



Plenumdebat 3:
Er der penge at hente
ved *effektiv* forebyggelse?

Kjeld Møller Pedersen
Syddansk Universitet
kmp@sam.sdu.dk

Svar i overskriftform

1. Ja – der kan hentes penge

- **Men ikke altid!**
- **OG ikke altid i 'klingende mønt'**

2. Der vil være forskel på borger- og patientrettet forebyggelse

3. Kættersk: Er formålet med forebyggelse [alene] at spare penge?

4. Husk at sætte ind de rigtige steder [evidens]



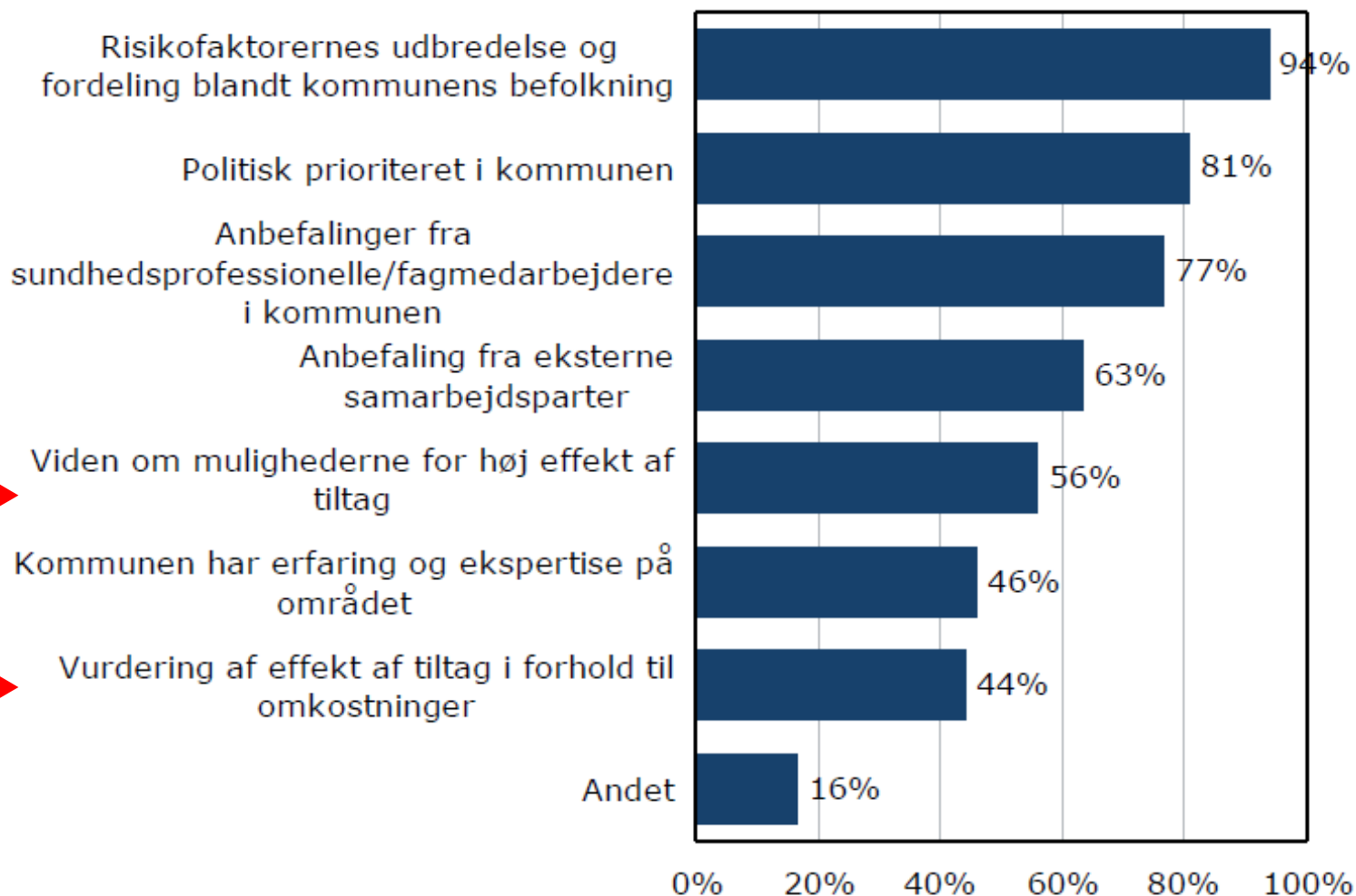
”Vi har i det forebyggende arbejde stadig et ry for at arbejde med lidt eksotiske temaer og projekter, som nok er spændende, men som ikke rigtig har noget med den kommunale dagligdag at gøre, og som nok ikke har den store gennemslagskraft i forhold til borgerne”

