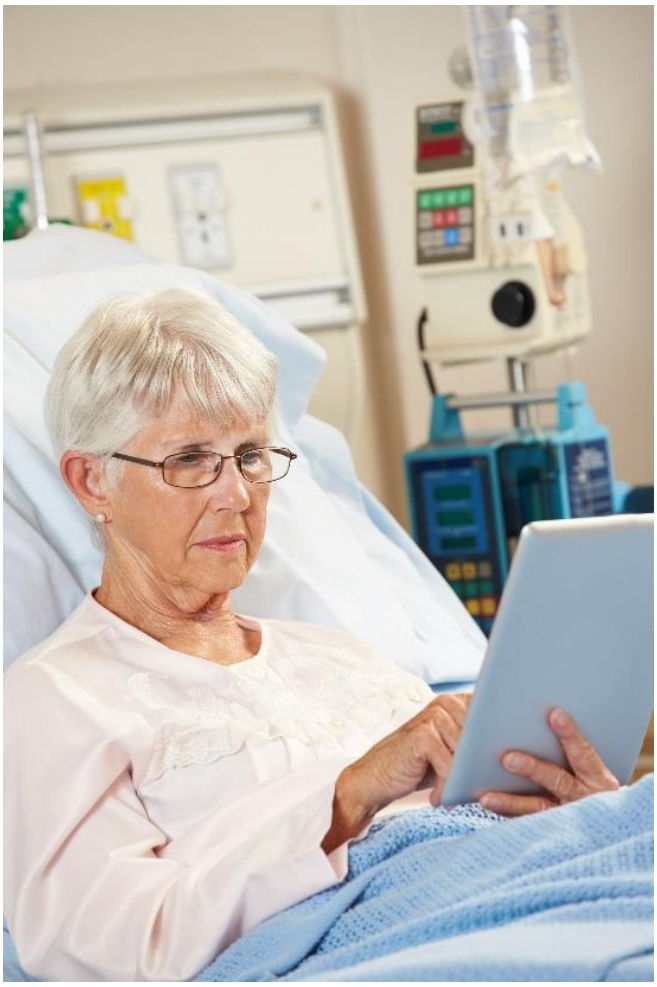
Værdibaseret styring November 2018

Region Hovedstaden

Center for Økonomi
Center for HR



Første interne, tværgående erfaringsopsamling på projekter om værdibaseret styring

Indhold

Forord 2
1. Resumé 3
2. Erfaringsopsamlingens metode 7
3. Fem dimensioner af arbejdet med værdibaseret styring 9
3.1 Værdibaseret styring i det organisatorisk perspektiv 9
Værdibaseret styring er en kulturforandring, der tager tid 9
Tværgående samarbejde på tværs af siloer er fundamentet 10
Nødvendigt med patientinddragelse i alle faser og på flere niveauer 11
Centralt at kunne formidle Den Store Fortælling 12
Tillid er en nødvendighed for fremdrift 13
Hvad sker der med medarbejdertrivselen? 13
Behov for nye former for kompetencer/medarbejdere 15
3.2 Patientudbytte 15
Hvilke former for patientudbytte arbejder projekterne mod? 16
Interviewpersonernes bekymringer på patienternes vegne 17
Hvordan afdækkes patienternes udbytte? 19
3.3 Ressourceanvendelse 21
Faste kontroller til behovsbestemte kontroller 21
Fast kontrol på ambulatorium til egen læge 23
Bedre visitation til hospitalsydelse 23
Færre overgange og bedre sammenhæng 24
Fra indlagt til hjem 25
Fra ambulant behandling på hospital til kommunalt tilbud 25
3.4 Styringsmodel 25
Takstfrisatte afdelinger oplever stadig høj grad af styring 25
Input til styringsmodel 26
Bekymringer omkring målstyring 27
Dilemmaer og utilsigtede konsekvenser 29
3.5 Afregningsmodel 30
4. Afsluttende bemærkninger 32

Forord

Efter en årrække med takststyring som et gennemgående styringselement på hospitalerne er der et stort politisk ønske i Region Hovedstaden om at udvikle "et sundhedsvæsen, der bliver målt på den værdi, vi skaber for patienterne inden for de økonomiske rammer, vi har", og at "arbejde for, at der ikke bliver foretaget unødvendige processer, dokumentationskrav og kontroller i sundhedsvæsenet" (Region Hovedstadens konstitueringsaftale, november 2017). Altså et ønske om at dreje fokus fra aktivitet, produktivitet og indtjening til i større grad at fokusere på at skabe værdi for patienten og sikre mest mulig sundhed for pengene.

I forlængelse heraf er der de seneste tre år igangsat i alt ti projekter, hvoraf otte har været takstfrisat. Formålet med projekterne har været at få erfaringer med at arbejde med værdibaseret styring og at få input til en ny styringsmodel. Projekterne har ikke været underlagt konkrete forventninger eller krav til, hvordan de skulle gribe arbejdet med værdibaseret styring an.

Denne erfaringsopsamling er afleveret til udvalget for værdibaseret styring som bilag til mødet den 28. november 2018. Opsamlingen ser på tværgående erfaringer fra de ti områder og er struktureret ud fra fem overordnede temaer: det organisatoriske perspektiv, patienternes udbytte, ressourceanvendelse, styringsmodel og afregningsmodel.

De væsentligste problemstillinger i erfaringsopsamlingen opsummeres i et resumé forrest i dette dokument, og til sidst i dokumentet perspektiveres indholdet af erfaringsopsamlingen.

Til udvalgsmødet i marts 2019 vil udvalget modtage den sidste interne erfaringsopsamling fra projekterne.

Erfaringsopsamlingen er udarbejdet i samarbejde mellem Center for Økonomi (v/ chefkonsulent Gunn Danielsen) og Center for HR (v/ specialkonsulent Henriette Holscher).

1. Resumé

De ti projekter, der arbejder med værdibaseret styring i Region Hovedstaden, er kommet godt i gang med at udmønte de overordnede idéer til konkrete ændringer i patientforløb. I den forbindelse har projekterne gjort sig en række erfaringer og – ligeså relevant – stødt på en række problemstillinger, som de skal håndtere.

De ti projekter er:

- Udviklingshospital Bornholm
- Hjertecenteret, Rigshospitalet
- Finsencenteret, Rigshospitalet
- Videnscenter for Reumatologi og Rygsygdomme, Rigshospitalet
- Lunge og Infektionsmedicinsk Afdeling, Nordsjællands Hospital
- Ortopædkirurgisk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital
- Ambulatoriet for KOL-patienter, Amager og Hvidovre Hospital,
- Diabetesambulatoriet, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
- Fællesambulatoriet på Amager Hospital
- Fællesambulatoriet på Frederiksberg Hospital

Se bilag 1 for en længere præsentation af projekterne og deres formål.

Formålet med dette dokument er at samle op på både de konkrete erfaringer og på de udfordringer, som projekterne har eller har haft. Erfaringsopsamlingen er struktureret omkring fem temaer, som gennemgås nedenfor:

- Organisatorisk perspektiv: Hvilke ledelsesmæssige, organisatoriske og kulturelle forhold spiller ind på arbejdet med værdibaseret styring?
- Patienternes udbytte: Hvilket udbytte for patienter tegner sig i projekterne?
- Ressourceanvendelse: Hvilke erfaringer fra projekterne tegner sig med hensyn til aktivitetsniveau og anvendelsen af ressourcer?
- Styringsmodel: Hvilke styringsparametre peger erfaringerne fra projekterne på bedst muligt understøtter et fokus på værdi for patienten?
- Afregningsmodel: Hvilke pejlemærker til udarbejdelsen af en fremtidig afregningsmodel giver erfaringerne fra projekterne?

Værdibaseret styring i et organisatorisk perspektiv
Projekterne er i gang med omstillinger til værdibaseret styring, men omstillingen tager tid:

- Dels fordi der er tale om en stor kulturel forandringsproces, som bl.a. ændrer de fagprofessionelles ekspertrolle, vante tænkemåder og behovet for patientinddragelse. Arbejdet med værdibaseret styring kræver også et stærkere tværgående samarbejde på tværs af faggrupper, specialer og på

tværs af sektorer. Og først og fremmest skal medarbejderne forstå det nye koncept og have tillid til, at der ikke er nogen negative konsekvenser af en faldende aktivitet.

- Dels fordi selve omstillingen af driften er en organisatorisk ændring, der tager lang tid, fordi der fx skal udvikles nye former for IT-understøttelse og ændres i eksisterende patientforløb. Og selve indfasningen af nye patienter tager tid: I et ambulatorium hvor patienterne kommer til kontrol hvert år, betyder det, at det tager mindst ét år, før de overhovedet begynder at se den mulige effekt af fx at reducere i antal ambulante kontroller, og som minimum to år før man kan se den fulde effekt. I og med at projekterne vil afprøve de nye koncepter i mindre skala for at sikre, at den store udrulning sker bedst muligt, tager indfasningen meget længere tid.

