



Hvilke sygdomme er de vigtigste og hvad er vigtigst for folkesundheden og livskvaliteten?

Mickael Bech

Professor i sundhedsledelse og -politik

Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet

1. Populationsansvar

Population Health Management (PHM) er en strategi, der sigter mod at forbedre sundheden befolkningsgrupper ved at fokusere på **forebyggelse og sundhedsfremme** samt ved at **målrette og koordinere sundhedsydelser**. PHM involverer at samle og **analysere data om befolkningens sundhedstilstand, risikofaktorer og sundhedsbehov** for at kunne identificere specifikke sundhedsudfordringer og implementere **passende interventioner**. Målet med PHM er at forbedre befolkningens sundhed, reducere sundhedsudgifterne og øge effektiviteten i sundhedssystemet. PHM kan anvendes på lokalt, regionalt eller nationalt niveau og kan **involvere samarbejde mellem sundhedssektoren, offentlige organisationer, frivillige organisationer og andre relevante parter**

Specialisering og koordination – en grundlæggende udfordring!

Organisering og koordination

→ Specialisering & arbejdsdeling, funktionsopdelt
organisering skaber høj grad af gensidig afhængighed

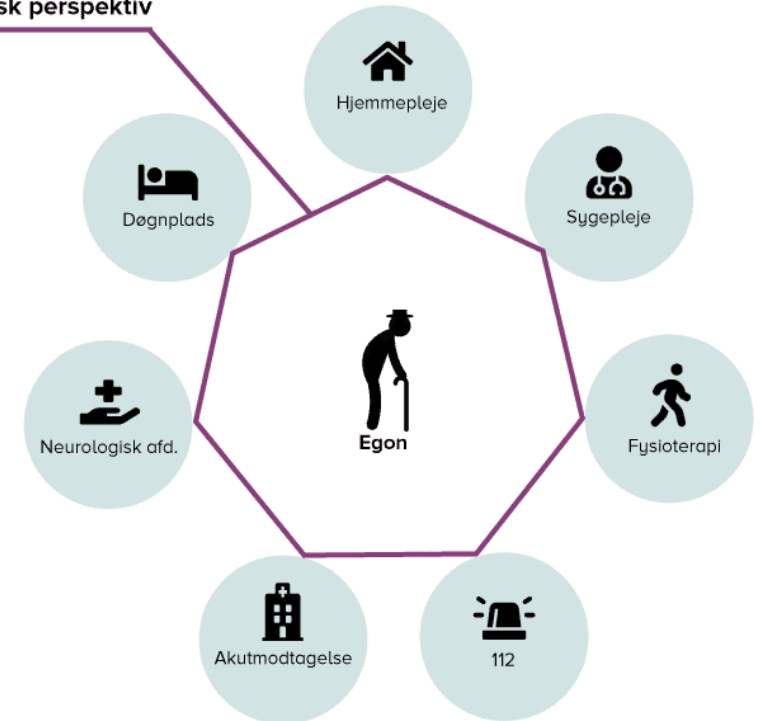
Incitamentsproblemer

→ Incitamenterne til at skabe sammenhæng og koordinere er enten ikke til stede, for svage eller direkte modsatrettede

Faglig viden om afhængigheder og indsatser

→ Mangler viden om gensidig afhængighed og indsatser som skaber sammenhæng og afhjælper behov

Organisatorisk perspektiv



Population health management

Formål: Triple aim (Berwick et al. 2008)

- Befolkningens sundhed
- Kvalitet af behandling
- Omkostning per capita

Trin for et styrke populationsansvar

1. Populationskarakteristika
2. Sundhedstilstand i populationen
3. Risikostratificering
4. Udpege indsatser til målgrupper
5. Implementering og monitorering
6. Kvalitetsudvikling og –sikring

