling vil blive forlænget ud til kommunerne ved at plejepersonale er begge steder.

5.4 Integration af ældrebehandling mellem hospital, kommune og PL

Porter & Lees (2013) komponent 4 kan være med til at integrere behandlingssystemer, så den ældre kan modtage et sammenhængende forløb igennem hele sundhedssystemet på alle niveauer og på tværs af sektorflader. Dette afsnit er analyse af, hvordan behandlingsforløbet for den ældre mellem hospital, kommune og PL kan integreres, så der er bedre sammenhæng i hele den ældres forløb. Indenfor Fællesskabet mellem ÆHN, de 11 kommuner og PLO-N er der nu en fælles myndighed og fælles økonomi, som fordrer en enighed om, hvordan denne integration kan skabes.

Porter & Lee (2013) opstiller 4 valg, som man skal tage stilling til, for at kunne integrere behandlingen; *definer bredden af ydelser, koncentrer volumen i færre lokationer, vælg den rette lokation til den rette sundhedsydelse og integrer behandlingen på tværs af lokaliteter*. Analysen i dette afsnit vil tage afsæt i praksisproblemet og flette de 4 valg ind i forslagene til bedre integration af behandlingen. Der er i indledningen argumenteret for en oplevelse af, at der ikke var kapacitet,

ressourcer og kompetencer til at skabe sammenhæng i den ældres forløb mellem hospital, kommune og PL i RN. I dette afsnit analyseres, hvordan der via integration af behandlingen kan skabes kapacitet og kompetencer til, at den ældre kan modtage den rette behandling på rette sted til rette tid og til laveste omkostningsniveau. Der skal være kapacitet, kompetencer og ressourcer til at hhv. ÆHN, kommune og PL kan behandle den ældre med tilhørende comorbiditet, syndromer og polyfarmaci. Målet er, at den ældre modtager rette behandling i kommunen og hos PL frem for en forbyggelig indlæggelse eller genindlæggelse på ÆHN. Analysen af organiseringen i afsnit 5.1 viste, at der var mange, udfører af sundhedsydelser i den ældres forløb. Overført til dette afsnit, skal der skabes integration af behandling mellem mange udfører. Myndigheden er nu placeret i Fællesskabet, som sætter en overordnet ramme for bedste integration af behandlingen.

Integreret behandling på Ældrehospital Nordjylland

Der er i afsnit 5.2 om ÆHN allerede analyseret flere af de valg, der skal tages for at skabe større grad af integration af IPUéns excellente behandling til den ældre. Ældremedicinerne ser kun den ældre patientgruppe og udfører kun den specialiserede behandling. Den almindelige basisbehandling udføres på *rette lokalitet til rette sundhedsydelse* på lokalt sygehus, hos PL eller hos kommunen til færre omkostninger, og er medvirkende til at skabe kapacitet til ældre med behov for specialiseret behandling på ÆHN. Den ældre skal ikke være indlagt i flere afdelinger på AUH, hvor de sundhedsprofessionelle også skal være eksperter i behandling af andre patientgrupper end den ældre. Den ældre vil ikke modtage en fragmenteret behandling mellem akutmodtagelsen, næste behandling i AMA, derefter forskellige behandlinger i flere afdelinger med forskellige læger som lægger forskellige behandlingsplaner. Flytning af den ældre mellem flere lokationer er ikke hensigtsmæssig i forhold til de ældremedicinske syndromer som hæmmet kognitiv funktion og udvikling af delir/konfusion (se afsnit 3.0 om den ældres kendetegn). *Bredden af de ydelser* som ÆHN leverer er *defineret* og fremmer integration frem for fragmentering. ÆHN er IPU for den specialiserede behandling til de ældre, og de sundhedsprofessionelle *koncentrerer behandlingen af de ældre i et stort volumen*, hvilket giver mulighed for at blive specialister i ældrebehandlingen.

ÆHN ligger ved siden af AUH, hvilket er en fordel, når der er behov for specialiseret behandling af den ældres comorbiditet, syndromer og polyfarmaci. ÆHN *integrerer behandlingen på tværs af lokaliteter* i et multidisciplinær team (MDT) tilgang. MDT er en betydningsfuld faktor for at skabe en integreret behandling for den ældre (Kirst m.fl. 2017), og det er vigtigt, at der opbygges et MDT, som består

af tillid til hinanden, klare rollefordelinger mellem medlemmerne, og at de forskellige organisationer har fuld forståelse af formålet med MDT, og understøtter tilgangen. Dette gælder også for MDT, som krydser organisations- og sektorgrænser (2017). Hvordan man opstarter et MDT er ikke uden betydning, og ifølge Axelsson & Axelsson (jf. 2007) gennemgår opbygningen af et MDT 4 faser, hvor man skal mødes, være uenige, blive fortrolige og til slut i processen defineres de formelle roller. Gennem denne proces er der mulighed for, at strategi, mål og opgaver bliver tydelige for dem, der skal udføre den faglige behandling, men også for lederne af AUH og Fællesskabet. Det må være tydeligt for alle parter, hvordan brug af ressourcer på MDT kan være med til at integrere behandlingen for de ældre. The North West London projekt for Integrated Care mellem hospital, kommune og PL (Kassianos m.fl. 2015) for de ældre med diabetes viste, at under oprettelsen af et MDT, er det vigtigt at oversætte de involveredes deltagelse i et MDT ud fra et patientperspektiv og ikke ud fra et udfører perspektiv, når de barrierer, der kan være på tværs af organisationer, skal brydes ned. Altså mindre fokus på, hvordan udfører af sundhedsydelserne får gode forhold men mere fokus på, hvordan der skabes bedre forhold for den ældre.

MDT på ÆHN består af læger fra andre specialer, som er ansat på supersygehuset AUH. AUH har egen ledelse, vision og anden økonomi end Fællesskabet. Ovenstående opmærksomhedspunkter inden oprettelse af et MDT kan understøtte AUHs deltagelse i MDT på ÆHN. Samtidigt er RN øverste myndighed for AUH og har beslutningskraft i forhold til tildeling af budgetter til hospitalerne i RN. RN har en økonomisk interesse i, at ÆHN kan skabe sammenhængende forløb for den ældre, som er omkostningseffektive, og dermed have interesse i at AUH deltager i MDT på ÆHN. AUH har afgivet ressourcer svarende til 10 senge, hvilket betyder at der er ansat færre plejepersonaler i de medicinske afdelinger på AUH, da de ældre ikke længere er indlagt der. Lægerressourcerne bevares, da der stadig er specialiseret lægefaglige opgaver i forhold til den ældres behandling. Opgaven er blot flyttet til ÆHN.

MDT har også deltagere fra andre faggrupper som diætister, fysio- og ergoterapeuter, sekretær og farmaceuter. Klinisk farmaci, hvor farmaceuterne kommer ude i afdelingerne, er der allerede erfaringer med på AUH (PRI 2019), hvor der er patienter indlagt med polyfarmaci. Korrekt medicinadministration er en vigtig del af ældrebehandlingen, da der kan ske fejl, også i overgang mellem hospital, kommune og PL. Alene i DK var der i 2016 over 90.000 indrapporterede medicineringsfejl, hvoraf størstedelen sker i kommunen (DSR 2018). For at skabe en bedre

integration af den medicinske behandling kan ÆHN lade sig inspirere af Cleveland Clinic farmaceutiske team (Labson 2015), hvor man samler sig i MDT på ÆHN, og tager det fulde ansvar for medicineringen i hele patientens forløb fra indlæggelse til eget hjem for en fastlagt periode. Farmaceutteamet vil gå på tværs af grænser med specialiseret medicinsk behandling, og integrere behandlingen for den ældre mellem hospital, kommune og PL. Forkert medicin kan forhale den rette behandling til den ældre, som kan resultere i indlæggelse/genindlæggelse. Der er således også et omkostningseffektivt udsyn i korrekt medicin, samtidigt med det har værdi for den ældre.

Integreret Udskrivelses Program For Ældre

ÆHN udvikler i samarbejde med PL og kommune et integreret udskrivelsesprogram for ældre i RN. Der kan søges inspiration til programmet hos Mayo Clinics Care Transition Program (Takahashi m.fl. 2020), hvor det er APN-sygeplejersken indenfor ældre medicin, som allerede under indlæggelse er deltagende i den ældres behandling og udskrivelse. APN-sygeplejersken er en del af den ældres team i eget hjem, og kommer de første 6-8 uger på hjemmebesøg hos den ældre. APN-sygeplejersken kan uddanne den ældre i selv at reagere på sine symptomer, hvorved den ældres egenomsorg højnes og behandlingen integreres med den ældre selv. APN-sygeplejersken og hjemmeplejen er sammen på besøg hos den ældre, så der sker uddannelse og læring til hjemmeplejen, som kan være med til at sikre kompetencerne i kommunen. APN-sygeplejerske har i de første uger tæt kontakt med læger og sygeplejersker på ÆHN, men også med PL som skal overtage den ældres behandling. Ikke alle ældre over 65 år vil få behov for udskrivelsesprogrammet, og APN sygeplejersken finder de ældre, som skal indgå i programmet via elektronisk risikovurdering. Udskrivelsesprogrammet er ressourcekrævende, men evaluering af Mayo Clinics program viste, at det var omkostningseffektivt (2020), da genindlæggelser faldt fra 20 til 12%, og Mayo fik en besparelse på 2.700\$ i de mest komplekse forløb for ældre. Cleveland Clinic (Gorodeski m.fl. 2013) har ligeledes et integreret program for deres hjertepatienter (kronisk sygdom), hvor APN-sygeplejersken ud fra et risiko-vurderings-værktøj i den elektroniske patientjournal finder de ældre i risiko for at udvikle komplikationer og for at blive genindlagt. APN-sygeplejersken varetager opfølgningsprogrammet i en periode efter udskrivelse i tæt samarbejde og sambesøg med kommunens sundhedspersonale og PL.

Som skrevet i indledningen er der også i DK implementeret flere indsatser som kan give inspiration til at integrere behandlingen for de ældre i RN. Nu er den

overordnet organisering på plads, så der i Fællesskabet mellem ÆHN, PL og kommune kan træffes enige beslutninger om, hvordan leveringen af den integrerede behandling skal ske. Det vil være beslutninger, som er alignet med Fællesskabets overordnet retning og målsætninger, og hvor der i Fællesskabet tildeles budgetter til hhv. ÆHN, PL og kommune, som giver mulighed for rette kapacitet, kompetencer og omkostningsniveau i alle 3 organisationer.

Integreret behandling hos Praksislægen

PL kan organisere sig i sundhedshuse eller i MDT ud fra patientgrupper, så PL og andre faggrupper, der arbejder i sundhedshuset, kun ser ældre og kronikere i deres konsultationer, hvilket vil være med til at *definere bredden af ydelserne*. Visionen er ikke enkeltmandspraksis for PL, da det ikke lægger op til en MDT-tilgang. Den stigende demografi for ældrepopulationen fordrer, at man organiserer sig på en anden måde og bliver ekspert på færre diagnoser. Antal af sundhedshuse vil i RN være opdelt efter det givne behov af ældre, og ved at samle de ældre i sundhedshuse for ældre og kronikere, er dette med til at *koncentrere volumen i færre lokationer*. I forhold til nuværende opgaver for PL, så vil PL være mindre generalist, men fortsat tovholder på den ældres forløb og gatekeeper i forhold til indlæggelser på ÆHN.

PL kan optimere sin behandling til ældre over 65 år ved, at det fulde behandlingsforløb varetages i en MDT-tilgang med specialuddannet fagpersoner. Porter og Lee (2013) ser MDT baseret samarbejde som en nødvendighed for at kunne redesigne sundhedssektoren. Det er ikke længere PL, som skal varetage alle faglige behandlingsopgaver, men teamsamarbejdet der vil have den største betydning (Porter m.fl. 2013). Det kan være oplagt for PL at samarbejde med APN sygeplejersker, da teamet skal kunne varetage behandlingen af den ældre i deres nærmiljø, og forebygge, at de ældre får tilbagefald, som kræver indlæggelse. Londons værdimål var "at holde de ældre så langt væk fra hospitalet som muligt" (Harris m.fl. 2012), men for at PL kan opnå dette, er det nødvendigt at etablere et behandlingsteam i det kommunale sundhedstilbud, hvor PL også *vælger den rette lokalitet til den rette sundhedsydelse* ved at uddanne og samarbejde med APN sygeplejersker, diætister og farmaceuter, så de kan varetage nogle af behandlingsopgaverne. PL kan i sin praksis have forskellige faggrupper ansat, såsom APN-sygeplejersker, farmaceuter, diætister, der alle vil have en rolle i forhold til den ældre. PL kan også i sundhedshuset have tæt tilknytning til privat praktiserende speciallæger, som hjertelæger, diabeteslæger, og nyremedicinere, som kan indgå i PL's MDT omkring den ældre i RN. PL kan behandle den ældres polyfarmaci ved at inddrage

farmaceutens kompetencer ved medicinproblematikker og ligeledes inddrage diætisten i den ældres ernæring. Der kan udarbejdes fælles standardprotokoller, hvor der defineres spilleregler og mulige opgaveglidninger på tværs i teamet. Teamet defineres i forhold til de forskellige sundhedsydelser, som den ældre har behov for. MDT konfererer jævnligt den ældre i teamet, udarbejder behandlingsplaner, og tager kontakt til ÆHN ved komplekse problemstillinger i den ældres forløb. PL vil kunne have behov for at uddelegere opgaver til sine APN-sygeplejersker, hvor en løbende opgaveglidning, kan frigøre PL kapacitet til andre ydelser hos den ældre. APN-sygeplejersker er fremhævet som den faggruppe, der vil kunne have både en koordinerende, behandlende og uddelegerende funktion i teamet (DSR TEMA). Cleveland Clinics hospitalet i Las Vegas har et tilknyttet Medical Home eller familiecenter, som er en slags sundhedshus, hvor den specialiserede behandling kan fortsætte hos PL efter hospitalsindlæggelse. Dette center varetager behandlingen i kommune og hos PL, samt planlægger langtidsbehandling. De udbyder hjemmepleje og sygepleje til patientgruppen fra sundhedshuset. For patienter med hjernesygdom er der en indgang og et telefonnummer til specialiserede rådgivning både på hospitalet og i sundhedshuset. Det er Cleveland Clinics vision og ledelse, som sætter retning for sundhedshuset (Cummings m.fl. 2013). ÆHN's kliniker tilknytning med specialiserede lægelige kompetencer i lokaliteter ved PL, kan skabe et incitament for PL og teamet, til at følge outcome mål og sundhedsmålinger for den ældre, som de kan drøfte med specialister fra ÆHN. Porter og Lee (2013) ser nødvendigheden af, at specialister og undergruppeteams arbejder sammen for at kunne styrke fagligheden, og det kan i denne opgave være ÆHN, PL, kommune, og alle *de multidisciplinære teams som integrerer behandlingen* til den ældre i RN. De får fælles mål og gensidigt ansvar, og de har adgang til fælles patientoplysninger og måles på fælles relevante outcome. Når alle der møder den ældre kan følge behandling i en tidstro IT-løsning, kan det være med til at skabe sammenhæng i forløbet for den ældre.

Til inspiration har man i nordvest London i 2011 startet et integrated practice unit projekt for ældre over 75 med eller uden diabetes. For at integrere behandlingen på tværs af hospital, kommune og PL deltager mere end 100 PL praksisser, 2 akuthospitaler, 5 sundhedscentre, psykiatriske sygehuse, kommune, lokal politikere og 2 patientforeninger i projektet (Harris m.fl. 2012). Man har skabt en IPU på tværs af kommunale og regionale sektorer med integration af PL, kommune og hospital i 9 multidisciplinære teams spredt rundt i nordvest London. De mødes 1 gang om måneden, hvor de planlægger og koordinerer den enkelte ældres hele forløb over alle sektorer (2012). De ældre som har deltaget i projektet evaluerede

efter 3 år, at de oplevede højere grad af involvering og beslutningskompetence, bedre relationer til deres sundhedsprofessionelle, bedre organisering og koordinering af deres forløb samt nemmere afgang til sundhed. (Mastellos m.fl. 2014).

Integreret behandling i Kommunen

Inspiration til at skabe integreret behandling i kommunen kan hentes fra Holland, hvor Buurtzoorg modellen har en vision om høj ydeevne i sundhedsvæsenet ved hjælp af selvstyrende sygeplejeteams, som ud fra visiteret timer selv planlægger leveringen af sundhedsydelser til de ældre. Organiseringen skulle tilbyde kvalitative sundhedsydelser til lavere omkostninger ved at involvere borgeren (Bradford m.fl. 2015). Det stemmer godt overens med VBS, som ønsker at skabe værdi for patienten i sundhedsvæsenet til laveste omkostningsniveau. Der er også inspiration at hente i DK, hvor Skanderborg kommunes pilotprojekt ”Kom trygt hjem fra sygehusindlæggelse”, kan understøtte integration af behandlingen for ældre ud i kommunen. Skanderborg Kommune har fokus på rehabilitering af den ældre i eget hjem, som udføres af teams af Social- og sundhedsassistenter (Skanderborg kommune 2020).

For at integrere behandlingen for den ældre mellem ÆHN, kommune og PL organiserer Fællesskabet leveringen af §83 ydelserne i en *samlet integreret enhed*, da det vil give mulighed for at arbejde mere multidisciplinært omkring den ældre. Tanken i MDT er, at teamet kan bestå af forskellige faggrupper, såsom sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter (SOSA) og hjælpere. I Buurtzoorg er der kun sygeplejersker i teamet, men i Skanderborg projektet er det både sygeplejersker og i høj grad SOSA'ere. Ligesom i Skanderborg kan de selvkørende teams i kommunerne varetage den rehabiliterende indsats, som en del af §83 ydelserne. Den rehabiliterende og sygeplejefaglige tilgang er integreret i teamet i RN, så det er de samme fagpersoner fra teamet, som varetager alle kommunale indsatser under §83. På ad hoc basis vil diætist, ergoterapeut, fysioterapeut og farmaceut fra sundhedshuset kunne inddrages, hvorved der sker en integration med PL. De enkelte selvstyrende teams kan have 1 til flere APN-sygeplejersker tilknyttet teamet, som vil være tovholder for de ældre i et mindre område af kommunen. Teamet bliver, ligesom i Buurtzoorg modellen, ansvarlig for levering af alle sundhedsydelser (altså §83 ydelserne) til de ældre i et geografisk område. De ser kun ældrepopulationen, da det er vigtigt *at sikre bredde af ydelser*, ved at teamet, som kommer hos den ældre, bliver erfarne i at genkende den ældres sygdom med tilhørende comorbiditet, syndromer og polyfarmaci.