Overgangen til værdibaseret styring er en stor ledelsesopgave. Det kræver nye kompetencer at kunne udvikle og kunne følge op på Patient Rapporterede Outcome-data (PRO-data), øge patientinddragelse, rådgive praktiserende læger eller varetage den forandringsledelse, som skiftet indebærer mm.

Patientudbytte
Udbyttet for patienter er i centrum i projekterne – både for de konkrete patienter, som allerede er i behandling, men også for de borgere, der er på venteliste. Ændringer i de eksisterende patientforløb kan være til gavn for:

- de nuværende patienter, fx fordi de sparer tid ved ikke at tage til faste kontroller, at de får en individuelt tilpasset behandling, oplever mere sammenhæng, færre overgange og et fokus på deres konkrete ønsker til egen behandling, øget handlekraft mv.
- de 'næste' patienter, fordi de kommer til udredning og behandling hurtigere, eller fordi analyse og opfølgning på PRO-data over tid giver bedre forudsigelser og derved kvalitet for behandlingerne.

Ud over at inddrage patienter i disses egne forløb inddrager projekterne også patientrepræsentanter i styregrupper mv. for at sikre patientperspektivet i designet af de ændrede patientforløb.

Ressourceanvendelse
Projekterne arbejder alle med at tilrettelægge mindre ressourceintensive patient-forløb.

Projekterne har ændret på patientforløbene på forskellige måder:

- *Fra faste til behovsbestemte kontroller*
  Dette er den måde, som flest af projekterne har omlagt patientforløbene på. Her får patienterne ikke faste kontroltider fx hvert år, men klædes i stedet på til selv at vurdere, hvornår de skal kontakte ambulatoriet mhp. at komme til en behovsbestemt kontrol. På den måde sparer patienterne tid, og afdelingerne får frisat ressourcer til at kunne se og behandle flere

patienter og dermed forbedre overholdelse af udrednings- og behandlingsretten.

- *Bedre visitation til hospitalsydelse*
  I projekter, som arbejder med bedre visitation, laves et grundigt forarbejde, så patienterne ikke kommer unødigt på hospitalet. Dette kan fx gøres ved, at patienten udfylder et PRO-skema, som ud fra en anerkendt algoritme kan give et bud på patientens behov for behandling. Eller ved at patienter vurderes ved tværfaglige konferencer.

- *Færre overgange og bedre sammenhæng*
  Øget specialisering har skabt øget silotankegang, både inden for og mellem specialerne. Denne tankegang søges opblødt, og patientforløb gentænkes, så de rummer færre skift for patienten og en deraf øget tryghed.

- *Fra akut indlæggelse til sub-akut ambulant besøg*
  Denne omlægning kan dels spare patienten for en evt. unødvendig indlæggelse på skæve tidspunkter af døgnet, hvor de rigtige kompetencer til udredning ikke nødvendigvis er til stede, dels spare ressourcer for afdelingen.

- *Fra ambulant hospital til kommunalt tilbud*
  Mindre komplekse ydelser flyttes fra hospitals- til kommunalt regi, hvorved patienten får kortere til behandlingsstedet. Dermed kan hospitalsressourcerne benyttes på de komplekse ydelser.

- *Fra faste kontroller på hospital til egen læge*
  Kontrol af patienter med en kronisk sygdom flyttes fra hospitalsregi til patientens egen læge, hvorved patienten kan opleve bedre sammenhæng i sit forløb. Dette frigiver tid til at se og behandle andre patienter, men udvider hospitalets rolle til at være rådgivende over for praksissektoren.

- *Fra indlagt til hjem*
  Patienter gives tilbud i eget hjem som alternativ til både ambulant behandling og indlæggelse på hospital, til gavn for patienten, som stadig kan være en del af sit vante hverdagsliv, og hospitalet kan spare plejeressourcer.

Input til en kommende styrings- og afregningsmodel

Projekterne har gjort sig mange erfaringer, der kan bidrage til en ny styringsmodel for regionen, idet de i større grad er begyndt at individualisere deres behandling og forløb efter patienternes individuelle behov, ønsker og udbytte. Der er imidlertid ikke fremkommet konkrete forslag til en afregnings-model.

En konkret erfaring, som kan indgå i det videre arbejde med at udvikle den regionale styrings- og afregningsmodel, er, at det ikke er hensigtsmæssigt med dobbeltstyring med konkurrerende logikker. Den erfaring kommer især fra de afdelinger, som kun er delvist takstfrisat, og som har erfaret, at dette forsinker en fuld overgang til værdibaseret styring.

Et andet konkret element, som kan tages med i det videre arbejde med den regionale afregnings- og styringsmodel, er et ønske fra projekterne om en politisk udmelding om hvad regionens overordnede succeskriterier er, og hvorfor de er vigtige at nå. Herefter skal den konkrete plan for, hvordan disse overordnede mål nås, udarbejdes på hospitaler og afdelinger, fx ved at man her analyserer, hvordan processerne skal tilrettelægges lokalt for at leve op til de regionale succeskriterier. Opstilling af procesindikatorer og igangsættelse af forbedringsindsatser på baggrund af monitorering af disse skal ligeledes være et lokalt anliggende.

Erfaringsopsamlingens sammenhæng med øvrige evalueringer
Denne erfaringsopsamling baserer sig hovedsageligt på kvalitative interviews med deltagere ved et fællesmøde for projekterne den 29.10.18. Det beskedne datagrundlag giver dette dokument en anden karakter end de større forskningsbaserede evalueringer, som VIVE dels har gennemført på Bornholms Hospital, dels er i gang med at udarbejde på Hjertecenteret. På mødet i udvalget for værdibaseret styring i marts 2019 vil den anden og sidste interne erfaringsopsamling blive forelagt for udvalget. Den baserer sig på en interviewrunde blandt alle projekterne enkeltvis. Patient- og medarbejderperspektivet samt erfaringer fra andre regioner og evt. udlandet vil også blive inddraget i højere grad, end det er tilfældet i nærværende erfaringsopsamling.

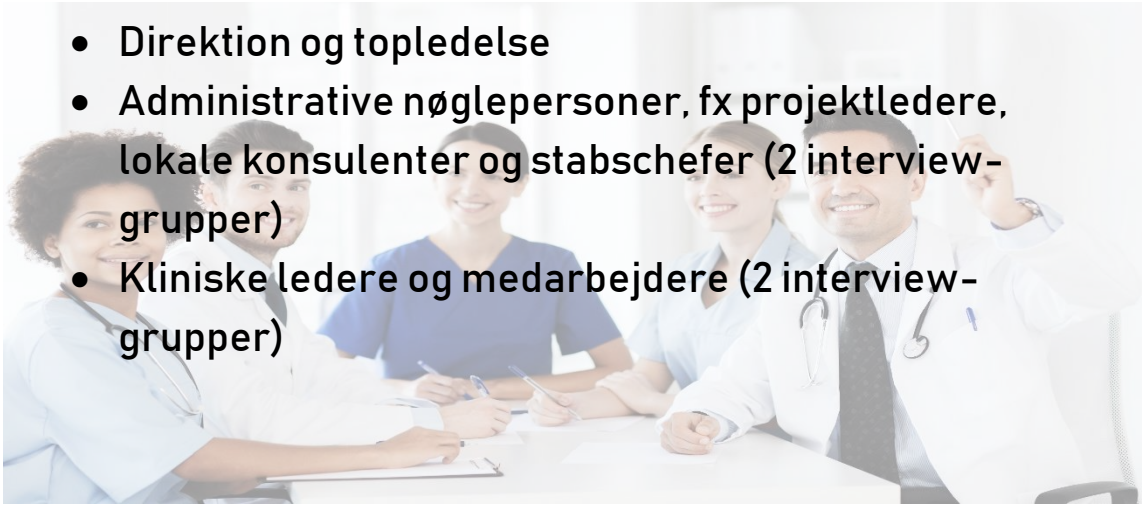
2. Erfaringsopsamlingens metode

Denne erfaringsopsamling baserer sig hovedsageligt på kvalitative interviews ved et fællesmøde den 29. oktober 2018. Formålet med interviewene er at få så mange forslag, eksempler, bekymringer og perspektiver frem som muligt som input til den videre proces. Disse interviewdata er således ikke repræsentative men eksplorative og nuancerende.

Erfaringsopsamlingen trækker derudover på de skriftlige materialer, som projekterne har udarbejdet undervejs i processen:

- Primært: Beskrivelser af projekternes formål mv., der blev udarbejdet ved projektopstart.
- Oplæg for udvalget for værdibaseret styring i 2018 og ved fællesmøde i december 2017 samt eventuelle referater af bilaterale møder mellem projekterne og Center for Økonomi.
- De data fra løbende monitorering af projektets fremdrift, der eventuelt er indsendt til Center for Økonomi undervejs.