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

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

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

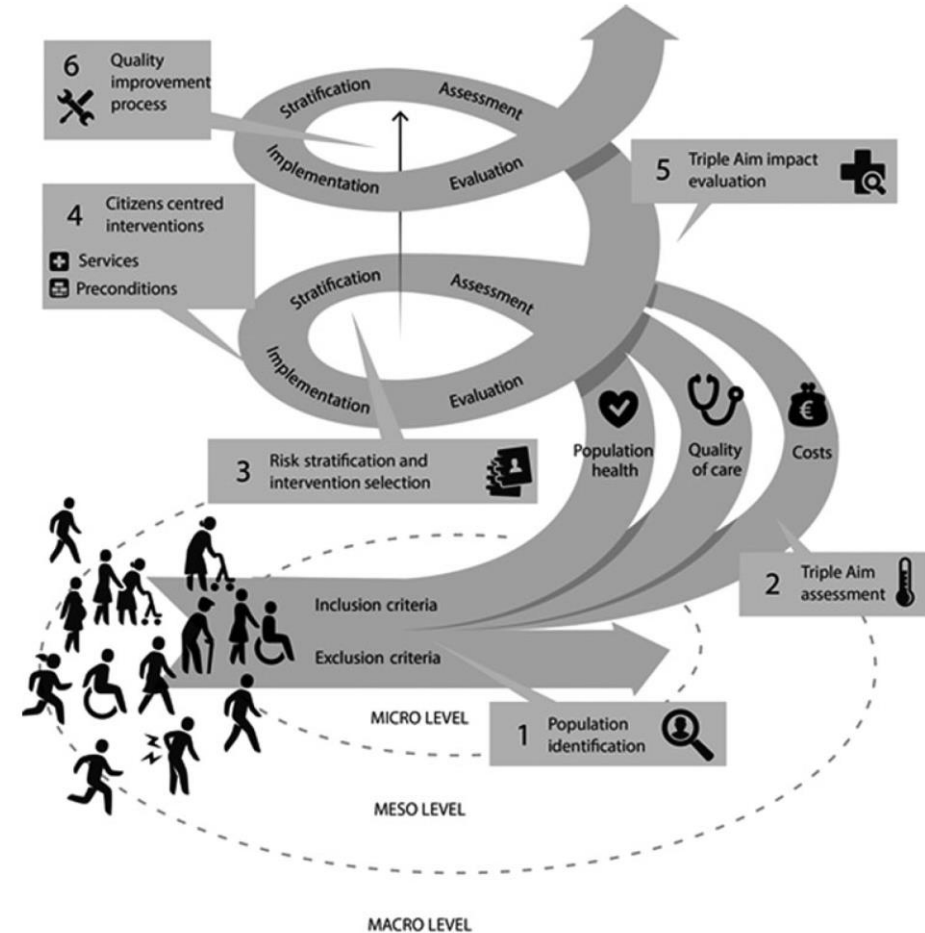
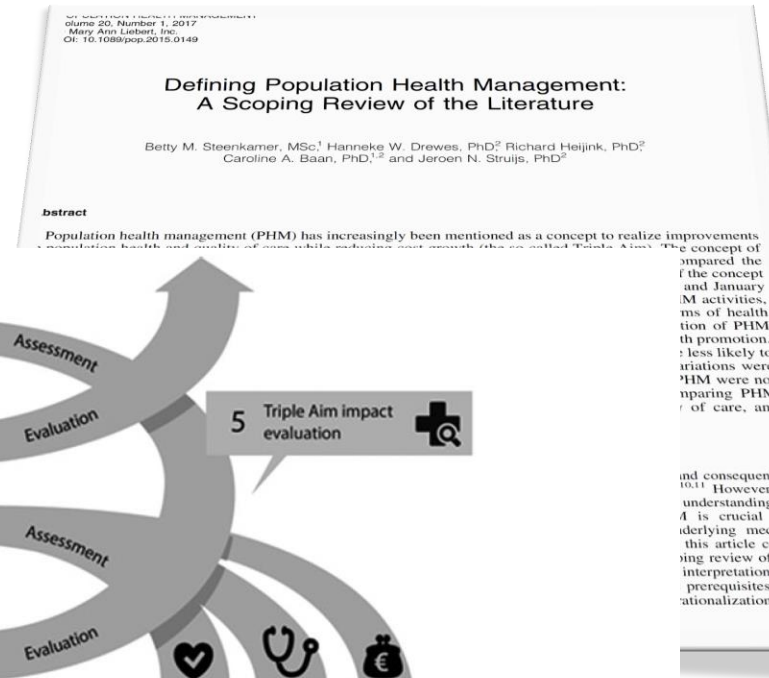
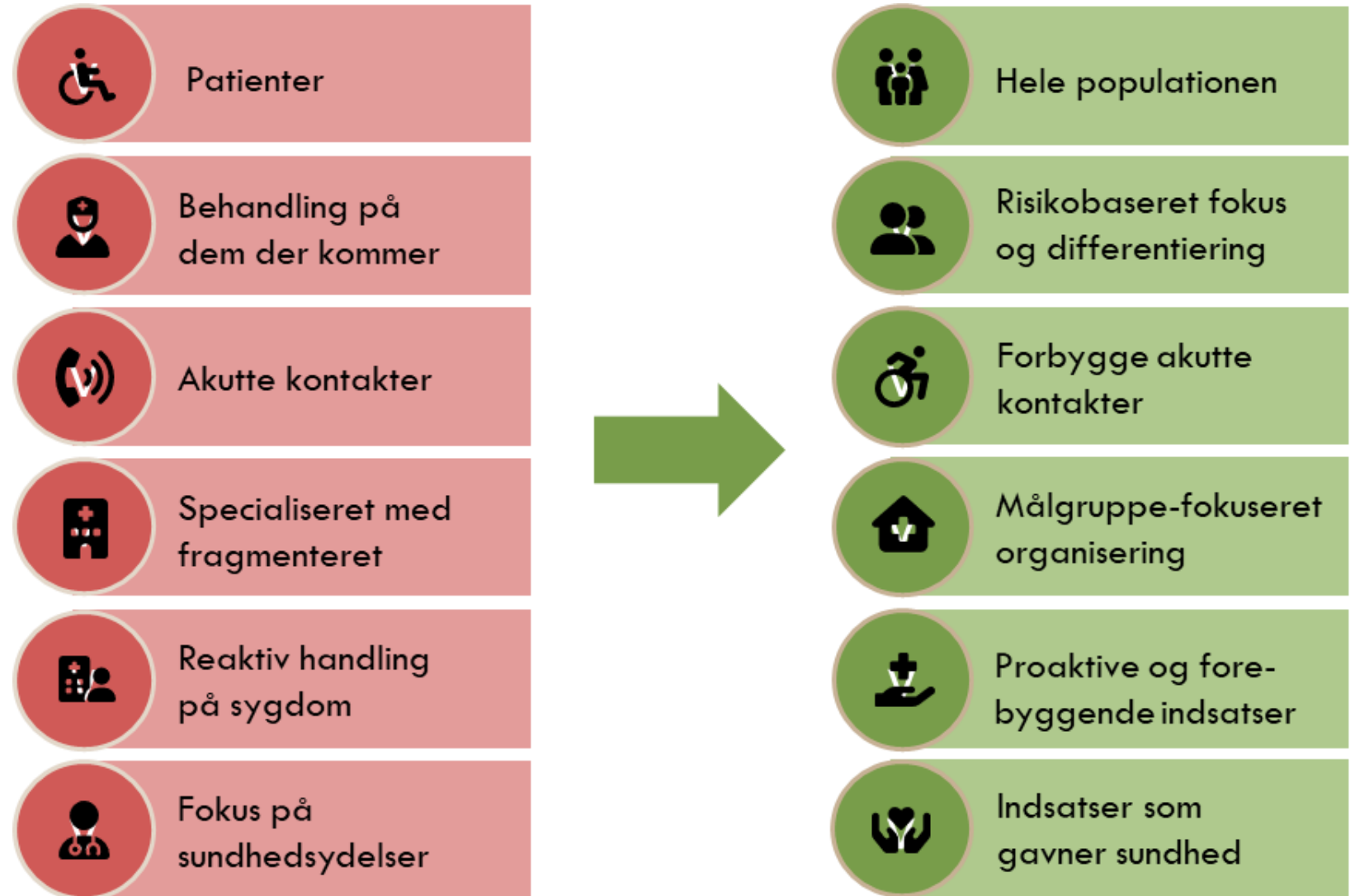