Hvad giver det største sundhedsmæssige udbytte per krone? Det er et af de relevante spørgsmål i diskussionen om prioritering af sundhedsarbejdet. Der findes en række værktøjer, som kan understøtte beslutningsprocessen, og i forenklede udgaver kan de tilmed fungere i den kommunale hverdag

Der mangler evidens på forebyggelsesområdet, og hver eneste dag bruges penge på indsatser, der kun har svag, forbigående, eller endog slet ingen effekt. Kommunerne kan bidrage med ny viden, men det er afgørende, at der fokuseres på indsatser, som ligger så tæt på virkeligheden, at de efterfølgende kan blive omsat i praksis

Forhold der påvirker prioriteringen af kommunernes indsats

Figur 5.1 Hvilke faktorer har haft indflydelse på kommunens valg af indsatsområder?



n=98. Det har været muligt at sætte flere kryds.

Eksempel

OPFØLGENDE HJEMMEBESØG TIL ÆLDRE EFTER UDSKRIVELSE FRA SYGEHUS

- en medicinsk teknologivurdering

2007





MTV

Den undersøgte model for opfølgning består af tre kontakter: Et fælles besøg ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske i patientens hjem ca. 1 uge efter udskrivelsen suppleret med to opfølgende kontakter ved den praktiserende læge i 3. og 8. uge efter udskrivelsen i form af en konsultation eller hjemmebesøg afhængig af patientens samlede problematik. Hjemmesygeplejen deltager ved de to opfølgende kontakter efter behov. Ved opfølgningen foretages en bred vurdering af patientens situation med fokus på patientens medicinske behandling, opfølgning på sygehusets behandling og på det aktuelle behov for hjælpe- og omsorgsforanstaltninger fra kommunen.

Forekomsten af en efterfølgende indlæggelse i halvåret efter udskrivelsen er signifikant lavere blandt interventionspatienterne i forhold til kontrolpatienterne (40% i interventionsgruppen mod 52% i kontrolgruppen), og der går længere tid efter udskrivelsen til den næste indlæggelse. Der er en stærk tendens til, at det samlede antal indlæggelsesdage reduceres i kraft af opfølgningen. Derimod har interventionen ikke kunnet påvirke patienternes samlede helbredsstatus eller funktionsevne. Der er en retning i data mod at

Positiv økonomisk effekt

Tabel 7.13 Omkostninger fordelt på patienten, kommunerne og regionen – gennemsnit per inkluderet patient i kr. for en 26 ugers periode

	Intervention	Kontrol	Meromkostning per interventionspatient
 Patienten/kommunen ¹			
Medicin	1.560	1.092	468
 Kommunen ²			
Sygehusbehandling	4.336	4.843	-507
Primær sundhedssektor	477	189	288
Totalt	4.813	5.032	-219
 Regionen			
Sygehusbehandling	28.824	36.243	-7.419
Primær sundhedssektor	6.971	4.809	2.162
Totalt	35.795	41.052	-5.257
 Totalt	42.168	47.176	-5.008

- Med den kommunale medfinansiering kan kommunens merudgifter let dækkes (og mere til)
- For regionen er det også økonomisk fordelagtigt
- Få det ind i sundhedsaftalerne

Jamen

Sygehusene reducerer jo ikke kapaciteten

Og behandler bare flere

OG vi får øgede udgifter
til kommunal medfinansiering!