Kort om interviewene
Ved fællesmødet blev gennemført kvalitative, semistrukturerede interviews med tre typer af grupper:



I alt 25 personer fra alle projekter havde tilmeldt sig fællesmødet og blev interviewet af fire konsulenter og en enhedschef fra hhv. Center for Økonomi og Center for HR. Bruttolisten over spørgsmål til interviewene kan ses i bilag 2. Bemærk dog, at ikke alle spørgsmål blev nået i alle grupper.

Der blev skrevet referat af de én time lange interviews. Indholdet af disse referater blev efterfølgende fordelt ud under erfaringsopsamlingens fem temaer og suppleret med evt. andre oplysninger fra de andre skriftlige kilder.

Nærværende dokument er en erfaringsopsamling, ikke en egentlig evaluering – dertil er datagrundlaget for spinkelt. De udsagn, eksempler, bekymringer og gode råd, der er fremkommet ved interviewene, er alene ud fra den erfaring, som deltagerne har på det tidspunkt, hvor interviewene er foretaget, og de er ikke underbygget af eksempelvis kvantitative data. Imidlertid er det administrationens opfattelse, at erfaringsopsamlingen opsummerer de væsentligste af de temaer, der har været gennemgående i de kontakter, vi har haft med projekterne indtil nu.

Den næste – og sidste – interne erfaringsopsamling
I løbet af vinteren vil Center for Økonomi og Center for HR gennemføre interviews med de forskellige projekter mhp. at udarbejde endnu en erfarings-opsamling til mødet i udvalget for værdibaseret styring i marts 2019.

I denne runde forventes det kvalitative datagrundlag at være større og mere systematisk, hvilket vil kunne uddybe og kvalificere nogle af temaerne fra efterårets erfaringsopsamling, herunder at få medarbejderperspektivet bedre belyst end i nærværende dokument.

Patienters og pårørendes erfaringer med værdibaseret styring er ikke inddraget i nærværende erfaringsopsamling. Det anbefales, at der i forbindelse med den næste erfaringsopsamling gennemføres patientinterview.

Ligeledes kunne den næste erfaringsopsamling med fordel inddrage erfaringer med værdibaseret styring fra de andre regioner i Danmark og fra andre lande.

3. Fem dimensioner af arbejdet med værdibaseret styring

I dette afsnit gennemgås erfaringsopsamlingens fem temaer. Under hvert tema beskrives mønstre og forskelligheder i og eksempler fra interviewene ved fællesmødet. Dette suppleres af analyser og kommentarer fra forfatterne.

3.1 Værdibaseret styring i det organisatorisk perspektiv

Overgangen til værdibaseret styring har en række implikationer for medarbejdere, ledelsesopgaven og kulturen på afdelingerne. Disse beskrives her.

Værdibaseret styring er en kulturforandring, der tager tid

Et gennemgående tema ved de gennemførte interviews er, at overgangen til værdibaseret styring er en kulturforandring, der tager tid. Værdibaseret styring indebærer eksempelvis et brud med vante tænkemåder. Disse eksempler nævnes her.

En af de interviewede klinikere beskriver at være "*opvokset i takststyring*" og i en kultur om fysisk fremmøde som kerneelementet i patientforløbet. Dette arbejder man i flere af projekterne på at gå væk fra.

Et direktionsmedlem anfører, at man på hospitalerne har arbejdet længe på at standardisere patientforløbene, og at man med værdibaseret styring i langt højere grad arbejder med individualiserede patientforløb.

Arbejdet med værdibaseret styring indebærer ofte også, at opgaver rykkes fra én faggruppe til en anden, eksempelvis fra læger til sygeplejersker. Dette kan tænkes at rode op i traditioner/vaner og evt. forrykker balancerne mellem faggrupperne (med risiko for deraf følgende modstand hos faggrupper, der oplever eller kan være bekymrede over at miste terræn, eller som kan have svært ved at overlade ansvaret til andre).

Flere af projekterne arbejder med at lade det være hovedreglen at tilbyde patienterne at komme hurtigt til ved behov (sub-akut) frem for at komme til på forhånd fastlagte kontrolbesøg. For at sikre en hurtig tid kan det være nødvendigt, at patienten kommer til en anden læge end den sædvanlige, og dette indebærer, at lægen må slippe tanken om at have "sine patienter". I stedet må tilhørsforholdet være til et team af læger.

Forandringer som disse blandt såvel ledere, sundhedsfagligt personale og patienter gør, at overgangen tager tid. Der er dels en modningsfase, hvor personalet skal forstå det nye koncept og skal have tillid til den nye model, og så skal den konkrete omorganisering af patientforløbet ske. Dels er der konkrete, driftsmæssige årsager til, at udrulningen af et nyt patientforløb tager tid at gennemføre.

Et eksempel på dette: På de afdelinger, der arbejder med at lade patienter overgå fra faste, årlige kontroller til behovsbestemte kontroller, går der minimum et år fra beslutningen er taget, til alle relevante patienter har haft en fast kontroltid i ambulatoriet. Først her kan patienten tilbydes og klædes på til at overgå til behovsbestemt, sub-akut tilbud frem for en fast kontroltid. Typisk vil man på afdelingerne også lade patienterne overgå til den nye kontrolform i et roligt tempo for at lære af erfaringerne og justere patientforløb, information mv. undervejs.

Tværgående samarbejde på tværs af siloer er fundamentet

Arbejdet med værdibaseret styring indebærer et nødvendigt og tæt samarbejde med andre aktører i patientforløbet, både i og uden for regionen. Eksempler på dette beskrives nedenfor.

Når patientgrupper overgår fra kontrol på hospital til kontrol hos egen læge, er det nødvendigt, at hospitalet har et tæt samarbejde med almen praksis om disse ændrede arbejdsgange og evt. også begynder at rådgive praktiserende læger om behandlingen af konkrete patienter.

Dette er også aktuelt for de fællesmedicinske ambulatorier, som kræver et tæt samarbejde med kommunale hjemmesygeplejersker, som dels kan modtage rådgivning af hospitalets læger, dels er væsentlige i at udbrede kendskabet til

ambulatoriets tilbud og virkemåde. Et væsentligt træk ved kommunalt samarbejde er, at kommunerne kan gribe samme opgave an på forskellige måder. Dette gør hospitalets opgave med inddragelse og samarbejde større, og de interviewede klinikere oplever store forskelle mellem de forskellige kommuner i deres optageområde alt efter hvilken form for akutberedskab, som disse hver især har. Med andre ord er succesen af hospitalets indsats afhængig af hvilket set-up, man har i kommunerne.

Fællesambulatorierne kan derudover opleve et behov for at inddrage regionens akutberedskab, så de beder den hjemmesygeplejerske/ hjemmehjælper, som ringer til fx akuttelefonen 1813, om at ringe til ambulatoriet med henblik på vurdering af, om patienten kan have ligeså stor gavn af et sub-akut som et akut tilbud. Dette samarbejde er ikke etableret endnu, og derfor bliver patienter visiteret direkte til et akut tilbud gennem eksempelvis 1813.

Afdelinger også have behov for at indgå i et meget tættere samarbejde med CIMT med henblik på at skaffe de relevante data eller understøttelse af virtuelle forløb.

Og endelig kan nævnes et eksempel fra projektperioden i øvrigt (der ikke blev nævnt ved interviewene): Afdelingerne, der er overgået til værdibaseret styring, kan også have behov for at involvere afdelinger andetsteds på hospitalet, som bidrager til patientforløbene på den takstfrisatte afdeling uden selv at være takstfrisat. Dette kunne fx være billeddiagnostiske afdelinger, som har behov for at kende til formålet med de ændrede arbejdsgange, og eventuelle ændringer i afdelingens behov i den anledning, fx at patienter skal have en MR-scanning tidligere i patientforløbet.

Eksemplerne viser, hvordan hospitalet skal kommunikere langt ud i de samarbejdende instanser for at få alle i patientforløbet til at støtte op om de nye arbejdsgange.

Nødvendigt med patientinddragelse i alle faser og på flere niveauer

En anden ting, hvor kulturen skal ændre sig, når arbejdet med værdibaseret styring påbegyndes, er, at patientinddragelse bliver et kardinalpunkt på flere måder.

Når behandling og patientforløb går over til at være (mere) individualiserede, er det nødvendigt, at sundhedspersonalet i højere grad undersøger patienternes ønsker, end når ydelserne er mere standardiserede. Dette indebærer, at især lægerne må lægge den traditionelle ekspertrolle fra sig og blive mere rådgivende om virkninger/bivirkninger/konsekvenser af manglende behandling osv. samt er undersøgende i forhold til, hvad der er værdi for patienten. Fx at de tager de vanskelige samtaler om, hvornår behandlingen skal stoppes. Og at patientens ønsker om behandlingsstop respekteres trods kliniske argumenter for det

modsatte. Et af de interviewede direktionsmedlemmer opfordrer til, at den traditionelle tænkning, om at de sundhedsfaglige ved bedst, må erstattes af en ydmyghed og en bevidsthed om, at det er patienten, der ved bedst, hvordan det er at være ham/hende.