FIG. 1. Schematic overview of the Struijs et al¹² analytical framework for population management (adapted from Drewes et al⁴⁶).

Fælles populationsoverblik og -ansvar



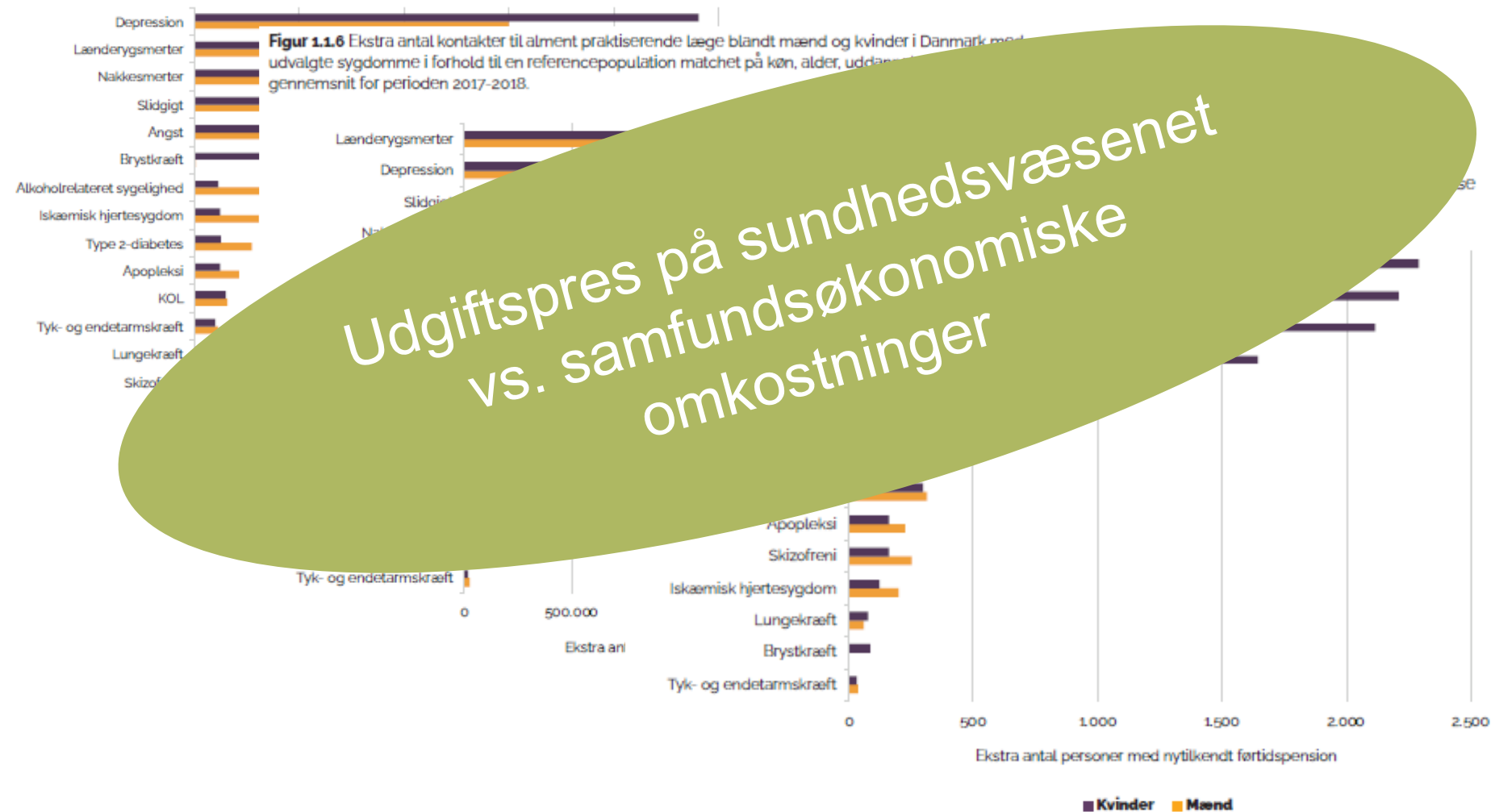
Bech, Mickael; Claus Bjørn Billehøj & Søren Barlebo Rasmussen. Sundhedsklynger: Hvordan lykkes vi med dem? Artikel udgivet af Mobilize. 2022. <https://mobilize-nordic.com/det-faglige-univers/artikler/sundhedsklynger-hvordan-lykkes-vi-med-dem/>

2. Sygdomsbyrde – samfundsøkonomi vs. sundhedsøkonomi

Sygdomsbyrde og samfundsøkonomi



Figur 1.1.7 Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt mænd og kvinder i alderen 16-64 år i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