Rigtigt og forkert

Aalborg Kommune

Fald i betalingen til medfinansieringen af hjerte/kar og KOL patienter efter iværksættelse af rehabilitering

- **et fald i kontakter og indlæggelser** af borgere med hjerte/kar og KOL sygdomme efter et tilbud om rehabilitering til disse borgere.
- **Over 2 år fra 2007 til 2009 et fald på 556 indlæggelser** og kontakter sv. t. 1.7 mio. kr. i mindre kommunal medfinansiering. Med den medfinansiering, der gælder fra i år ville det i stedet være mellem 4 og 5 mio. kr.

Regnestykke:

- 1 hospitalsseng bruges fx 300 dage om året
- Gennemsnitlig liggetid: 3 dage
- DVS: 100 færre indlæggelser før en hospitalsseng er frigjort
- 500 færre indlæggelser: Frigør 5 senge
- Kapacitetstilpasser sjældent seng for seng
 - men i 'klumper', fx et sengeafsnit

Eksempel 2

Den svære borgerrettede forebyggelse

Det overordnede formål er belyst gennem følgende spørgsmål:

- 1 Hvilke ændringer kan vi konstatere i 12-16-åriges og 60-75-åriges sundhedsadfærd og holdninger til sund(ere) levevis i de tre kommuner?
- 2 Hvordan har de tre kommuner organiseret sig, og hvilke sundhedsfremmende indsatser havde kommunerne iværksat i 2007 og 2008?
- 3 Kan konstaterede ændringer i sundhedsadfærd og holdninger knyttes til kommunernes sundhedsfremmende indsats i den pågældende periode?

1.1 Konklusioner

Undersøgelsen har ikke kunnet konstatere, at forskelle i kommunernes sundhedsfremmende indsats har givet sig udslag i en markant forskellig udvikling i 12-16-åriges og 60-75-åriges fysiske aktivitet, kost-, ryge- eller alkoholvaner. Der er kun sket få ændringer i 12-16-åriges og 60-75-åriges sundhedsadfærd i de tre kommuner, og kun på få felter skiller en kommune sig ud fra de andre i undersøgelsen.