Eksempel: Plakater
På et af hospitalerne har man sat plakater op med teksten *"Hvad er vigtigt for dig i dag?"* på hospitalets ventearealer m.v. for at synliggøre intentionerne om at tage udgangspunkt i patientens ønsker og behov. På den måde synliggøres ambitionen om at tage disse samtaler, så de også kan efterspørges af patienterne selv.

For sygeplejerskerne betyder værdibaseret styring også en ændret rolle, fx når de i nogle tilfælde skal overtage opgaver fra lægerne.

De interviewede klinikere betoner, at rådgivende samtaler og patientens refleksion om, hvilket valg han/hun ønsker at tage, kræver tid til samtale og til eftertænksomhed. Ligesom det kræver, at klinikerne uddannes til at varetage denne rådgivende rolle.

Det fremgår af interviewene, at det ikke kun er i de individuelle patientforløb men også i selve projektarbejdet, at patientinddragelse er centralt. Patienterne kan bidrage med værdifulde perspektiver/ønsker/holdninger i udviklingsfasen, når arbejdsgange skal redesignes. Disse bidrag fra patienterne er ikke noget, som klinikerne nødvendigvis selv kan forestille sig, da lægefaglig og patientoplevet kvalitet langt fra behøver at være det samme. Konkret inddrager projekterne fx patienter inden for en given patientgruppe i styregrupper.

En anden projektfase, hvor det er relevant at inddrage patienter, er i tilrettelæggelsen af PRO-data, i forhold til om patienterne kan forstå spørgsmålene. Afsnittet om patientudbyttet rummer mere diskussion af PRO-data.

Centralt at kunne formidle Den Store Fortælling

Som det er fremgået ovenfor, indebærer overgangen til værdibaseret styring ændringer i vaner, kulturer og arbejdsgange, både for medarbejdere på afdelingen, på hospitalet eller andre steder i regionen og hos andre aktører som alment praktiserende læger og kommunalt ansatte. Dette gør det afgørende, at ledere og andre nøglepersoner i projektet kan – og prioriterer at – kommunikere om det overordnede formål for at styrke motivationen for at bidrage til projektet.

Også for patienterne sker der store ændringer. Som eksempler kan nævnes:

- En patient, som i flere år har gået til fast kontrol med sin kroniske sygdom hos den samme læge, kan nu opleve at komme hjem fra ambulatoriet uden en fast kontroltid i kalenderen og skulle henvende sig til ambulatoriet ved behov via telefon eller Min Sundhedsplatform – og evt. at denne kontakt er med en sygeplejerske fremfor en læge.
- En anden patient med en kronisk sygdom, patienten med diabetes, skal begynde at gå til kontrol hos egen læge fremfor på hospitalet.
- En kræftpatient (og hendes pårørende) skal vænne sig til, at patienten skal være derhjemme med støtte fra udgående teams fra hospitalet fremfor at være indlagt.
- En pårørende til en ældre medicinsk patient skal vænne sig til, at den ældre, der får det akut dårligt, skal blive i eget hjem natten over med hjælp fra den kommunale hjemmesygepleje fremfor at blive indlagt; hospitalets tilbud ændrer sig til at være et sub-akut tilbud den følgende dag frem for et akut.

Derfor skal klinikere og ledelser kommunikere om de konkrete ændringer og formidle årsagerne til dem og om deres formål til patienter og pårørende, for at støtte op om deres tryghed ved det nye.

Tillid er en nødvendighed for fremdrift

Det er bærende i projekterne, at man generelt søger at producere mindre – men mere af det rigtige. Fx at man har færre faste kontroller, men bruger længere tid på de patienter, der har behov for en samtale eller har mange sygdomme, eller bruger megen medicin, der kan interagere uhensigtsmæssigt mv.

Interviewene ved fællesmødet viste, at denne omlægning kan være ledsaget af en bekymring fra klinikere og ledelser om, hvorvidt de alligevel bliver 'straffet' for den lavere produktion. Denne manglende tillid har negativ betydning for hastigheden af implementeringen af værdibaseret styring, fordi klinikerne holder igen med at slippe traditionelle/vanemæssige måder at organisere patient-forløbene på.

For nogle af projekterne skyldes bekymringen om at få reduceret budgettet som følge af lavere aktivitet, ikke kun en lav grad af tillid eller en generel skepsis over for nye målemetoder. Dette gælder primært for de projekter, hvor kun en del af afdelingen er indbefattet i projektet og den samlede afdeling, således har to styringslogikker.

Hvad sker der med medarbejdertrivselen?

I så stort et organisatorisk og kulturelt skifte, som værdibaseret styring er udtryk for, er det relevant at se på, hvordan det påvirker medarbejdertrivselen. De hidtidige erfaringer peger på, at arbejdet med værdibaseret styring både kan have en positiv og en negativ effekt på medarbejdertrivslen.

Positiv fordi:

- Arbejdet med værdi for patienten matcher klinikernes faglige stolthed og drivkraft.
- Arbejdet med kvalitet og udvikling af driften sker "nedefra", og derved øges klinikernes råderum.

Negativt fordi:

- Der er tale om en omstilling af driften, der kan medføre bekymring over tab af privilegier og domæner for nogle faggrupper.
- Ændringen fra at prioritere arbejdet med de patienter, der har størst behov, ændrer klinikernes hverdag til (endnu) mere krævende, fordi de:
    a) (næsten) kun ser de tungere patienter og ikke fx de patienter, hvor behandlingen er lykkedes
    b) kan opleve at få et travlere ambulatorieprogram
    c) ikke får mulighed for at høste erfaringer ved at sammenholde resultatet på lidt længere sigt med sin indsats
    d) ikke får næret et menneskeligt behov for at vide, hvordan det går med alle de patienter, de har haft i behandling.

Med hensyn til punkt b) kan læger i et ambulatorium opleve at få travlere dage i ambulatoriet, fordi de ikke længere ser 'lette' patienter, der kan udgøre en 'buffer'. Denne buffertid kunne de tidligere bruge til at indhente de forsinkelser i programmet, der er opstået, fordi de har brugt lidt længere tid på patienter, der har haft behov for denne tid.

Imidlertid kan dette afhjælpes på flere måder:

- at ambulatoriebesøgenes længde differentieres i forhold til forskellige patienters behov. Denne løsning kræver dog, at man på forhånd kan kategorisere patienter i forhold til kompleksitet og tildele forskellige længder tider som følge heraf. PRO-data kunne være et redskab til at indhente sådanne oplysninger.
- at man arbejder med mere åbne ambulatorier, dvs. hvor patienter kan komme til i et tidsrum mellem fx 8 og 10. Erfaringer fra andre forsøg viser, at de fleste patienter har forskellige præferencer og derfor møder op på forskellige tidspunkter, og den faktiske ventetid bliver ofte mindre og patienterne mindre utilfredse.
- at man arbejder med hvordan lægerne via PRO-skemaerne og dataopsamling kan se resultaterne af lægens indsats.
- have flere ubesatte tider hos de enkelte læger i ambulatoriet. Hvis der ikke kommer en sub-akut patient, er der masser af meningsfyldt, effektskabende aktivitet, som lægen kan give sig i kast med. Dilemmaet kan være, at sådanne ubenyttede ambulatorietider ville kunne have været brugt

til at sikre overholdelse af udrednings- og behandlingsretten for patienter på venteliste.

Med hensyn til punkt c) skal det fremhæves, at anvendelse af PRO-data ville kunne bidrage til at afhjælpe disse problemer. Dette sker fx i projektet om ortopædkirurgiske patienter på Herlev og Gentofte Hospital, hvor patienten besvarer konkrete spørgsmål om, hvordan han/hun har det efter operationen.

Det er naturligvis centralt at håndtere de bekymringer, som klinikerne måtte have over for arbejdet med værdibaseret styring – selvfølgelig af hensyn til trivslen og fastholdelsen af medarbejderne, men også fordi medarbejdernes opbakning er helt fundamental for, at de ændrede arbejdsgange overhovedet bliver indført.

Behov for nye former for kompetencer/medarbejdere

Ændringerne som følge af værdibaseret styring medfører behov for andre former for kompetencer eller typer af medarbejdere – eller alternative opgaver for eksisterende faggrupper, fx læger, hvis opgave det i højere grad er at skabe sammenhæng på tværs af sektorer.

