



**Sundhedsaftalen**  
2024-2027

# Sundhedsklynger og udviklingen i sundhedsvæsenet

Mickael Bech

Professor i sundhedsledelse og -politik

Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet



Region Syddanmark  
og de 22 kommuner

# Dagsorden

1. Udfordringsbilleder

2. Populationsansvar & sundhedsklynger

3. Økonomiske incitament: Fælles penge / gevinstdeling

4. Er teknologi og inddragelse af civilsamfund en del af løsningen?

# 1. Udfordringsbilleder

## Vi samarbejder om at udvikle det samlede sundhedsvæsen og skabe lighed i sundhed

Vi samarbejder om børn og unges mentale trivsel gennem:

- Forebyggelse og tidlig opsporing
- Aktiviteter og fællesskaber der fremmer den mentale sundhed

Vi samarbejder om at skabe gode overgange for:

- Ældre borgere, borgere med kronisk sygdom samt borgere med psykiske lidelser

Vi samarbejder om flere sunde leveår via sundhedsfremme og forebyggelse med særligt fokus på:

- Et tobaks- og nikotinfrit Syddanmark
- Sund alkoholkultur
- Vægt og fysisk aktivitet

Vi samarbejder om at skabe sammenhæng til:

- Uddannelsesområdet
- Beskæftigelsesområdet

# Udkast til sundhedsaftale 2024-2027

→ Tværsektorielt samarbejde

→ Mål og indikatorer

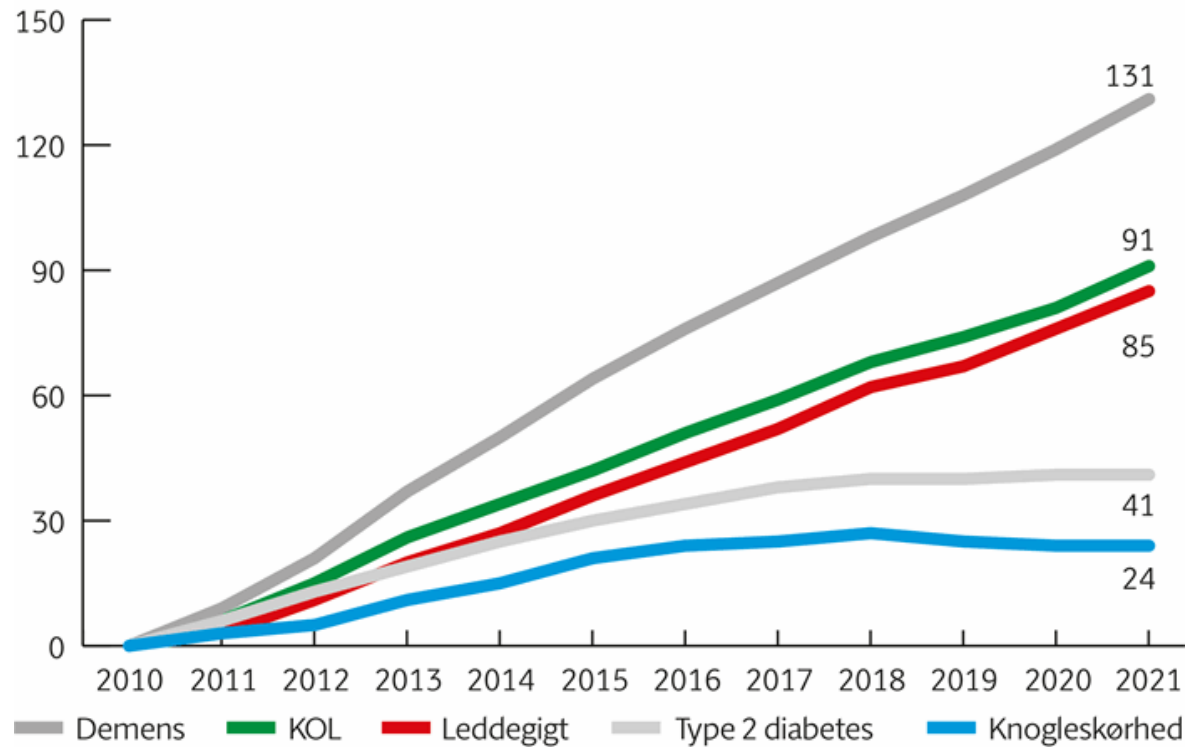
→ Rollefordeling og ansvar mellem aktørerne

→ Omsættes til konkrete indsatser og midler

→ Sundhedsklyngerne får en væsentlig rolle

# Stigning i kronisk sygdom og multisygdom

Udvikling i antal 80+årige med udvalgte kroniske sygdomme (%)



Kilde: Momentum. Egne beregninger på baggrund af udtræk fra Esundhed.dk

Momentum, 4. april 2022 | Schiøtz et al. (2017). BMC Public Health

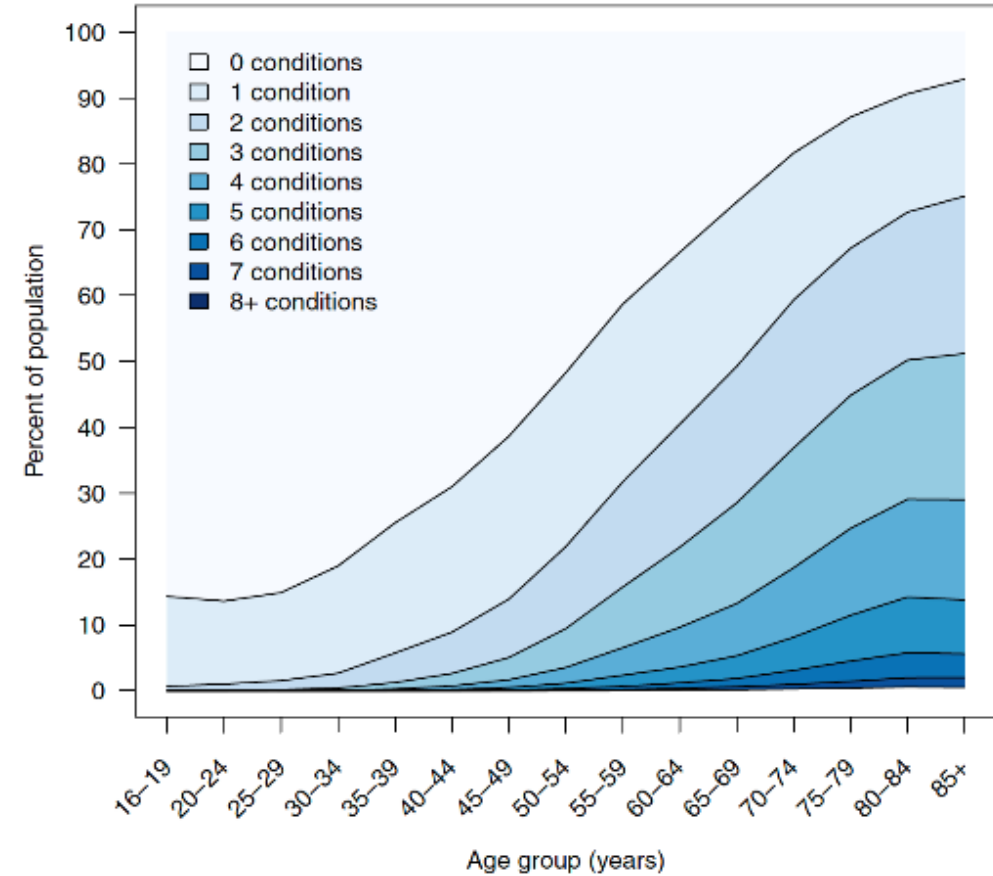
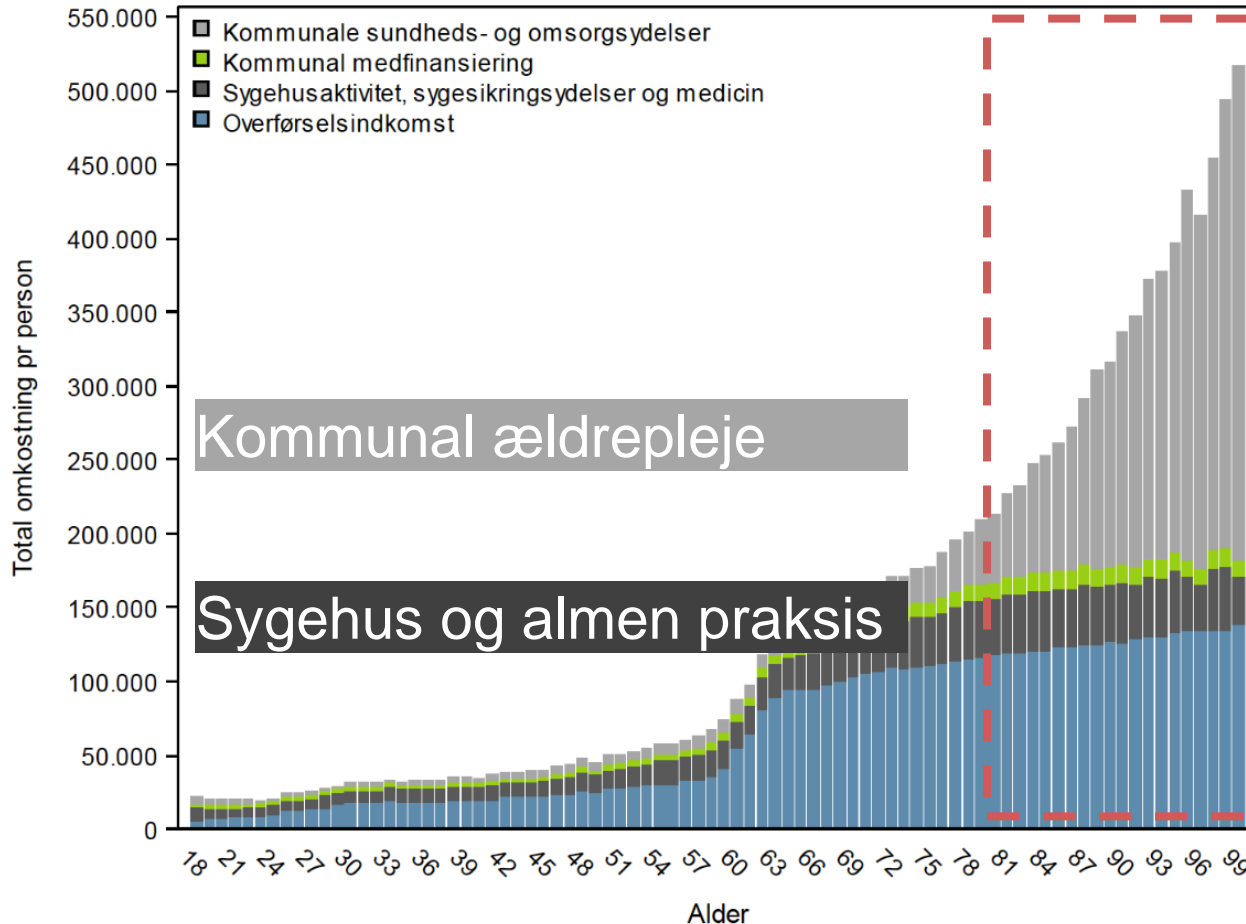