Der skal sås

før

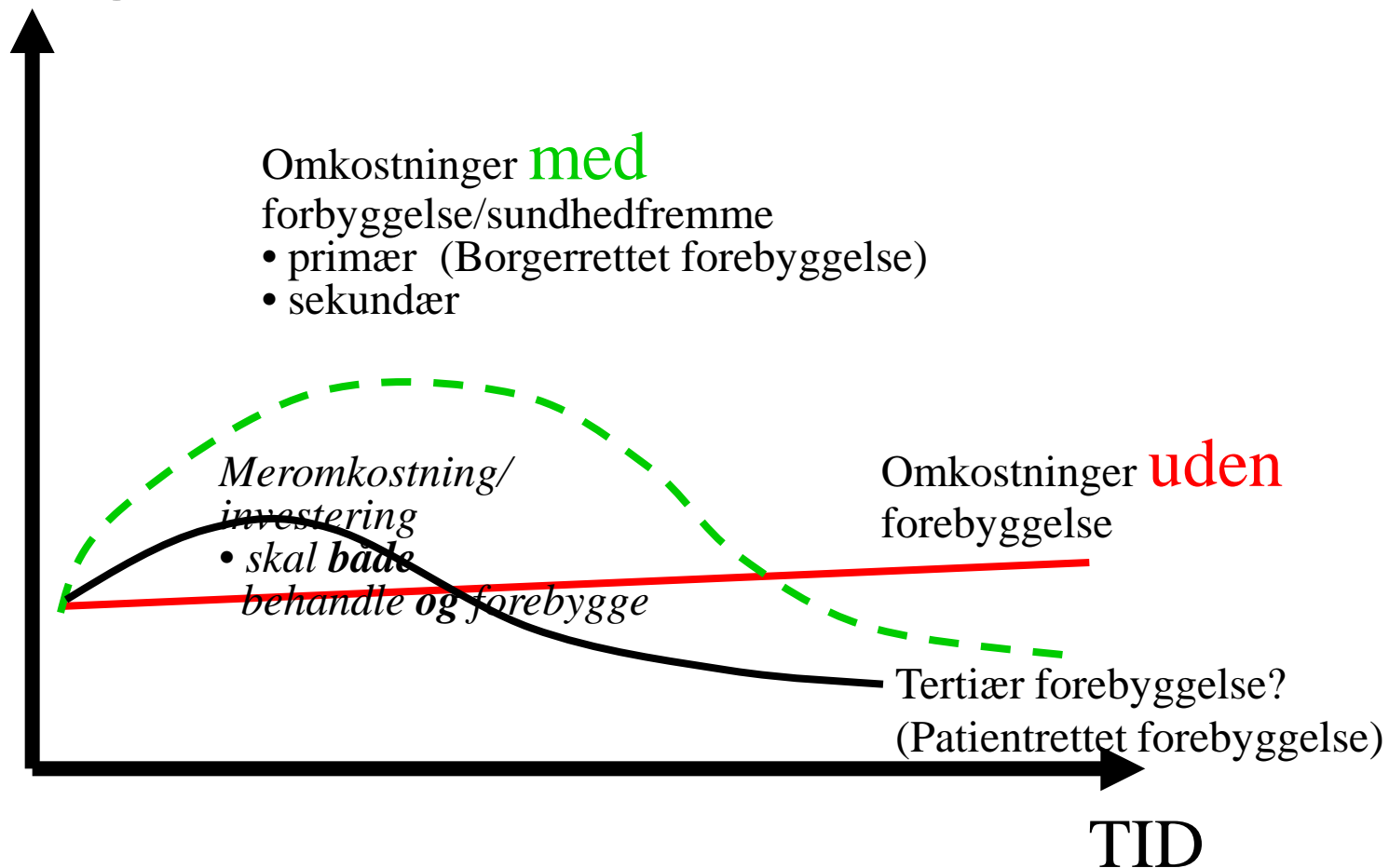
der kan høstes



OG: Nogle afgrøder tager lang tid om at blive høstklare

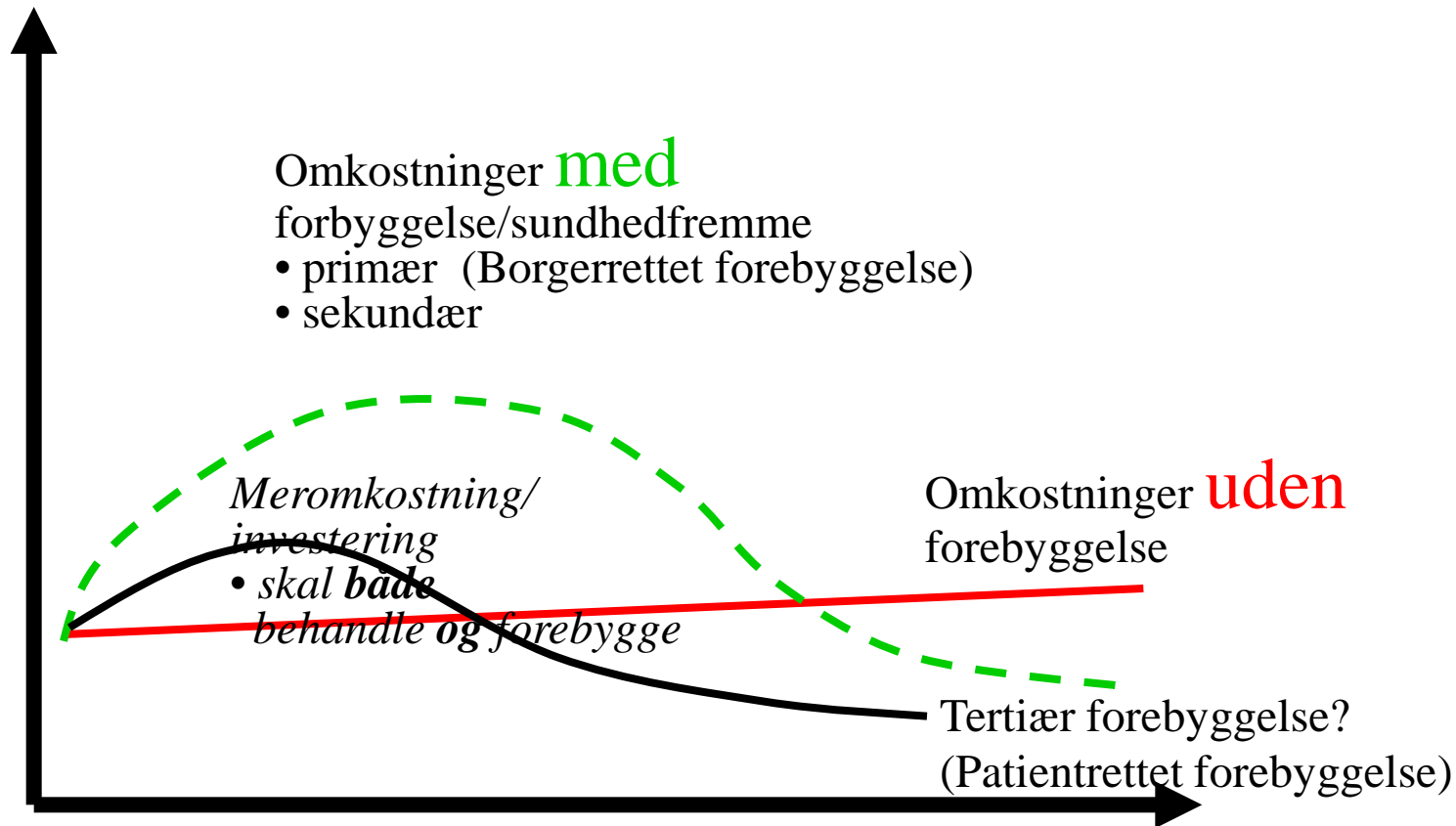
Stiliserede forløb forskellige forebyggelsesformer