Derudover fremgik det ved interviewene, at værdibaseret styring medfører behov for at have følgende kompetencer/ressourcer til rådighed decentralt:

- Medarbejdere til udvikling og behandling af PRO-data
- Ressourcer til inddragelse/dialog med almen praksis/kommuner
- Ressourcer til rådgivning af almen praksis/kommuner, når disse overtager hospitalsopgaver.

I og med at disse kompetencer er bærende for at få overgangen til værdibaseret styring til at ske, er det en lokal opgave at sikre, at de er til rådighed.

Afslutningsvis kan det nævnes, at de interviewede klinikere og nøglepersoner drøftede muligheden af, at værdibaseret styring kræver ændringer i ledelses-strukturen til noget mere tværgående end den specialeopdelte, der ses i dag.

3.2 Patientudbytte

Udbyttet for patienter er i centrum i projekterne – både i forløbene for de konkrete patienter, som allerede er i behandling, men også for de borgere, der er på venteliste. Ændringer i de eksisterende patientforløb kan være til gavn for:

- de nuværende patienter, fx fordi de sparer tid ved ikke at tage til faste kontroller, men i stedet kommer hurtigt til i ambulatoriet ved behov, at de får en individuelt tilpasset behandling mv.

- de 'næste' patienter, fordi de kommer til udredning og behandling hurtigere, eller fordi analyse og opfølgning på PRO-data over tid giver bedre forudsigelser for behandlingsresultat en og derved kvalitet for behandlingerne.

Nedenfor uddybes forskellige perspektiver på patienternes udbytte af arbejdet med værdibaseret styring.

Hvilke former for patientudbytte arbejder projekterne mod?

Af projektbeskrivelserne fremgår det, hvilke former for patientudbytte, man ønsker at opnå ved at overgå til værdibaseret styring. Overordnet har flere projekter som formål at opnå bedre overholdelse af udrednings- og behandlingsret. På Udviklingshospital Bornholm ser man dog bedre overholdelse af udrednings- og behandlingsrettigheder som en sidegevinst ved de øvrige mål og ikke som et mål i sig selv. Derudover arbejder projekterne frem mod forbedringer i selve behandlingsprocesserne og behandlingsforløbene, så disse bliver mere individuelle og behovsstyrede til gavn for patienternes udbytte og oplevede kvalitet af behandlingen. Fx at:

- Patienterne skal opleve bedre sammenhæng i patientforløbene, fx fordi der er færre overgange, at de har kontakt til færre klinikere (fx kontakt til en fast læge eller et fast team af klinikere), eller fordi der er en god videndeling mellem hospital og primærsektor.
- Personer uden behov for fast/hyppig kontakt med hospitalet sparer tid, når hospitalskontakten omlægges til at være behovsbestemt fremfor faste kontroller.
- De personer, der har behov for kontakt til hospitalet, skal opleve, at de får den hjælp, de har brug for, når de har brug for den – både at de kan komme ind på hospitalet, eller at de kan ringe eller skrive. De skal opleve, at der er tid til at håndtere og drøfte de problemstillinger, de står i, uanset om en patient er nydiagnosticeret med en kronisk sygdom, er terminalt syg, har mange forskellige sygdomme, får flere forskellige slags medicin, eller når en patient er i en socialt belastende situation fx misbrug eller er uden netværk.
- Patientens handlekraft skal styrkes ved mere viden om sin egen sygdom og ved at blive inddraget i behandlingens tilrettelæggelse, så den understøtter det gode liv, sådan som patienten selv definerer dette. Flere af projekterne

arbejder med at gå fra standardiserede forløb og faste fremmøder til behovsbestemte forløb og fremmøder. Dette betyder, at patienter, der har ro i deres sygdom, vil blive tilset mindre på hospitalet. Men de skal være i stand til at kunne vurdere, hvornår der er behov for, at de kontakter hospitalet.

Et af projekterne har et mål om, at patienten skal kunne bevare sin tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette vil også kunne fungere som en måde at måle patient-udbyttet på. På Udviklingshospital Bornholm arbejder de bl.a. specifikt med at følge patienternes ønsker i den sidste levetid.

Interviewpersonernes bekymringer på patienternes vegne

Ved interviewene blev rejst en række bekymringer for, om værdibaseret styring – stik imod intentionen – kan gå ud over visse patienters udbytte. De bekymringer, der blev nævnt ved interviewene, præsenteres her. Bekymringerne er ikke nødvendigvis udtryk for konkrete, negative erfaringer, men mere forestillinger om, hvad der kan ske fremover.

Bekymring nr. 1: Manglende tryghed

I og med at en del af projekterne arbejder med, at patienterne ikke får en fast kontroltid men i stedet skal henvende sig til hospitalet ved behov, kan der være en bekymring om, hvorvidt patienterne rent faktisk er trygge ved denne løsning. Denne bekymring udspringer af, at mange patienter oplever tryghed ved at komme til regelmæssige kontroller. Det er også en kulturforandring for patienter, der har levet med en kronisk sygdom længe, ikke længere at skulle have næste kontrol i kalenderen. Der er en række tiltag, hvor personalet forsøger at støtte patienternes tryghed, fx ved at de kontakter patienterne telefonisk/via mail/Min Sundhedsplatform. Der også eksempler fra interviewene på, at afdelingerne udleverer kontaktoplysninger på andre, der vil kunne rådgive patienten (fx patientforeninger og kommunen).

Erfaring fra CAPTAIN-projektet på Nordsjællands Hospital viser, at patienter med KOL drager fordel af at have en fast kontaktsygeplejerske, da relationen er essentiel og skaber tryghed. Trygheden ved en fast kontaktsygeplejerske opvejer den utryghed, der evt. kan opstå ved de mange faste kontroller.

Bekymring nr. 2: Uopdagede behandlingsbehov

Der er også ved interviewene en bekymring for, at overgangen fra faste til behovsbestemte kontroller betyder, at forværring/behandlingsbehov ikke vil blive opdaget, fordi patienter ikke henvender sig, selvom der er kliniske grunde til dette. Der kan være mange grunde til, at en patient ikke henvender sig i sådan en situation: sociale problemer, manglende erkendelse af behovet eller et ønske om at være behandlingsfri.

En klinisk leder anfører et paradoks i, at man på hospitalet må respektere, at nogle patienter oplever det værdifuldt *ikke* at komme på hospitalet for hjælp. Andre interviewede klinikere udtrykker netop et ønske om at bruge den tid, der frisættes, fx ved at færre grundløse kontrolfremmøder erstattes af sub-akutte og/eller virtuelle tilbud, på netop at sikre sig, at alle, der måtte have behov, rent faktisk modtager det relevante hospitalstilbud, fx gennem opsøgende arbejde.

Forudsætningen for dette opsøgende arbejde er imidlertid, at der kan trækkes data om, hvilke patienter, der ikke har været i kontakt med ambulatoriet. Der er en bekymring blandt de interviewede for, om dette kan lade sig gøre.

Udsagnene viser, at hvis man tager parolen om at arbejde efter værdi for patienten, kan dette netop resultere i, at man skal stoppe med eller undlade at se patienten. Dette kan skyldes forskelle mellem den lægefaglige og den patientoplevede kvalitet. En forudsætning er, at det kun er patienter, der kan passe sin egen sygdom, og som kan vurdere behovet for kontakt til hospitalet, som kan overlades til behovsbestemt kontrol.

<u>Bekymring nr. 3: Praksislægernes kompetencer.</u>
Flere af omlægningerne i projekterne er afhængige af, at der er en anden aktør, som griber patienterne, så de får samme niveau af ydelser og resultater som i hospitalsregi. Der er også ved interviewene en bekymring om, hvorvidt de aktører, som overtager kontrollen af patienterne, kan løfte opgaven ressource- og kompetencemæssigt. Dette gælder fx patienter med KOL.

I overenskomsten med PLO er det imidlertid aftalt, at kontrolpatienter med KOL og diabetes skal overgå fra hospitalssektoren til egen læge. Ikke desto mindre viser eksemplet, at det er nødvendigt med et helhedssyn på udbyttet for patienterne af behandlingen på tværs af sektorer.

En af deltagerne siger:
"Patienternes liv hænger sammen med alt muligt andet, der kan også være sociale aktører som er gode at have med. Vi skal tænke bredere."

<u>Bekymring nr. 4: Fast læge vs. få kontakter</u>
Når faste kontroller erstattes af behovsbestemte, sub-akutte ambulante tider, kan det af rent praktiske grunde være vanskeligt for afdelingerne at honorere patientens eventuelle ønske om at se den faste læge, som de er vant til at blive set af. De interviewede klinikere fremfører derfor, at patientens tilhørsforhold, som nævnt ovenfor, må udvides til at være til et team eller til hele ambulatoriet. Det skal dog bemærkes at dette kan være i modstrid mod ønsket om færre kontaktpersoner. Imidlertid er der blandt de interviewede klinikere en erfaring med, at dette kan være problematisk for kronikere, da relationen mellem kliniker og patient betyder så meget for den kroniske patient, at den vurderes i sig selv at have en forebyggende effekt.