Teamet i kommunen *koncentrerer volumen i færre lokationer*, når APN-sygeplejersken og teamet har ansvar for 50-60 patienter i et lokalområde. Det vil være af betydning at bruge APN-sygeplejerske ressourcerne mest hensigtsmæssigt i forhold til de ældre. APN-sygeplejersken kan tage med teamet ud og besøge ældre, der har brug for behandlingsmæssig støtte, eller hun kan drøfte konkrete problemstillinger med sit team, inden de selvstændigt kører ud til den ældre. Et op-tageområde med 50-60 ældre kan være med til at sikre tættere integration af behandling, da teamet ser de samme ældre og vil sparre med hinanden om de ældre. På den måde kan der ske en udvikling af fagpersonernes faglige kompetencer.

At vælge rette lokalitet til sundhedsydelser ville med APN-sygeplejerskens kompetencer give mulighed for at udvikle og fastholde kompetencer i de pågældende teams. De ældre kan opleve at blive behandlet i eget hjem, idet opgaver med fordel kunne flyttes fra ÆHN og PL ud i kommunen for at skabe værdi for den ældre og reducere omkostninger. Fællesskabet sætter fokus på ansættelse og udvikling af APN-sygeplejerskens kompetencer, da det vil være nødvendigt for kommunens udvikling. "Vi er bagud", udtaler DSR (DSR Tema), men intentionen i DK er faktisk, at give mulighed for at mere af behandlingen udføres af APN-sygeplejersker og dermed skabe grobund for opgaveglidning i sundhedsvæsenet.

Fællesskabet har et ønske om at *integrer behandling på tværs af lokaliteter*, hvor der skal være en tæt kontakt mellem ÆHN, kommune og PL. ÆHN vil med deres udskrivelsesprogram følge den ældre ud i kommunen, og sammen med kommunens APN-sygeplejerske og pågældende team iværksætte behandlingsplaner for den ældre. Simpel og nem adgang på tværs af hospital, kommune og PL, hvor APN-sygeplejersken og den ældre kun skal forholde sig til én indgang og ét telefonnummer er essentielt for tæt sammenhæng i den ældres forløb efter udskrivelse. Inspireret af Mary Naylor (Takahashi m. fl. 2020) som bruger betegnelsen, et "high-touch" behandlingssystem for ældre i høj risiko for komplikationer og genindlæggelser, er filosofien for kommunens integrerede behandling, at den ældre skal "røres" eller ses ofte og af flere. Fællesskabets beslutning om integreret behandling vil betyde, at den ældre "røres og ses" både af sygeplejersken fra ÆHN, APN-sygeplejerske og teams i kommunen og PL.

ÆHN stiller sine specialiserede kompetencer til rådighed efter den ældres udskrivelse, hvor kommunen er klar til at modtage den ældre både i kraft af et selvstyrende team, men ligeledes med et MDT, som sammensætter de rette kompetencer

og overtage behandlingen af den ældre. MDT-tilgangen kan implementeres ved, at APN fra ÆHN og kommunens APN-sygeplejerske mødes, hvor de i samarbejde med andre faggrupper vil konferere om den ældre og dermed *Integrere behandling på tværs af lokaliteter*. Kommunen organiserer sig ikke i fragmenteret funktionsbærende enheder, men som samlet integrerede enheder, hvor man samler sig omkring den ældre, en organisering som flere af kommunerne i RN allerede praktiserer. Kommunen vil kunne opleve, at den ældre hjertesyg føler sig udmattet og ikke ønsker at komme op af sengen. En konference i MDT i sundhedshuset eller ude i kommunen vil kunne belyse, om der er opstået fysiske komplikationer efter udskrivelsen, der tyder på en forværring i den ældres tilstand. Fysioterapeuten vil have mulighed for at tilse og planlægge rehabilitering i hjemmet eller få den ældre til træning udenfor hjemmet. Farmaceuten kan gennemgå den ældres medicin i samarbejde med APN-sygeplejersken, som også kan inddrage PL eller ÆHN. PL vil have mulighed for at drøfte den ældre med ÆHN og henvise til privat praktiserende speciallæger, der vil kunne tilse den ældre i sundhedshuset. APN-sygeplejersken fra kommunen har ligeledes en opgave i at skabe en fælles forståelse omkring den ældres komplekse behov. Sygeplejersken kan oplære den ældre til at tage vare på sig selv gennem simple observationer, altså opbygge den ældres egen kapacitet til at reagere på sygdom og føler sig tryk ved f.eks. den hjemmemonitorering en telemedicinsk løsning kan være i behandlingen. Dette sker via capacity building, som er et mind-set, der kan opbygge individets evne og kapacitet til at nå egne mål og deltage i egenomsorgen via empowerment (Krogstrup 2017, kap. 2). Samtidigt er der i capacity building begrebet en dualitet, da det også er samfundet og organisationer, som skal ændre mind-set hen mod at understøtte og udvikle den ældres egenomsorg, og ikke se den ældre som helt så sårbar (2017, kap. 2). APN-sygeplejersken kan også uddanne medarbejdere i teamet, så de ligeledes opnår kompetencer i at reagere relevant og rettidigt på den ældres symptomer. I Buurtzoorg modellen ses resultater i form af bedre behandling til lavere omkostninger, bedre patientoplevelser (PREM) og trivselsmålinger viser tilfredse ældre og medarbejdere. De leverer sundhed på færre timer og gode outcome, som bevirker et godt ry, hvorved PL og hospitaler henviser den ældre til Buurtzoorg firmaet. Dette har resulteret i en vækst fra 2007 til 2015 på 1 team til 700 teams og 8000 ansatte (Bradford m.fl. 2015). Ovenstående analyse viser, hvordan komponent 4 i TVA *Integreret Behandling*, kan være med til at skabe sammenhæng i den

ældres forløb mellem ÆHN, kommune og PL i RN. Integrationen mellem ÆHN, kommune og PL kan skabe bedre behandling, rette kompetencer, kapacitet, og at leveringen af sundhedsydelser kan omstilles til laveste omkostningsniveau i tråd med VBS tankerne. Den ældre skal modtage ekspertbehandling i hele forløbet, som kan være med til at forebygge indlæggelser, genindlæggelser, midlertidige ophold på plejehjem og at den ældre kan være længst muligt i eget hjem. Fællesskabet har myndighed til at sætte retning for den struktur og organisering, der skal til for at integrere en behandling, der skaber sammenhæng i den ældres forløb. Næste afsnit er en analyse af værdi for den ældre i form af outcome, og hvordan der kan opnås større bevidsthed om omkostningerne.

5.5 Hvad har værdi for den ældre i RN, og hvad koster det?

For at skabe sammenhæng i den ældres forløb, er der lavet forslag til en organisering som muliggør, at de rette fagligheder samler sig omkring den ældre i en IPU, som sikrer geografisk rækkevidde og integration af behandlingen mellem hospital, kommune og PL i RN. Hvordan er det muligt at måle, om der skabes værdi for den ældre, og om leveringen af sundhedsydelser sker på laveste omkostningsniveau? Det handler dette afsnit om. Første del omhandler outcome målinger og anden del omhandler, hvordan vi kan blive bevidste om, hvad vores sundhedsydelser koster.

Outcome

Outcome målinger er et stærkt værktøj i sundhedsvæsenet til at opnå gode behandlingsforløb af værdi for patienten. Det vil kræve den rette tilgang til at måle, rapportere og sammenligne outcome på tværs i patientforløbet, hvorved de sundhedsprofessionelle vil kunne få en relevant viden, om den værdi de skaber, og hvordan det går med omkostningerne (Porter 2010B). Der skal være en gensidig ansvarsfølelse for alle parter for udmøntning på målene (Porter 2010A). De ældre ses som én population, hvor outcome kan laves ud fra et bredt kendskab til den ældres sygdom med tilhørende comorbiditet, syndromer og polyfarmaci (Porter 2010A & 2010B). IPU projektet i nordvest London arbejdede også med outcome i de ældres forløb på tværs af hospital, kommune og PL. Outcome mål var blandt andet akutte indlæggelser og genindlæggelser, plejehjemsindlæggelser og et omkostningseffektivt outcome på 24% reduktion i sundhedsomkostninger for hele patientgruppen i området inden for 5 år. Desuden var patienternes oplevelse af tilfredshed også med som PREM målinger (Harris m.fl. 2012). Tidlige resultater viste et 7% fald i akutte indlæggelser for de ældre med diabetes (Torjesen 2012),

og øget værdi i patientoplevelser i forhold til involvering i beslutninger, nemmere adgang til en sundhedsprofessionel og bedre tværfaglig kommunikation på tværs (Mastellos m.fl. 2014).

Outcome handler ikke kun om at finde frem til, hvad der er af værdi for den ældre men også, at hele organisationen og udfører af sundhedsydelser på patientniveau evalueres ud fra de outcome, der er sat som mål i forløbet, fordi konkurrence og benchmarking fremmer en bevidsthed omkring vores udførelse af fælles indsatser (Porter 2010A & 2010B). Schön klinik har indført, at hver enkelt læge måles på outcome resultater til brug for læring i hele organisationen. Konkurrencedelen er med, da resultaterne er tilgængelige for klinikere, patienter og offentligheden. Offentliggørelsen af Schön Klinik outcome resultater gav blandt andet den effekt, at PL blev mere interesseret i et fælles samarbejde om fælles patienter på tværs, noget som tidligere havde været en udfordring (Porter m.fl. 2012). Mayo Clinic gennemfører også audit på hver enkelt læges outcome resultater, som skal være med til at skabe læring om best practice mellem lægerne og som styringsredskab for klinikken (McCarty m.fl. 2009).

Porter ser vigtigheden af at forstå outcome mål for at kunne være i stand til at iværksætte omkostningsdelen i praksis. Outcome bør udtænkes og leveres, så de kan bruges på tværs i organisationen, og ikke kun i fragmenteret dele af den ældres forløb. Målinger i den ældres forløb mellem hospital, kommune og PL i RN kræver en IT-løsning, som kan levere resultater i kontinuerlig, tidstro og intuitiv let tilgængelig udgave. Outcome målingerne muliggør opfølgning på både værdien af de sundhedsydelser, vi leverer, og at det sker omkostningseffektivt. Det nytter ikke at iværksætte indsatser, som er omkostningstunge, hvis ikke vi skaber mere værdi for den ældre. Skaber vi samme værdi for de ældre i vores levering af sundhedsstyrelser, så må der, af hensyn til den stigende ældrebefolkning og udgiftspres, leveres til lavere omkostningsniveau. Mayo arbejder med færre genindlæggelser, som en vigtig outcome på hospital (Takahashi 2020), som skal være med til at gøre leveringen af sundhedsydelserne mere omkostningseffektive. Cleveland Clinics farmaceutisk team har ligeledes arbejdet med outcome for deres patientforløb. De har mindsket genindlæggelserne med 24% efter, de har opstartet det farmaceutiske team (Labson 2015).

Outcome som sættes for at reducere omkostningerne, siger også noget om værdien for den ældre. I ICHOMs oversigt (se bilag 2) over outcome for de ældre, har det værdi for den ældre, at der er styr på den medicinske behandling, faldtendens, at den ældre oplever at have kontrol og autonomi i eget liv, og hvor meget tid der

tilbringes på hospitalet. Hvis ikke dette er tilstede for den ældre, kan det betyde øget indlæggelser, genindlæggelser og permanent ophold på plejehjem. Hvis den ældre oplever mange genindlæggelser, så er det ikke nok, at kun hospitalet forsøger at bringe genindlæggelserne ned. Færre genindlæggelser vil kræve, at rækkevidden og integrationen af behandlingen til den ældre mellem hospital, kommune og PL er sammenhængende. Derfor skal både ÆHN, kommune og PL måles på genindlæggelser, da de alle kan påvirke målet.

HND-Centeret i Sverige (Spaak 2015) arbejder med VBS-tilgangen, og har outcome som er inspireret af Porters 3 Tiers for outcome (Porter 2010A). De måler på outcome relateret til udvikling i sygdom, patient-centrerede outcome og kvalitet af behandlingen. F.eks. er udvikling i sygdom en kombination af målinger på mortalitet, genindlæggelse og akut hjerteanfald. Til at måle omkostningseffektiviteten måler de på antal ambulante besøg, indlæggelser og genindlæggelser (Spaak 2015). HND-centeret måler også på de patientrapporterede outcome målinger (PROM), og deres oplevede tilfredshed med kvaliteten af den behandling, de har modtaget (PREM). Ud fra ICHOMS outcome af værdi for ældre (Bilag 2), kan PROM målinger være, at den ældre via IT-løsninger indrapporterer grad af smerter, funktionsniveau i dagligdagen og oplevelse af livskvalitet. I Farsøs værdibaseret styringsprojekt (Bjerregaard & Christensen 2018) inden for Ortopædkirurgien, har man lavet outcome som måles på individniveau, hvor 3 af outcome er PROM data om livskvalitet, funktionsniveau og individuel tilfredshed med behandlingen. Der måles i starten af forløb og 1 til 2 år efter forløbets afslutning, for at få den kortsigtede (outcome) og langsigtede (impact) værdiskabelse af den faglige opgaveløsning. Thisted kommune (Jensen m.fl. 2018) har på ældreområdet haft en strategiproces, hvor det overordnet outcome for ældrepopulationen med kontakt til kommunale indsatser er livskvalitet, og dette outcome følges ved, at der årligt gennemføres en livskvalitetsmåling blandt de ældre, som er PROM data.

I forslag til outcome i den ældres forløb mellem ÆHN, kommune og PL hentes der inspiration fra VBS og ICHOM. ICHOM har udviklet globale outcome standarder for ældre, hvor formålet er at forbedre kvaliteten til ældre. De anvender både administrativt og patientrapporteret data til brug for udvikling af outcome, på tværs af patienter og fagligt personale. De har analyseret, hvilke faktorer (Bilag 2), der betyder mest for de ældre og dernæst omsat til outcome. ICHOM anvender Porters Tier model, som er sat i relation til relevant data, og derefter udviklet outcome for ældre. I figur 5.3 er indsat få outcome for de ældre i forløb mellem ÆHN, kommune og PL i RN. Rammen er inspireret af Porters 3 Tiers (Porter 2010A) med

tilhørende niveauer. Herefter en nærmere beskrivelse af niveauerne, og derefter vores forslag til outcome fordelt på ÆHN, kommune og PL.

<u>Tier 1</u> Overlevelse		<u>Hospital outcome</u> 30 dages mortalitet	<u>Kommune outcome</u> 30 dages mortalitet	<u>PL outcome</u> 30 dages mortalitet
Status efter sygdom eller opnået helbredstatus.				
<u>Tier 2</u> Genopretningsfase	Tidsfaktor i forhold til at genvinde et acceptabelt funktionsniveau. Tæt opfølgning af kroniske sygdomme skal forebygge forværring.	<u>Hospital outcome</u> Genindlæggelse Funktionsniveau Risikovurdering	<u>Kommune outcome</u> Genindlæggelse Funktionsniveau Risikovurdering	<u>PL outcome</u> Genindlæggelse Funktionsniveau Risikovurdering
Mangel på behandling eller på aktiviteter – fejl, processer, komplikationer.	Forhold af betydning for den ældres funktionsniveau: antal liggedage, ændringer i plan, ubehag fra behandling	Antal liggedage Komplikations-screening Udarbejdet behandlingsplan	Smerte Tidlig opsporing af udvikling i sygdom Fald i eget hjem	Komplikations-screening Medicineringsfejl Fald i eget hjem
<u>Tier 3</u> Bæredygtighed i sundhed	Vurdering af tilbagefald af sygdom, eller langsigtede konsekvenser af sygdom.	<u>Hospital outcome</u> 1 års overlevelse Akut indlæggelse	<u>Kommune outcome</u> 1 års overlevelse Akut indlæggelse	<u>PL outcome</u> 1 års overlevelse Akut indlæggelse
Langsigtede konsekvenser af sygdom	Tab af kontrol, autonomi, mentale sundhed. Funktionsniveau.	Funktionsniveau	Antal ældre på plejehjem. Funktionsniveau på langt sigt	Antal ældre på plejehjem. Funktionsniveau langt sigt

Figur 5.3 Outcome for den ældre mellem ÆHN, kommune og PL.

Antal af indlæggelser, genindlæggelser og flytning fra eget hjem til plejehjem for den ældre i RN, er outcome, som både siger noget om værdien for de ældre, men også om omkostningseffektiviteten. Fællesskabet skal omstille leveringen af sundhedsydelse i forløbet for den ældre mellem ÆHN, kommune og PL i RN for at skabe bedre sammenhæng. Der er "kun" 80 sengepladser på ÆHN, så outcome mål for færre indlæggelser og genindlæggelser er vigtigt for at undgå overbelægning på ÆHN. De VBS-inspirerede tiltag kan samle de ældre på ÆHN, udvikle udskrivelsesprogrammer for de ældre, som integrerer behandlingen fra ÆHN. PL's levering af sundhedsydelser integreres, så han kun behandler ældrepopulationen i en MDT-tilgang, hvor der bruges ressourcer fra privat praktiserende speciallæger, diætister, farmaceuter og terapeuter. Kommunen organiserer deres levering af sundhedsydelser i en teambaseret tilgang, og der uddannes flere APN-sygeplejersker. Økonomien til at forandre, forbedre og sætte de nye initiativer i gang skal blandt andet findes via færre indlæggelser, færre genindlæggelser og flere ældre som forbliver i eget hjem frem for plejehjem. Der kan leveres mere værdi for de samme penge, eller den samme værdi for mindre penge. Opfølgning på outcome målingerne kan vise, om VBS-tiltagene skaber bedre sammenhæng i den ældres forløb mellem hospital, kommune og PL. Når den ældre oplever færre komplikationer, faldtendens, og et bevaret eller forbedret funktionsniveau, kan det også være resultater af, at de VBS-inspirerede tiltag har haft sammenhængende effekt. Tålmodighed er vigtigt, når man forsøger at ændre leveringen af sundhedsydelser i forløb, som er præget af høj kompleksitet med deltagelse af flere organisationer, og som kræver IT-løsninger på tværs for at opnå den fulde effekt af forandringerne. Både pilotprojektet i north vest London (Mastellos m.fl. 2014) og i Hollands projekt om PL's integreret behandling og forløbstakster til diabetes patienter (Bakker m.fl. 2012) viste, at forandringer af komplekse faglige arbejdsprocesser tager tid, før resultaterne viser sig.

Omkostninger

Kaplan & Porter (2011) anvender TDABC som en forholdsvis intuitiv måde at få overblik over omkostningerne i et patientforløb. Der visualiseres en værdistrøm over hele forløbet med alle kliniske og administrative aktiviteter i den ældres forløb. Ifølge Kaplan og Porter (2011) så måler man for kronikere og ældre på forløb, som strækker sig over 6-12 måneder. Et systematisk litteratur review af hvor og hvordan TDABC er implementeret (Keel m.fl. 2017) viser, at TDABC er implementeret flere steder, hovedsageligt i enkelte organisationer og ikke for forløb, som går på tværs af flere organisationer. Keel m.fl. opfatter dette som et udtryk for en

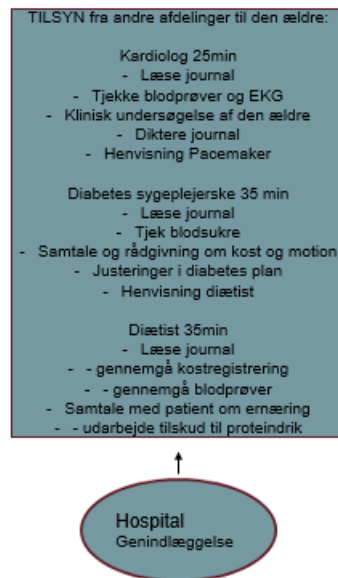
silotankegang. Kaplan & Porter (2011) lægger netop op til, at man kender omkostningerne i hele patientens forløb.