Fig. 1 Number of chronic conditions by age group

# Demografisk pres på alle dele af sundhedsvæsenet

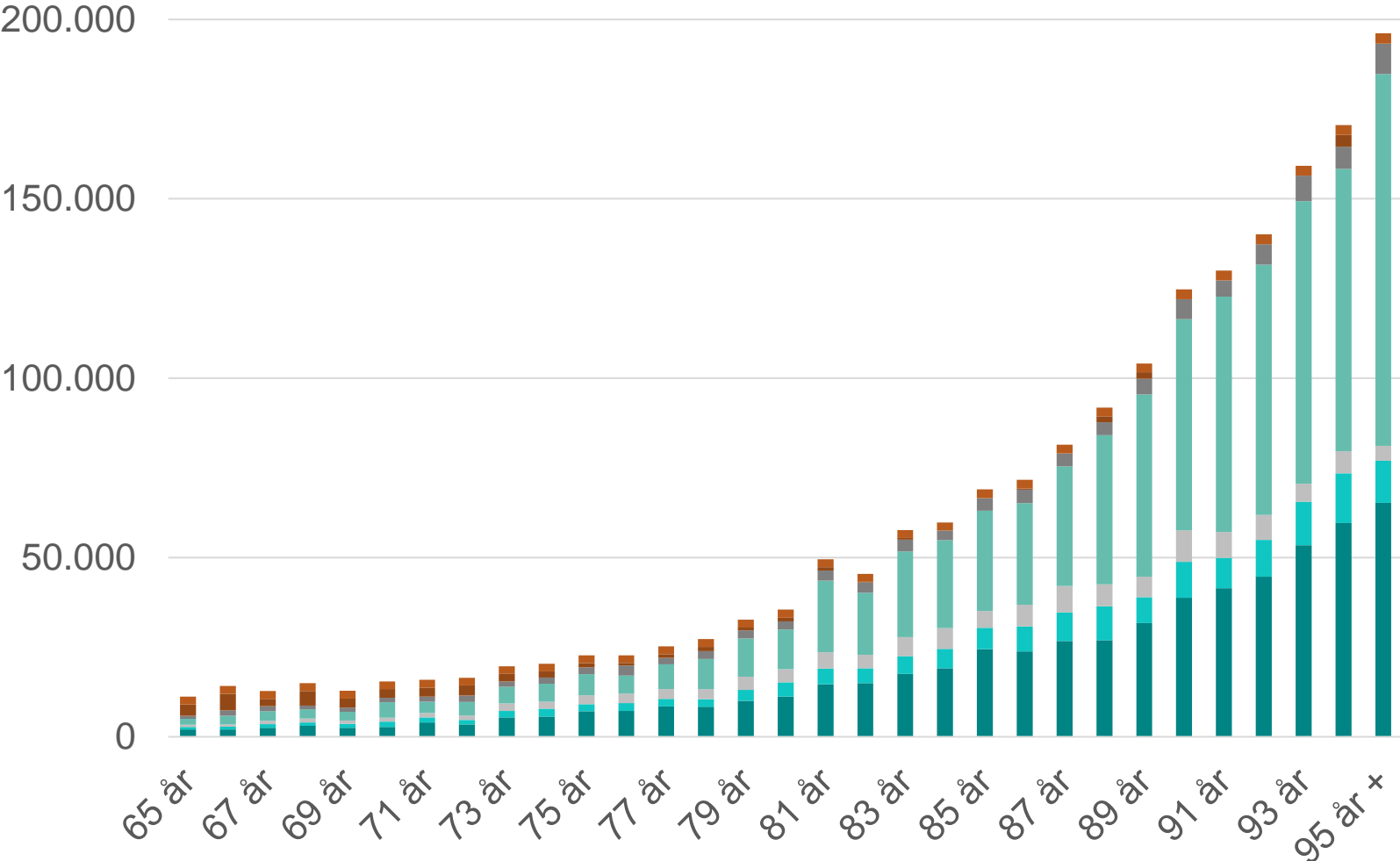
- Antallet af 80+årige stiger med knap 150.000 til i alt omkring 431.000 frem til 2030
- Antallet af læger på hospitalerne næsten fordoblet siden årtusindskiftet fra ca. 11.000 til 20.000.
- Antal ansatte på hospitalet steget totalt med ca. 30.000 ansatte / 25.000 årsværk fra 2001 – 2021.
- Antallet af årsværk, ca. 65-67.000, for sygeplejersker, social- og sundhedspersonale på det kommunale område har været nogenlunde konstant (eller svagt faldende fra 2009 – 2020)
- Antallet af praktiserende læger er faldet. Afslutter ca. 90% af kontakterne og sender 10% videre. Hvis det forhold ændrer sig til 89/11, svarer det til 10% stigning på hospitalerne på antal henvisninger

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

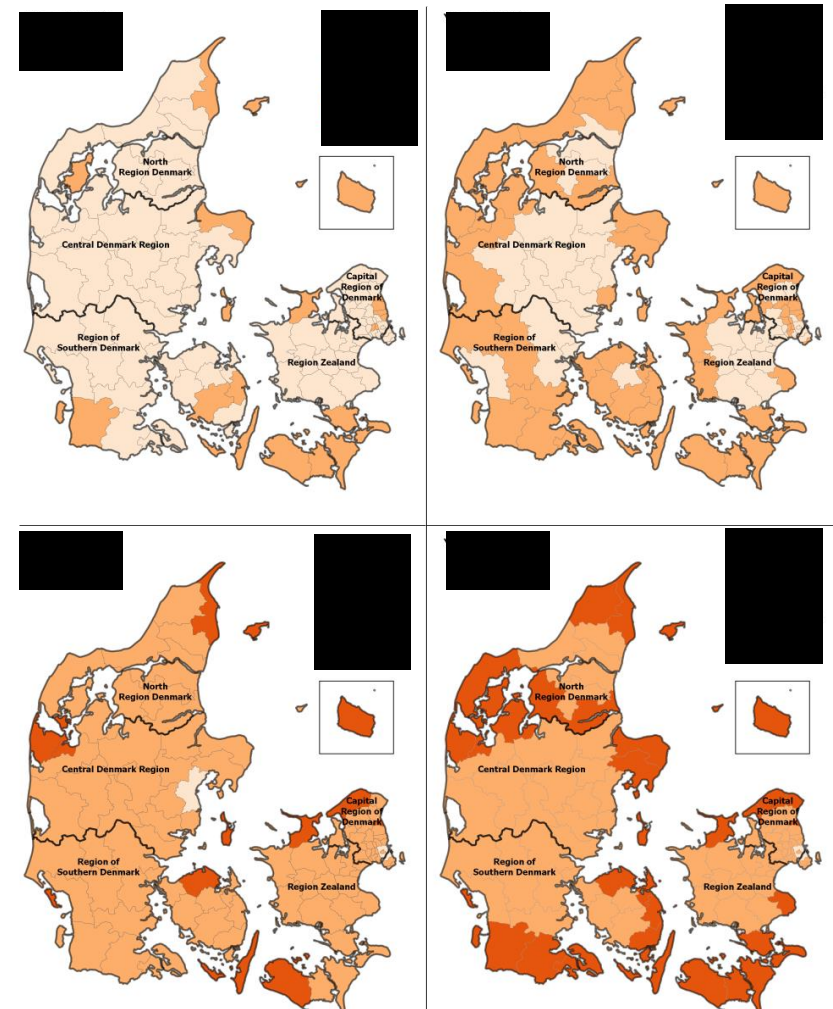
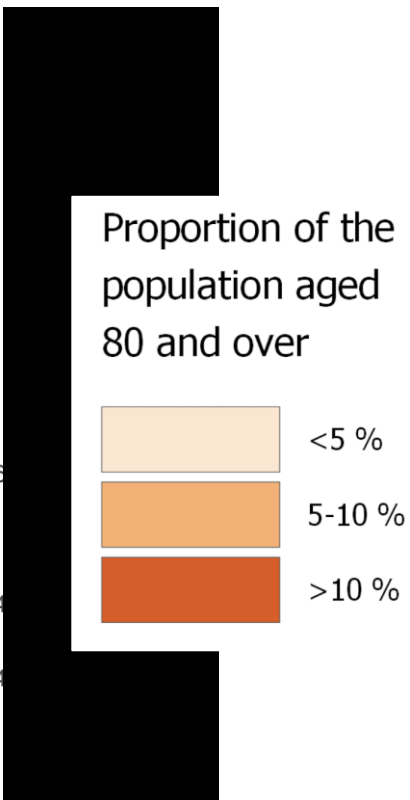
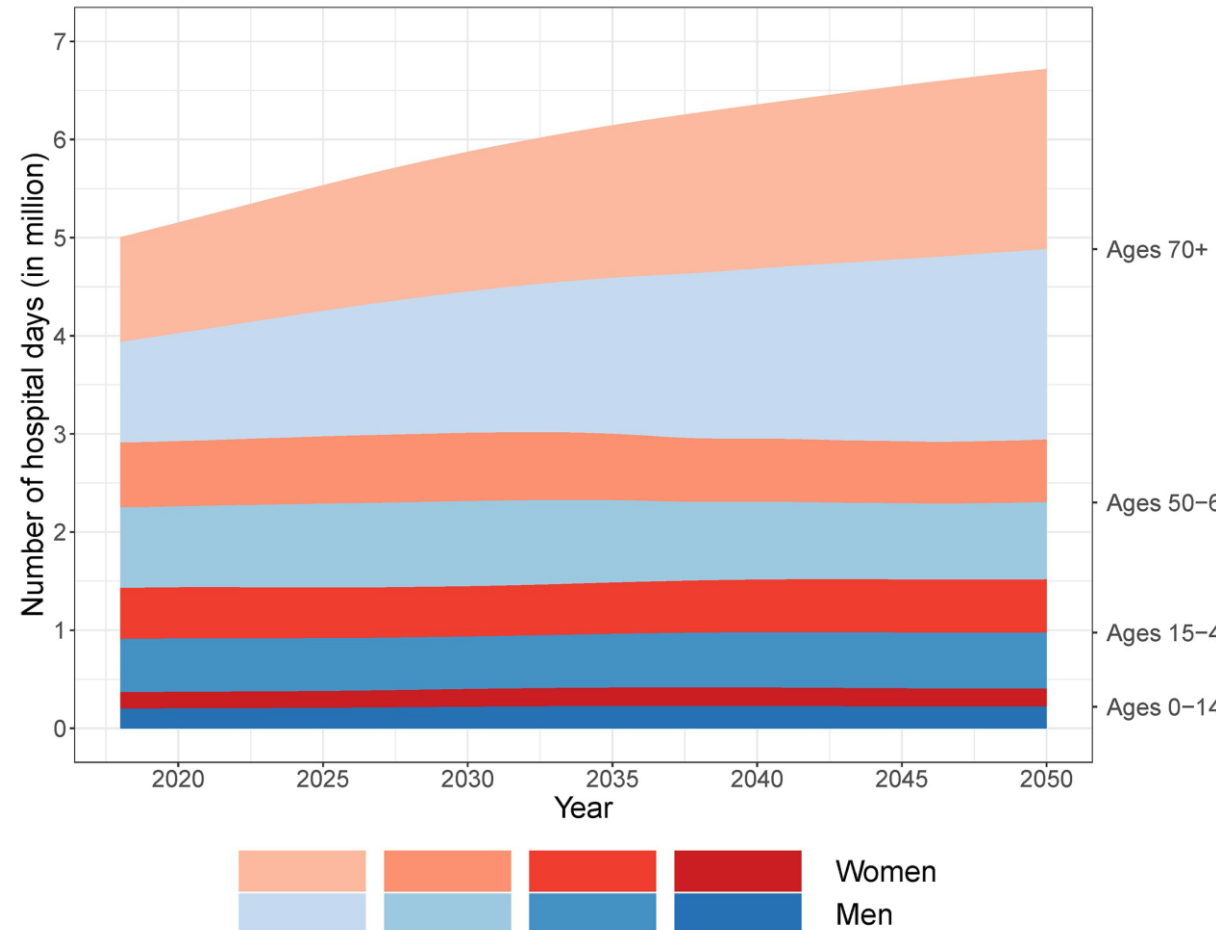