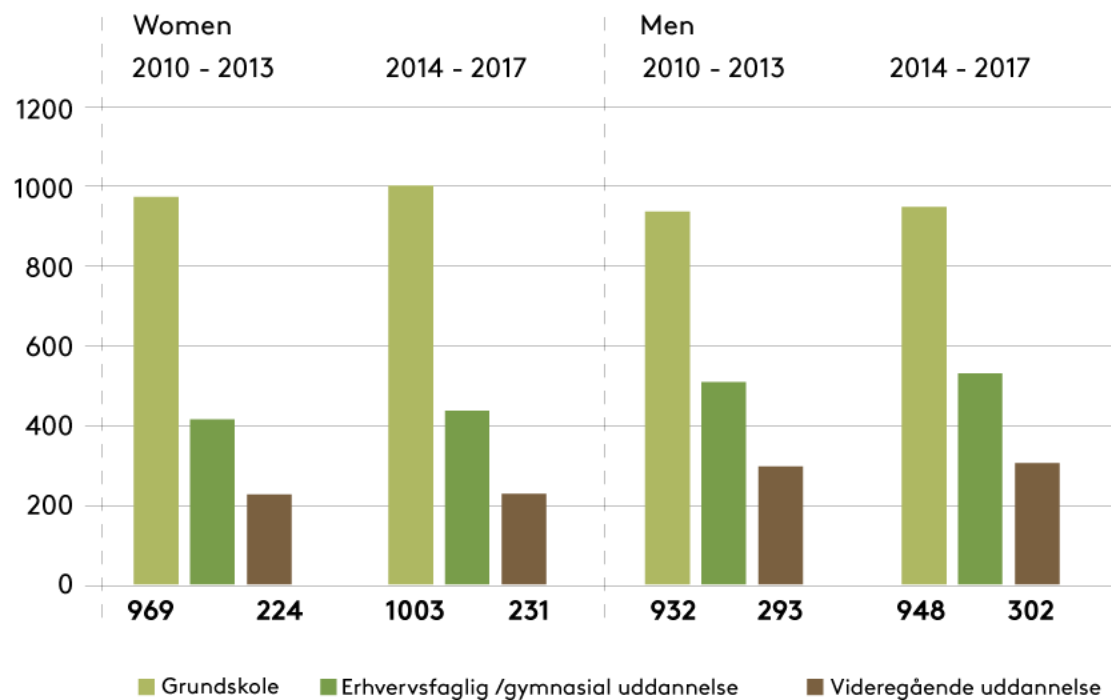
Udgiftspres på sundhedsvæsenet vs. samfundsøkonomiske omkostninger

3. Sygdomsbyrde

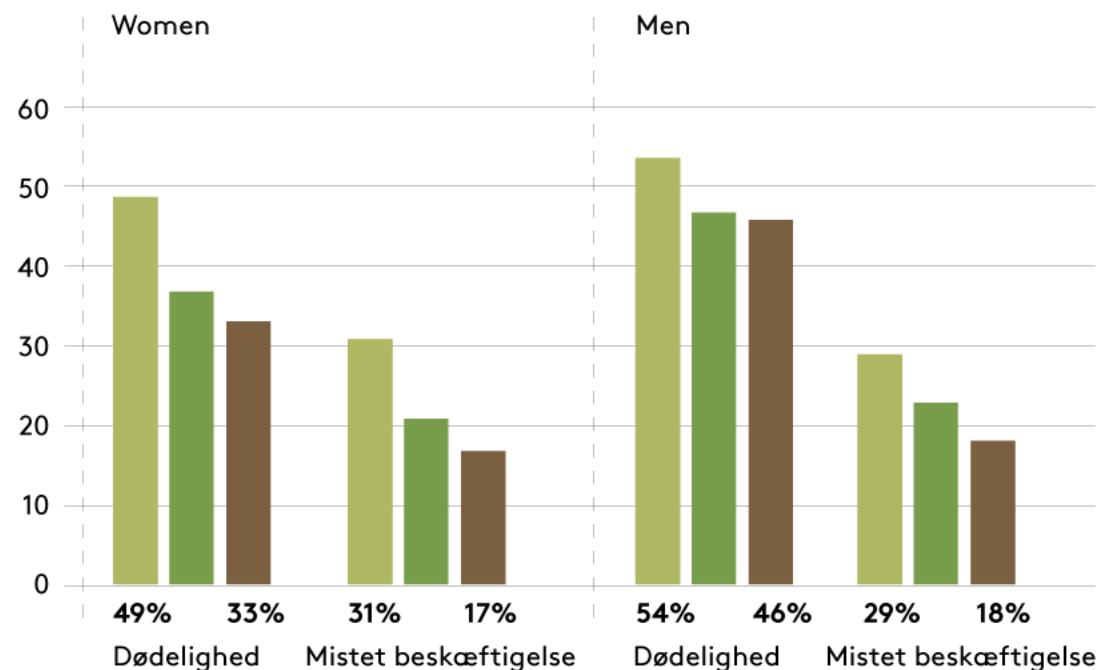
– ulighed

Social ulighed i forekomsten af kronisk sygdom og konsekvenserne heraf – ex. med KOL