I DK har man gennem flere år arbejdet med generiske forløbsbeskrivelser (jf. SST 2012), som der kan tages udgangspunkt i, når værdistrømsanalyse af de ældres hele forløb mellem ÆHN, kommune og PL skal udarbejdes. Det er vigtigt, at både ledelser og sundhedsprofessionelle er deltagere i udarbejdelsen af værdistrømsanalyser af de ældres sammenhængende forløb, da det er de sundhedsprofessionelle, der udfører dagligdagens faglige handlinger (Porter & Lee 2013). Det er vigtigt, når der tales om placering af en aktivitet, at de faglige kompetencer og kapacitet er til stede, for at aktiviteten kan udføres med samme kvalitet både på hospital, i kommune og hos PL. I Norge, hvor der har været arbejdet med VBS, er der i kommunerne en oplevelse af, at hospitalerne har indført VBS, hvilket har medvirket til færre indlæggelsesdage på hospitalet. Desværre har man ikke haft kommunerne og PL med i VBS-processerne, og aktiviteterne skubbes blot ud i kommunerne, hvor der pludselig modtages dårligere patienter, som man ikke har været forberedt på og ikke har kompetencerne og kapaciteten til at modtage (Gautun & Syse 2017). Ifølge KORA rapporten (Højgaard m. fl. 2016) var der ikke arbejdet med omkostningsbevidsthed i de danske VBS indsatser. I bedste fald var der flyttet budgetbrikker. Så modtagere af nye aktiviteter og arbejdsprocesser kunne risikere at få for lille budgettildeling, eller slet ingen tildeling. Fællesskabet mellem ÆHN, kommunerne og PL har en vigtig myndighedsopgave i at beslutte, hvordan der skal ske budgettildelinger til ÆHN, kommuner og PL.

TDABC

I følge Kaplan og Porter er der 7 steps til at beregne omkostningerne for hele den ældres forløb (Kaplan & Porter 2011). I *Step 1* vælger man en diagnose eller for ældre/kronikere en længere periode med forløbet fra start til slut inklusive komplikationer og comorbiditet. I denne opgave er det ældre med et sygdomsforløb mellem ÆHN, kommune og PL. Værdistrømsanalyse for hele forløbet laves i *step 2*. I *Step 3* udvikles procesmapper for hver aktivitet i forløbet. Vi har ikke visualiseret arbejdsprocesserne i hver enkelt aktivitet, men i figur 5.4 ses et eksempel på en aktivitet med arbejdsprocesser, hvor der er MDT-tilsyn til den ældre fra 3 eksterne specialer. Estimer tidsforbrug for hver proces i *Step 4*. Hvis der bruges mange ressourcer, så udregn for alle. Hvis nogle processer er kortvarige med lave omkostninger, så estimer en standardtid. Se figur 5.4 for den ældres MDT-tilsyn

fra eksterne specialer på hospitalet. Tilsynet involverer 3 faggrupper, og de bruger hver imellem 25-35 minutter på tilsyn til den ældre.



Figur 5.4 MDT tilsyn arbejdsproces

I *Step 5* estimeres alle omkostningerne tilhørende ressourcen til at udføre aktiviteten. Ressourcen er ansatte, udstyr og f.eks. operationsstuer. Hvad koster lokaler, møbler, IT og løn til forskellige fagprofessionelle? Disse tal kan som oftest findes i konteringer i kontoplanen, og tilknyttes udregningen af omkostninger. Kaplan og Porter (2011) anbefaler at få hjælp fra økonomer til at finde disse data. Omkostninger tilhørende løn kan indeholde supervisionstillæg, som er udtryk for den lederløn, der er tilknyttet medarbejderen. I kommunen og hos PL kan der også tillægges omkostninger til lønnen for biler, lokaler og IT. Det er driftsomkostninger, som man på den måde tillægger ressourcens omkostninger.

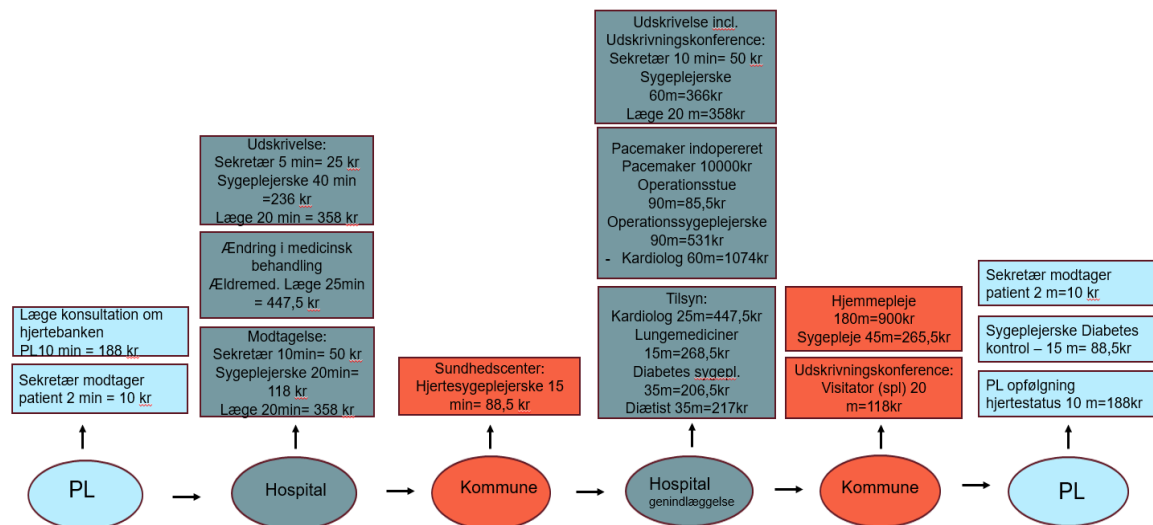
I MDT-aktiviteten herover skal vi finde ud af, hvor meget lønnen er for henholdsvis en kardiolog, diabetessygeplejerske, diætist. Hvis der er forskel på lønninger inden for hver enkelt faggruppe, findes også disse data. Det kan f.eks. være lønnen for en overlæge kontra en afdelingslæge, en erfaren specialistuddannet sygeplejerske kontra en basissygeplejerske. I aktiviteten "Indopereret en pacemaker", skal der ligeledes findes omkostninger for ressourcen "operationsleje/stue". Arbejdsprocesserne kunne se således ud:

Pacemaker indopereret 90min
Implantat pacemaker pris: 10000,-
- Operationsleje/stue 90 min
- Operationssygeplejerske 90min
- Kardiolog 60min

Prisen på implantat, leje og løn for en operationssygeplejerske og kardiolog findes for at kunne udregne, hvor meget aktiviteten koster.

Når man kender omkostningerne for hver enkelt ressource, som deltager i hver enkelt aktivitet, så starter man i *Step 6* med at estimere kapaciteten af hver ressource, altså hvor mange timer om dagen er ressourcen tilgængelig til patientrelateret aktiviteter. Her tages der højde for weekend, ferie, helligdage men også fravær til undervisning, forskning og konferencer. I kommunen kunne hjemmesygeplejers kørsel mellem hver ældre også indregnes som fravær fra patientaktivitet, altså en del af driftsomkostninger. På den anden side kan man også argumentere for, at det er en del af produktionen, at tiden mellem hver aktivitet bruges til at afslutte besøg og gøre sig klar til næste besøg. Det vil være svært at bevare de ældre med behov for hjælp i eget hjem, hvis ikke hjemmesygeplejen skal køre mellem hver af de ældre.

Når man har udregnet omkostningerne og kapaciteten for hver enkelt ressource til at udføre aktiviteten, så kan man udregne kapacitetsomkostningsraten. Det er en rate for hver enkelt ressource, hvor meget de koster i minuttet, når omkostninger til lokaler, IT, bil, lederløn og fravær er trukket fra. Man kan med fordel udregne en minutpris for en standard operationsstue med alt det udstyr det indebærer, og have forskellige kapacitetsomkostningsrater alt efter om det er med/uden anæstesipersonale, anvendelse af et helt specielt apparatur, antal af operationssygeplejersker og om det er en overlæge eller afdelingslæge der udfører aktiviteten. På samme måde kan man udregne standard kapacitetsomkostningsrater hos PL og i kommunen, med mulighed for at udvide raten, hvis der under en konsultation/aktivitet udføres processer, hvor man anvender specielt udstyr, træningslokaler til rehabilitering eller der kører to fra hjemmesygeplejen ud til samme besøg til den ældre. Se bilag 3 for udregning af henholdsvis omkostninger, kapacitet og kapacitetsomkostningsrater for forskellige ressourcer til at udføre aktiviteter i forløbet for det sammenhængende forløb for den ældre i RN.



Figur 5.5 Værdistrøm med tid og omkostninger

I Step 7 kalkuleres omkostningerne for hele forløbet. Hver enkelt arbejdsproces i aktiviteten kan udregnes, da vi ved, hvor lang tid hver enkelt ressource bruger på arbejdsprocessen, og hvad ressourcen koster. I figur 5.5 ses forløb for den ældre i RN, hvor aktiviteter, arbejdsprocesser, tid og omkostning er indsat. I figur 5.6 ses omkostninger til den ældres forløb fordelt på hospital, kommune, PL samt en samlet forløbstakst for hele forløbet på 17072,8 kr.

Omkostninger i dKr	Hospital	Kommune	PL	Hele forløbet
Pacemaker	10000			10000
Overlæge	3331,3			3331,3
Diætist	217			217
Operationsleje	85,5			85,5
Sygeplejerske	1457,5	472	88,5	2018
Sekretær	125		20	145
SOSA		900		900
PL			376	376
	15216,3	1372	484,5	17072,8

Figur 5.6 Forløbstakst for hele den ældres forløb, omkostningerne på hospital, i kommune og hos PL og samlet.

Ved at anvende TDABC for de ældres hele forløb mellem hospital, kommune og PL, opnås bevidsthed om, hvilke aktiviteter der ligger i forløbet, og at der ikke udføres de samme aktiviteter flere gange. ÆHN, kommune og PL kan opnå viden om aktiviteter, der kan udføres andre steder, f.eks. i det kommunale frem for på

hospitalet. TDABC giver også mulighed for opgaveglidning af aktiviteter mellem faggrupper. På HND-centeret i Sverige har TDABC givet anledning til ændring i arbejdsprocesser og øget opgaveglidning mellem de sundhedsprofessionelle (Keel m.fl. 2020). Kapacitetsomkostningsraten for en læge kontra en sygeplejerske er næsten 2/3 mindre for aktiviteter udført af sygeplejersken, og opgaveglidning kan være med til at skabe yderligere lægekapacitet til andre opgaver samtidigt med, at omkostningerne bliver mindre. Dette under tæt opfølgning på kvaliteten af behandlingen.

TDABC kan give Fællesskabet en bevidsthed om alle omkostninger i den ældres forløb, hvilket skaber mulighed for bedre sammenhæng i de økonomiske tildelinger. Fællesskabets beslutningsmyndighed kan sikre, at økonomien følger udførelsen, at aktiviteten ligger på rette sted og kun udføres et sted, så der bliver ressourcer til at sikre kompetencer og kapaciteten i hele den ældres sammenhængende forløb i RN. HND-centeret i Sverige har også anvendt TDABC til at estimere omkostningerne for deres ældre patienter med kroniske lidelser, hvilket har givet mere kvalificeret og mere præcise økonomiske tildelinger til de sundhedsydelser, som centret udfører (Keel m.fl. 2020).

Outcome målinger for akutte indlæggelser, genindlæggelser og plejebolig skal følges tæt, da det har indflydelse på omkostningerne. Mayo Clinic udførte TDABC analyse for deres Primary Care Transition Program, hvor der er sættes ind med tæt opfølgning i hjemmet i den post-akutte fase efter udskrivelse for ældre med høj risikoscore (Helmers & Kaplan 2016). Da omkostningerne i hele programmet var synliggjorte, var næste naturlige step at evaluere på outcome målet for genindlæggelser. Programmet skulle være medvirkende til at genindlæggelserne for de ældre faldt, og der var skabt mere værdi og omkostningseffektive forløb. Genindlæggelserne var faldet fra 20% til 12% med en relativ mindre risiko for at blive genindlagt på 38% (Helmers & Kaplan 2016). Når MDT samler sig omkring den ældre på ÆHN, og der er en integreret tilgang til den ældres behandling, vil målet være, at den ældre oplever færre indlæggelser, genindlæggelser og plejeboligophold. Behandlingen kan foregå i kommune eller hos PL, hvorved de samlede omkostninger i hele forløbet forbliver det samme for det stigende antal ældre eller bliver mindre. Det er værdibrøken, som er i spil for at estimere, hvilken værdi der skabes, hvad det koster og om det er omkostningseffektivt.

TDABC giver overblik over kliniske og administrative aktiviteter samt omkostningerne i den ældres sammenhængende forløb mellem hospital, kommune og PL.

Dette overblik og viden skal anvendes til at udarbejde forløbstakster for de ældres forløb i RN, hvilket næste afsnit handler om.

5.6 Forløbsbaseret takster for den ældre i RN

Ifølge Porter og Lee (2013) er det stadig fee-for-service, kapita- og enkelt episode taksttildelinger, som er de hyppigste afregningsmodeller¹. Disse afregningsmodeller kan medvirke til suboptimering i egne områder, fremfor at skabe sammenhæng på tværs af organisations- og sektorgrænser. Sundhedsvæsenet kan med fordel arbejde hen mod forløbstakster, hvor der afregnes efter hele patientforløb. Den økonomiske styring skal skabe incitamenter til, at ÆHN, kommune og PL kan levere sundhedsydelserne, så det understøtter en VBS-tilgang med fokus på værdiskabelse for den ældre og samtidigt være omkostningseffektivt. I dette afsnit analyseres, hvordan en styringsmodel (Bukh & Christensen 2018B), her en tildelingsmodel for tildeling af ressourcer, kan være med til at skabe sammenhæng for den ældre mellem hospital, kommune og PL.

Analysen med afsæt i VBS har givet forslag til en overordnet organisering, som muliggør levering af et sammenhængende forløb for den ældre mellem hospital, kommune og PL gennem en integreret behandling som geografisk dækker RN, og hvor vi styrer efter værdien for den ældre og omkostningseffektive forløb. Hvordan kan RN og Fællesskabet styre økonomien, så der sikres en tildeling, som skaber økonomisk mulighed og incitament for et sammenhængende forløb for den ældre mellem hospital, kommune og PL?

Tildeling af de fælles penge

Jf. finansiering af det danske sundhedsvæsen i afsnit 2.1, så finansierer staten RN i form af kapitafinansiering og også en del af kommunens omkostninger til sundhed vil være statsligt kapitafinansiering plus kommunale skatter. Denne finansiering er der ikke ændret på i den virtuelle organisering. Der vil ikke være behov for KMF og nærhedsfinansieringsprincipper i Fællesskabet, da den nye organisering i Fællesskabet og integreret tilgang med fælles mål skaber incitament til at skabe sammenhæng i forløb og omstille levering af sundhedsydelser til laveste omkostningsniveau. KMF og færdigmeldingstakster vil dog stadig være gældende mellem de 11 kommuner og hospitalerne uden for Fællesskabet. Staten kan have en

¹ Afregningsmodeller: Fee-for-service: Afregning for hver enkelt konsultation/service som hos PL. Takst tildelinger: Afregning efter enkelt episoder (DRG). kapita-tildelinger: afregning per population/registreret patient f.eks. hos PL (Refnov 2018, side 289).

interesse i at bevare nærhedsfinansieringsprincipperne i Fællesskabet, da det er en måde, hvorpå staten centralt kan "holde øje med", at de decentrale udfører enheder styrer efter centralt opsatte mål.

RN tildeler Fællesskabet en andel af den finansiering, de har modtaget til sundhedsområdet i RN. RNs tildeling til Fællesskabet vil svare til de nu bevidste omkostninger, som i TDABC-analysen af forløbet ligger hos ÆHN og PL. De 11 kommuner vil på samme måde udregne, hvor stor en tildeling af det kommunale budget, de skal tildele Fællesskabet. Fællesskabet tildeles et samlet budget fra RN og de 11 kommuner, som repræsenterer hele forløbstaksten for behandlingen af ældrepopulationen i RN. De skal nu i enighed fordele budgetter til ÆHN, kommunerne og PL. Fællesskabet tildeler budgetterne ud fra, hvor aktiviteterne udføres og omkostningerne ligger, og hvor der er behov for at styrke kapacitet, kompetencer og integration af behandlingen for at skabe sammenhængende forløb for den ældre mellem ÆHN, kommune og PL. Hvis der i Fællesskabet er et ønske om yderligere integration, som betyder omstilling af aktiviteter i den ældres forløb, så kan de vælge at flytte tildelingene, så budgettet følger opgaven. Beregningen af tildelingen til de tre organisationer ÆHN, kommunerne og PL kan laves ud fra TDABC, som en samlet forløbstakst til hver af de tre. Forløbstaksten skal dække hele leveringen af sundhedsydelser fra ÆHN, kommune og PL til de ældre i RN.

Både ÆHN, kommune og PL kan have samarbejdspartnere, forbrug og lån af diverse udstyr, som ikke er en del af Fællesskabet. Det er store som små omkostninger, som ikke er med i forløbstaksterne, som man forventer på tværs af hinanden, men hvor ikke alt kan forventes at være "gratis". Hvis dette bliver for meget, så kan Fællesskabet lave en ex ante vurdering af forventet antal ydelser x pris i budgettet. Ex ante er en beregning/vurdering af de forventede udgifter i næste års budget (jf. Andersen & Rohde 2016). I Fællesskabet er det en vurdering af antal af ydelser, som deltagelse i MDT fra AUH af speciallæger, brug af røntgen udstyr, teknisk støtte og rengøring. Det samme kunne man gøre for PL og de privat praktiserende speciallæger eller andre som deltager i MDT hos PL. I Holland (Struijs m.fl. 2017) har man med Sundhedsreformen i 2006 indført forløbstakster for PL's forebyggende behandling af patienter med diabetes, som skulle være ud fra en MDT-tilgang. Der blev dannet behandlergrupper - et fællesskab af flere PL, som modtog 1 forløbstakst til at dække et fuldt forløb af diabetesydelser for en fastsat periode på 365 dage. Behandlergrupperne indgik kontrakter med blandt andet privat praktiserende speciallæger og diætister, hvor der blev forhandlet en takst for de ydelser, de leverede ind i MDT behandlingen til patienten med diabetes.