Der kan dæmmes op for dette problem i ambulatorier ved at gentænke den måde, man arbejder på i ambulatoriet. Som nævnt ovenfor kan man undlade at booke patienter til alle tider i en given læges ambulatorium, hvor lægens kendte patienter så kan få en sub-akut tid (se forudsætninger for dette ovenfor).

Bekymring nr. 5: Patienterne får stort ansvar for egen sygdom
En af de interviewede kliniske ledere udtrykker ved interviewet, at han har en bekymring for, om patienterne kommer til at leve FOR deres sygdom frem for MED deres sygdom, fordi de selv skal holde øje med deres sygdom (evt. vha. elektroniske gadgets) for at vurdere behovet for at tage kontakt til en læge. Denne bekymring relaterer sig til en bredere (og uundgåelig) udvikling i samfundet med tilgængeligheden af apps og andre teknologier, som kan bruges til selvmonitorering døgnet rundt.

Hvordan afdækkes patienternes udbytte?

Projekternes arbejde med PRO er generelt i sin vorden, selvom det er gennemgående ved interviewene, at man gør sig mange tanker om PRO. De fleste af projekterne er ikke kommet i gang med at anvende PRO-skemaer, da man dels afventer nationale validerede PRO-skemaer, dels afventer at Sundhedsplatformen har ressourcer til at bygge PRO-skemaer i Sundhedsplatformen.

På Ortopædkirurgisk Afdeling på Herlev og Gentofte Hospital er man gået konkret i gang med anvendelse af PRO-data, som skal ind i Sundhedsplatformen (se beskrivelse i boks nedenfor).

Eksempel: PRO-data blandt ortopædkirurgiske patienter
I projektet på Ortopædkirurgisk Afdeling på Herlev og Gentofte Hospital har man udarbejdet skemaer, som patienterne skal besvare før og flere gange efter behandling. Informationerne herfra skal bruges dels til visitation af patienter til operation, dels til monitorering af behovet for, at patienten kommer til kontrol på hospitalet efter operation. Begge dele hviler på internationalt anerkendte og validerede PRO-skemaer og algoritmer. Data vil på længere sigt også kunne bruges til at udvikle behandlingen. Skemaet er pt. i gang med at blive sat op i Sundhedsplatformen.

På Finsencentret har man siden juni 2018 arbejdet med at lade patienterne besvare spørgsmål[1] om deres oplevelse af behandlingen:

Eksempel: Måling af patienternes tryghed og handlekraft
På Finsencentret får patienterne to spørgsmål som led i den løbende patienttilfredshedsundersøgelse:

- "Er du tryg ved den plan, der er lagt for din behandling?"
- "I hvilken grad oplever du at få støtte og vejledning til selv at håndtere symptomer/bivirkninger under din behandling?"

Spørgsmålene er udviklet i et samarbejde mellem Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA), som også har valideret spørgsmålene.

På centeret følger man op på data med henblik på at identificere et eventuelt forbedringsbehov. Indtil nu har patienternes vurderinger været pæne og som følge deraf ikke givet anledning til forbedringsindsatser.

Erfaringerne er, at selv når der foreligger et valideret skema, tager det tid at få de tekniske løsninger til at fungere i hhv. Den Løbende Patienttilfredshedsmåling eller i Min Sundhedsplatform.

Ved plenumdrøftelserne blev der udtrykt en bekymring for kvaliteten, hvis der bliver anvendt ikke-validerede/ikke-anerkendte spørgsmål til indhentning af PRO-data. I de nævnte eksempler på indhentning af PRO-data er dette ikke tilfældet, og fremadrettet er der mulighed for at arbejde med udvikling af PRO-skemaer på tværs af hospitaler og regioner samt at bruge internationale erfaringer. Dette ville også dæmme op for et andet problem, der kan opstå: at der parallelt bliver anvendt forskellige skemaer til samme patientgruppe på forskellige hospitaler.

Patienternes udbytte af behandlingen kan også måles på objektive kriterier som fx resultater på prøvesvar. Nogle projekterne oplever dog vanskeligheder med at trække aggregerede data ud af Sundhedsplatformen.

Ved interviewene nævnes også måling af patienttilfredsheden, hvilket som bekendt ikke er en måling af patientudbytte. Forestillingen er, at tilfredsheden vil stige, som følge af fx mere behovsbestemte kontroller. På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital igangsættes næste år et projekt, hvor der spørges til

[1] Spørgsmålene er en del af det katalog over validerede spørgsmål, som KOPA har udarbejdet, og som kan ses her:
https://intranet.regionh.dk/regi/patient/kvalitet/patienttilfredshed/patientfeedback/Documents/Spoergsmaalskatalog_DLP_aug%202018.pdf

tilfredsheden hos patienter med diabetes, der går til kontrol hos deres egen læge fremfor på hospitalet.

3.3 Ressourceanvendelse

En aldrende befolkning, højere krav til rettidig udredning og behandling, lægemangel o.a. er faktorer, som kræver, at hospitalerne ser på mulighederne for at fjerne ikke-værdiskabende aktiviteter og afprøve nye kontaktformer. Projektdeltagerne gav udtryk for, at takstfrisættelsen har givet mulighed for, at afdelingerne kan overveje nye organisationsformer eller nye patientforløb, uden at de straffes for ikke at levere det forventede antal DRG-point.

For overblikkets skyld er projekterne er kategoriseret efter hvilken form for ændring i ressourceanvendelsen, de har som hovedfokus:

Tabel 1: Oversigt over tiltag for mindre ressourceintensive forløb

	Udviklingshospital Bornholm	Hjertecentret/ RH	Finsencentret/ RH	VRR [2]/ RH	KOL / AHH	Ortopædkirurgi / HGH	Lunge- og infektions-medicinsk amb./ NOH	Diabetesamb. / BFH	Fællesamb. Frederiksberg	Fællesamb. Amager
Akut indlagt til sub-akut ambulant	X									X
Færre overgange	X	X		X					X	
Ambulant til kommune				X						
Indlagt til hjem			X							
Faste kontrol på hospital til egen læge					X		X	X		
Fast kontrol til behovsbestemt kontrol	X	X	X	X	X	X	X			
Bedre visitation	X	X		X		X	X		X	

Nedenfor gennemgås de syv temaer enkeltvis.

Faste kontroller til behovsbestemte kontroller

De fleste projekter - 7 ud af 10 - arbejder med at omlægge faste kontroller til behovsbestemte kontroller. En konsekvens af faste kontroller er at klinikerne ser

[2] Videnscenter for Reumatologi og Rygsygdomme

for mange patienter, som ikke nødvendigvis har behov for at komme på hospitalet på det tidspunkt, de har fået tildelt en tid. På et af hospitalerne har man spurgt patienterne, om de var tilfredse med deres kontrolbesøg. 15% af patienterne var ikke positive over for besøget, men mente at besøget var unødvendigt.

Afhængigt af hvad det er for en afdeling, eller hvad det er for en sygdom patienten har, betyder en fast kontrol noget forskelligt:

- På en kræftafdeling kan en fast kontrol betyde, at patienten efter endt kemobehandling kommer til faste rutinemæssige kontroller de kommende 5-10 år. De første år kommer patienten ofte til kontrol, og efterhånden som årene går, er hyppigheden aftagende.
- På en ortopædkirurgisk afdeling kan en fast kontrol betyde, at patienten efter en gennemført operation skal til en kontrol, uanset at det viser sig, at langt de fleste patienter har det godt. De patienter, der ikke har det godt, kan opfanges ved, at patienterne indrapporterer PRO-oplysninger om smerte, manglende førlighed eller lignende.
- På en medicinsk lungeafdeling kan en fast kontrol være, at man ser en patient, som er diagnosticeret med KOL, regelmæssigt resten af livet, uden at tage hensyn til hvordan patienten faktisk har det.
- På en reumatologisk afdeling har patienter med gigtsygdom ikke nødvendigvis smerter hele tiden, men til gengæld kan det være mere værdifuldt at kunne komme til kontrol, når smerterne er tiltagende – eller når der i øvrigt er behov.

Når de faste kontroller afskaffes, betyder det, at patienterne skal have et tilbud om, hvordan de kan komme i kontakt med afdelingen på anden vis, såfremt der opstår et behov. Dvs. patienterne får udleveret telefonnummer til afdelingen, således at de til enhver tid kan komme i kontakt med en kliniker på afdelingen. Haster det mindre, og har de mulighed for at anvende virtuelle medier, kan patienterne sende beskeder via Min Sundhedsplatform, eller de kan selv bestille en tid til kontrol via Min Sundhedsplatform. Der er ingen af projekterne, som har oplevet at blive "lagt ned" af henvendelser, når patienterne får øgede muligheder for at kontakte afdelingerne via telefon eller e-mail. Erfaringerne viser, at patienterne kontakter afdelingen, når der er reelt behov.