Incidence of COPD per 100,000 person-years



Incidence of COPD per 100,000 person-years



4. Kontinuitet og koordination

Tre typer af kontinuitet, som understøtter sammenhæng

Informationskontinuitet: Tilstrækkelig udveksling af information om patientens forløb, sundhedsmæssig status, medicin samt patientens øvrige personlige forhold

Organisatorisk kontinuitet: Koordination af sundhedsydelser mellem forskellige sundhedsudbydere

Relationel kontinuitet: En vedvarende terapeutisk relation mellem patienten og en eller flere sundhedsprofessionelle

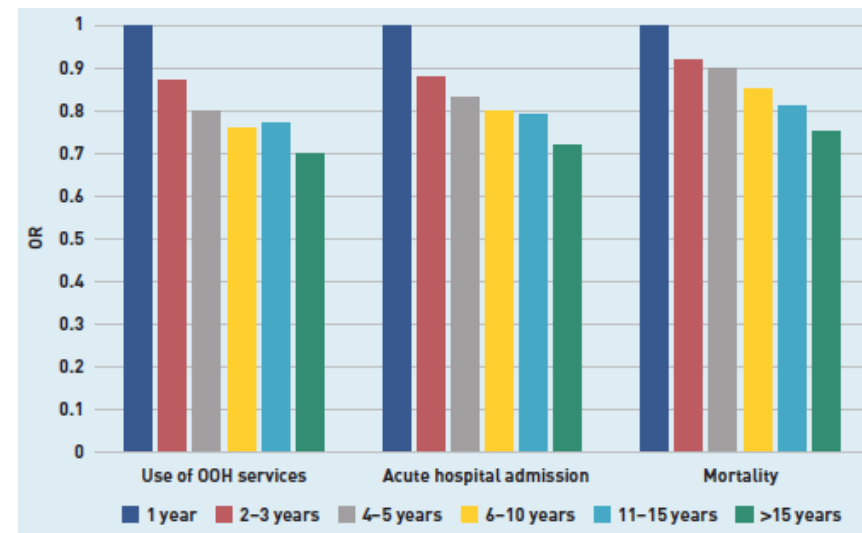
Haggerty, J.L. et al. 2003. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 327, 1219–1221. | Guthrie, B. et al. 2008. Continuity of care matters. *BMJ*, 337: a867. | Jackson, J. et al. (2017). Patient and provider experiences with relationship, information and management continuity. *Patient Experience Journal*, 4(3): article 8. | Martin, H. M., & Ballegaard, S. A. (2021). Oplevelse af sammenhæng i den kommunale pleje og hjælp: En kvalitativ undersøgelse blandt hjemmeboende ældre. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

E-læringsforløb på <https://rise.articulate.com/share/D-05-wjdMOcBMViCx-SUSPTVRIU0IUOv#/>



Betydningen af kontinuitet

- **Længden af AP-patient** forholdet er signifikant forbundet med lavere brug af vagtlægetjenester, færre akutte hospitalsindlæggelser, og lavere dødelighed (Sandvik et al. 2022)
- Nogle patienter – **især ældre med multisygdom** – ser ud til at have større gavn af kontinuitet (Baker et al. 2020).
- Indsatser som skaber kontinuitet forhindrer genindlæggelse **inden for 0-3 md. hos ældre mennesker** med kroniske sygdomme. Uklar evidens vedr. genindlæggelser efter 3 md. (Facchinetti et al. 2020).
- Indikation på at forskelle i kontinuitet kan være forbundet med (betydelig) **reduktion i omkostninger og komplikationer** (Hussy et al. 2014).
- Indikatorer for **klinisk fragmentering** peger på uhensigtsmæssig medicinering og mortalitet (Prior et al. 2023)



Sandvik et al. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, 72(715), e84.