Omkostninger



Stiliserede forløb forskellige forebyggelsesformer

Omkostninger



Det kan blive fristende at prioritere den patientrettede forebyggelse højest

TID

To hovedstrategier til forebyggelse

1. De ydre rammer:

- Regulering af veje/anlæg/arbejdsmiljø/farlige stoffer/afgifter...

2. 'Behandling' rettet mod individer eller grupper:

- Patientskoler, rygeafvænning, motion på recept, screening, motion

Eksempel 3: 'hjælp til selvhjælp'



Projekt Længst muligt i eget liv

Projekt Længst muligt i eget liv i Fredericia Kommune er et ambitiøst projekt, der søger at udvikle en ny model for samspil mellem den ældre borger og kommunen om rehabilitering og forebyggelse.



Modellen som handler om, hvordan de fysiske, sociale og kognitive evner kan fastholdes og styrkes, så den aldersbetingede svækkelse udskydes. Hermed vil den ældre borger potentielt få en højere livskvalitet samtidig med at den ældre borgers behov for kompenserende hjælp og pleje udskydes.

Borgerne vil blive mere tilfredse. Kommunen vil kunne undgå nedskæringer og tilbyde sine medarbejdere et bedre arbejdsmiljø. Sygehuse og almen praksis vil aflastes som følge af borgernes lavere forbrug af sundhedsydelser.



Fredericia Kommune har investeret betydelige ressourcer i udvikling og afprøvning af nævnte model for samspil mellem den ældre borger og kommunen. Projektperioden startede i 2018.

Længst
muligt i eget liv

Tværfaglig
hverdagsrehabilitering
Delprojekt 1

Tidlig opsporing og
forebyggelse af akut sygdom
Delprojekt 2

Opfølgende hjemmebesøg
efter udskrivelse
Delprojekt 3

Ny teknologi
Delprojekt 4

Forebyggelse og
sundhedsfremme til + 65-årige
Delprojekt 5

Økonomi & Arbejdsmarked

- **Positiv effekt** på forbruget af hjemmeplejeydelser: 13,9% pr. borger i hjemmeplejen (2007-2009)
- **Ingen effekt** på forbruget af regionale sundhedsydelser (2007-2009)
- **Ingen effekt** på relevante medarbejdergrupperes sygefravær (2008-2010)

Tabel 7. Gennemsnitlige omkostninger til pleje- og sundhedsydelser opdelt på modtagere og ikke modtagere af hjemmehjælp, før- og efterperioden