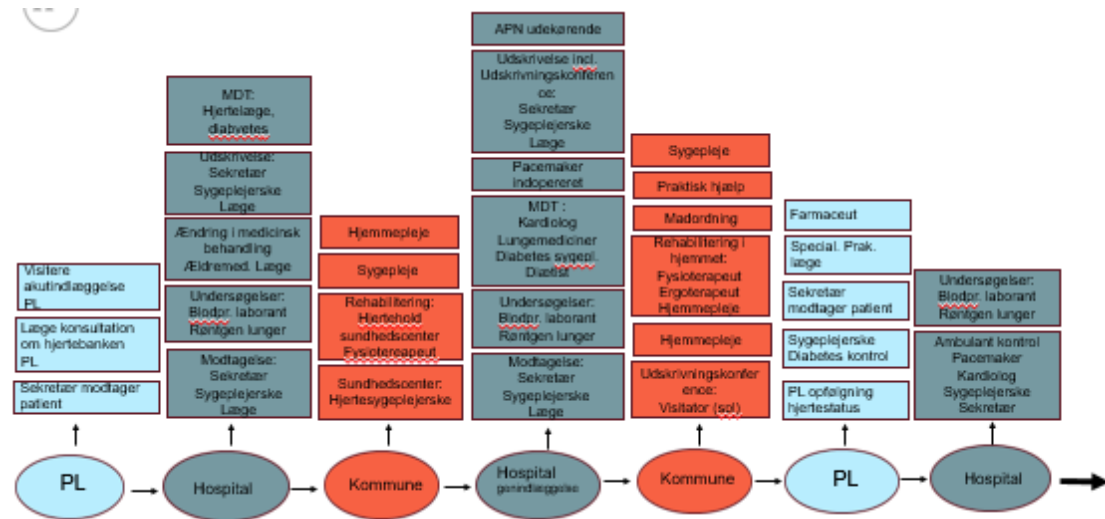
Beregning og tildeling af forløbstakster

Allerførst lidt om budgetrisikoen (Smith 2008), som er variationen mellem de faktiske afholdte udgifter i regnskabet (ex post) og de forudsagte eller prognosticerede udgifter i budgettet (ex ante) (jf. Andersen & Rohde 2016). Når Fællesskabet modtager et fast budget fra RN og kommunalbestyrelserne, og når ÆHN, kommune og PL modtager en samlet forløbstakst fra Fællesskabet, som skal dække alle sundhedsydelser til den ældre i RN, så ligger budgetansvaret hos Fællesskabet og ÆHN, kommune og PL. Selvom de faktiske afholdte udgifter til ældrepopulationen bliver væsentlig større end forudsagte udgifter, så er der kun den tildelte forløbstakst til at dække det. Heri ligger et incitament til at skabe omkostningseffektive forløb for den ældre, så Fællesskabet og ÆHN, Kommune og PL kan overholde deres budgetter.

I Porter & Lees (2013) TVA udregnes forløbstaksterne ud fra TDABC, som vist i forrige afsnit. Hvordan udregnes forløbstakster, som nogenlunde repræsenterer den kompleksitet, der er i leveringen af sundhedsydelser til den ældre? Forløbet i figur 5.7 viser et eksempel på et komplekst forløb, som indeholder flere omkostninger end et simple forløb. Når der tildeles en hel forløbstakst til hele ældrepopulationen, så er det vigtigt, at denne er udregnet så tæt på præcist som muligt, ellers vil der være for stor budgetrisiko.

Vi har søgt inspiration flere steder. I USA er der lavet en analyse af sundhedsforsikringsselskabet Medicare Bundle Payments Care Initiative program (BPCI) for medicinske kroniske tilstande (Rolnick m.fl. 2020). Hospitalerne får det økonomiske og kvalitetsmæssige ansvar for forløbene på 90 dage. Hospitalerne får kun én forløbstakst til at dække det enkelte patientforløb, og der er hos Medicare 34 hyppige medicinske tilstande, som der er en forløbstakst for i programmet (Medicare & Medicaid 2021).

Kan Fællesskabet anvende samme tilgang, og udarbejde værdistrømsanalyser og forløbstakster for 30-40 af de mest hyppige forløb for de ældre mellem hospital, kommune og PL i RN?



Figur 5.7 Eksempel på komplekst forløb for ældre.

Disse forløbstakster kunne danne fundamentet for en udregning af en samlet forløbstakst til populationen, som der tilføres Fællesskabet. Det samme kunne udregnes for den andel af forløbstaksten som hhv. ÆHN, kommune og PL modtager. Det vil fordrer, at data er tilgængeligt og muligt at høste, hvis man skal udregne antallet af de 30-40 forskellige forløb for ældre i RN, og hvor mange af de forskellige forløb, der ses hos hhv. ÆHN, kommune og PL. Hvad nu hvis der kommer 100 flere af de 5 mest omkostningstunge forløb, end der var forudsagt i budgettet? Budgetrisikoen for Fællesskabet og ÆHN, kommune og PL kan blive for høj. Spørgsmålet er, om der kunne skabes mulighed for ekstra tildelinger, hvis forløbene er meget komplekse?

På Karolinska hospital, Sverige, har man indført forløbstakster for knæ- og hoftepatienter (Wohlin m.fl. 2016). Hospitalet fik 1 forløbstakst til hvert forløb udregnet ud fra antal patienter x forløbspris. Der var også udarbejdet individuelle patientnære takster for potentielle komplikationer (gives som refusion) og en individujustering, som justerede den tildelte forløbstakst efter den enkelte patients comorbiditet og sygdomsfaktorer. Hospitalet modtog også resultattakster, hvis outcome og kvalitetsmål blev opnået (2016).

Det er en anden patientgruppe i eksemplet fra Karolinska, men deres opsætning med 1 forløbstakst, hvor der kan tilknyttes individuelle patientnære takster, kunne der søges inspiration i. For den ældre i RN kunne der laves et typisk gennemsnitsforløb, som var den eneste forløbstakst for ældrepopulationen i RN.

Fællesskabet og ÆHN, kommune og PL tildeles forløbstaksten x forudsagt antal ældre i budgettildelingen. Så ville ÆHN, kommune og PL skulle justere forløbet for hver enkelt ældre, ud fra potentielle komplikationer og individjusteringer ud fra comorbiditet, syndromer og polyfarmaci. Altså en generisk forløbstakst med tilhørende takstjusteringer for komplikationer og individforhold. For at lave den ene forløbstakst, er man stadig nødt til at lave et større antal værdistrømsanalyser, som nogenlunde repræsenterer variationer i de ældres forløb, hvorudfra der udregnes en gennemsnits forløbstakst. Det er måske ikke 30-40 forløb, som i Medicare eksemplet, men stadig et vist antal for et bredt grundlag. Det kunne være denne tildelingsmodel, man brugte for ældre populationen i forløb mellem ÆHN, kommune og PL. En tredje tildelingsmodel kunne være 15 forløbstakster for ældreforløb i RN, hvortil der kunne knyttes komplikations- og individjusteret takster. Da det er en større population med komplekse forløb, kunne det være med til at skabe en mere præcis tildeling.

I en VBS-inspireret tilgang styres der efter de outcome, som Fællesskabet har sat for det sammenhængende forløb for den ældre mellem ÆHN, kommune og PL i RN. Kan Fællesskabet vælge en styringsmodel, hvor der også indgår effektbaseret tildelinger? Direkte effektbaseret styring er tildelinger som først tildeles, når den ønskede effekt er opnået, hvor effekten er omformuleret til outcome mål og indgår i budgettet (Bukh & Christensen 2018B). Det kan for den ældre være outcome mål om at forbedre behandlingskvaliteten, så den ældre oplever færre komplikationer både inde på hospitalet, hos kommunen og hos PL. Hvis der samlet for hele ældrepopulationen i RN ses et fald i komplikationer for de ældre i RN, så tildeler Fællesskabet komplikationstaksten til ÆHN, kommune og PL. Det kan også være et omkostningseffektivt outcome som færre genindlæggelser, som er lagt direkte ind i budgettet. Fællesskabet vil først tildele genindlæggelsestaksten, når resultatet er opnået. I indirekte effektbaseret styring er outcome mål ikke med som tildelinger i budgettet, men budgettet er lagt, så der er økonomiske incitamenter til at øge omkostningseffektiviteten (2018B). Den samlede forløbstakst for den ældres hele forløb mellem ÆHN, kommune og PL, skal netop være med til at skabe incitamenter til, at alle 3 organisationer arbejder for større rækkevidde og integreret behandling for den ældre, for at levere bedste kvalitet og omkostningseffektivitet i hele forløbet (se næste afsnit for incitamenter i tildelingsmodellen). Det er vigtigt, at det er outcome, som alle har mulighed for at påvirke. Komplikationer og

genindlæggelser har både ÆHN, kommune og PL mulighed for at påvirke blandt andet via integreret behandling og MDT tilgange, som vist tidligere i analysen.

Kaplan & Porter (2011) anvender TDABC til at skabe overblik over omkostninger og til udregning af forløbstakster. Som Keel m.fl. (2017) viste, så var der ikke mange steder, hvor TDABC var udarbejdet i hele forløbet mellem flere organisationer. Dette blev taget som udtryk for en silotankegang. Kunne det også skyldes, at det er en ressourcekrævende og omfattende opgave at lave værdistrømsanalyser for et større antal forløb f.eks. mellem hospital, kommune og PL? Spørgsmålet er, om der kunne laves en løsning uden TDABC?

På HND centret i Sverige (Keel m.fl. 2020), udarbejdede man ikke omfattende værdistrømsanalyser af hver enkelt patientforløb, men anvendte modificeringer til TDABC. HND-centret fandt via datasystemer og kalenderbookinger, aktiviteter som var udført til patientgruppen. Over 10 dage blev de forskellige aktiviteter observeret for at estimere tiden, der blev brugt fra læger, sygeplejersker, udstyr osv., til at udføre aktiviteten, og hvor lang tid aktiviteten tog. Omkostningerne for hver ressource blev udregnet ved hjælp fra økonomer. På den måde fandt man ud af, hvad hver enkelt aktivitet kostede ved at multiplicere tid brugt med prisen på ressourcen. Antallet af årligt udførte aktiviteter x omkostning for aktiviteten blev udregnet. Summen af disse blev centrets årlige budgettildeling. På baggrund af de forskellige udregninger af aktiviteters omkostninger, blev der for centeret estimeret en gennemsnitlig omkostningstakst, som blev brugt for alle aktiviteter fremadrettet (2020). Forskellen mellem den modificeret TDABC analyse på HND-centret og Kaplan & Porters TDABC analyse, er at der ikke udføres store værdistrømsanalyser med detaljeret arbejdsprocesser for forskellige patientforløb. Der estimeres en gennemsnits aktivitets-omkostnings takst, som antallet af aktiviteter ganges med. For ÆHN, kommune og PL kunne der på samme måde laves observation af en vis mængde aktiviteter, som leveres til ældregruppen i de respektive organisationer. Udregne gennemsnitstakster for aktiviteterne, og en ex ante vurdering i budgettet af næste års forventet levering af aktiviteten. Dette ville udgøre Fællesskabets samlede forløbstakst tildeling til hhv. ÆHN, kommune og PL.

Hvis ikke Fællesskabet ønsker at basere en tildelingsmodel på TDABC, kan der udarbejdes en løsning, som kommer så tæt på den økonomiske styring, som Fællesskabet ønsker. Med inspiration fra Handicapområdet i Aalborg kommune kan Fællesskabet vælge en økonomisk styring baseret på en differentieret

tildelingsmodel med en fast kapacitetstildeling til faste udgifter (Kristensen, 2018). Modellen kan anvendes i kommunen, hvor myndighed Ældre anvender modellen i forhold til de selvstyrende teams, og det kan være i Fællesskabets tildelinger til PL. Myndighed Ældre i hver af de 11 kommuner modtager én samlet forløbstakst fra Fællesskabet, som dækker leveringen af sundhedsstyrelser til ældrebehandlingen i kommunen. Denne samlede forløbstakst kan estimeres dels ud fra ex post, som er den viden, man kan få fra de faktiske afholdte udgifter til ældrebehandling i sidste års regnskab (jf. Andersen & Rohde 2016), dels ud fra en statistisk analyse af ældrepopulationen ud fra alder, risiko for sygdom og fordelingen af bestemte sygdoms- og helbredsforhold (Smith 2008). Den statiske analyse vil kunne give et billede af forventet behov og brug af sundhedsydelser fra ældre populationen i hver enkelt kommune. De individjusterede takster, som nævnt tidligere, vil på den måde være indeholdt i den statistiske analyse.

Myndighed Ældre tildeler hvert selvstyrende team en fast kapacitetstildeling, som repræsenterer de faste udgifter som husleje, lederløn, bygningsudgifter, IT og biler. Det giver en sikkerhed for teamet at modtage en fast betaling hver måned, som ikke er afhængig af variation i antal ældre i lokalområdet og deres behov. Den differentieret tildelingsmodel kan f.eks. bestå af 10 differentieret forløbstakster. Indholdet i de 10 forløbstakster vil være de samme ydelser/aktiviteter, da det er omfanget af ydelser, der varierer i de 10 forløbstakster. Forløbstaks 1 kan indeholde 1 kommunal indsats til den ældre, og forløbstakst 10 kan indeholde 6 indsatser og et rehabiliteringsforløb a 12 ugers varighed. Det er tiden til at udføre de forskellige forløbstakster, der differentierer i modellen. Forløbstakst 1 indeholder omkostninger til ydelser i 1 timer/uge. Forløbstakst 10 kan indeholde omkostninger svarende til 28 timer/uge. Ligesom i Buurtzoorg modellen (Bradford m.fl. 2015) tildeles de selvstyrende teams et timeantal til hver ældre, her repræsenteret i den forløbstakst, som den ældre er indplaceret på. Det er i denne model, stadig Myndighed Ældre der bestiller ydelser til den ældre, og de selvstyrende teams der er udfører af sundhedsydelser til Modtageren (den ældre). Altså fortsat en BUM-model, men som i Aalborg handicapområde (Kristensen 2018) kunne det være en dialogbaseret BUM-model. Det dialogbaserede ligger i den forhandling, der må være mellem myndighed og udfører, når den ældre skal indplaceres i en forløbstakst, eller behovet ændrer sig for den ældre. Det kan være, at den ældre efter et 12 ugers rehabiliteringsforløb har opnået et bedre funktionsniveau, og

kan indplaceres på en lavere forløbstakst. Det kan modsat også være, at den ældre efter udskrivelse fra ÆHN, har fået et øget behov for kommunale ydelser, og bør indplaceres på en højere forløbstakst. I Aalborg handicap havde man årligt 2 dialogmøder om indplaceringer, hvilket man også kunne gøre i de 11 kommuner i RN. Det er vigtigt, at der er en fleksibel anvendelse af personale på tværs af de selvstyrende teams, når der pludselig i et team er færre ældre eller i et andet team ældre, der får øget behov.

Hos PL kan Fællesskabet arbejde med en lignende løsning, hvor der ud fra fagligheden laves et antal forløbstakster, hvor de ældre i PL's praksis indplaceres på. Dialogen om indplacering kan ske 2 gange årligt, hvilket PL i RN er allerede bekendt med, da der foregår forhandlinger og dialog omkring deres honorarer og afregninger til RN både på månedlig og kvartalsvis basis (PLO 2018, p. 37-40). Hvis PL er i solopraksis, kan justeringer til lavere forløbstakster betyde en stor budgetrisiko, hvilket kunne mindskes ved at indgå i fælles praksis med andre PL i sundhedshuse. Der kunne også gives mulighed for komplikations- og/eller individjusteret takster, så PL får ekstra betaling, når den ældre har et væsentligt større behov.

Incitamenter

Den valgte styringsmodel, tildelinger via forløbstakster, kan ifølge Porter & Lee (2013), være med til at fjerne incitamenterne fra siloopdelt optimering både på værdi (kvalitet) og omkostninger. Forløbstaksten kan skabe incitament til at levere sammenhængende behandling i hele den ældres forløb, hvor der er lighed i kvaliteten af behandlingen og omkostningseffektive målsætninger for hele forløbet mellem ÆHN, kommune og PL. Hvis økonomiske incitamenter skal virke i en stærk sundhedsfaglig profession, så er det vigtigt, at incitamenterne understøtter det fagligt rigtige (jf. Andersen m.fl. 2017). Fagligheden har et stærkt fokus i VBS, hvor første komponent handler om at få styr på den faglige rette tilgang, før man går videre med de andre komponenter. Den integrerede behandling bør også fundes på rette faglige standarder. Troværdighed er også vigtigt for at skabe incitament (jf. 2017), og kan være troen på, at man får de rette tildelinger, at ÆHN, kommune og PL kan stole på hinanden og overholder indgået aftaler. For de sundhedsprofessionelle kan det være troen på, at Fællesskabet virkelig ønsker at understøtte den rette faglige behandling, og ikke kun har fokus på at reducere omkostninger. Benchmarking og offentliggørelse af outcome resultater skal der også

være troværdighed og gennemsigtighed omkring, hvis Fællesskabet ønsker, at de sundhedsprofessionelle har incitament til at arbejde for de opstillede mål. Først et kort overblik over de incitamentsstrukturer, der ligger i de forskellige tildelingsmodeller anvendt i analysen. Fee-for-service og aktivitetsbaserede tildelinger skaber incitament til at øge antallet af den service eller de ydelser, man leverer (Refnov 2018). Det siger noget om antal og ikke så meget om kvalitet. Faste tildelinger som populations- og rammetildelinger samt en samlet forløbstakst giver incitament til at levere færre ydelser, da man kun har ét budget til det hele (2018). Det siger ikke nødvendigvis noget om kvaliteten, men sætter en "ramme" for omkostninger uagtet aktiviteter. Det kan give incitament til at se færre patienter eller udvælge "nemme" patienter. Direkte effektbaseret tildelinger skal skabe incitament til at levere den ønskede effekt, og tildeles først når den ønskede effekt er opnået, og kan dermed fortælle noget om opnået kvalitet/effekt (Bukh og Christensen 2018B). Indirekte effektbaseret tildelinger er tildelingsmodel med indbygget kvalitets og omkostningseffektive incitament (2018B), hvor man kan følge outcome tæt sideløbende. Den valgte tildelingsmodel for Fællesskabet er forløbstakster med mulighed for komplikations- og individjusteret takster. Det kan skabe incitament til at levere sammenhængende ydelser til de ældre i forløb mellem ÆHN, kommune og PL.

For ledelsen i Fællesskabet kan en samlet forløbstakst, skabe incitament til at planlægge en tildelingsmodel, som er mere præcis og som kan sikre, at budgetterne følger omkostningerne. Hvis ikke kommune eller PL har kompetencerne til at behandle den ældre, eller ÆHN ikke har nok APN-sygeplejersker til at deltage i Udskrivelsesprogrammet, så kan det betyde flere indlæggelser, genindlæggelser og flere ældre, som må flytte på plejehjem. Omkostningerne vil stige, og det budget som RN har tildelt Fællesskabet vil ikke dække omkostningerne.