Nielsen, et al.: Omkostninger til kommunale sundheds- og omsorgsydelser blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2016.

# DERFOR ER DET DEMOGRAFISKE TRÆK EN UDFORDRING



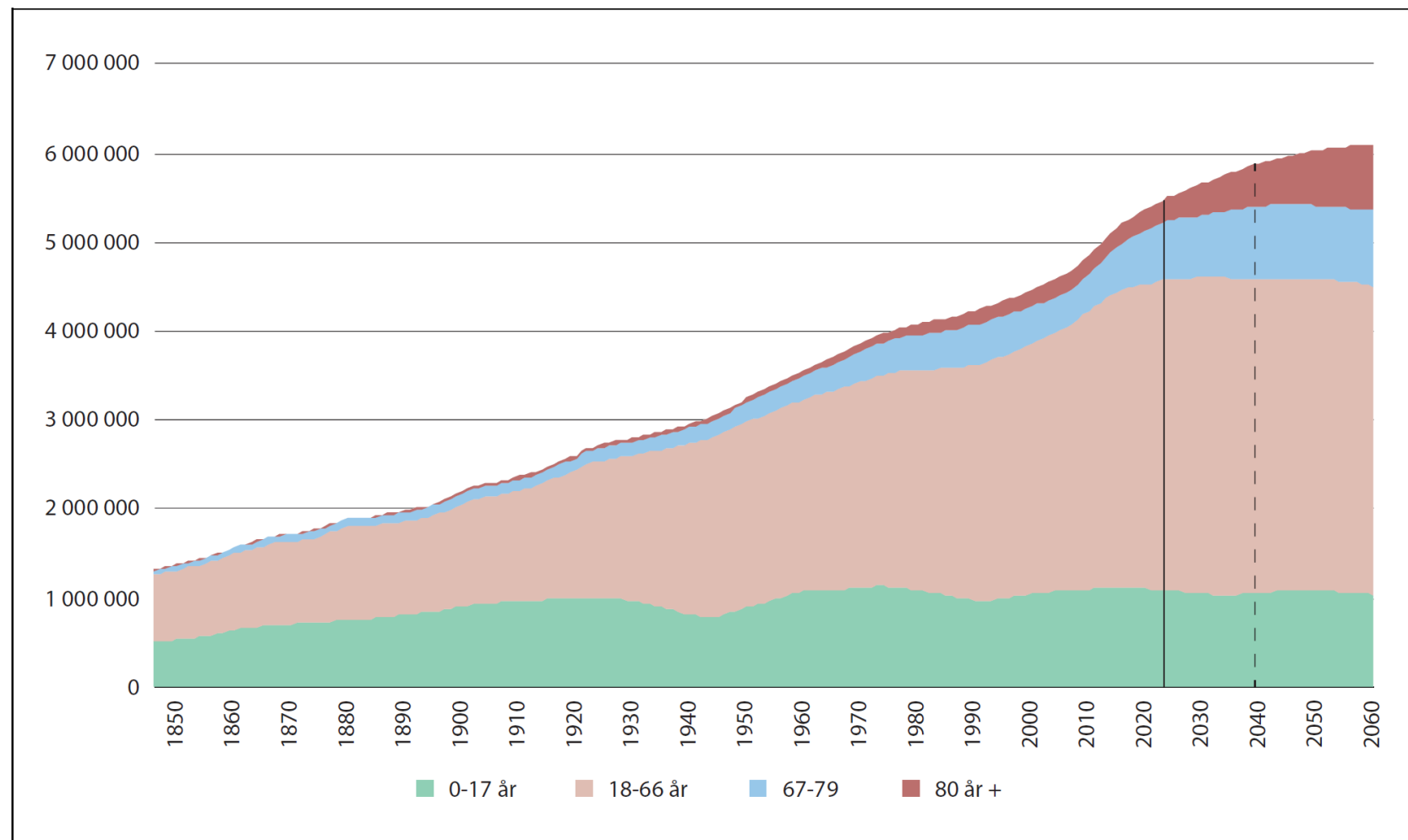
# ageing population is a defining issue of our time





## Tid for handling

Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste



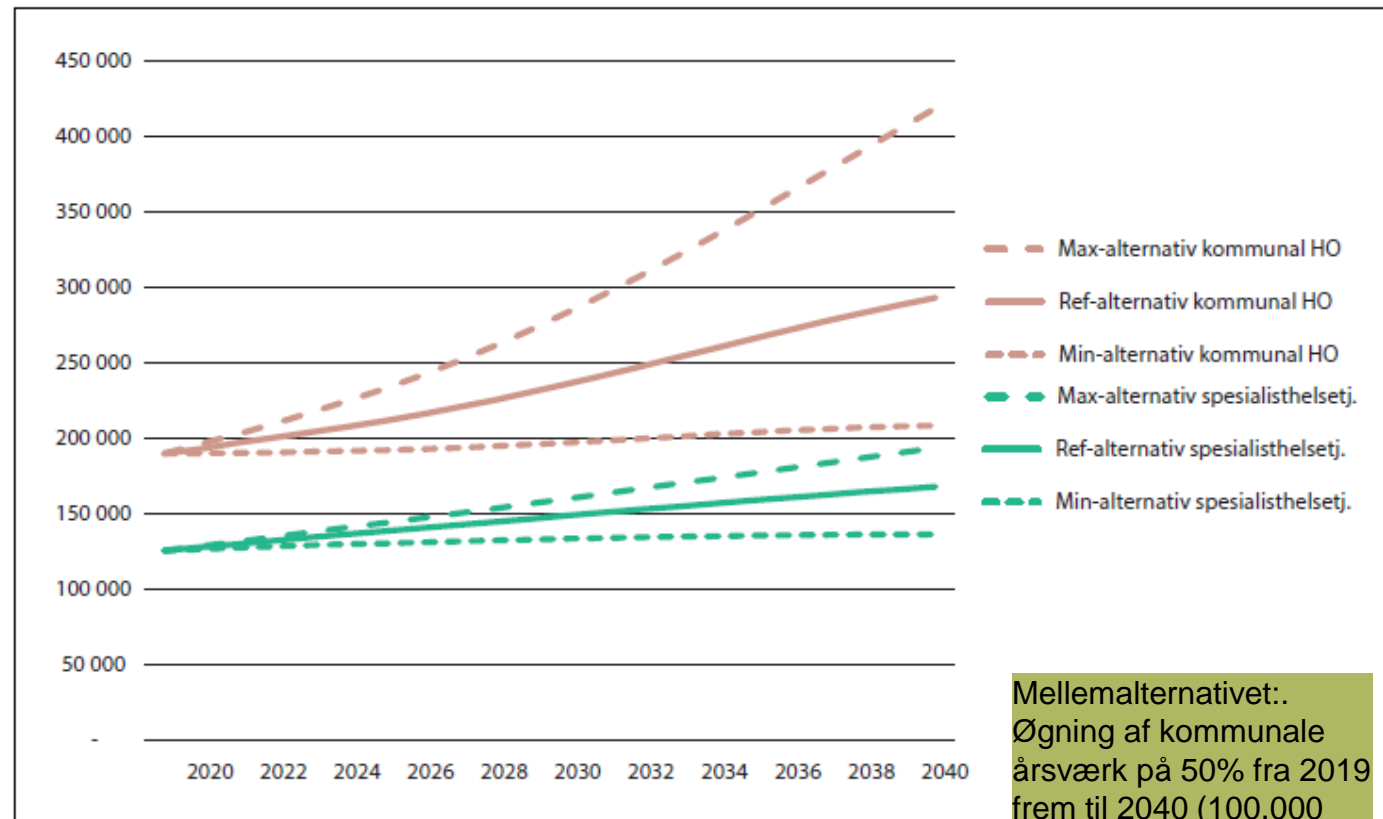
Figur 1.2 Norges befolkning etter aldergrupper, observert før 2022 og fremskrevet deretter. 1846–2060

Fremskrivningene bruker SSBs hovedalternativ for befolkningsutvikling, med middels fruktbarhet, levealder og innvandring (MMM)

Kilde: SSB statistikkbank tabellene 10211 og 13599.