En udfordring ved at patienterne skal have tid, når de har behov, er, at det kan være sværere at planlægge hvor mange ambulatorietider, der skal være til rådighed for patienterne, da planlægningshorisonten bliver kortere. For at patienterne skal føle tryghed ved ikke at komme til de faste kontrolbesøg, skal patienterne opleve, at de kan komme, når behovet opstår, fx når de mærker smerter. Dvs. der skal arbejdes med hele tiden at have ledige tider til sub-akutte patienter.
Omvendt er det projekternes fornemmelse, at når patienten bestiller sin egen tid, kommer der færre aflysninger. Det kan tænkes, at patienten sjældnere aflyser en

tid, han selv har booket, og som er affødt af et behov for lægekontakt på det pågældende tidspunkt.

Andre erfaringer viser, at virtuelle kontroller eller e-mailkonsultationer i nogle tilfælde også kan klares af lægesekretærer eller sygeplejersker, uden at der bruges dyr og værdifuld lægetid på det.

Fast kontrol på ambulatorium til egen læge

På Hvidovre Hospitals Medicinske Afdeling, på lunge- og infektionsmedicinsk ambulatorium på Nordsjællands Hospital og på Bispebjerg Hospitals Endokrinologiske Afdeling arbejdes der med, hvordan patienter diagnosticeret med KOL og diabetes type-2 kan afslutte behandling og kontrol i hospitalsregi og overføres til behandling og kontrol hos alment praktiserende læge. Dette betyder, at hospitalerne i højere grad skal vejlede de praktiserende læger mht., hvordan patienterne skal behandles. Hvidovre Hospital nævner, at når flere patienter overføres til praksissektoren, skabes der plads til flere udrednings- og behandlingskrævende patienter. Bispebjerg Hospital nævner, at de i højere grad skal bruge tiden på at vejlede og rådgive praksissektoren.

For patienterne er formålet, at der kommer en bedre sammenhæng i behandlingen og færre kontakter og færre instanser. For læger i almen praksis betyder det et større ansvar i forhold til behandlingen.

Bedre visitation til hospitalsydelse

Bedre visitation betyder, at der arbejdes med et bedre forarbejde, før patienterne kommer til udredning og behandling, således at patienterne ikke kommer unødigt på hospitalet.

På Ortopædkirurgisk Afdeling på Herlev og Gentofte Hospital har man vurderet, at flere af patienterne aldrig skulle være kommet på hospitalet, men patienterne kunne være blevet visiteret hjemmefra eller af egen læge ved hjælp af PRO. Således arbejder Ortopædkirurgisk Afdeling med PRO-skemaer til patienterne i forhold til visitering. Patienterne kan svare på et spørgeskema (PRO-data), og ud fra en internationalt valideret algoritme kan det fastlægges, om det vurderes nødvendigt, at patienten ses af en hospitalslæge til videre udredning. Således behøver alle patienter ikke at møde på hospitalet for at få at vide, at de ikke skal opereres. Skemaet kunne optimalt allerede udleveres af den praktiserende læge.

På Rigshospitalets Hjertecenter forbedrer man anvendelsen af Multi Disciplinære Team (MDT) konferencer – møder, hvor man samler læger fra flere specialer - for således at forbedre visitationen og sikre, at patienterne hurtigere kommer til den rette behandling.

På Nordsjællands Hospital arbejdes der på, at det ved visitation til udredning sikres, at henvisningen er fyldestgørende udfyldt, og at øvrige forudsætninger for

hurtig udredning (prøvesvar etc.) er til stede, inden patienten visiteres til et udredningsbesøg.

Færre overgange og bedre sammenhæng

Øget specialisering har skabt øget silotankegang, både inden for et speciale men også mellem specialerne. Udgangspunktet for de fælles medicinske ambulatorier er, at man ville samle flere specialer under samme tag, så patienter med flere sygdomme ikke skal komme flere gange på hospitalet, men nøjes med at komme et færre antal gange og opleve, at der bliver taget hånd om alle sygdomme på én gang.

På Rigshospitalets Hjertecenter arbejdes med at samle forløbene og sikre færre overgange mellem afdelingerne på centeret. Her har patienter oplevet at blive overført fra et fysisk afsnit til et andet afsnit afhængig af, hvor de var i forløbet, fx om det var før eller efter operation. Dette forsøger man at samle, så det giver bedre mening for patienterne, og patienterne føler større tryghed.

På Udviklingshospital Bornholm har man arbejdet med brug af videokonferencer med deltagelse af patienter, hospitalspersonale, praktiserende læger og evt. medarbejdere fra kommunen for at sikre et sammenhængende patientforløb samt forebygge genindlæggelser ved at omlægge akutte indlæggelser til sub-akutte ambulant besøg.

Det fælles medicinske ambulatorium på Amager Hospital har foruden at arbejde med at samle flere specialer under samme tag også i høj grad arbejdet med at omdanne akutte tider til sub-akutte tider. Dvs. i stedet for at patienterne indlægges akut om aftenen, tilbydes patienterne at komme til en kontrol/behandling næste dag. Hvor der er et reelt tilbud til patienterne, og hvor læger, sygeplejersker samt diagnostik i højere grad er samlet, og man kan give den rette hjælp. Formålet med denne omlægning er, at ressourcerne kan bruges bedre, og at patienterne ikke indlægges unødigt på hospitalet, med de konsekvenser dette kan medføre. Dette gælder naturligvis kun patienter, som har mulighed for fortsat at være hjemme.

Udfordringen ved dette er, at hospitalet skal arbejde med, hvordan de kan tilpasse kapaciteten på sub-akutte tider til patienterne, og der er et behov for, at tilbuddet bliver mere kendt i primærsektor og i akuttelefonen 1813.

Udviklingshospital Bornholm har afprøvet og senere implementeret en visiterende/rådgivende funktion, hvor almen praksis har mulighed for at konferere med en overlæge på hospitalet. Sammen lægger hospitalet og almen praksis den mest optimale behandlingsplan for patienten. Almen praksis drøfter planen med patienten. Udfaldet kan enten betyde, at patienten bliver hos egen læge, at patienten får en sub-akut tid i medicinsk ambulatorium, eller at patienten indlægges.

Samtidig skal hospitalerne arbejde med en kulturændring på ambulatorierne, hvor man i højere grad accepterer, at ambulatorierne ikke altid er fyldt med patienter, men at der nogle dage arbejdes med kun delvist fyldte ambulatorier.

Fra indlagt til hjem

På Rigshospitalets Finsencenter har man arbejdet med, at patienterne i højere grad skal blive i eget hjem - ikke kun i stedet for at komme på hospitalet ambulant, men også i stedet for at blive indlagt. Det betyder, at hospitalet arbejder med udgående teams, som tager hjem til patienterne for at sikre sig, at patienterne og deres pårørende er i stand til at varetage plejen og behandlingen, evt. også i samarbejde med kommunens hjemmesygeplejersker.

Fordelen ved, at patienten kan blive hjemme er, at de er i trygge omgivelser sammen med familie og pårørende, at de i højere grad undgår hospitalsinfektioner mv., og der spares en indlæggelse og de ressourcer, der bruges på dette.

Fra ambulant behandling på hospital til kommunalt tilbud

På Videnscenter for Reumatologi og Rygsygdomme arbejdes der med, at mindre komplekse ydelser kan varetages i kommunalt regi tættere på eget hjem.

3.4 Styringsmodel

Ved styringsmodel forstås hvilke mål, hospitaler og afdelinger skal styre imod uden, at der nødvendigvis tildeles budget/økonomi afhængigt af, i hvor høj grad det lykkes at opnå målene.

Takstfrisatte afdelinger oplever stadig høj grad af styring

Det har været forskelligt for projekterne, hvordan de har oplevet takststyringsfrisættelsen. Nogle projektdeltagere udtrykker, at det har været en befrielse at blive takstfrisat, og at de har kunnet tænke frit til at omlægge forløb uden at skulle tænke på aktiviteten.

Andre projektdeltagere giver udtryk for, at de ikke har kunnet mærke, at de var takstfrisat, men snarere havde en oplevelse af at være "dobbeltstyret". Dette blev primært fremført af repræsentanter fra

afdelinger, hvor kun en del af klinikken/afdelingen er takstfrisat, og en anden del af afdelingen ikke er takstfrisat. Disse har oplevet, at de har haft sværere ved at omlægge aktiviteten til færre fremmøder, fordi de har været bekymrede for de negative økonomiske konsekvenser heraf.