Facchinetti et al. (2020). Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 101, 103396.

Baker et al. (2020). Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 70(698), e600-e611.

Hussey et al. (2014). Continuity and the Costs of Care for Chronic Disease. *JAMA Internal Medicine*, 174(5), 742-748.

Prior et al. (2023). Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. *BMC Medicine*, 21(1), 305.

Integration og omkostninger ved koordination

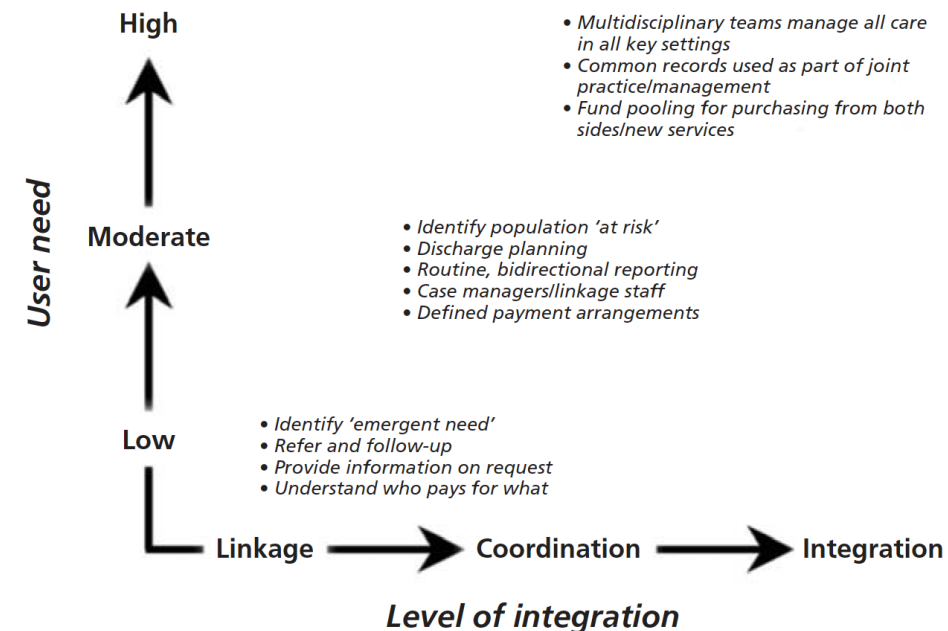
→ Omkostningskrævende at skabe større organisatorisk sammenhæng.

→ Dog store gevinster for de rette målgrupper: Svær multisygdom, lave sundhedskompetencer, dobbeltdiagnoser

→ Integration er ikke nemt, skaber ikke nødvendigvis samarbejde og erfaringerne er blandede (Alderwick et al. 2021)

→ Få finder positive effekter på reduktion i omkostninger eller ydelser (Mason et al. 2015)

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



Source: Nolte & McKee (2008b).

Nolte E, McKee M (2008b). Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, eds. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead: Open University Press:64-91.
Mason et al. (2015). Integrating funds for health and social care: an evidence review. Journal of Health Services Research & Policy, 20, 177-188.
Alderwick et al (2021). Will a new NHS structure in England help recovery from the pandemic? BMJ, 372.
Stokes et al. (2019). Does pooling health & social care budgets reduce hospital use and lower costs? Social Science & Medicine, 232, 382-388.

5. Differentiering

Robusthedskommissionens anbefalinger



STÆRKERE PRIORITERING OG KLOGERE OPGAVELØSNING

Anbefaling 1: Nationalt prioriteringsråd skal frigøre ressourcer til kerneopgaven

Anbefaling 2: Uhensigtsmæssig behandling skal nedbringes gennem stærkere faglig prioritering

Anbefaling 3: Prioritering skal styrkes gennem fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg

Anbefaling 4: Uhensigtsmæssig dokumentation skal nedbringes

Anbefaling 5: Kompetencer skal bruges på tværs af geografi og sektorer

Anbefaling 6: Der skal indføres et fælles mål for digitalisering: "digitalt og teknologisk først"

Anbefaling 7: Der skal sikres bedre udnyttelse og ibrugtagning af dokumenteret viden og teknologi