# Udfordringsbillede fra Norge

- Antallet af ansatte i social- og sundhedsvæsenet tredoblet siden 1970'erne og udgør ca. 15% af arbejdsstyrken i 2021. (DK: ca. 14% i social- og sundhedsvæsen inkl. ældreplejen i 2020).
- Samme demografiske ændring: +40.000 +80-årige fra 2000-2020 til 230.000 i 2020, og +230.000 +80-årige i perioden 2020 – 2040.
- «Det har blitt merkbart vanskeligere for kommunene å rekruttere helsepersonell siste årene, særlig er det vanskelig å få fastleger og sykepleiere... Sykehusene opplever også rekrutteringsutfordringer»
- Konsekvenserne af at mangle specialiseret personale på sygehusene kan være at det stopper en del aktivitet – også for andet personale



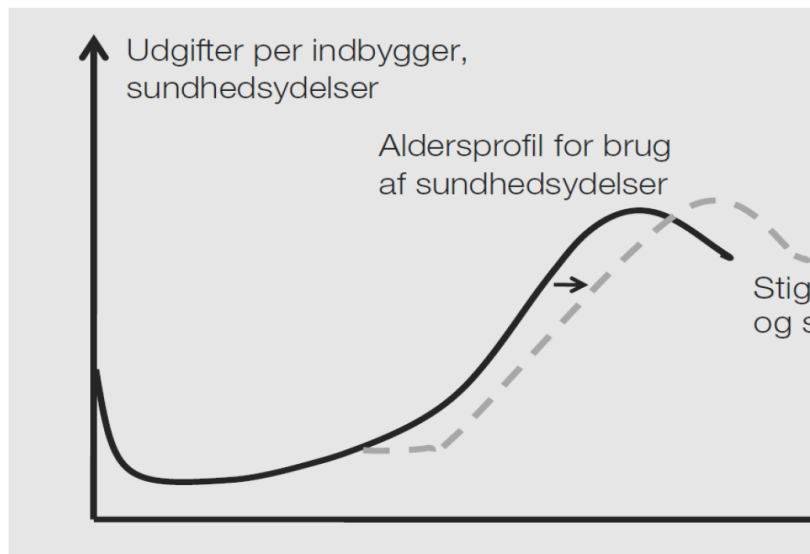
Figur 1.3 Fremskrivninger av etterspurte årsverk i helse- og omsorgstjenester, vekstscenarier. 2018–2040

Kilde: Figur fra datagrunnlaget brukt i Holmøy mfl. (2023).

Mellemalternativet:  
Økning af kommunale  
årsværk på 50% fra 2019  
frem til 2040 (100.000  
årsværk). Hospital  
stigning på ca. 50.000  
årsværk i 2040.

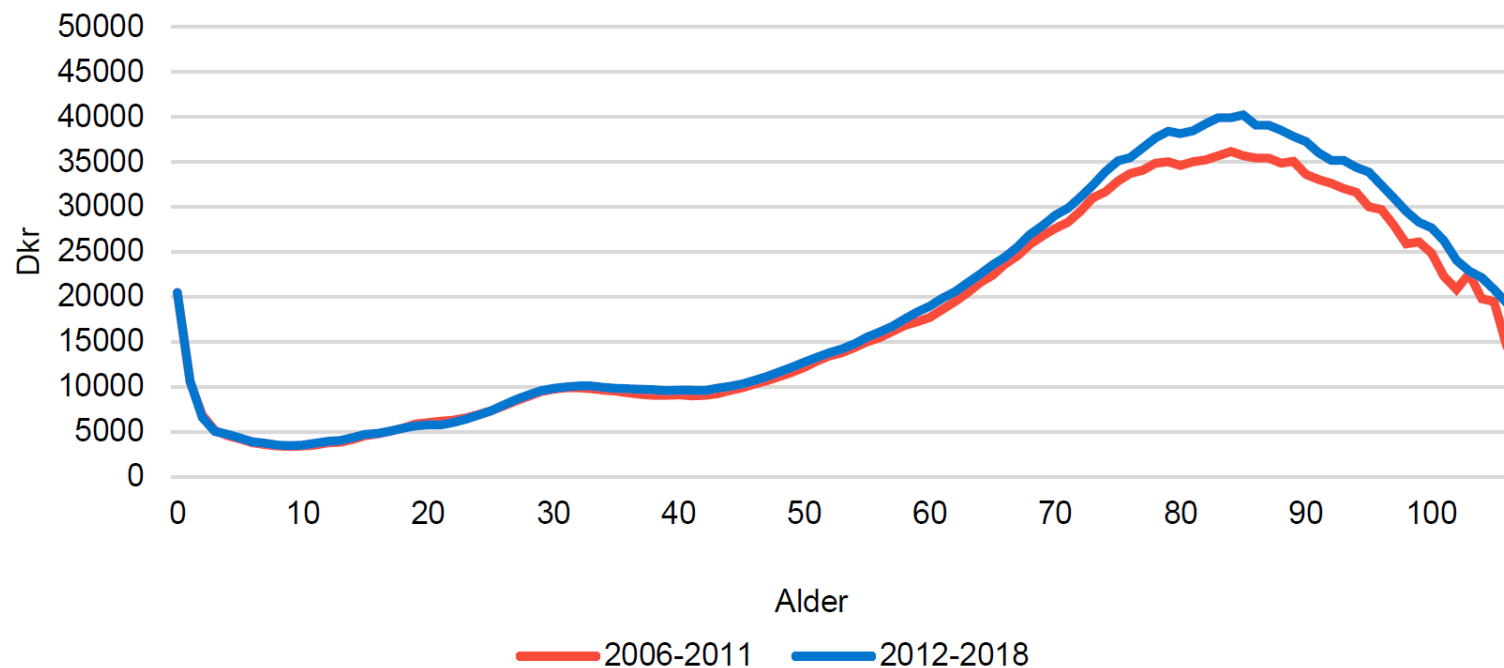
# Sund aldring vs. steepening

**Figur 2.3** Illustration af sund aldring ved parallelforskydning af aldersprofil for brug af sundhedsydelse



Kilde: Pedersen (2012).

**Figur 4.1** Sundhedsomkostninger for alder i 2006-2011 vs. 2012-2018, samlet population



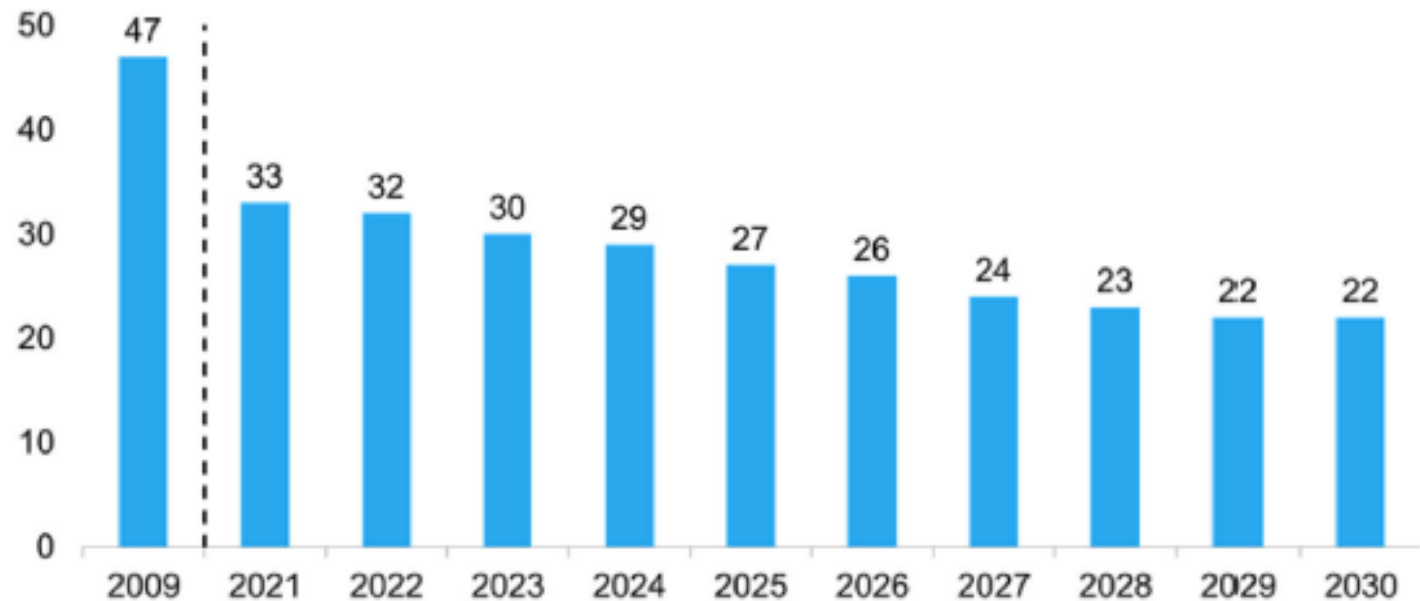
Kjellberg & Ibsen. Fremtidens sundhedsudgifter – en analyse af sund aldring, "steeping" og teorien om alder som "red herring". VIVE, 2020.

# Ældrepleje: Forventningsafstemning

- Årlig stigning på 3-4% i antal hjemmehjælpstimer, hvis kommunerne i 2030 skal tilbyde samme antal timer til 80+ årige som i dag
- I perioden 2009-2021 har der været et årligt fald på knap 3% årligt i timer til 80+ årige
- Er det udtryk for sund aldring?