For ÆHN vil en samlet forløbstakst til at dække alle omkostninger, skabe incitament til at sikre den geografiske rækkevidde af den specialiserede behandling, og deltage i de initiativer, som skal sikre en integrering af behandlingen på ÆHN, med kommune, PL og lokalsygehusene. ÆHN modtager kun tildelinger som dækker den behandling, som de skal udføre på ÆHN og ikke den almindelige behandling. Hvis ikke ÆHN sikrer rækkevidde og integration, kan de opleve flere akutte indlæggelser, genindlæggelser, ambulante besøg, som der ikke er tildelt penge til.

For kommunen vil en samlet forløbstakst betyde, at sygepleje, hjemmepleje, rehabilitering og praktisk hjælp nu har fælles økonomisk ansvar for den ældre. I

forhold til de nuværende visitationsformer, ligner det en *Central visitation med decentral udmøntning* (KL 2014, side 6-10), hvor teamet får en samlet forløbstakst, inden for hvilken, de skal levere sundhedsydelserne til de ældre i deres lokalområde. Der vil også være en tæt opfølgning via outcome resultater. Hvis det er en differentieret forløbstakst, kan det for Myndighed Ældre i kommunerne skabe incitament til at få indplaceret den ældre på så lav en forløbstakst som muligt.

Teamet kan ikke kun forsøge at suboptimere i egen enhed, men arbejde for fælles indsats i det integrerede team. Hjemmeplejen kan ikke effektivisere tiden, de bruger hos hver patient, hvis det betyder, at sygeplejen eller fysioterapeuten skal bruge mere tid hos den samme ældre. De fælles penge gør det nødvendigt, at teamet taler sammen om, hvad har den ældre brug for, hvordan det går med behandlingen, og hvem der skal se den ældre i dag? Hvis teamet modtager differentieret forløbstakster, så kan de ønske at få indplaceret den ældre på så høj en forløbstakst som muligt, så de får tildelt nok tid til at levere faglige ydelser, som dækker de ældres behov. Den dialogbaserede BUM-model kræver godt købmandskab fra både myndighed og udfører, da de kan have modsatrettede incitamenter. I Aalborg handicapområde (Kristensen 2018) er fagligheden i hver enkelt forløbstakst beskrevet udførligt, og er grundlaget i dialogen om indplaceringen på en forløbstakst, så det ikke kun er økonomien og ønsket om omkostningsreduktioner, der tales om. Fagligheden i dialogen kan skabe incitament for de sundhedsprofessionelle til at arbejde for målsætningerne.

Den integrerede behandling i kommunens teams skal forebygge komplikationer og syndromer og behandle diagnoser, så den ældre undgår forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og at den ældre ikke får brug for yderligere kommunale indsatser eller skal flytte på plejehjem.

PL får nu ét beløb til at se den ældre, i stedet for en fee-for-service takst. Fee-for-service kunne skabe incitament hos PL til ikke at inddrage MDT i rette tid, fordi PL modtog en tildeling, hver gang den ældre blev set i praksis. Dette kunne betyde ringere behandling af den ældres sygdom, som kunne resultere i flere besøg hos PL, behov for flere kommunale indsatser og flere indlæggelser/genindlæggelser for den ældre i RN. PL får én forløbstakst til at se den enkelte ældre 5 eller 22 gange om året, hvilket skal skabe incitament for PL til at gøre det rigtigt i første omgang, og til yderligere opgaveglidning til MDT og kommune, samt tæt

samarbejde med ÆHN. Det er vigtigt, at Fællesskabet er opmærksom på ændring i PL's incitamenter, når der ændres i betalingsmodellen. Kan en fast tildeling give PL incitamenter til ikke at se den ældre i sin konsultation? Kan det blive svært for den ældre at få en tid hos PL, eller har PL kun tider til de "mest raske" ældre, altså udvælgelse af nemme patienter. Eller PL henviser måske hurtigere til privat praktiserende speciallæger eller til behandling på ÆHN, da disse betales af Fællesskabet i en fast ex ante tildeling.

Takster til det som ikke er en del af Fællesskabet kan der udregnes en tildelingsmodel eller betalingsmodel for. Hvis speciallæger fra AUH, hos PL og andre medlemmer af MDT, som ikke er en del af Fællesskabet, får fee-for-service, kan det skabe incitamenter hos dem til at se den ældre mere end nødvendigt. Fællesskabet kan over en periode beregne en baseline, og derudfra ex ante forudsige, hvor mange omkostninger de forskellige forventes at have, og tildele en fast ramme for aktiviteterne i for eksempel 1 år. Der kan være behov for løbende forhandlinger om takst- eller rammetildeling, som erfaringerne fra Holland viste, hvor behandlergrupperne forhandlede takstpriser med privat praktiserende speciallæger og diætister (Struijs m.fl. 2017). Dette er nødvendigt, hvis den ældres behov ændrer sig.

Når der tildeles en samlet forløbstakst til hele leveringen af sundhedsydelser til den ældre, så kan det skabe incitament til at udvælge nemme patienter – altså kun se dem som ikke "koster" så meget. Fællesskabet må have fokus på uhensigtsmæssige incitamenter og adfærd, og gennemsigtighed på mål og outcome, kan være Fællesskabets værktøj til at få dette indblik. Den samlede forløbstaksttildeling kan give incitament til udfører af sundhedsydelserne at holde det samme performance niveau år efter år, så de ikke modtager en mindre tildeling, selvom de har skabt værdi til færre omkostninger. ÆHN kan opleve at modtage en mindre tildeling, hvis de via deres integrerede behandling har reduceret genindlæggelserne, og aktiviteterne er omstillet til kommune eller PL. Fællesskabet kan følge op ved at gennemføre audits løbende gennem året, som kan skabe gennemsigtighed af ÆHN, kommune og PL's performance.

Erfaringerne viser, at indførelsen af forløbsbaseret takster har haft forskellige effekter flere steder. I Holland hvor forløbstaksterne er indført til PLs behandling af diabetes patienter, er der sket en optimering af værdien i den kliniske behandling og udvikling af en fælles IT platform mellem MDT-teamet. Når PL har ansvar for både kvalitet og omkostninger, så er der incitament til at levere effektiv og god

behandling og forebygge unødigt behandling (Struijs m.fl. 2017). I Sverige på Karolinska hospital, er der i forbindelse med indførelse af forløbstakster for knæ- og hoftepatienter, udarbejdet standarder for excellent behandling, tjeklister, uddannelse af læger og sygeplejersker, og mange arbejdsprocesser er omlagt. Læger udtalte mere motivation til at forebygge komplikationer, og man så ikke indikationsglidning som udtryk for cherry picking af nemme raske patienter. Omkostningseffektiviteten blev også forbedret med færre omkostninger i form af 11000,- sek. per forløb, som gav en besparelse på 49 mio. per år. Der var reservationer i forhold til den øvre grænse for budgetrisikoen, hvor bedre udregnet takster for komplikationer og individjusteringer var et ønske fra klinikerne (Wohlin m.fl. 2016). Schön klinik i Tyskland startede de første aftaler med Sundhedsforsikringsselskaberne omkring forløbstakster i 2009 (Porter m. fl. 2012). Forløbstaksterne blev udregnet ud fra gennemsnitslængden af klinikens indlæggelser x laveste dagstakst på klinikken. Efterhånden blev flere og flere patienter med spiseforstyrrelser indlagt på klinikken under forløbstakster. Schön klinik gav forsikringsselskaberne rabat alt efter, hvor mange patienter de indlagde under forløbstakster. Herefter så klinikken et fald i antallet af gennemsnitlige indlæggelsesdage på 7 dage. I 2011 blev også præ- og postbehandling indlemmet i forløbstaksten, så taksten nu dækkede hele patientens forløb. De eksterne udfører, privat praktiserende læger, ville gerne deltage, da klinikken havde et godt ry med gode behandlingsresultater for patienterne (Porter m.fl. 2012). I USA er der lavet en analyse af Medicares Bundle Payments Care Initiative program (BPCI) for medicinske kroniske tilstande (Rolnick m.fl. 2020), som viser, at hospitaler som indgår i BPCI programmet, har en besparelse på 1-2% i totale forløbsudgifter over 3 år, og besparelserne ser ud til at vokse år for år. Outcome mål for BPCI programmet var blandt andet at omlægge fra højt specialiseret behandling på hospitaler og specialiserede plejehjem til behandling i hjemmet. Der skete en omstilling af behandlingen uden omkostning for kvaliteten, hvilket blev målt på mortalitet inden for 90 dage, som forblev uændret trods mindre specialiserede behandling i de medicinske forløb. Studiet viser, at det kan betale sig at indføre forløbstakster også for medicinske kroniske tilstande. Det kræver dog tålmodighed at vente på resultaterne, da arbejdsprocesserne i de komplekse medicinske forløb, tager tid at ændre. I studiet så man først besparelser efter 1 år, herefter var besparelserne stigende over de næste år (2020). Forløbstaksterne kan være med til at skabe sammenhæng i den ældres forløb mellem hospital, kommune og PL, fordi den samlede forløbstakstildeling skaber incitament til at behandle den ældre rigtigt første gang, på rette sted, af rette ressource og til rette omkostningsniveau. Om Fællesskabet lykkes

med at skabe bedre sammenhængende forløb for den ældre mellem hospital, kommune og PL, som skaber værdi og er omkostningseffektive følges tæt på outcome målinger. Dette kræver en fælles IT platform, og vil være emnet i næste afsnit.

5.7 IT som fundament for det sammenhængende forløb for den ældre

De forskellige komponenter skal bindes sammen af et IT-system, der kan anvendes på tværs af hospital, kommune og PL. Fællesskabet har mulighed for at træffe beslutning om en fælles platform, hvor tidstro registreringer finder sted, og hvor det er muligt for alle implicerede i den ældres forløb at tilgå informationerne. Der vil ikke være unødvendige IT-barrierer, som kan få indflydelse for den ældre, da man vil være i stand til at finde relevante oplysninger samt at dokumentere i det fælles IT-system. I Holland har man skabt integrerede tilgang til diabetes patienter, hvor PL og MDT teamet anvendte fælles elektroniske journaler, som medførte synlighed og tilgængelighed for sundhedsydelserne i relation til den ældre (Volker m.fl. 2017).

ÆHN har mulighed for at bruge standardiserede behandlingsplaner i udskrivningsprogrammet for den ældre til brug for lokalsygehus, kommune eller PL, hvor den modtagende part, allerede før modtagelse kan finde relevante indsatsområder, fordi oplysningerne er tidstro. Dette kan skabe et incitament og ejerskab for alle, at det ikke bliver fragmenteret oplysninger i egne enheder, men mulighed for at se behandlingsplanen for den ældre på alle de lokationer, man møder den ældre. Målinger på outcome skal kunne høstes kontinuerligt og tidstro, så Fællesskabet, ÆHN, kommune og PL kan følge med i, hvordan resultaterne udvikler sig, og om der sker en integreret behandling, som forebygger komplikationer, indlæggelser, genindlæggelser og plejeboligophold. Synligheden for alle i organisationen, for patienter og i offentligheden er vigtigt, for at sammenligne præstationer imellem organisationerne og de "fagprofessionelle", og derved skabe benchmarking og incitament til at forbedre sine outcome.

Behandlergrupperne i Holland fik mulighed for at rapportere data, der kunne anvendes af alle, der mødte patienten. Data blev også tilgængeligt for offentligheden, og var dermed med til at skabe benchmarking. Der blev udarbejdet en fælles elektronisk standard for behandling af diabetes, som 90% af PL valgte at følge. Det gav mindre dobbeltbehandling, da PL kunne se data tidstro fra andre behandlere (Volker m.fl. 2017). I Buurtzoorg har datadeling på tværs, hvor man kan følge de andre teams performance, skabt ejerskab i leveringen af sundhedsydelserne, hvor

teamet involverer sig, når de føler, de får medbestemmelse via synlighed af data, og kan udnytte MDT tilgangen på tværs vha. data (Bradford m. fl 2015).

IT-systemet skal være simpelt at anvende og kunne generere relevante risikovurderingsmålinger i den elektroniske patientjournal ud fra den ældres indtastede værdier og oplysninger. Cleveland Clinic Heart Care Program finder risikopatienter via et IT-risk-assessment system, som ligger i deres elektroniske patientjournal (Gorodeski m.fl. 2015). Den ældre har brug for at blive fulgt og tilbudt de rigtige sundhedsydelse, hvor en prædiktionsmodel vil kunne forudsige den ældres behov. Sundhedsdatastyrelsen har udviklet prædiktionsmodeller for sandsynligheden for indlæggelse af borgere med KOL, som bruges til at iværksætte målrettede forebyggende indsatser (jf. Sundhedsdatastyrelsen 2015). Farsø VBS-projekt (Bjerregaard & Christensen 2018) hvor der prædikteres, hvilke komplikationer og behov den enkelte knæ- og hoftepatient kan få, vil være relevante projekter at medinddrage som inspiration til at lave prædiktionsmodeller for den ældre. Prædiktionsmodeller kan laves ud fra DK's store mængde af data, blandt andet fra vores registerdata, hvorfra informationer på individniveau i en prædiktionsmodel kan være med til forudse sandsynligheden for at den ældre bliver indlagt eller genindlagt (Moll 2018).

De ældre har mange kontakter til sundhedsvæsenet, hvor det kunne give mening at kombinere sundhedsydelser med digitalisering. IT-konferencer i hjemmet hvor den ældre med sine pårørende er i kontakt med ÆHN, kommune og PL. Den ældre kunne lære at indrapportere bivirkninger og værdier på en iPad, hvor de indrapporterede PROM data kunne danne grundlag for en digital levering af sundhedsydelser for at undgå, at den ældre skulle ind på hospitalet. I RN er Telemedicin til borgere med KOL, en fast del af sundhedstilbuddet, hvor der er lavet faste instrukser til både hospital, kommune og PL (Region Nordjylland 2020).

Buurtzoorgs selvstyrende teams har oplært de ældre til at kunne varetage rapporteringen, hvis der skulle ske ændringer i sundhedstilstanden på den planlagte dag, hvorved det selvkørende team kunne ændre i deres levering af sundhedsydelser til den ældre på selv samme dag. Det understøtter, at sundhedsydelser var tidstro på dagen, og at den ældre og dennes pårørende blev inkluderet i de pågældende sundhedsydelser (Bradford m.fl. 2015).

Cleveland Clinic Lou Rou Las Vegas (Cummings m.fl. 2013) har skabt en IT-plattform for deres elektroniske patientjournal, som er integreret mellem hospital,

kommune og PL. I yderkantsområder hvor Medical Home ikke kan nå ud, anvendes der yderligere telemedicin og telesundhed ud over den fælles EPJ (2013). Porter & Lee (2013) ser vigtigheden af en IT-plattform, som kan være med til at understøtte det sammenhængende sundhedssystem, hvor der skabes et fælles system, som følger den ældre, hvor end behandlingen foregår. Det vil være essentielt for den ældre, som i sit forløb har mange kontakter med hospital, kommune og PL. Det vil støtte op om den geografiske rækkevidde og integration af behandlingen, men også kunne være med til at risikovurdere og prædiktere den enkelte ældres forløb som en del af tidlig opsporing af sygdom, forebyggelse af komplikationer og forværring i sundhedstilstanden.

5.8 Sammenfatning af analysen med afsæt i VBS

Med inspiration fra VBS og TVA er der i denne analyse fremkommet forslag til en overordnet ramme inden for hvilken, der kan skabes bedre sammenhængende forløb for den ældre mellem Hospital, kommune og PL i RN. En ny virtuel organisering i et Fællesskab og opstart af et Ældrehospital i RN som kun ser ældrepopulationen – virtuelle løsninger fordi det ikke lige kan ske i den nærmeste fremtid, men på langt sigt en mulig løsning. ÆHN's specialiserede behandling rækker ud til kommune, PL og satellitter ved jobrotation og opfølgning på behandling i det lokale. For at den ældre kan opleve mere sammenhæng, sker der integration af den specialiserede behandling, når ÆHN følger den ældre i perioder efter udskrivelse i et Udskrivelsesprogram, hvor APN-sygeplejersken er en central figur. PL ser kun ældre og kronikere i sundhedshuset, hvor PL har samlet sig i MDT for at sikre en integreret behandling. Kommunerne arbejder i selvstyrende teams som varetager integreret levering af sundhedsydelserne under §83. Den multidisciplinære tilgang til den ældres behandling er både på ÆHN, i kommune og hos PL, og er en vigtig faktor til at sikre kvalitet og oplevelse af at modtage et sammenhængende behandlingsforløb. Det er vigtigt at vide, hvad der har værdi for den ældre og måle på, at der skabes værdi. Outcome målinger skal måle på effekten af behandlingen, og om den leveres omkostningseffektivt. ÆHN, kommune og PL måles på outcome, som de kan påvirke både individuelt og i fællesskab. Omkostningerne i hele forløbet skal være kendte og findes ved brug af TDABC analyser, som danner forløbstaksterne for den ældres forløb mellem ÆHN, kommune og PL. Tildelingen af budgetter sker fra RN og kommunerne til Fællesskabet baseret på forløbstakster. Fællesskabet fordeler budgetter til ÆHN, kommune og PL som en samlet forløbstakst, inden for hvilken de skal levere sundhedsydelser til den ældre, med mulighed for justering i forhold til komplikationer og individforhold og eventuelt

også med effektbaseret tildelinger. IT-plattformen er fundamentet for, at det hele kan hænge sammen, da det giver mulighed for tæt kommunikation, opfølgninger og risikovurderinger.

6.0 Diskussion af analyse og resultater

Problemformuleringen for denne opgave lyder, om der med afsæt i VBS som overordnet ramme, kan findes løsninger, som kan skabe bedre sammenhængende forløb for de ældre mellem hospital, kommune og PL i RN? I dette afsnit diskuteres løsninger og resultater, som er fremkommet i opgavens analyse.

Er VBS en teoretisk ramme, som er relevant at vælge for ældreområdet, som er kendetegnet ved høj kompleksitet? Modellen tager fat i nogle af de barrierer, der kan modvirke et sammenhængende forløb. VBS blev præsenteret i 2006, og har således været på "banen" i flere år. Det kan undre, at der ikke flere steder er arbejdet med VBS mellem hospital, kommune og PL. Er sundhedssystemet for komplekst til, at modellen kan bruges på tværs af sektorer? Når der hentes inspiration fra erfaringerne fra Tyskland og USA, så har man implementeret en VBS-tilgang på tværs af hospital, kommune og PL. For at RN kan lykkes med at skabe rigtig gode løsninger til bedre sammenhæng for de ældre mellem hospital, kommune og PL, så tror vi på, at der skal ske større forandringer på det strukturelle og organisatoriske niveau, hvor myndigheds- og finansielle barrierer forsøges nedbrudt. Det kan VBS som overordnet teoretisk ramme være en inspiration til, da teorien arbejder med struktur, organisering og finansiering på tværs af sektorgrænser. At sikre sammenhæng i fælles forløb over sektorgrænser er allerede en kompleks opgave, og vi tænker ikke, at VBS vil gøre det mere komplekst. Det handler om beslutninger, der kan træffes inden for et allerede komplekst område.