Ydelse	Før		Efter	
	Modtager hjemmehjælp, kr.	Modtager ikke hjemmehjælp, kr.	Modtager hjemmehjælp, kr.	Modtager ikke hjemmehjælp, kr.
Hjemmehjælp i eget hjem				
Praktisk hjælp	3.315		3.581	
Pleje	23.868		19.361	
Akut besøg	127		186	
Genoptræning (LMEL)	-		679	
Hjemmehjælp samlet	27.309		23.808	
			besparelse →	
Sundhedsydelser				
Somatisk indlæggelse	15.096	3.999	16.531	4.672
Somatisk ambulans	5.877	3.972	7.734	4.683
Psykiatrisk indlæggelse	305	112	369	51
Psykiatrisk ambulans	166	29	145	42
Sygesikring (læge)	1.437	1.022	1.274	1.049
Sundhedsydelse samlet	22.881	9.134	26.053	10.498
			→ ingen besparelse	
Omkostninger i alt til pleje og sundhed	50.190	9.134	49.861	10.498

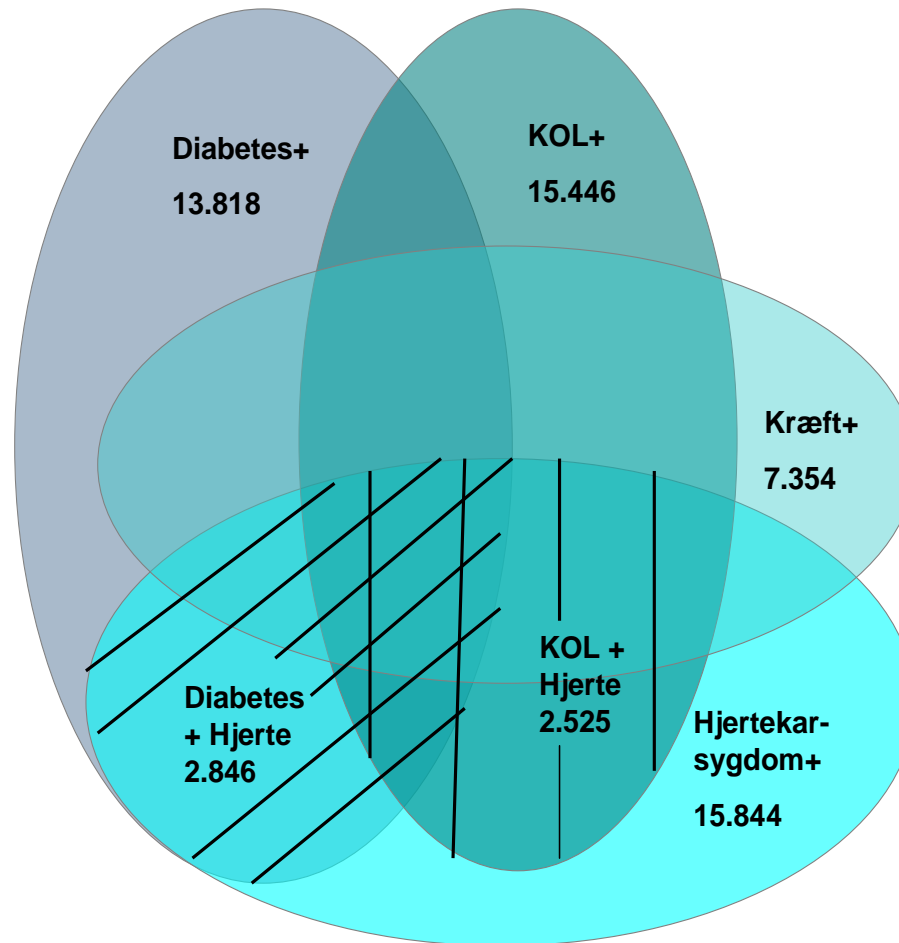
Incitamentene er det
- Internt i kommunerne

Antal borgere med kronisk sygdom

Undersøgelse, Københavns Kommune, 2007-data

44.014 borgere har en af de fire kroniske sygdomme (11%)