Stigende antal ældre og mangel på plejepersonale kan få drastiske konsekvenser for hjemmehjælpen

**Andel 80+årige der kan modtage hjemmehjælp i fremtiden, hvis antallet i aldersgruppen der kan få hjælp fastholdes på 2021-niveau (%)**



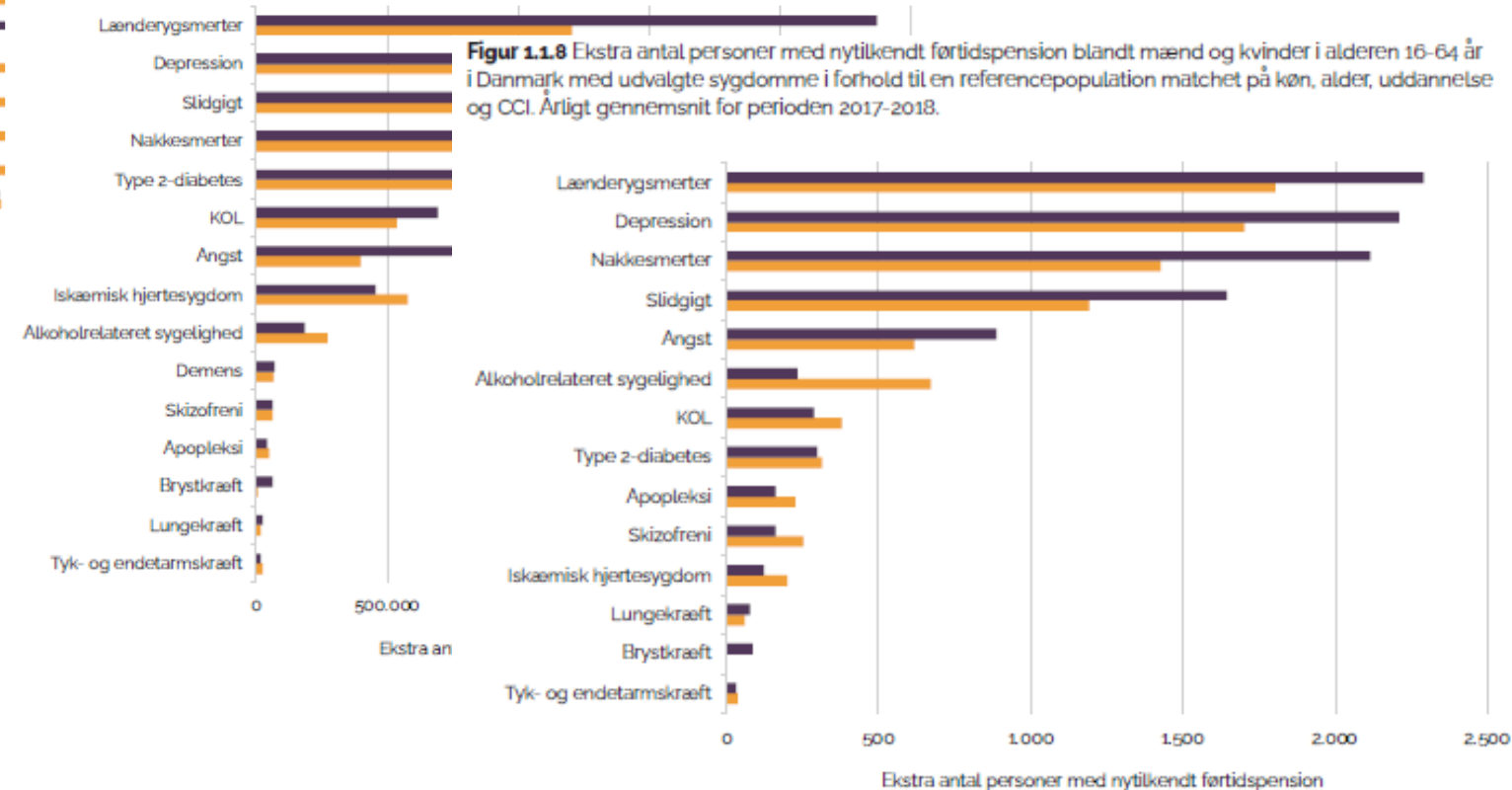
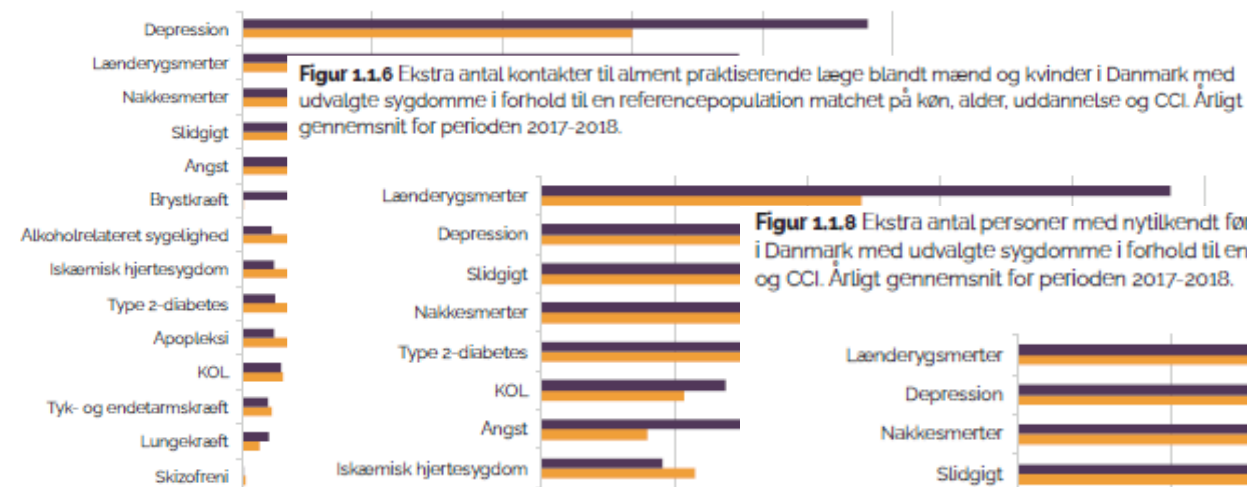
Note: Beregning foretaget på baggrund af antal 80+årige borgere med hjemmehjælp i 2021 sammenholdt med stigningen i aldersgruppen frem mod 2030. Det antages at omfanget af hjemmehjælp for den enkelte hjemmehjælpsmodtager i gennemsnit er det samme.

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

# Sygdomsbyrde og social ulighed

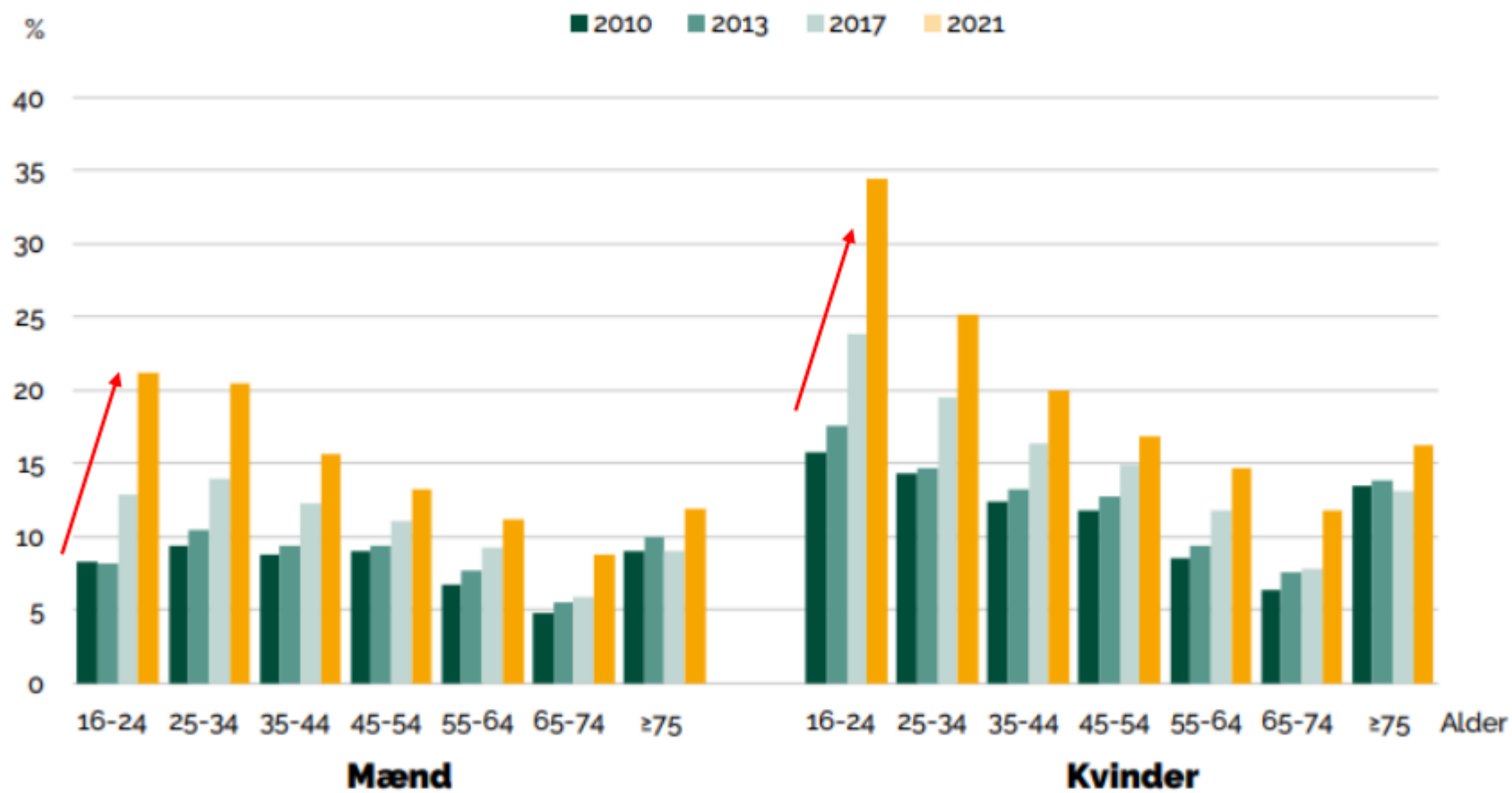


**Figur 1.1.7** Ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær blandt mænd og kvinder i alderen 16-64 år i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017-2018.