TVA er en teoretisk model inden for VBS, og den ramme som analysen af praksisproblemet hviler på. Vi havde først valgt at analysere ud fra den rækkefølge, som komponenterne oprindeligt er i TVA. Det viste sig at være problematisk at analysere komponent 2 om outcome og omkostninger, da der uventet opstod flere spørgsmål i forhold til den integrerede behandling og rækkevidden af behandlingen, som der manglede svar på. Det var også svært at analysere løsninger til den integrerede behandling, når organiseringen af Hub, satellitter og kliniker tilknytning ikke var på plads. Komponenterne i TVA blev flyttet rundt, hvilket skabte bedre sammenhæng i analysen. Kan man tillade sig at flytte rundt på rækkefølgen? Når vi ser på TVA modellen, så er der ikke kun en cirkulær rækkefølge, men også

en sammenhæng på tværs inde i cirklen, som giver mulighed for at komponenterne kan komme i anden rækkefølge. TVA er ikke en onesize- fits-all løsning, men en ramme, hvor der er mulighed for at vælge forskellige værktøjer under hver komponent til løsning af praksisproblemet. Rammen gør ikke det alene. Der er i opgaven fundet inspiration fra mest internationale, men også nationale erfaringer med implementering af VBS-inspireret løsninger. Ville inspiration fra DK, have medvirket til andre løsninger? Når den overordnet ramme er på plads i Fællesskabet, så kunne løsninger som forløbskoordinatorer, udekørende teams, dele-ældremedicinsk læge og brobyggerpsygeplejersker have været inddraget i komponenterne, og i et sammenhængende system være løsningsforslag, der fik bedre forhold at virke under.

Der var ikke forventning om, at opgaven skulle omhandle løsningsforslag i forhold til myndigheds- og finansielle barrierer. I analysen af rækkevidde og integration af behandlingen mellem hospital, kommune og PL blev et tilbagevendende spørgsmål, hvem der besluttede det skulle være sådan, og hvordan der kunne findes fælles penge til den ældres samlede forløb. Hvis det var muligt i nuværende struktur, hvorfor var det så ikke besluttet for længst? Det virkede ikke realistisk, at de strukturelle barrierer kunne fjernes i allernærmeste fremtid, og et frikommuneforsøg med et Kommunalt Fællesskab kom som en uventet løsning. Godkendelse og gennemførelse af et frikommuneforsøg mellem region og kommune på ældreområdet, kunne danne erfaringer, som kunne være en del af større forandringer i sundhedsvæsenet i DK. De mindre inkrementelle forandringer, som er kommet ud af tidligere reformer, ser ikke ud til at have løst problemet med manglende sammenhæng i den ældres forløb mellem hospital, kommune og PL. Der skal større forandringer til, hvilket Sundhedsreformen (Regeringen 2019) blandt andet lagde op til. Sundhedsreformen havde intentioner om et bedre sammenhængende sundhedsvæsen, hvor der skulle være mere fælles myndighed mellem regioner og kommuner, så der har været tænkt tanker i den retning.

Kommer analysen ud fra TVA tæt nok på praksisproblemet? Der var indledende overvejelser, om analysen skulle baseres på kun én af komponenterne i TVA. Det synes ikke at give mening, at analysere ud fra 1-2 komponenter fra TVA, når praksisproblemet omhandler manglende sammenhæng i hele forløbet for den ældre mellem hospital, kommune og PL. Kunne vi have valgt at undersøge, hvordan man fra regional side, kunne skabe bedre integration af den specialiserede behandling af den ældre mellem hospital, kommune og PL i RN. Det ville formentlig have medført, at vi kunne gå i dybden på et mere detaljeret niveau. Ville det kunne løse den

manglede sammenhæng i den ældres forløb, og ville det ikke blot igen være en suboptimering på hospitalet for at minimere indlæggelser og genindlæggelser? Samtidigt er den indledende undring, at der ikke er mange, der har arbejdet med VBS i hele forløbet, selvom det faktisk er det VBS lægger op til. Skyldes det kompleksitet og uoverskuelighed, eller er det bevidste valg ud fra en silotankegang at optimere i egne områder? Vores ønske var at undersøge hele forløbet for den ældre mellem hospital, kommune og PL i RN med afsæt i VBS og TVA.

Ældrehospital Nordjylland

Hvorfor ikke planlægge en større IPU inden for ældre medicin i et sengekryds på det nye supersygehus NAU? Det var en overvejelse, men en større ældre medicinsk afdeling ville stadig have samme ledelse og samme tildeling af ressourcer som ældre medicinsk afdeling på AUH har nu. Desuden ved vi, at der på AUH er en intention om en mere konsulentbaseret tilgang, og ikke at de ældre skal samles i større volumener med flere senge. Profilplanen i RN for hospitalsbehandling de næste år har ikke, trods den demografiske udvikling og stort antal af indlæggelser og genindlæggelser for ældre, nogen plan for, hvem der skal være ualmindelig gode til at behandle de ældre. Valg af løsning blev at skabe et Ældrehospital med egen ledelse og fælles penge med kommune og PL, som i fællesskab skal blive ualmindelig gode til at behandle de ældre i hele forløbet på tværs. Er ÆHN en realistisk løsning? Er det for stor en patientgruppe, er det for komplekst og kan man samle specialisterne omkring den ældre? ÆHN kan være realistisk, hvis man politisk og sundhedsfagligt prioriterer en samlet integreret enhed, som kun behandler de ældre. Placeringen er vigtig, at det er tæt ved AUH og de relevante specialer. Det haster med at få ældrebehandlingen med i planlægningen af profilplanen i RN. Hobro opretter et multimodalt center, som begynder at ligne noget i den rigtige retning, men er placeringen den rette?

MDT-tilgangen på ÆHN er en løsning, som allerede gennemføres inden for nogle specialer, og vil ikke være en ubekendt løsning for de sundhedsprofessionelle på ÆHN. Vil speciallægerne fra AUH gå over "glasgangen" til ÆHN og deltage i MDT omkring den ældre? RN har som øverste myndighed i RN, en vigtig rolle i forhold til at sætte retning for dette samarbejde. Incitamenterne skal findes i det høje faglige niveau på ÆHN, som speciallægerne forventes at ville være en del af. Samtidigt vil en taksttildeling kunne være med til at skabe incitament hos de specialiserede afdelinger på AUH til at deltage.

Er det en mulighed at lave rotationsstillinger for læger og sygeplejersker mellem ÆHN, lokalsygehuse og for sygeplejersker også i kommunerne. For lægerne er

dette allerede en løsning som praktiseres. Dels i deres uddannelse, men der sker også rotation inden for nogle specialer mellem AUH og lokalsygehusene i dag. For sygeplejerskerne har det ikke været en kendt løsning. Det er vigtigt, at de faglige organisationer er med, hvis sådanne løsninger skal være realistiske. Det er også vigtigt at arbejde ud fra intentionen om, at det ikke handler om at aflære sin specialisering fra ÆHN, men om at koble nye kompetencer på sine færdigheder. Op-læring, planlægning og klare aftaler er essentielle, hvis en sådan løsning skal kunne implementeres.

Udskrivelsesprogrammet fra ÆHN til kommune i det post-akutte forløb efter ud-skrivelse, kunne det være starten på at oprette rotationsstillinger? APN-sygeplejersken fra ÆHN deltager i leveringen af sundhedsydelser i kommunen via udskrivelsesprogrammet. Når APN-sygeplejersken og teamet i kommunen mødes og udfører faglige handlinger til den ældre sammen, kan det så være grobunden for at skabe rotationsstillinger? Vil udskrivelsesprogrammet kræve for mange ressourcer for ÆHN? Hvis udskrivelsesprogrammet skal være en reel løsning, så er det vigtigt, at der måles på relevante outcome i den ældres forløb, så effekten af programmet følges tæt. Udskrivelsesprogrammet ligner det udekørende team, som der er implementeret flere steder i DK, og dermed ikke så langt fra allerede implementeret løsninger i DK.

Det farmaceutiske team på ÆHN er en ny løsning, som kan siges at være modsat den løsning, der er valgt i DK. Her betaler hospitalerne kommunerne en takst for at udføre intravenøs mediciner og væsketerapi. Hvilken løsning vil være bedst? Hvis den specialiserede medicinske behandling og kompetencer er integreret i kommune og hos PL, må den nuværende løsning kunne forventes at være en mulighed. Via udskrivelsesprogrammet kunne den medicinske behandling overdrages til APN-sygeplejersken i kommunen og /eller farmaceuten hos PL. Det er en realistisk løsning, som også ser ud til at kunne skabe effekt, jf. Cleveland's resultater.

Praktiserende læge

Vil PL have interesse i kun at se ældre og kronikere i sundhedshuset? Det har nok været det største tvivlsspørgsmål i denne opgave, om det er en realistisk løsning. Der er jo for alment praktiserende læger lagt op til, at de er generalister på alle diagnoser og ser alle patientgrupper, de er ikke "kun" ældremedicinere. Porter, Pabo og Lee (2013) har en klar teori om, at PL området skal re-designes, så PL ikke skal være god til mange diagnoser og patientgrupper, for det giver ikke en

excellent behandling. Der synes at være en problematik mellem specialisttilgangen, og PL's generalist tilgang. Spørgsmålet består, om der kan skabes incitament hos PL til at behandle ældre og kronikere. Kunne incitamentet findes i opbyggelsen af et spændende MDT samarbejde med lægefaglige specialer og andre specialiserede faggrupper, og ikke mindst et tæt samarbejde med en APN sygeplejerske i ældremedicin? Forløbstaksten som skal dække hele PL's behandling til ældrepopulationen kan måske også skabe incitament til kun at se denne patientgruppe, og sikre den rette behandling, hver gang den ældre kommer i konsultationen.

Kommune

I kommunen er løsningen selvstyrende teams, som leverer alle sundhedsydelser til den ældre under §83. Er det en løsning, som kan gennemføres i den nuværende organisering i kommunerne? Organiseringen i integreret enheder eksisterer allerede i flere kommuner, så det er ikke noget helt nyt. Alt efter tildelingsmodeller i de enkelte kommuner, så kan tildeling med hel forløbstakst, som løbende evalueres ud fra de ældres behov, være en model, som der allerede er kendskab til i kommunerne. Kan løsningen med selvkørende teams til de ældre have positiv effekt i forhold til rekrutteringsudfordringer inden for sygeplejersker i DK? Når APN-sygeplejersken i teamet kan uddanne og vejlede de andre faggrupper, som møder den ældre? Vil uddannelse af APN-sygeplejersker i DK kunne skabe integration i den ældres forløb? Analysen viser, at APN-sygeplejersken vil få et stort ansvar for den ældres behandling, som vil fordre opgaveglidning fra PL. Det er helt i tråd med DSR's intentioner for APN-sygeplejersken i DK, som er bagud i forhold til større behandlingsansvar, når der kigges på andre lande. Ifølge DSR så er APN-sygeplejersken en vigtig brik i mere sammenhængende forløb (DSR tema).

Vi er ansat i det regionale sundhedsvæsen, og har ikke på noget tidspunkt været ansat i det kommunale områder. Det er med ydmyghed, vi kommer med forslag til andre måder at organisere sig på i det kommunale og hos PL, da vores tilgang er mere teoretisk end erfaringsbaseret. Der er i analysen kommet forslag til en anden løsning til at skabe bedre sammenhæng i den ældres forløb mellem hospital, kommune og PL. Hvordan det kan se ud i hver enkelt kontekst, skal de fagpersoner, som arbejder i det kommunale og hos PL være medvirkende til at udvikle. Der lægges i opgaven op til en top-down beslutning omkring strukturelle, organisatoriske og finansielle rammer, hvis der skal skabes bedre sammenhæng for den ældre mellem hospital, kommune og PL i RN. Ligeså vigtig er det, at de lokale beslutninger sker i en bottom-up proces, for at skabe ejerskab hos de sundhedsprofessionelle, som er udfører i den ældres forløb?

Nogle outcome af værdi for den ældre i et sammenhængende forløb, er det som Porter kalder proces og output målinger. Nogle af outcome er nok KPI'ere, altså key performance indicators, som er nøgletal, der måles på for at sikre, man er på rette vej i forhold til det overordnet outcome? Et overordnet outcome for den ældre kunne være at kunne klare sig i eget hjem. KPI'er til dette outcome mål kunne være gennemført funktionsniveauscreening og antallet af ældre som overflyttes til permanent plejehjem. Det er væsentligt, når man skal udarbejde sine outcome målinger, at man forholder sig til, om det er outcome, output eller procesmålinger.

Vi er som ledere med sundhedsfaglig uddannelse ikke økonomiske eksperter inden for økonomisk styring og tildelingsmodeller. Men har offentlige ledere ikke en forpligtigelse til at interessere sig for, hvad forløb og ydelser koster? Er det ikke en måde, hvorpå de fagprofessionelle ledere kan indgå i mere ligeværdig dialog med økonomer omkring styring af sundhedsvæsenet? I analysen fremkommer forslag til økonomisk styring med en tildelingsmodel, som er baseret på forløbstakster. En mere gennemtænkt og detaljeret løsning af den økonomiske styring, vil skulle ske i tæt samarbejde med økonomer. Samtidigt har vi stillet spørgsmålstegn ved, om TDABC bliver for ressourcetung og omfattende i så stort et område som hele ældrebehandlingen i RN. Der kunne man se på andre næstbedste løsninger, som er knap så detaljeret og omfattende, men hvor man stadig får en bedre forståelse af, hvad aktiviteterne koster og hvor omkostningerne ligger i hele forløbet.

Kan der skrives en opgave om de ældres egne oplevelser af sammenhæng i deres forløb mellem hospital, kommune og PL? Vi er bevidste om, at patientperspektivet er en vigtig del af at skabe bedre sammenhæng i behandlingen. Kan uddannelse af den ældre og pårørende til at varetage en del af sin behandling, være med til at skabe en bedre oplevelse af sammenhæng i den behandling?

Skabes der en ny fragmentering mellem Fællesskabet, lokalsygehuse og AUH? Der er en bevidsthed om, at der også er andre patientgrupper, hvor der kunne være behov for bedre sammenhæng mellem hospital, kommune og PL. Det har været nødvendigt kun at undersøge, hvordan der kan skabes bedre sammenhæng for ældrepopulationen. Kan frikommuneforsøget omkring ældrebehandling, fremkomme med ideer og erfaringer, som kan give mening for alle patientgrupper, der har forløb mellem hospital, kommune og PL i RN? Der er for flere patientgrupper i RN en profilplan - hvorfor er der ikke en for de ældres behandling i RN? Hvem er det, der skal være ualmindelig gode til den ældremedicinske behandling i RN? Det kan undre, når man ser på den demografiske udvikling. Det multimodale center i

Hobro er som skrevet et skridt på vejen, men vores bekymring kan gå på, at det ikke kun er til ældrepopulationen.

Hvad er nyt i vores undersøgelse af en VBS-inspireret tilgang til bedre sammenhængende forløb for den ældre mellem hospital, kommune og PL i RN? Fællesskabet med ÆHN, de 11 kommuner og PLO-N er nyt, ligesom opførelsen af Ældrehospital Nordjylland. PL der kun ser ældre og kronikere i en MDT-tilgang i sundheds- huset er anderledes end nuværende organisering. Det farmaceutiske team og rotationsstillinger mellem ÆHN og lokalsygehuse/kommune er også ændrede tiltag. De andre VBS-inspireret løsningsforslag er mere eller mindre resultater som er kendt i forvejen i DK. Det er den multidisciplinære tilgang, udskrivelsesprogram- mer og APN-sygeplejersker, som måske ikke er nye, men som i en ny struktur og organisering kan få bedre forudsætninger for at skabe sammenhæng for den æl- dre.

7.0 Konklusion

Vi ønskede at undersøge, hvordan vi kunne gøre det bedre for de ældre i sund- hedsvæsenet. Spørgsmålet var, om vi kunne blive inspireret fra steder både i DK, men også internationalt, hvor man har gode erfaringer med at skabe sammen- hængende forløb i sundhedsvæsenet. Vi har i denne opgave undersøgt, om der med inspiration fra litteraturen og fra teoretiske modeller om VBS, kan skabes bedre sammenhæng for de ældre mellem hospital, kommune og PL i RN. Kan vi ændre den måde, som vi leverer sundhedsydelser på i RN, så det er med til at skabe bedre sammenhæng for den ældre?

Gennem undersøgelse af vores praksisproblem, har vi erfaret, at der er mulighed for at finde VBS-inspirerede løsninger til at skabe sammenhængende forløb for de ældre i RN. VBS og herunder TVA som valgt analysemetode bør ikke stå alene, da strukturelle, organisatoriske, og finansielle barrierer mellem hospital, kommune og PL ikke kan løses i nær fremtid uden forandringer i den måde, sundhedsvæse- net er opbygget på i DK. Vores problemstilling argumenterede for, at der var pro- blemer med at skabe sammenhæng mellem adskilte organisationer, og vi har er- faret, at fragmenteret myndigheds- og finansielle strukturer kan være barrieren for at skabe bedre løsninger til sammenhæng i den ældres forløb mellem hospital, kommune og PL i RN.

Etableringen af et frikommuneforsøg med deltagelse af ÆHN, kommuner og PL, kan give muligheden for en samlet organisering, der i fællesskab træffer beslut- ninger for hele forløbet. Et Fællesskab med fælles myndighed og økonomi, der

udelukkende har ansvar for at behandle ældrepopulationen, vil kunne beslutte overordnet rammer for sammenhængende forløb for de ældre mellem hospital, kommune og PL i RN.

Løsningsforslag inspireret af VBS samler behandlingen af ældrepopulation i én lokation på Ældrehospital Nordjylland. En IPU som bliver ualmindelige gode til at behandle de ældre. Den ældre vil opleve sammenhæng i deres forløb mellem ÆHN, kommune og PL, da der arbejdes ud fra en fælles målsætning i relation til de ældre. Vi har erfaret, at en organisering i MDT kan medvirke til, at behandlingen af den ældres sygdom med comorbiditet, syndromer og polyfarmaci vil blive set som en samlet behandling, og ikke fragmenteret behandling i forskellige afdelinger og organisationer. ÆHN har ansvar for at skabe geografisk rækkevidde ud til lokalsygehuse, kommune og PL, som vil kunne løse PL's oplevelse af, at speciallæger ikke er tilgængelige til sparring.