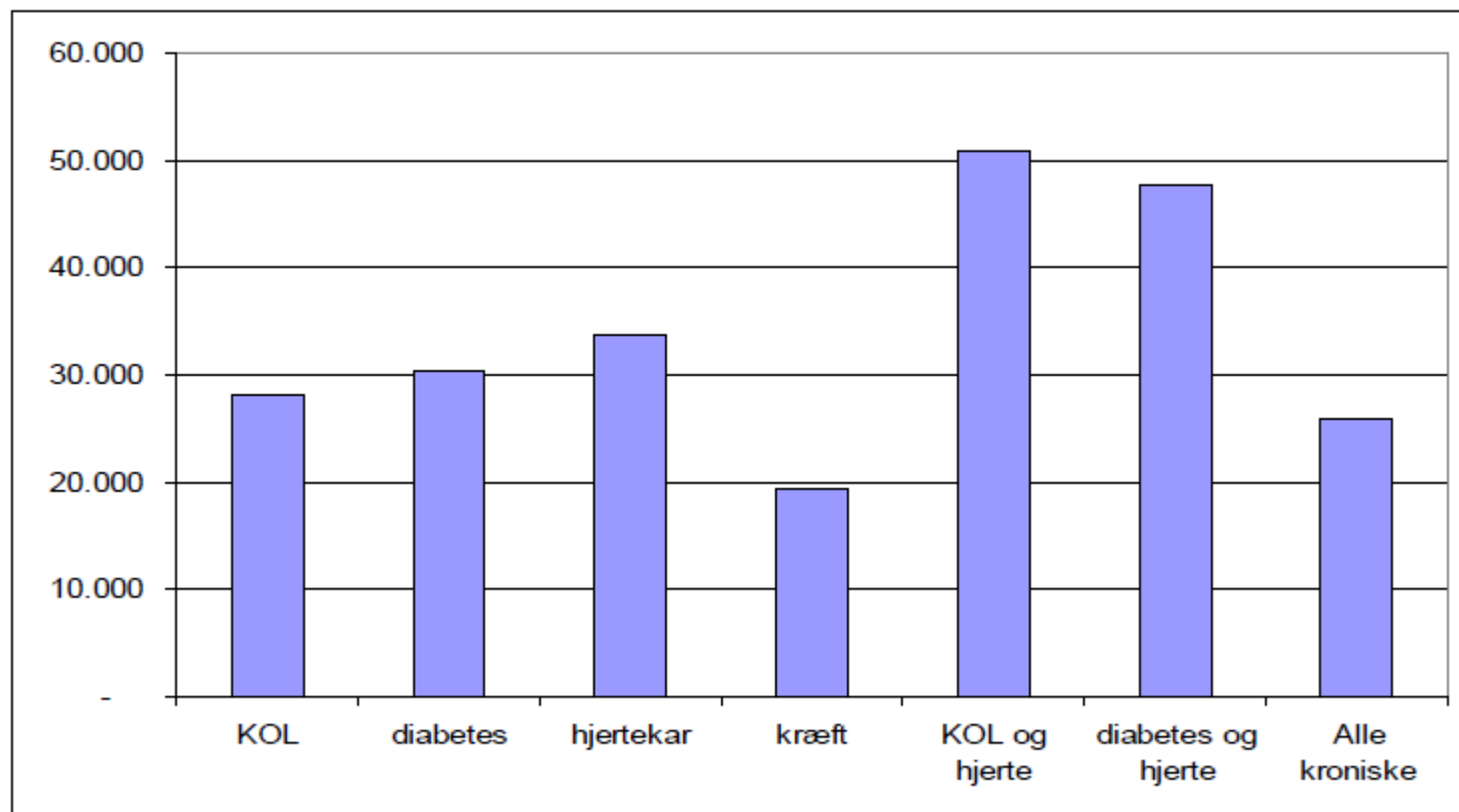
7.547 borgere har mere end en af de fire kroniske sygdomme (17%)



To hovedkonklusioner

- Borgere med udvalgte kroniske sygdomme har en gennemsnitlig **kommunal merudgift** på 26.000 kr. om året.
- Borgere med flere kroniske sygdomme har en gennemsnitlig kommunal merudgift på 50.000 kr. om året