■ Kvinder ■ Mænd

# Mental mistrivsel er blevet almindeligt



# 2. Populationsansvar og sundhedsklynger



# Samarbejde på tværs er svært: Hvad er problemet?

## Organisering og koordination

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

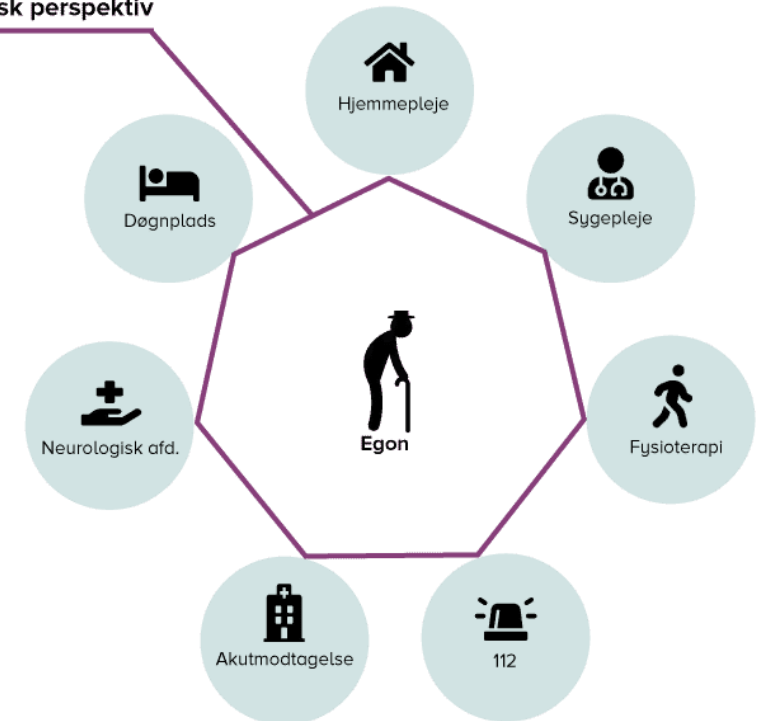
## Incitamentsproblemer

→ 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





# Sundhedsklynger: Fælles vision og opgaver

- **Fælles vision for hvad vi skal lykkes med i fællesskab**
- Opgaver og formål:
  - Aftale **lokale modeller for bedre patientforløb** med fokus på kvalitet og nærhed for borgeren.
  - Igangsætte **samarbejdsprojekter**.
  - Implementere og følge op på **lokalt og nationalt aftalte initiativer**.
  - **Nøgletal og data for populationen i sundhedsklyngen**, herunder ved at sætte mål for udvikling.

## Politiske visioner for Sundhedsaftalen 2024-2027

Sundhedssamarbejdsudvalget har en overordnet vision om at udvikle det samlede sundhedsvæsen og skabe mere lighed i sundhed for hele den syddanske befolkning. Derudover har udvalget peget på fire underliggende visioner i Sundhedsaftalen 2024-2027, der sigter mod at opnå den overordnede vision om at skabe mere lighed i sundhed og en fælles udvikling af sundhedsvæsenet.

### De fire underliggende visioner er:

- Vi samarbejder om børn og unges mentale trivsel
- Vi samarbejder om flere sunde leveår via sundhedsfremme og forebyggelse
- Vi samarbejder om at skabe sammenhæng
- Vi samarbejder om at skabe gode overgange

De 8 nationale mål for sundhedsvæsenet sætter en fælles national retning og udgør samtidig en overordnet ramme for Sundhedsaftalen 2024-2027.

Sundhedsaftalen bidrager til at realisere de 8 nationale mål. Udover de 8 nationale mål er vi enige om, at de fire underliggende visioner sætter en fælles retning for sundhedsvæsenet i Syddanmark.

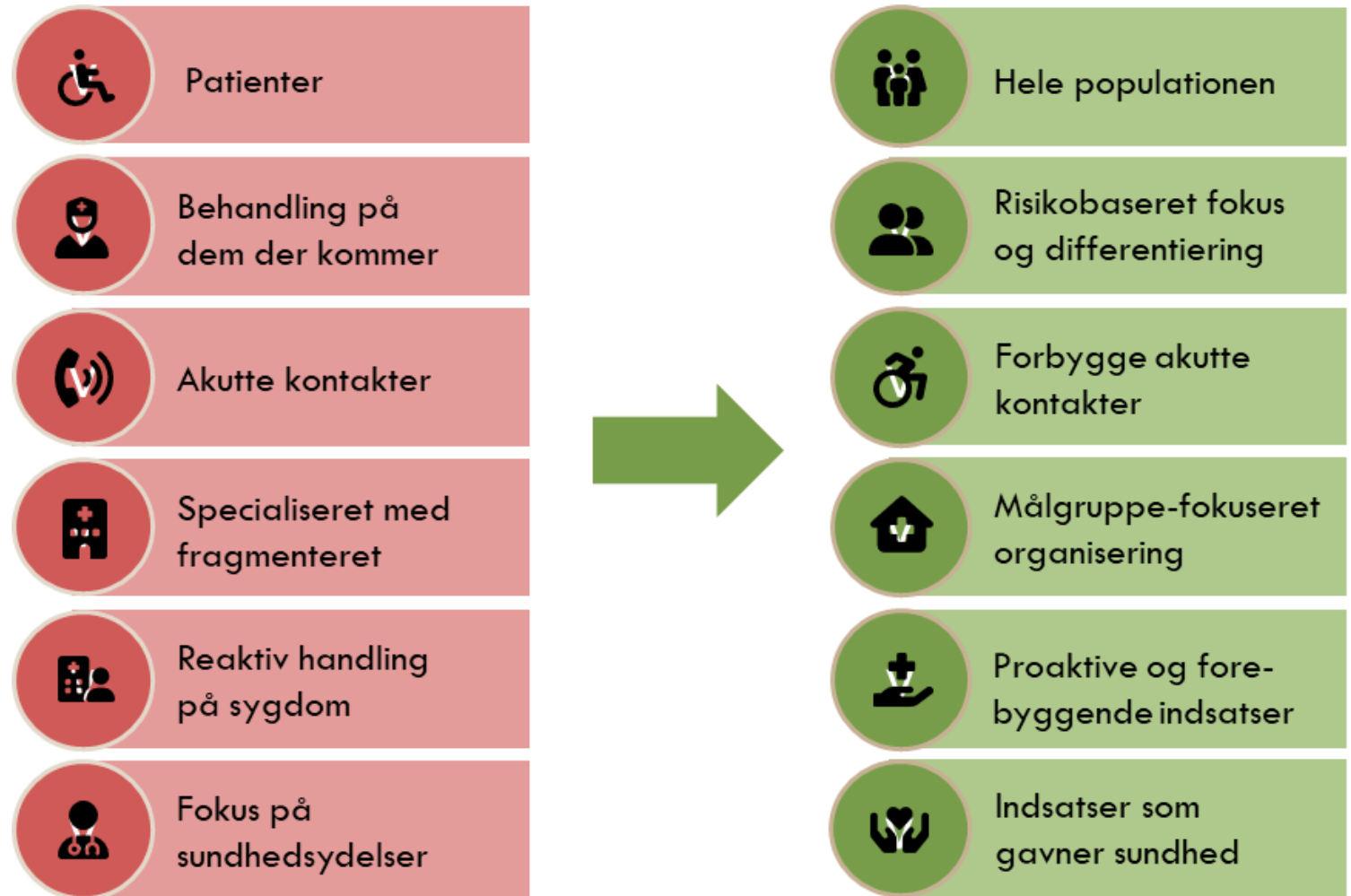
De indsatser vi igangsætter i det tværsektorielle samarbejde, tager udgangspunkt i visionerne for sundhedsaftalen. Vores fire underliggende visioner har tilhørende fokusområder med fælles forpligtende målsætninger. Til hver målsætning er der udpeget indikatorer med henblik på løbende at kunne følge op på sundhedsaftalen. Indikatorerne er blandt andet valgt med afsæt i eksisterende tilgængelige data og skal ses som udtryk for, om vi bevæger os i den ønskede retning i forhold til de opsatte målsætninger.

Under fokusområderne udarbejdes og implementeres konkrete samarbejdsaftaler, der har til formål at indfri målsætningerne.

# Dilemma: Fælles visioner

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

# Fælles populationsoverblik og -ansvar kan (måske) skabe nyt mindset



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/>

# Fire typer af populationsbaserede strategier

## Identificere sundhedsproblemer

- Vurdering af sundhedstilstand og de største behov i befolkningen
- Bruge sundhedsdata på tværs i anvendelse i klinisk praksis
- Analyse af problemer på tværs og sammenhænge

## Anvende populationsperspektiv i beslutninger

- Populationsbaseret viden bragt ind i (klinisk) beslutningstagning
- Øget fokus på risikobaserede populationsbaserede indsats, tidlig opsporing, mv.
- Populationsbaserede analyser brugt i planlægning

## Organisering

- Forbedre koordination af behandling på tværs af aktører & sektorer
- Udveksle personale eller lave udgående funktioner
- Etablere nye organisatoriske enheder for udvalgte populationsgrupper

## Styrket forebyggelse

- (primær-, sekundær-, tertiær-) forebyggelse gennem uddannelse
- Fremme sund adfærd. Advokerer for lovgivning, regulering og særligt udsatte grupper
- Styrkelse af lokalesamfundstiltag som styrker sundhed

# Udbygning af samarbejdet mellem hospital og kommuner

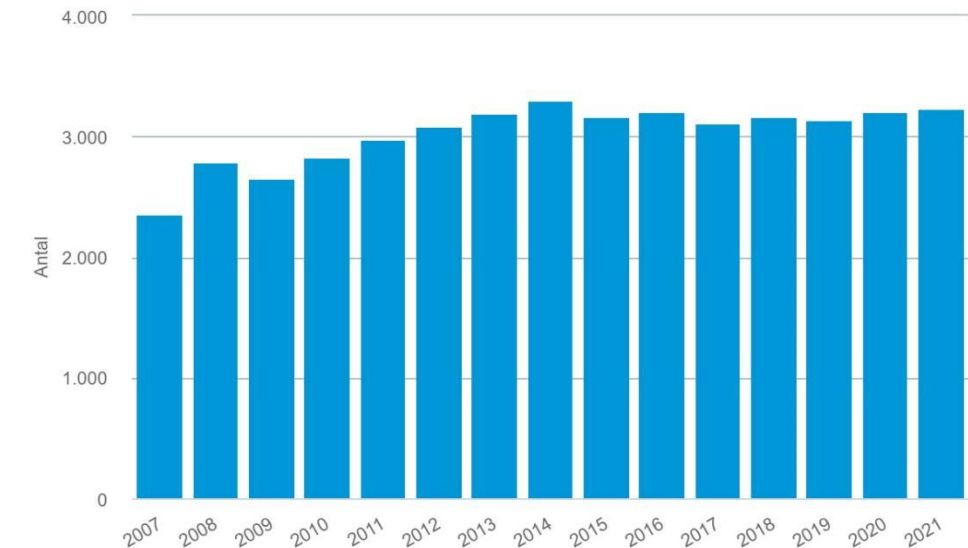
→ Region Sjælland, E-hospitalet. Teste digitale samarbejdsløsninger, der understøtter udviklingen af et tæt, sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen, øger kvalitet og patientsikkerhed og ikke mindst styrker borgerens og pårørendes involvering i behandlings- og plejeindsatsen.