VBS handler om at skabe værdi for den ældre, og at sundhedsydelser leveres på laveste omkostningsniveau. Det vil være realistisk at lave *fælles* outcome på tværs af hospital, kommune og PL, der sætter mål for værdien og omkostningsdelen. VBS kan med TDABC give inspiration til, hvordan Fællesskabet opnår bevidsthed om omkostningernes størrelse, og hvor i forløbet de ligger. Det vil kunne løse oplevelsen af, at der i kommunen og hos PL ikke er tildelt ressourcer til at varetage behandlingen af den stadig hurtigere udskrevne ældre. Forløbstakster for de ældres forløb udregnes og tildeles ÆHN, kommune og PL som en samlet tildeling. Dette kan skabe incitament til integration af behandling på tværs af organisationerne for at levere den rette behandling på rette sted til rette omkostningsniveau.

I VBS er et fælles IT-system på tværs af hospital, kommune og PL fundamentet til at skabe sammenhængende forløb for ældre. Sundhedsprofessionelle skal kunne tilgå hinandens dokumentationer på alle de lokationer, de møder den ældre. VBS kan inspirere til bedre sammenhæng for den ældre, når Fællesskabet udvikler IT-systemer, som kan følge outcome resultater tæt, både på patientniveau og på organisationsniveau, hvor hospital, kommune og PL kan følge resultaterne for komplikationer, funktionsniveau, indlæggelser, genindlæggelser og ophold på plejehjem. En fælles IT-plattform kan være med til at løse de udfordringer, som vi har oplevet i den tværgående kommunikationen om vores fælles ældre.

Vi har erfaret, at ÆHN med deres udskrivningsprogram og APN-sygeplejersker vil kunne skabe en integreret overgang mellem hospital, kommune og PL ved systematisk involvering af kommunen i relation til den ældres behov. ÆHN kan på den måde sikre, at stafetten bliver givet videre til kommune og PL, så de kan følge op

på den videre behandling. VBS inspireret *kliniker tilknytning* til kommune, PL og lokalsygehuse kunne skabe sammenhæng for den ældre ved at gøre ÆHNs specialiserede kompetencer tilgængelige. Det er VBS-inspireret tiltag, som kan være med til at mindske den ældre indlægges med komplikationer, som kunne være behandlet i kommune eller hos PL.

Vi kan se muligheder i, at kommunen samler sig i selvstyrende teams, som integrerer og varetager en kendt behandlingsplan af den ældre, og forhindrer indlæggelser og genindlæggelser af den ældre. APN-sygeplejersken kan i teamet være med til at dele sin ekspertviden, som er med til at udvikle kompetencerne i kommunen. De selvstyrende teams vil i en integreret enhed have ansvar for en mindre lokal gruppe af ældre, og ud fra en tildelt forløbs takst varetage alle §83 ydelserne til den ældre.

Inspireret af VBS kan organiseringen af PL i sundhedshuse og deltagelse i MDT med andre faggrupper og specialister være med til at integrere den specialiserede behandling af den ældre mellem hospital, kommune og PL. PL's udvikling fra at være generalist til at være mere specialist for ældregruppen, er en løsning med afsæt i VBS, som kan være med til at skabe bedre sammenhæng i den ældres forløb. Opgaveglidning fra PL til APN-sygeplejerske, diætister og farmaceuter kan være med til at skabe kapacitet hos PL til at se den ældre med komplekse problemstillinger. Den samlede forløbstakst hos PL kan skabe incitament til at konferere med ÆHN og MDT, i stedet for at forsøge at løse den ældres sygdom over en længere periode, som ender i en akut indlæggelse.

Vi konkluderer ud fra vores analyse og den viden vi har opnået herfra, at der med afsæt i VBS, som overordnet ramme, kan findes løsninger til et bedre sammenhængende forløb for den ældre. Vi mener, at tiden er inde til, at RN og DK tager ældrebehandlingen med i profilplaner, som går på tværs mellem hospital, kommune og PL. Løsningerne er måske ikke klar til implementering i nærmeste fremtid, men en langsigtet plan kan også tage afsæt i VBS.

8.0 Perspektivering

Vi har ikke inddraget patientperspektivet i denne opgave. Spørgsmålet er om involvering og samskabelse med vores ældre og pårørende, som aktive aktører, kan være til at skabe bedre sammenhængende forløb for de ældre mellem hospital, kommune og PL i RN? ICHOM har systematisk inddelt den ældres outcome (bilag 2) i betydningsfulde områder for den ældre, hvor autonomi og kontrol, samt involvering i beslutninger er af værdi for den ældre. Capacity building (Krogstrup

2017) handler netop om, hvordan vi som sundhedsprofessionelle kan genkende udviklingsmuligheder, som gør den ældre i stand til at opnå egne mål og relateret til opgaven, være en del af den integrerede behandling. I den Hollandske Buurtzorg model, blev den ældre inddraget i egen behandling, og gjort til en aktiv med-spiller i forhold til egen behandling (Bradford m.fl. 2015). Buurtzorg modellen havde også som målsætning at skabe et holistisk miljø i nabolagene, hvor høj grad af egenomsorg og lokalt netværk skulle være med til at tage vare på ældrepopulationen (2015). Capacity building sætter også fokus på den offentlige sektors evne til at samskabe med borgere ved hjælp af lokale netværk og naboskab (Krogstrup 2017). Vil vi i DK kunne lykkes med at udvikle et mind-set, hvor sundhedsvæsenet tillader de ældre og pårørende at have en stemme med i beslutningsprocessen, hvor vi arbejder med at give empowerment til patienter og pårørende (Jenkins 2019) og aktiverer det lokale miljø i den ældres forløb og situation?

LITTERATURLISTE

Aalborg Universitetshospital 2020. *Samarbejde skal forhindre svingdørspatienter*. AUH hjemmeside juni 2020: <https://aalborguh.rn.dk/service/nyhedsliste-aal-borguh/nyhed?id=0529cbe6-dd8a-463e-a3a0-b35f412ffd96>

Andersen, Lotte Bøgh; Christian Bøtcher Jacobsen, Mads Leth Felsager Jakobsen, Thomas Pallesen & Søren Serritzslew. 2017. *Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor*, 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag

Anderson, Michael & Carsten Rohde 2016. *Virksomhedens økonomistyring*. 4. udgave. Jurist- og økonomforbundets Forlag.

Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2007). *Folkhälsa i samverkan - mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Studentlitteratur. Page 11-27.

Baes-Jørgensen, Jens 2021. *Ældreboom sætter sundheds- og plejeudgifter under hårdt pres*. MOMENTUM. 13. ÅRGANG. 8. UDGAVE KL. 27. APRIL 2021

Bakker, Dinny, J. Struijs, Caroline A. Baan, J. Raams, J.E. De Wildt, Hubertus Vrijhoef & F. Schut 2012. *Early Results from Adoption Of Bundled Payment For Diabetes Care In The Netherlands Show Improvement In Care Coordination*. HEALTH AFFAIRS 31, NO. 2 (2012): p. 426–433.

Ballegaard Stinne Aaløkke, Marie Jacobsen 2019. *Medicingennemgang af ældre hospitalsindlagte patienter: Evaluering af tre organisatoriske modeller*. VIVE 2019.

Berth, Rikke S., Line Markert, Malene Graff, Lyng Skovgaard 2014. *Seminar om §60 selskaber 10.12.14*. På slideshare [Seminar om § 60-fællesskaber 10.12.14 \(slideshare.net\)](#)

Berth, Rikke S., Line Markert og Malene Graff 2016. *Ny vejledning af §60 selskaber*. I Ret & Indsigt nr. 2 2016, p. 24-25.

Bjerregaard, Helene H. & Poul H. Christensen 2018. *Værdibaseret styring af ortopedkirurgien i Region Nordjylland*. I Strategi og styring med effekt af P.N. Bukh og K.S. Christensen 2018, 1. udgave, 2. oplag. DJØF Forlag.

Bjerregaard, Helene H., Tanja Svarre, Christian Kruse, Rikke Gaardboe, Mogens Laursen 2019. *Using Patient-Reported Outcomes in Real-Time Shared Decision-Making. How to Activate Data in Value-Based Healthcare*. Proceedings of the 17th Scandinavian Conference on Health Informatics, November 12-13, 2019, Oslo, Norway.

Borger.dk. *Aflastning ved pasning af syge pårørende*. [Aflastning ved pasning af syge pårørende \(borger.dk\)](https://borger.dk/aflastning-ved-pasning-af-syge-paeroerende)

Bradford, H.G, Dana Sarnak, Jako Burgers 2015. *Home Care by self-governing Nursing teams. The Netherlands Buurtzoorg Model*. The Commonwealth Fund 2015.

Buch, Martin Sandberg, Marie Jacobsen, Christophe Kolodziejczyk, Else Ladekjær 2016. *Vive- Evalueret af fremskudt forløbskoordination- erfaringer med fremskudt visitation i 4 kommuner*. KORA Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning

Bukh, Per Nikolaj & Karina Skovvang Christensen 2018A. *Produktionsprocessen og den økonomiske styring af effekt*. Kapitel 6 i Strategi og Styring med Effekt – Danske erfaringer 2018, 1. udgave, 2. oplag. DJØF forlag.

Bukh, Per Nikolaj & Karina Skovvang Christensen 2018B. *Nye modeller for effekt-baseret økonomistyring*. Del III i Strategi og Styring med Effekt – Danske erfaringer 2018, 1. udgave, 2. oplag. DJØF forlag.

Bukh, Per Nikolaj & Karina S. Christensen 2020. *Effektbaserede ressourcetildelingsmodeller for forløbs- og periodebaserede indsatser i den offentlige sektor*. Samfundslederskab i Skandinavien, årgang 35, nummer 6, 2020.

Cleveland Clinic 2016. *Implementing Value-Based Care*. [18-value-based-care.ashx \(clevelandclinic.org\)](https://www.clevelandclinic.org/health/value-based-care)

Cummings, Jeffrey, Kate Zhong og Charles Bernick 2013. *The Cleveland Clinic Lou Ruvo Center for Brain Health: keeping memory alive*. Journal of Alzheimers disease 38.

Danske Love §83A. *Servicebogen §83A*. [Servicebogen § 83 a \(danskelove.dk\)](https://danskelove.dk/servicebogen-83a)

Danske Love §40. *Kommunestyrelsesloven §40*. [Kommunestyrelsesloven § 40 \(danskelove.dk\)](https://danskelove.dk/kommunestyrelsesloven-40)

Danske Regioner 2018. *Værdibaseret sundhed i Danmark Anbefalinger for vejen frem. Udkast til anbefalinger for det fremtidige arbejde med værdibaseret sundhed (regioner.dk)*

Danske regioner 2020. *Finansiering. Danske Regioner - Finansiering*. Læst den 16. december 2020.

DST 2018. *Markant flere ældre i fremtiden*. Dansk statistik, maj 2016, nummer 18. [Befolkningsfremskrivninger 2018-2060 \(dst.dk\)](https://dst.dk/Befolkningsfremskrivninger-2018-2060)

DSKS 2016. *Kvalitetsbegreber og –definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling*. https://dsk.dk/wp-content/uploads/2017/01/25_01_2016_kvalitetsbegrebermetoder.pdf

DSR TEMA. *Avancerede kliniske sygeplejersker*. <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/det-mener-dsr/avancerede-kliniske-sygeplejersker>

DSR 2018. *Antallet af medicinfejl skal halveres på 5 år*. [Antallet af medicinfejl skal halveres på fem år | Politik og nyheder, DSR](https://dsr.dk/politik-og-nyheder/antallet-af-medicinfejl-skal-halveres-pa-fem-ar)

Evén, Gudrun, Jonas Spaak, Magnus Von Arbin, Åsa Franzén-Dahlin og Terese Stenfors 2019. *Health Care professionals' experiences and enactment of person-centered care at a multidisciplinary outpatient specialty clinic*. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2019:12, page 137-148.

Gautun, Heidi og Astri Syse 2017. *Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities*. Nordic journal of social research 2017.

Gorodeski, Eiran Z., Chlad Sandra, Vilensky, Seth. 2013. *Home-based care for heart failure: Cleveland Clinic's "Heart Care at Home" transitional care program*. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 01 Jan 2013.

Harris, M., F. Greaves, S. Patterson, J. Jones, Y. Pappas, A. Majeed, J. Car 2012. *The North West London Integrated Care Pilot: innovative strategies to improve care coordination for older adults and people with diabetes*. J. Ambul Care Manage, 2012 jul-sep; 35 (3):216-25.

Helmerts, Richard A., R. S. Kaplan 2016. *TDABC in primary care results of a Harvard/Mayo Clinic collaboration*. Health Care financial management vol. 70., udgave 7 2016.

Højgaard, Betina, Rasmus Trap Wolf og Mickael Bech 2016. *Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring*. KORA 2016.

ICHOM. *Standard sets – Older person*. [Older Person – ICHOM Connect](#)

Indenrigs- og sundhedsministeriet 2005. *Kommunalreformen - kort fortalt*. <http://www.oim.dk/media/17070/kommuna>

Jenkins, Alana 2019. *What is patient empowerment & how does it impact health outcomes?* Patient Bond 2019. [What Is Patient Empowerment & How Does It Impact Health Outcomes? \(patientbond.com\)](#)

Jensen, Jan Bendix, Julie T. Neidhardt & Anne Fink 2018. *Mål skaber mening: strategi og målstyring på sundheds- og ældreområdet*. Kapitel 8 i Strategi og Styring med effekt- danske erfaringer. 2018, 1. udgave, 2. oplag. DJØF Forlag.

Kaplan, Robert S. & Michael E. Porter. 2011. *How to solve the cost crisis in health care*. *Harvard Business Review*, Vol. 89, No. 9, pp. 47-64.

Kassianos, Angelos, A. Ignatowicz, G. Greenfield, A. Majeed, J. Car & Y. Pappas 2015. *Partners rather than just providers....: A qualitative study on health care professionals' views on implementation of multidisciplinary group meetings in the North West London Integrated Care Pilot*. *International Journal of Integrated Care* 2015.

Keel, George, C. Savage, M. Rafiq, P. Mazzocato 2017. *Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature*. Medical Management center, Karolinska Institut, Stockholm, Sverige. Elsevier 2017.

Keel, G., R. Muhammad, C. Savage 2020. *Time-driven activity-based costing for patients with multiple chronic conditions: a mixed-method study to cost care in a multidisciplinary and integrated care delivery centre at a university-affiliated tertiary teaching hospital in Stockholm, Sweden*. *BMJ Open* 2020;10: e032573. Doi: 10.1136/bmjopen-2019-032573.

Kirst, Maritt, J. Im, T. Burns, G. R. Baker 2017. *What works in implementation of integrated care programs for older adults with complex needs? A realist review*. *International Journal for Quality in Health care*, vol. 29, iss. 5.

KL 2013. *Organisering af hjemmesygeplejen*. Kommunernes landsforening. Notat februar 2013, revideret udkast. [Endeligt notat 3 - februar 2013 \(3 reviderede udkast\) \(2\) \(kl.dk\)](#)

KL 2014. *Styring af hjemmesygeplejen Inspirationsnotat*. Partnerskabsprojekt om dokumentation af hjemmesygeplejen. Kommunernes landsforening. [inspirationsnotat - styring af hjemmesygeplejen -2.pdf \(kl.dk\)](#)

KL 2017. *Kommunernes finansiering*. 1. udgave, 1. oplag. KL.

Kristensen, Sidse 2018. *Differentieret budgettildeling som styringsværktøj og dialogredskab*. Kap. 18 i Strategi og Styring med Effekt – Danske erfaringer 2018, 1. udgave, 2. oplag. DJØF forlag.

Krogstrup, Hanne K. 2017. *Samskabelse og capacity building – I den offentlige sektor*. Kap. 2. 1. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag 2017.

Labson, Margherita C. 2015. *Innovative and Successful Approaches to Improving Care Transitions From Hospital to Home*. I Home Health Now 2015.

LUP 2018. *Landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed*. https://patientoplevelser.dk/files/lup_somatik_2018_national_rapport_1.pdf

McCarthy, Douglas, Kimberly Mueller, Jennifer Wrenn 2009. *Mayo Clinic: Multidisciplinary teamwork, physician-Led Governance, and patient-centred culture drive world-class Health Care*. The Commonwealth Fund 2009.

Madsen Marie Henriette, M.S. Buch, A.B. Bojesen 2019. *Værdibaseret styring på Bornholms Hospital*. VIVE og forfatterne 2019.

Martin, H.M. 2010. *Er der styr på mig?* Dansk sundhedsinstitut rapport 2010. <https://pure.vive.dk/ws/files/2053337/er-der-styr-paa-mig.pdf>

Mastellos, Nikolaos, L. Gunn, M. Harris, A. Majeed, J. Car, Y. Pappas 2014. *Assessing patients' experience of integrated care: a survey of patient views in the North West London Integrated Care Projekt*. International Journal of Integrated Care 2014 Apr-Jun; 14: e015.

Medicare & Medicaid 2021. *BPCI Advanced*. Centers for Medicare og Medicaid's hjemmeside april 2021. [BPCI Advanced | CMS Innovation Center](#)

Moll, Pernille 2018. *regionerne på vej mod værdibaseret styring*. Kap. 5 i Strategi og Styring med Effekt – Danske erfaringer 2018, 1. udgave, 2. oplag. DJØF Forlag.

Newsweek 2021. *The World's best hospitals 2020*. [World's Best Hospitals 2020 - Top 100 Global \(newsweek.com\)](#)

Nilsson, Kerstin, F. Bååthe, A.E. Andersson & M. Sandoff 2017. *Value-based healthcare as a trigger for improvement initiatives*. I Leadership in Health Services, Vol. 30 No. 4, 2017 pp. 364-377. Emerald Publishing Limited

OIM (Økonomi- & Indenrigsministeriet) 2013. *Evaluering af kommunalreformen*. <http://www.oim.dk/>

PLO og Regionernes lønnings- og takstnævn 2018. *Overenskomst om almen praksis*. 1. udgave, 1. oplag 2018. Lægeforeningens forlag.

Porter, Michael E. 2010A. *What is value in health care?*. New England Journal of Medicine 363;26 nejm.org. December 23, 2010

Porter, Michael E. 2010B. *Measuring health outcomes: the Outcome hierarchy*. This framework paper is Supplementary Appendix 2 to Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81

Porter M.E., TH Lee 2013. *The strategy that will fix health care*. Harvard business review 2013. https://www.mercyonenorthiowaaffiliates.org/hansenfamilyhospital/assets/documents/emh/hfh_the-strategy-that-will-fix-health-care-porter-and-lee.pdf

Porter, Michael E. · E. A. Pabo, T. H Lee 2013. *Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs*. In Health Affairs, vol. 32, ISS. 3, 2013. Side 516-525.

Porter, Michael E, E. Stanton, JA. Hohman, C. Stowell 2012. *Schön Klinik: Eating Disorder Care*. Harvard Business School. Rev. April 2013.

Porter, Michael E., Teisberg, E.O. 2006. *Redefining Health Care: Creating Value-Based competition on results*. Harvard Business School Press.