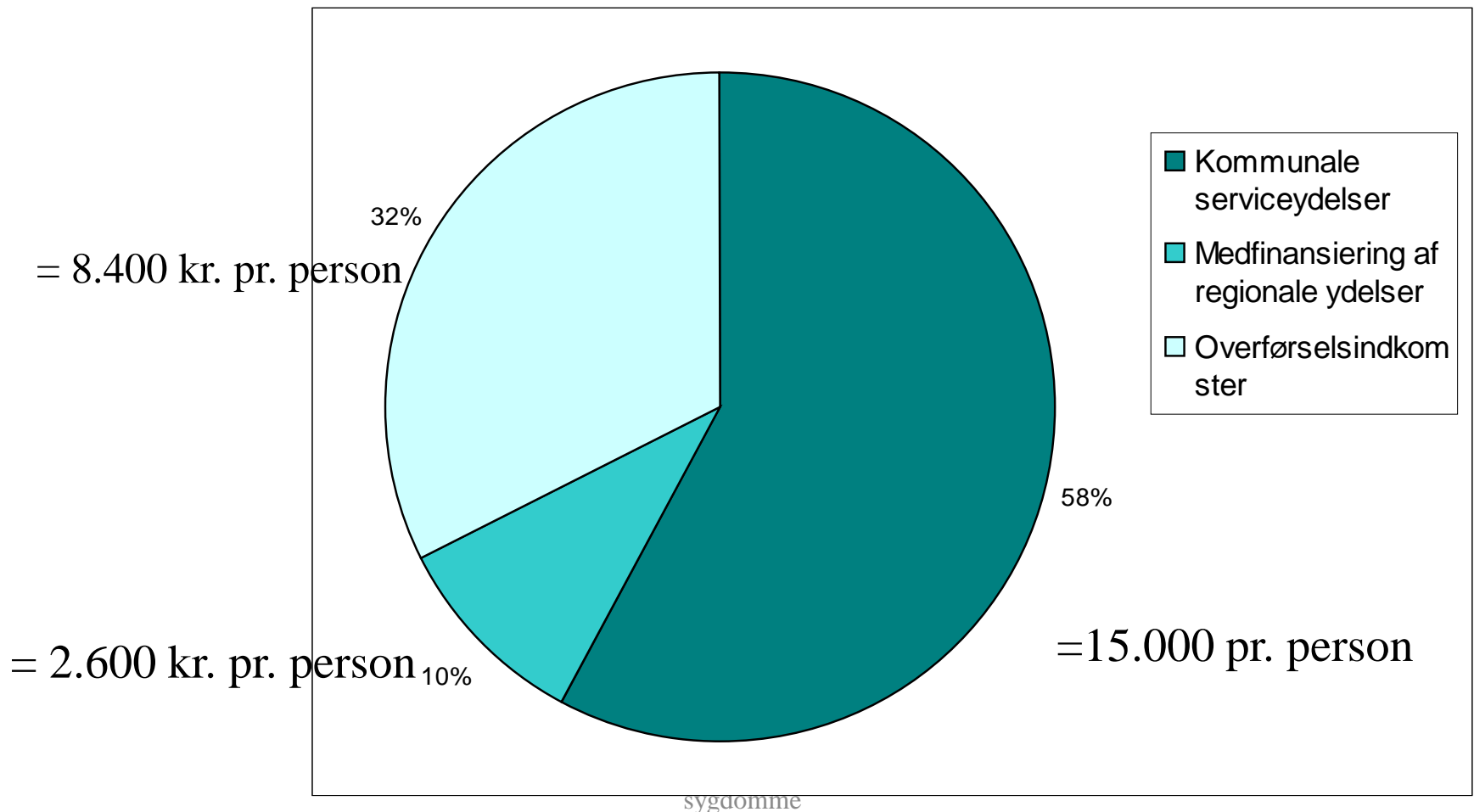
Figur 7. Kommunal merudgift til borgere med udvalgte kroniske sygdomme, pr. borger med kronisk sygdom pr. år



Note: 7.547 borgere har to eller flere diagnoser og indgår dermed i mere end en sygdomsgruppe.

Kommunale merudgifter – fordelt på udgiftstyper

**Kommunal merudgift på 1.144 mio. kr. pr. år.
= 26.000 kr. pr. person**



Følgeobservation

Uanset kommunal medfinansiering har kommunerne et incitament

OG kommunerne skal spille en væsentlig rolle