**Behandlingsansvar for ældre patienter indlagt under indlæggelse i senge på kommunale plejehjem / midlertidige pladser.** Opgaver udført af sygeplejersker på plejehjemmene, støttet af **callcenter på hospitalet**

→ **72 timers behandlingsansvar.** Implementeres nu i alle regioner. Foreløbige erfaringer fra RH er at det giver større tryghed for patienterne og personalet i ældreplejen i kommunerne, men mindsker ikke ressourceforbruget

Pladser på ældreområdet

Pladstype: Boliger til midlertidigt ophold/aflastning | Område: Hele landet:



Source: <https://www.statistikbanken.dk> Table: RESP01

# Syv principper for ← fremtidens behandling

- 1 Borgernes forløb skal have **et langt større fokus på at forebygge** udviklingen og forværringen af kronisk sygdom. Træning og mindre indgribende behandling bør være førstevalg, før man opererer.
- 2 Alle de borgere, som kan og vil, skal spille en **langt større rolle i deres eget forløb** sammen med deres pårørende og civilsamfund. Det er muligt at leve et godt liv med kronisk sygdom, særligt hvis borgerne er bedst muligt rustet til at tage hånd om egen sygdom(me).
- 3 Vi skal lave **differentierede indsatser**, så alle borgere ikke bare pr. automatik får det samme tilbud. Nogle borgere har ikke ressourcerne og skal have mere hjælp og støtte. Andre kan mere selv.
- 4 **Teknologi** kan gøre livet med kronisk sygdom mere fleksibelt, selvstændigt og trygt. Og mange borgere efterspørger teknologi som led i deres behandling. Nogle teknologier kan fx frigøre medarbejdere eller flytte fokus til tidlig indsats frem for akut behandling. Det giver plads til at tage hånd om borgere med færre ressourcer.
- 5 **Kvalitet** for patienten skal ses som flere ting: Den kliniske kvalitet skal være høj, borgeren skal have en god oplevelse af sit forløb og løsningen skal være realistisk at gennemføre med de medarbejdere, økonomi mv., der er eller kommer til at være til rådighed.
- 6 **Data** er et vigtigt element i at udvikle og samarbejde om kvalitet i borgernes forløb. Deling af data skal sikre, at relevante aktører har adgang til oplysninger på tværs af sektorer.
- 7 **Opgavefordelingen** skal være klar og aftalt nationalt. Der skal være en tydelig og forpligtende opgavedeling for kommuner, hospitaler og praktiserende læger – og de nødvendige kompetencer skal være til rådighed på tværs.

## Bedre forløb for mennesker med kronisk sygdom



Gigtforeningen



KL

## Derfor skal behandlingsforløbene nytænkes

I dag hænger borgernes behandlingsforløb ikke godt nok sammen, de mødes ikke altid med den fagligt rigtige indsats, de bliver ikke involveret nok i egen behandling og de møder ofte pressede medarbejdere, der mangler kollegaer.

**Problemet går ikke væk af sig selv.** Tværtimod bliver det kun værre i de kommende år, når antallet af ældre og borgere med kronisk sygdom stiger, og arbejdskraftudfordringen vokser. Virkeligheden er, at kommuner, hospitaler og almen praksis kun kan levere kvalitet som i dag, hvis alle parter gør noget radikalt anderledes.

**I dag behandler vi alt for mange borgere på sygehusene.** Det har vi brug for at lave om. Ved at omstille sundhedsvæsenet skal der skabes plads til, at langt flere borgere kan få indsatser i det nære sundhedsvæsen, så sygehusene kan fokusere på patienter med de mest specialiserede behov. Det kræver, at hele sundhedsvæsenet handler på en ny måde.

**Hjerteforeningen, Gigtforeningen og KL er enige om**, at omstillingen skal ske ud fra syv fælles principper.

# **3. Økonomiske incitamentter: Fælles penge / gevinstdeling**

# Økonomisk integration på tværs af sektorer

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

Integration af midler, ledelse og organisation



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



# Koordination og integration er ikke nemt

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

Review Article

Journal of Health Services Research & Policy  
2015, Vol. 20(3) 177-188  
© The Author(s) 2015  
Reprints and permissions:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/17513758156146832  
http://jhs.sagepub.com

**Integrating funds for health and social care: an evidence review**

Anne Mason<sup>1</sup>, Maria Goddard<sup>2</sup>, Helen Weatherly<sup>1</sup> and Martin Chalkey<sup>2</sup>

**Abstract**  
**Objectives:** Integrated funds for health and social care requirements. If integrated funds facilitate coor and health and social care outcomes, reduce avoida In this article, we examine whether this potential i **Methods:** We propose a framework based on agen in promoting coordinated care, and review the evid searched eight electronic databases and relevant w We extracted data on the types of funding integrat effects), and the barriers to implementation. We in

**Will a new NHS structure in England help recovery from the pandemic?**  
The health policy challenges facing the NHS and government are enormous, but **Hugh Alderwick and colleagues** argue that a major reorganisation is not the solution  
Hugh Alderwick,<sup>1</sup> Phoebe Dunn,<sup>1</sup> Tim Gardner,<sup>1</sup> Nicholas Mays,<sup>2</sup> Jennifer Dixon<sup>1</sup>  
The NHS has just faced the most difficult year in its history. The arrival of covid-19 vaccines provides hope that the UK may bring the pandemic under control in 2021, but the NHS will feel the effects of covid-19 for many years. Serious short term challenges also remain: hospitals are under extreme  
Proposals included removing requirements to competitively tender some NHS services, and establishing local partnership committees with powers to make decisions on local priorities and spending. The proposals were designed to avoid a major reorganisation but risked replacing one set of with another.<sup>9</sup> The plans were shelved hit, but now legislation is back on the NHS England has published expanded changes to the NHS after the pandemic.

**IS structure**  
<sup>4</sup> include a mix of aspirations, changes, and policy and legislative IS structure is outlined with four layers es and partnerships (box 1).

**Key messages**  
S organisations will work with local and others to organise and deliver health care services in "places"—defined by

Social Science & Medicine 232 (2019) 382-388

Contents lists available at ScienceDirect

**Social Science & Medicine**

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/socscimed](http://www.elsevier.com/locate/socscimed)

ELSEVIER

Check for updates

Does pooling health & social care budgets reduce hospital use and lower costs?

Jonathan Stokes<sup>a,\*</sup>, Yiu-Shing Lau<sup>a</sup>, Søren Rud Kristensen<sup>a,b</sup>, Matt Sutton<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Health Organisation, Policy, and Economics, Centre for Primary Care and Health Services Research, University of Manchester, Manchester, UK  
<sup>b</sup> Faculty of Medicine, Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, UK

ARTICLE INFO

**Keywords:**  
Pooled budgets  
Integrated care  
Better care fund  
Multimorbidity  
Health financing  
Health policy  
Organisation of care

ABSTRACT

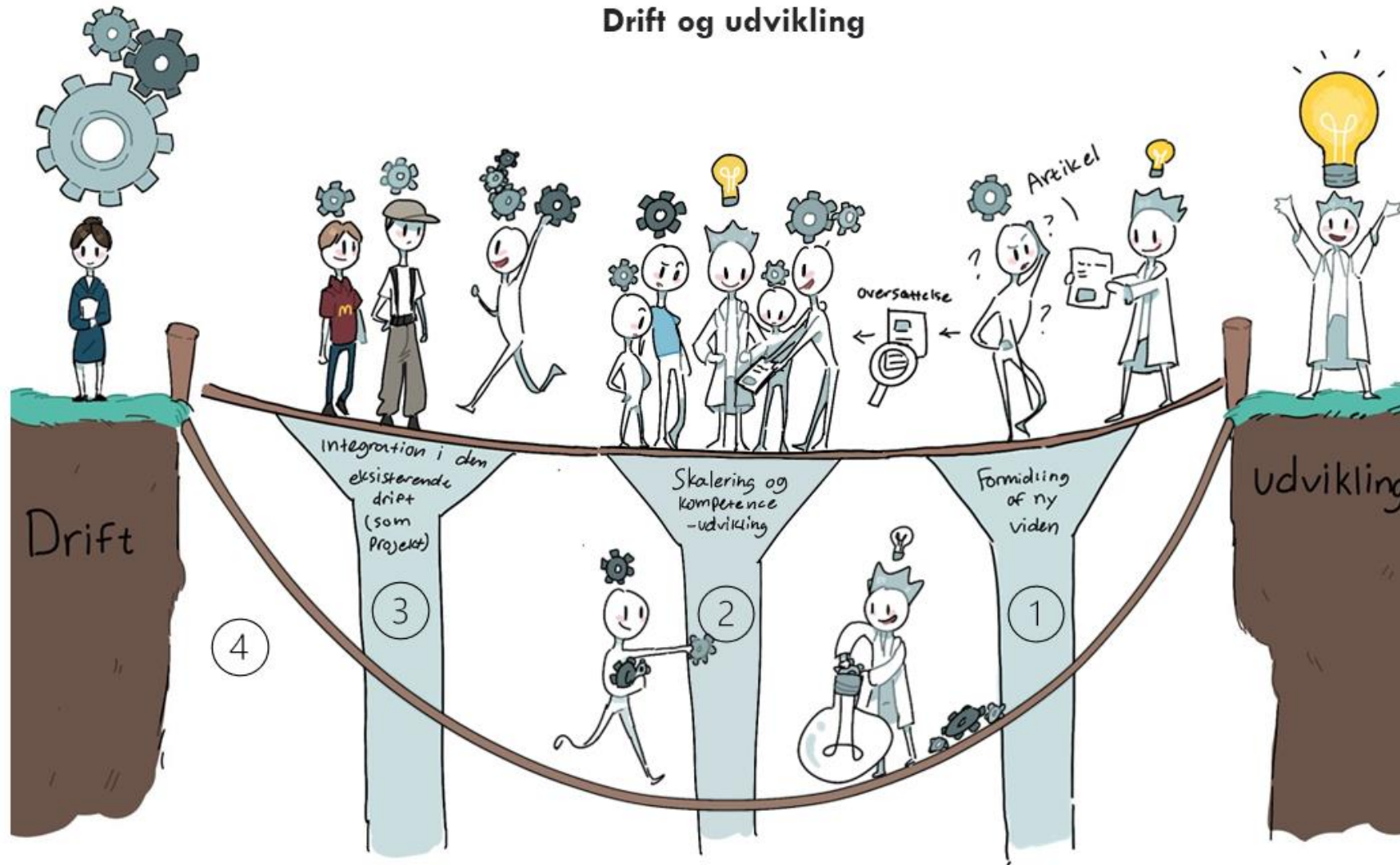
An increasing burden of chronic disease and multimorbidity has prompted experimentation with new models of care delivery that aim to improve integration across sectors and reduce overall costs through decreased use of secondary care. One approach to stimulate this change is to pool health and social care budgets to incentivise care delivery in the most efficient location. The Better Care Fund is a large pooled funding initiative gradually taken up by local areas in England between 2014 and 2015. We exploit this variation in timing of uptake to examine the short- (1 year) and intermediate-term (up to 2 years) effects of the Better Care Fund on seven measures of hospital use and costs from a cohort of 14.4 million patients constructed using national Hospital Episode Statistics. We test for differential effects on people with multimorbidity. We find no effects of budget pooling on secondary care use for the whole population. For multimorbid patients the use of bed days increased in the short-term by 0.164 (4.9%) per patient per year. In the short-to intermediate-term, pooling health and social care budgets does not reduce hospital use nor costs. However, pooling funds does appear to stimulate additional integration activity.