Anbefaling 8: Digitale kompetencer og teknologiforståelse skal styrkes



ATTRAKTIVE ARBEJDSPLADSER OG TID TIL KERNEOPGAVEN

Anbefaling 9: Ledelse skal prioriteres, og ledelseskvaliteten skal styrkes

Anbefaling 10: Flere skal op i tid

Anbefaling 11: Vagtarbejdet skal udtyndes og arbejdsforholdene mellem flere

Anbefaling 12: Stillingsforholdene skal ændret i de

Anbefaling 13:



RETTE KOMPETENCER OG FAGLIG FLEKSIBILITET

Anbefaling 16: Der skal være mere sammenhæng og større fleksibilitet på tværs af sundhedsuddannelserne

Anbefaling 17: Efter- og videreuddannelser skal styrkes og rettes mod praksis

Anbefaling 18: Uddannelser skal nedbrydes, og flere

Anbefaling 19: Samarbejdet mellem uddannelse og job skal styrkes og ansvarschok undgås

Anbefaling 20: Mere strategisk og langsigtet styring af uddannelser og de sundhedsfaglige uddannelser skal sikres

Ingen af anbefalingerne kan stå alene og i sig selv løse udfordringerne

Et differentieret sundhedsvæsen

- **Differentiering:** Nogle skal have andre tilbud (og mindre) og nogle skal have mere
 - Patienternes behov, sundheds- og digitale kompetencer, ressourcer, netværk, etc.
 - Teknologiske løsninger og egen-mestring skal være en større del af løsningen
- Kræver
 - Populationsoverblik
 - Værktøjer og tilgange til visitering til forskellige tilbud
 - Typisk ændringer i organisering
 - Ændringer i retningslinjer, kvalitetsstandarder,
 - Politisk vilje og mod
 -

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen

97. årgang ▪ Nr. 5 ▪ September 2021



- Social segmentering af kvalitetsdata kan give mere lighed i behandling
- Kvalitetsarbejdet i almen praksis skal have en relationel vinkel
- Fremskudte funktioner kan øge ligheden i sundhedsvæsenet

6. Retfærdighed og økonomisk effektivitet

Det danske velfærdssamfund

→ Universal velfærdsstat

- **Universalistiske løsninger** for alle indbyggere: Vi bærer ansvaret og drager omsorg for hinanden – og i særlig grad for de svagere grupper
- Ordninger er til rådighed for alle, der opfylder **behovsbetingelser**. Universelle rettigheder til velfærdssamfundets ydelser
- **Sikkerhedsnet**, tryghed for forsørgelsesgrundlag
- Fremme af befolkningens **individuelle og kollektive velfærd** gennem kollektive goder, forebyggelse, fælles goder
- **Omfordelingen** af velfærd
- Overvejende finansieret gennem **skatter** – lige adgang ved forbrugstidspunktet!

”Den social kontrakt”

- Forskellige hensyn for at opretholde den ”sociale kontrakt” med borgerne
 - Prioritering af områder som berører flest (direkte eller indirekte): skoler, børn, ældrepleje
 - Prioritering af områder som berører de mest udsatte: ældrepleje, sindslidende, hjemløse, socialt udsatte
 - Direkte og indirekte påvirkninger samt tager højde for både kort- og langsigtede perspektiver

Projekt: Prioriteringskriterier

→ Baggrund for, betydning af og operationalisering af **sværhedsgrad** og **sjældenhed**

1. Litteraturgennemgang
2. Afdækning fem lande: Norge (Nye Metoder), UK (NICE), Netherlands (Zorginstituut Nederland) og Medicinrådet,
3. Workshop med danske deltagere (2025)



- Mere **åbenhed og bedre kommunikation** om beslutningsprocesser og grundlaget for beslutninger.
- **Flere deltagere i beslutningsforum**, herunder ændringer i brugerrepræsentanternes roller og mulig stemmeret.
- Oprettelse af et **Nationalt kompetencecenter for prioritering** for at sprede viden og samle aktører inden for sundhedssektoren.
- Forbedring af **uddannelse og kompetenceudvikling** vedrørende prioritering blandt ledere og sundhedspersonale.



Rapport

Tillit til prioriteringer – økt åpenhet, medvirkning og kompetanse

Rapport fra ekspertgruppen Åpenhet
nedsatt av Helse- og omsorgdepartementet



Tak for opmærksomheden

Mickael Bech

Professor, Institut for Statskundskab

Syddansk Universitet

→ Email: mibech@sam.sdu.dk

→ LinkedIn: www.linkedin.com/in/mickaelbech