PRI 2019. *Klinisk farmaceutisk service på sygehusafsnit i Region Nordjylland*. <https://pri.rn.dk/Sider/23955.aspx>

Refnov, Janne 2018. *Økonomisk styring på vej: værdibaseret finansiering og afregning i sundhedsvæsenet*. Kap. 14 i Strategi og Styring med Effekt – Danske erfaringer 2018, 1. udgave, 2. oplag. DJØF forlag.

Regeringen 2019. *Danmarks nye sundhedsvæsen*. Sundhedsreformen januar-marts 2019. <https://www.regeringen.dk/media/6168/faktaark-sundhedsreform.pdf>

Region Nordjylland 2018. *Sundhedshuse*. [Sundhedshuse \(rn.dk\)](https://www.regionnordjylland.dk/Sundhedshuse)

Region Nordjylland 2020. *Telemedicin til borgere med KOL*. [Telemedicin til borgere med KOL \(rn.dk\)](https://www.regionnordjylland.dk/Telemedicin-til-borgere-med-KOL)

Region Nordjylland 2021. *De nordjyske hospitaler skærper profilen for at være klar til fremtidens behov*. [De nordjyske hospitaler skærper profilen for at være klar til fremtidens behov \(rn.dk\)](https://www.regionnordjylland.dk/De-nordjyske-hospitaler-skærper-profilen-for-at-være-klar-til-fremtidens-behov)

Retsinformation 2014. *Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og træning efter servicelovens §§ 83, 83 a og 86*. [Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og træning efter servicelovens §§ 83, 83 a og 86 \(retsinformation.dk\)](https://www.retsinformation.dk/Bekendtgørelse-om-kvalitetsstandarder-for-hjemmehjælp-rehabiliteringsforløb-og-træning-efter-servicelovens-§§-83-83-a-og-86)

Rolnick, Joshua A, Joshua M Liao, Ezekiel J Emanuel, Qian Huang, Xinshuo Ma, Eric Z Shan, Claire Dinh, Jingsan Zhu, Erkuan Wang, Deborah Cousins, Amol S Navathe 2020. *Spending and quality after three years of Medicare's bundled payments for medical conditions: quasi-experimental difference-in-differences study*. BMJ 2020.

SIMB 2018. *Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere*. Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed.

SIMB 2019. *Ny viden om hvor tilfredse ældre borgere er med overgange på sundhedsområdet*. Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingsenhed.

SIM 2020. *Bloktilskud til regionerne for 2020*. Læst dec. 2020 [Bloktilskud til regionerne for 2020 \(sim.dk\)](https://sim.dk)

Skanderborg Kommune 2020. *Forundersøgelse omkring Sverigesmodel i Skanderborg Kommune*. 2020. <https://www.skanderborg.dk/document/5ee5cdb5-5f27-4269-9da1-b9dfb6700f4b>

Smith, Peter C. 2008. *Formula funding of health service: learnings from experience in some developed countries*. Discussion paper no. 1, page 1-37. WHO 2008.

Spaak J. 2015. *Research plan: integrated, multidisciplinary, person-centered care for patients with complex comorbidities: heart, kidney and diabetes—a randomized trial*. Stockholm: Clinical Trials.gov, 2015.

Struijs, Jeroen N., Hanneke W. Drewes, Richard Heijink, & Caroline A. Baan 2017. *Netherlands: The Potentials of Integrating Care via Payment Reforms*. Springer International Publishing AG 2017 V. Amelung et al. (eds.), *Handbook Integrated Care*, DOI 10.1007/978-3-319-56103-5_35

Sundhedsdatastyrelsen 2015. *Prædiktionsmodeller for indlæggelse af borgere med KOL*. [Praediktionsmodeller KOL.pdf](#)

Sundhedsdatastyrelsen 2020. *Nøgletal om sundhedsvæsenet*. [Nøgletal om sundhedsvæsenet - Sundhedsdatastyrelsen](#)

SST 2012. *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model*. Sundhedsstyrelsen, version 2, 2012.

SUM 2017. *Plejecentre*. [Sundheds- og Ældreministeriet Plejecentre- sum.dk](#)

SUM 2018. *Nationale mål for sundhedsvæsenet*. Udgivet af SUM, KL og Danske Regioner 2018, 1. udgave. Elektronisk publikation. https://sum.dk/Temaer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2018/Nationale-maal-sept-2018/Nationale-maal-sept-2018.pdf

SUM, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Danske Regioner 2018. *Analyse af den regionale styring på sygehus området*. McKinsey & Company rapport 2018. [PWC-Analyse-af den-regionale-styring-paa- sygehusomraade.pdf \(sum.dk\)](#)

SUM 2020A. *Den kommunale medfinansiering for 2018*. [Den-kommunale-medfinansiering-for-2018.pdf \(sum.dk\)](#)

SUM 2020B. *Orientering om analyse af den kommunale medfinansiering 2018*. [SUU, Alm.del - 2019-20 - Bilag 201: Orientering om analyse om den kommunale medfinansiering 2018, fra sundheds- og ældreministeren \(ft.dk\)](#)

Sundhedsloven 2019. Sundheds- og Ældreministeriet. [Retsinformation](#)

Takahashi, Paul Y, Aron Leppin, Gregory J. Hanson 2020. *Hospital to community transitions for older adults: An update for the practicing clinician*. Mayo Clinical Proceedings, vol. 95, issue 10, page 2253-2262.

Torjesen, Ingrid 2012. *Emergency admission for diabetes fall by almost 7% in integrated care pilot scheme*. BMJ 2012;344:e3562

Tousig, Charlotte, T. Christiansen, A. Ponikowski, R. Birkelund & R. Birkelund 2020. *Sygeplejersker samarbejder på tværs*. Fag & Forskning 2020, p. 52-57.

VIVE 2020. *Et smugkig: Kommende analyse af økonomistyring af hjemmepleje og rehabiliteringsforløb*. [smugkig-oekonomistyring-af-rehabilitering-og-hjemmepleje.pdf \(modst.dk\)](#)

Volker, Amelung, Viktoria Stein, Nicholas Goodwin, Ran Balicer, Ellen Nolte og Esther Suter 2017. *The potentials of integrating care via payments reforms*. Kap. 35 i Handbook Integrated Care. Springer 2017. DOI 10.1007/978-3-319-56103-5.

Voss, Henning 2009. *Implementering af opfølgende hjemmebesøg*. Dansk Sundhedsinstitut 2009.

Wald, John T., Sherri Lowery-Schrandt, David L. Hayes, Amy L. Kotsenas 2018. *Mayo Clinic Care Network: A Collaborative Health Care Model*. Vol. 15, iss. 1, p. 167-172. Journal of the American College of Radiology.

Wohlin, Jonas, Holger Stalberg, Oskar Ström, Ola Rolfson, Carl Willers, Mats Brommels 2016. *Införande av värdebaserad ersättningsmodell och vårdval för höft- och knäprotesoperationer i Stockholms Läns Landsting*. Karolinska Institutet Institutionen för Lärande, informatik, management och etik Tomtebodavägen 18 A, 171 77 Stockholm.

ØIM 2018. *Bekendtgørelse af lov om frikommunenetværk*. Retsinformation april 2018. [Bekendtgørelse af lov om frikommunenetværk \(retsinformation.dk\)](https://www.retsinformation.dk/eli/lov/2018/04/01/1)

Bilag 1 Udvalgte nøgletal på Sundheds området.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen 2020 [Ældre borgere med kommunale indsatser.pdf](#)

Tabel 1 Andelen af borgere, som modtager ingen, én eller flere kommunale indsatser, der har haft mindst en indlæggelse, 2018 (pct.)

	Ingen indsats	Én indsats	To indsatser	Tre indsatser	Fire indsatser
65 år eller derover	10	32	44	60	72
80 år eller derover	13	26	40	58	70
Borgere med udvalgte kroniske sygdomme (65 år eller derover)	13	33	46	62	74
Borgere med demens (65 år eller derover)	21	24	33	44	57

Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ), Landspatientregisteret (LPR), Register udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sygesikringsregisteret (SSR) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Definition og afgrænsninger af de forskellige borgergrupper samt kommunal- og regionalkontakt fremgår af dokumentationen i rapporten Nøgletal for ældreområdet 2015-2018, der ligger på [sundhedsdatastyrelsen.dk](#). Kommunale indsatser omfatter: Hjemmehjælp, kommunal sygepleje, genoptræning/vedligeholdelsestræning og rehabilitering. Se Bilag 1 for oversigt over de 33 kommuner, der er inkluderet.

Tabel 2 Andelen af borgere, som modtager ingen, én eller flere kommunale indsatser, der har haft mindst en genindlæggelse, 2018 (pct.)

	Ingen indsats	Én indsats	To indsatser	Tre indsatser	Fire indsatser
65 år eller derover	1	5	9	15	19
80 år eller derover	2	4	8	14	17
Borgere med udvalgte kroniske sygdomme (65 år eller derover)	1	6	11	18	21
Borgere med demens (65 år eller derover)	3	5	6	10	13
Ældre medicinske patienter (65 år eller derover)	13	23	27	32	32

Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ), Landspatientregisteret (LPR), Register udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sygesikringsregisteret (SSR) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Definition og afgrænsninger af de forskellige borgergrupper samt kommunal- og regionalkontakt fremgår af dokumentationen i rapporten Nøgletal for ældreområdet 2015-2018, der ligger på [sundhedsdatastyrelsen.dk](#). Kommunale indsatser omfatter: Hjemmehjælp, kommunal sygepleje, genoptræning/vedligeholdelsestræning og rehabilitering. Se Bilag 1 for oversigt over de 33 kommuner, der er inkluderet.

Tabel 3 Andelen af borgere, som modtager ingen, én eller flere kommunale indsatser, der har haft mindst et forebyggeligt sygehusophold, 2018 (pct.)

	Ingen indsats	Én indsats	To indsatser	Tre indsatser	Fire indsatser
65 år eller derover	2	8	16	25	32
80 år eller derover	4	8	16	27	32
Borgere med udvalgte kroniske sygdomme (65 år eller derover)	3	9	17	28	33
Borgere med demens (65 år eller derover)	11	12	15	22	31
Ældre medicinske patienter (65 år eller derover)	18	27	36	41	42

Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ), Landspatientregisteret (LPR), Register udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sygesikringsregisteret (SSR) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Definition og afgrænsninger af de forskellige borgergrupper samt kommunal- og regionalkontakt fremgår af dokumentationen i rapporten Nøgletal for ældreområdet 2015-2018, der ligger på sundhedsdatastyrelsen.dk. Kommunale indsatser omfatter: Hjemmehjælp, kommunal sygepleje, genoptræning/vedligeholdelsestræning og rehabilitering. Se Bilag 1 for oversigt over de 33 kommuner, der er inkluderet.

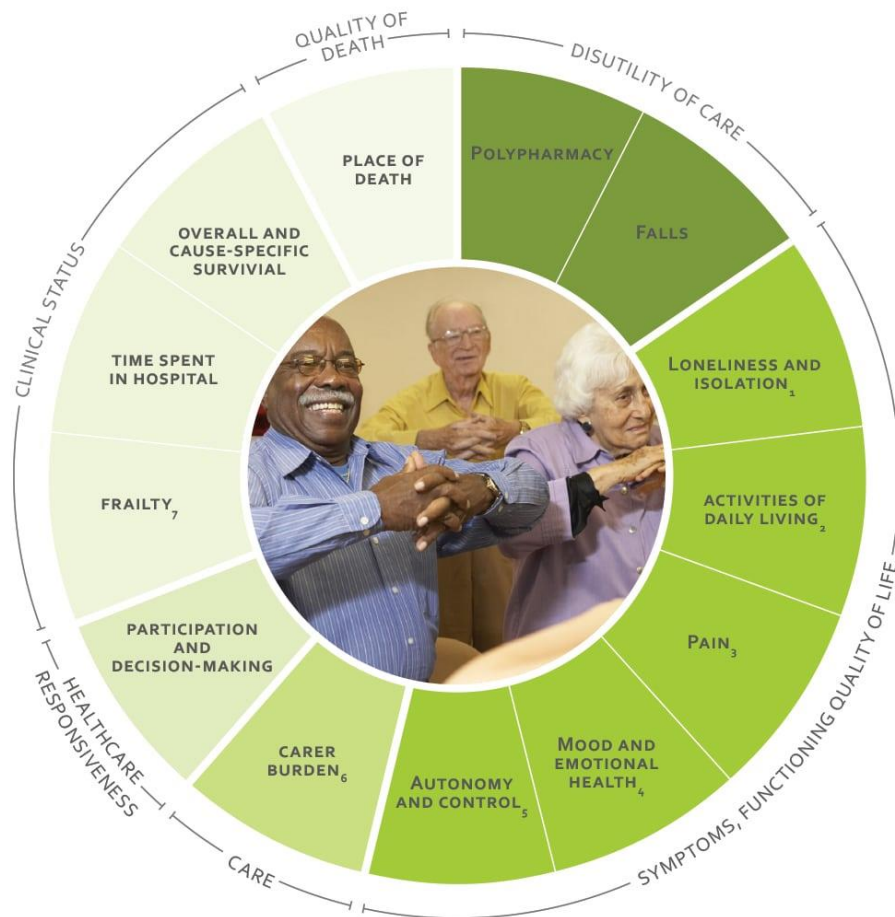
Tabel 14 Kontakt med almen praksis fordelt på borgergrupper, 2015-2018

		2015	2016	2017	2018
65 år eller derover	Antal borgere	979.061	1.001.848	1.022.828	1.040.128
	Andel borgere	93 pct.	93 pct.	93 pct.	93 pct.
	Antal konsultationer	12.583.811	12.785.293	13.154.995	13.284.473
	Gns. antal kontakter pr. borger med kontakt	13	13	13	13
80 år eller derover	Antal borgere	232.716	237.026	242.443	248.948
	Andel borgere	97 pct.	97 pct.	97 pct.	97 pct.
	Antal konsultationer	3.894.488	3.933.493	4.048.295	4.152.004
	Gns. antal kontakter pr. borger med kontakt	17	17	17	17
Borgere med udvalgte kroniske sygdomme (65 år eller derover)	Antal borgere	364.181	378.436	391.102	401.529
	Andel borgere	98 pct.	98 pct.	98 pct.	98 pct.
	Antal konsultationer	5.948.426	6.123.273	6.367.004	6.475.541
	Gns. antal kontakter pr. borger med kontakt	16	16	16	16
Borgere med demens (65 år eller derover)	Antal borgere	35.458	36.385	36.832	37.185
	Andel borgere	99 pct.	99 pct.	99 pct.	99 pct.
	Antal konsultationer	707.173	713.667	728.043	743.199
	Gns. antal kontakter pr. borger med kontakt	20	20	20	20
Ældre medicinske patienter (65 år eller derover)	Antal borgere	121.931	121.011	123.918	126.635
	Andel borgere	99 pct.	99 pct.	99 pct.	99 pct.
	Antal konsultationer	2.678.964	2.627.037	2.674.606	2.709.821
	Gns. antal kontakter pr. borger med kontakt	22	22	22	21
Plekehjemsboere (65 år eller derover)	Antal borgere	36.422	36.436	38.306	38.469
	Andel borgere	100 pct.	99 pct.	100 pct.	99 pct.
	Antal konsultationer	793.462	784.613	842.337	857.954
	Gns. antal kontakter pr. borger med kontakt	22	22	22	22

Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ), Landspatientregisteret (LPR), Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sygesikringsregisteret (SSR), plejehjemsadresser og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Definition og afgrænsninger af de forskellige borgergrupper fremgår af Bilag 1.
Dokumentation af opgørelsesmetoden ved almen praksis konsultationer fremgår af Bilag 2.

Bilag 2 ICHOM – outcome af værdi for ældre.



Bilag 3 Omkostninger, kapacitet og kapacitetsomkostningsrater for ressourcer tilknyttet den ældres sammenhængende forløb mellem hospital, kommune og PL.

Nedenstående udregninger er lavet ud fra Kaplan & Porter (2011). Desuden har kapacitetsomkostningsrater ud fra TDABC tidligere været udregnet i andet projekt omhandlende anden patientgruppe indleveret til eksamen i Økonomi & Ledelse på MPG studiet. Det drejer sig om:

Andersen, Jane B. 2019. *Sensemaking i tværsektorielle samarbejde om patienten med kroniske sår: Omkostningsbevidsthed gennem TDABC.*

	Sygeplejerske	Sekretær	Overlæge	PL	Diætist	SOSA
Omkostninger i alt						
Årsløn brutto	450000,0	354000,0	1100000,0	1200000,0	474000,0	388800,0
Lederløn*	12444,8	36973,0	45600,0	0,0	9000,0	12444,8
lokaler/bil (driftsomkostninger)	3000,0	3000,0	3000,0	8000,0	3000,0	3000,0
Teknologi	8500,0	8500,0	8500,0	8500,0	8500,0	8500,0
Årlig omkostninger i alt	473944,8	402473,0	1157100,0	1216500,0	494500,0	412744,8
Månedes omkostninger i alt	39495,4	33539,4	96425,0	101375,0	41208,3	34395,4
Tilgængelighed af Ressourcen						
Start antal dag/år	365,0	365,0	365,0	365,0	365,0	365,0
Minus weekenddag	104,0	104,0	104,0	104,0	104,0	104,0
Minus helligdage	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Minus ferie	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Minus sygedage	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
minus administrationsdage			20,0	20,0		
Tilgængelige dage per år	216,0	216,0	196,0	196,0	216,0	216,0
Tilgængelige dage per md	18,0	18,0	16,3	16,3	18,0	18,0
Antal timer/dag	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
Minus pause	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Minus møder, kurser, udd.	0,8	0,8	1,5	1,5	0,8	0,6
Kørsel (kommune)						
Tilgængelighed timer per dag	6,3	6,3	5,5	5,5	6,2	6,4
Tilgængelige timer/md-dagetime	112,5	112,5	89,8	89,8	111,6	115,2
Kapacitetsomkostnings rate Kr/time	351,1	298,1	1073,4	1128,5	369,3	298,6
Kapacitetsomkostningsrate Kr/min	5,9	5,0	17,9	18,8	6,2	5,0

OMKOSTINGER i alt	OP-leje
Omkostning 10 år	900000
Rep/Support 10 år	100000
Total omkostninger 10 år	1000000
Total omkostninger årligt	100000
Total omkostninger månedligt	8333,333
TILGÆNGELIGHED PATIENTBEHANDLING	
Start antal dage år	365
Minus weekenddag	104
Minus helligdage	10
Minus ferie	0
Tilgængelige dage/år	251
Tilgængelige dage/måned (251/12)	20,91667
Start med antal timer/dag	7,5
Minus pause	0,5
Tilgængelighed timer/dag	7
Tilgængelige timer/md (dagextimer)	146,4167
Kapacitetsomkostningsrate dKr/time (B9/B2)	56,9152
Kapacitetsomkostningsrate dKr/minut (B28/60)	0,948587