# Fælles gevinstdeling (Shared savings)

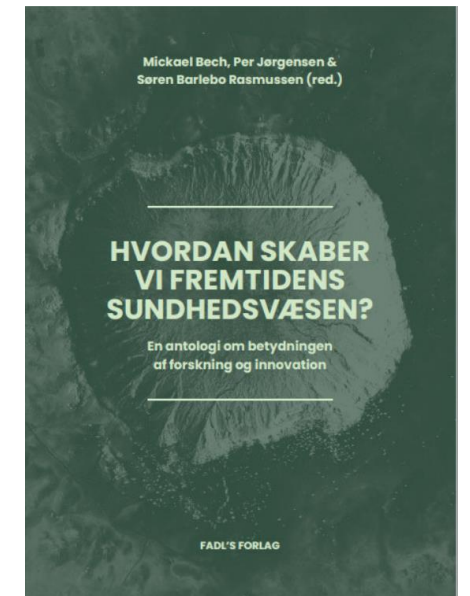
- **Alternative Quality Contracts (privat forsikringsinitiativ)** associeret med lavere udgiftsvækst og bedre kvalitet for kronikere
- **Medicare Shared Savings Program** associeret med lavere omkostninger og forbedret kvalitet på nogle dimensioner. Den positive effekt var stærkere over tid og større for ACOs bestående af praksisser alene
- **Nyt forskningsprojekt: Tværsektorielle økonomiske incitamenter**
  - Incitamenter og sammenhængende type 2 diabetesforløb
  - Samskabelse og afprøvning af en nye incitamentsmodeller med fokus på gevinstdeling
  - Type 2 diabetes som arbejdsseksempel, men brugbar på andre kroniske sygdomme.
  - Thim Prætorius (Steno Aarhus) & Søren Rud Kristensen (SDU)



**4. Er teknologi og inddragelse af civilsamfund en del af løsningen?**



## Drift og udvikling



07

## FORSKNING OG INNOVATION I SUNDHEDSKLYNGER

CLAUS BJØRN BILLEHØJ OG MICKAEL BECH

I dette kapitel ser vi på potentialerne for forskning og innovation i de 22 sundhedsklynger, som er samarbejdsorganisationer mellem hospitaler, praktiserende læger og kommunerne rundt om hver af de 21 akuthospitaler. Klyngerne blev etableret den 1. juli 2022. Sundhedsklyngerne skal organisatorisk understøtte koordinering af patientforløb og opgavedeling mellem parterne. Vores perspektiv i dette kapitel er, at klyngerne udgør en mulig ny potent struktur for praksisnær forskning og innovation, der kan styrke fokus på det bogmærke og et samlet populationsansvar.

Dermed kan sundhedsklyngerne - hvis parterne griber det rigtigt an lokalt - udgøre et potentielt svar på en række af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for (Bech, 2021). Det er dog ikke givet, at dette sker; men klyngerne rummer et potentiale for at opbygge en fælles forsknings- og innovationskapabilitet til at understøtte organisatoriske forandringer på tværs af aktørerne. Aktørerne kan opbygge en fælles vision i et ligeværdigt partnerskab, hvor de gennem fælles forsknings- og innovationsaktiviteter kan opbygge og udveksle viden og innovere fælles nye løsninger.

Sundhedsklyngerne skal medvirke til at løse en række af sundhedsvæsenets udfordringer (Bech, Billehøj og Rasmussen, 2022):

# Krav til fremtidens sundhedsprofessionelle

Et par konklusioner fra 'Topol-rapporten' (2019):

- Inden for de næste 20 år vil 90% af jobs i NHS kræve **digitale kompetencer**
- Kompetencer til at navigere i '**data-rige**' arbejdspladser
- Digitale teknologier påvirker **balancer mellem centraliserede – specialiserede vs. lokale mindre specialiserede** behandling og ydelser
- Flytter opgaver, magt og samarbejde mellem professioner
- Alle ansatte skal have et vist niveau af digitale færdigheder (**digital literacy**), og der er behov for kompetenceudvikling af medarbejdere allerede nu
- Vigtigt at opbygge **læringskultur** samtidigt med introduktionen af digitale teknologier

Kilde: <https://topol.hee.nhs.uk/the-topol-review/>

Se også: <https://www.youtube.com/watch?v=hVyyLMZPJ-o>



# Hjemmebehandling

- Sammenlignelig dødelighed, patientsikkerhed, genindlæggelsesrater og kortere indlæggelseslængde på hospitalet. Lavere dødelighed på udvalgte områder (ex. KOL)
- Længere "indlæggelsesforløb" i hjemmet end hospitalsindlæggelse
- Uklart hvad det betyder for det samlede ressourceforbrug – og uklart hvordan omkostninger fordeler sig
- Øget patienttilfredshed men meget lidt viden om pårørende
- Stiller krav til **patienternes sundheds- og digitale kompetencer**



Casteli et al. 2020. Indicators of home-based hospitalization model and strategies for its implementation: a systematic review of reviews. *Systematic Reviews* 9, 172.

Leong et al. 2021. Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ Open* 11, e043285.



Getting Started Guide co-developed by West Health Institute (WHI) and Institute for Healthcare Improvement (IHI), Home-based Acute Care Learning and Action Network funded by West Health and convened by IHI in collaboration with WHI

## BMJ Open Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews

Man Qing Leong <sup>1</sup>, Cher Wee Lim,<sup>2,3</sup> Yi Feng Lai <sup>2,4,5,6</sup>

**To cite:** Leong MQ, Lim CW, Lai YF. Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ Open* 2021;11:e043285. doi:10.1136/bmjopen-2020-043285

► Prepublication history and additional material for this paper is available online. To view these files, please visit the journal

### ABSTRACT

**Objectives** To provide an overview of the safety and effectiveness of Hospital-at-Home (HaH) according to programme type (early-supported discharge (ESD) vs admission avoidance (AA)), and identify the model with higher evidence for addressing clinical, length of stay (LOS) and cost outcomes.

**Methods** A systematic review of reviews was conducted by performing a search on PubMed, EMBASE, Cochrane Database of Systematic Reviews, Web of Science and

### Strengths and limitations of this study

- The first systematic review of reviews providing a comprehensive overview of the safety and efficacy of Hospital-at-Home (HaH) according to programme type.
- Compares two major HaH programme types to offer relevant recommendations for health systems facing capacity constraints and rising costs.

# Forsøg med algoritmer i hjemmesygeplejen

	Control phase			Intervention phase			Poisson regression	
	Number of participants	Days at risk	Number (incidence per 30 days)	Number of participants	Days at risk	Number (incidence per 30 days)	Incidence rate ratio (95% CI)	p value
<b>Primary outcome</b>								
Hospital admission	1216	33 943	102 (0.090)	1248	34 843	118 (0.102)	1.10 (0.90-1.40*)	0.28
<b>Secondary outcomes</b>								
Hospital readmission	1216	35 433	47 (0.039)	1248	37 003	20 (0.016)	0.41 (0.24-0.68)	0.0007
Other hospital contact	1216	33 672	141 (0.126)	1248	34 134	162 (0.142)	1.10 (0.90-1.40)	0.28
Outpatient contact	1216	33 544	161 (0.144)	1248	34 198	179 (0.157)	1.10 (0.88-1.40)	0.42
Contact with primary care physician	1216	35 318	70 (0.059)	1248	34 388	164 (0.143)	2.40 (1.18-3.20)	<0.0001
Temporary care	1216	36 273	15 (0.012)	1248	36 848	38 (0.031)	2.50 (1.40-4.70)	0.0027
Death	1216	35 290	72 (0.061)	1248	36 530	61 (0.050)	0.82 (0.58-1.20)	0.25

Date are n, n (incidence), incidence rate ratio (90% CI), or incidence rate ratio (95% CI). \*90% CI used because the initial sample size calculation used one-tailed test of 5%. All outcomes were measured within 30 days of the participant being identified by the PATINA algorithm as being at risk of hospitalisation, except for hospital readmission, which was within 30 days of initial hospital discharge.

**Table 2: Primary and secondary outcomes in the analysis population, stratified by study phase**

59 % ↓  
 140 % ↑  
 150 % ↑

# Ledelse af frivillige

## **CPAV: "Changing professionals' attitudes to volunteers"**

→ Hovedformål:

- Afdække omfanget af ledelse af frivillige
- Udvikle mål for ledelse af frivillige
- Afprøve ledelsestræning og dets påvirkning på de fagprofessionelle

→ Projektperiode: 2023-2026

→ Samarbejdspartnere: Kommuner og plejehjem

→ Er i gang med at udvælge og rekruttere interviewpersoner (i kommuner)

→ Støttet af Danmarks Frie Forskningsfond, Inge Lehmann-programmet (2099-00013B)

→ Vide mere om projektet? Lektor Mette Kjærgaard Thomsen, Statskundskab, SDU  
(mtho@sam.sdu.dk)





# Tak for opmærksomheden

Mickael Bech

Professor, Institut for Statskundskab

Syddansk Universitet

→ Email: [mibech@sam.sdu.dk](mailto:mibech@sam.sdu.dk)

→ LinkedIn: [www.linkedin.com/in/mickaelbech](http://www.linkedin.com/in/mickaelbech)

→ Twitter: @BechMbe