Atter andre sagde, at selvom projekterne har været takstfrisat, er det ikke ensbetydende med, at projekterne oplever at være "*ustyret*", som en af deltagerne sagde. "*Der er stadig masser af parametre, der styres på*". Der styres bl.a. på

- nationale kvalitetsindikatorer
- udrednings- og behandlingsret
- overholdelse af pakkeforløb

Input til styringsmodel

Følgende mål går generelt igen i projekterne:

- Højere patientinddragelse
- Højere faglig kvalitet i behandlingen
- Højere patientoplevet outcome
- Mere effektiv ressourceanvendelse.

I praksis arbejder alle projekter aktivt for at realisere disse mål, og desuden retter alle projekter - hvor det er relevant - fokus på mod overholdelse af udrednings- og behandlingsretten.

Projekterne har ikke udviklet en komplet lokal målstyring, men flere af dem er i gang med dette:

- PRO-skemaer, som man arbejder med på Ortopædkirurgisk Afdeling på Herlev og Gentofte Hospital, vil kunne anvendes til at måle på outcome af behandlingen på knæ- og hoftepatienter.

- Rigshospitalets Finsencenters to spørgsmål om tryghed og handlekraft i de løbende patienttilfredshedsmålinger.

- Lunge- og Infektionsmedicinsk Afdeling på Nordsjællands Hospital arbejder med at opstille styringsparametre og skelner i den forbindelse mellem udredning og behandling samt mellem procesindikatorer og succeskriterier.

En deltager foreslog, at antallet af virtuelle besøg kan være en måde at måle på, om man lykkes med at omlægge fysiske besøg til virtuelle besøg. Dette flugter også

med aftalen om regionernes økonomi for 2019, hvor en stigning i andelen af virtuelle sygehusforløb er et af kriterierne for nærhedsfinansiering[3].

Enkelte af projektdeltagerne mente, at DRG har nogle fordele som styringsværktøj, idet man generelt kan vægte aktiviteten.

En deltager sagde, at de i deres projekt havde erfaret, at det er svært at måle på fagligheden. En af de måder, de havde overvejet at måle på faglig kvalitet, er at lade læger i ambulatoriet svare på, om de ved konsultationens start havde alle relevante informationer om patienten til rådighed for at kunne træffe en kvalificeret klinisk vurdering/beslutning. En sådan monitorering vil kunne bruges til at følge op på procesforbedringer.

Et andet konkret forslag, der kom frem på mødet, var at spørge lægerne, om de oplever at have de rigtige værktøjer til rådighed for at give den behandling/de tilbud, der ville give størst værdi for patienten. Dette kan fx være kompetencerne til at tage 'den svære samtale' med patienten, eller kendskab til tilbud i primærsektor, der kan hjælpe patienten.

Projekterne kan af naturlige årsager ikke dokumentere resultaterne endnu, for som en af direktionsmedlemmerne sagde på fællesmødet:

"det ved vi først på længere sigt, da outcome først kan måles om lang tid."

Bekymringer omkring målstyring

Projekterne gav generelt udtryk for bekymringer omkring anvendelse af værdi for patienten til styringsformål. En af projektdeltagerne sagde:

"Der er en konflikt i at gøre noget subjektivt objektivt."

Ved interviewene fremgik det, at den store diversitet blandt hospitaler og specialer nødvendiggør forskellige styringsmodeller.

Baseret på deltagernes udsagn skal man vurdere, om man hellere skal tillade diversitet. Afhængig af hvad det er for en diagnose eller afdeling, vil der være forskellige måder at måle kvaliteten på, fx:

- En patient med grå stær gennemgår en kataraktoperation. Det er en succes om patienten efterfølgende kan se.

[3] Kilde: Aftale om regionernes økonomi, side 6

- To patienter har problemer med ryggen. Den ene patient ønsker at blive smertefri, den anden patient er ligeglad med smerter, bare han kan klatre i bjerge igen.

Enkelte af projekterne savnede at vide, hvad intentionen er med værdibaseret styring. De efterspurgte definitionen på "hvad er værdi for patienten", hvad er det der styres henimod? Andre gav udtryk for, at dette skulle defineres i afdelingerne, og at der skulle være en "bottom-up" proces.

> *"Hvad er det vi skal løbe efter? Særligt i forhold til nærhedsfinansiering? Hvad er målet? Jeg har svært ved at definere hvordan jeg skal komme i mål, hvis ikke jeg kender det."*

Deltagerne synes, at det er svært at sige, hvordan der kan måles på "værdi". Det er nemmere at måle på "produktion". Dvs. antallet af fremmødte eller antallet af behandlede frem for at måle på, hvilken værdi behandlingen giver. Det er også nemmere at måle på dødeligheden i antal år og dage, fremfor at måle på om patienterne har et værdifuldt liv.

Der er også flere af projekterne som tilkendegav, at de ikke vil styres på modsatrettede eller konkurrerende styringsparadigmer, og at det er vigtigt med entydighed. De projekter, som har en oplevelse af at være dobbeltstyret, frygter 'sanktionen' ved at overgå til værdibaseret styring.

> "*Det må ikke ende med en dobbeltstyring af os. Vi ved ikke hvad værdibaseret styring er, og så kan vi jo ikke give los på aktivitet før vi VED, hvad det indebærer*"

Det er vigtigt at overveje, hvad det er som sker, når der fokuseres på modsatrettede parametre. DRG-aktiviteten kommer fortsat til at spille en rolle, når regionens økonomi skal gøres op, fordi Regeringen og Danske Regioner er enige om, at aktivitet opgjort som DRG-/DAGS-produktionsværdi også fremover ses som en del af monitoreringen på sundhedsområdet. Danske Regioner har derfor som led i aftalen om en ny styringsmodel for 2019 forpligtet sig på at fastholde fokus på aktivitet, fx som led i vurderingen af målopfyldelsen for nærheds-finansieringen[4].

En enkelt deltager udtrykte bekymring for, om man ville benchmarke afdelingerne. Han sagde, at afdelingerne er forskellige og har forskellige udgangspunkter. Ligesom en deltager efterspurgte, hvordan det er muligt at måle på kompetenceudvikling.

[4] Kilde: Aftale om regionernes økonomi for 2019, side 7.

I direktionsgruppen og en af klinikergrupperne var anbefalingerne, at politikerne melder ud hvad regionens overordnede succeskriterier er, og hvorfor de er vigtige at nå. Herefter skal hospitaler og afdelinger have ansvaret for den konkrete plan for, hvordan disse overordnede mål nås, fx ved at man her analyserer, hvordan processerne skal tilrettelægges lokalt for at leve op til de regionale succeskriterier. Opstilling af procesindikatorer og igangsættelse af forbedringsindsatser på baggrund af monitorering af disse skal ligeledes være et lokalt anliggende.

Flere ønskede mere tillid og mindre kontrol og henviste til de nationale kvalitetsmål, som de er underlagt, samt Region Hovedstadens Lederskabsprisme, som siger mere ledelse og mindre styring. Et hovedindtryk fra mødet var, at det er vigtigt med incitamenter til at skabe værdi for patienterne, uden for stram styring, og at målene skal være få, entydige og simple.

Dilemmaer og utilsigtede konsekvenser

Deltagerne er opmærksomme på dilemmaer og negative sideeffekter, hvis der opstilles for simple mål på noget så komplekst og forskelligartet som 'værdi for patienten'.

I dag har patienterne ret til at blive udredt inden for 30 dage og efterfølgende behandlet. Det vil sige, der følges op på om afdelingerne overholder denne rettighed. For at gøre målet enkelt, følges op på, hvor mange % af patienterne, som får tilbudt udredning inden for 30 dage.

En uhensigtsmæssig sideeffekt er, at afdelingen vælger de patienter, hvor der er mulighed for at overholde udredningsret, frem for de patienter, hvor det alligevel ikke lykkes at overholde udredningsretten. Om fristen for patienten er overskredet med 1 dag eller 30 dage, har ingen betydning for opgørelsen af målet.

DILEMMA:
På en afdeling er der en ledig tid om 3 dage, den næste ledige tid er først om 7 dage. Der er en patient, som har ventet i 31 dage, og derudover er der en række patienter, som har ventet i 24 dage eller mindre.

Hvem skal have tiden om 3 dage? Hvis en patient, som har ventet i 24 dage, får tiden, forbedres overholdelsen af udredningsretten. Hvis patienten, som har ventet i 31 dage, får tiden, betyder det, at overholdelsen af målet om udredningsret forringes.

I flere af grupperne blev der talt om, at der er behov for, at der kommer en debat, som omhandler, hvor længe vi skal fortsætte med at behandle, og hvilken værdi det giver for patienterne. Klinikerne vil gerne give en behandling af høj faglig kvalitet, men hvis patienterne efter den "svære samtale" vælger at frasige sig

behandling, og når klinikerne i højere grad skal respektere patienternes evt. fravalg af behandling, så kan det betyde negativ effekt på kvalitetsparametre, som fx kræftoverlevelse.

Enkelte projektdeltagere påpegede, at det er vigtigt, at interessenterne involveres i en styringsmodel. Dvs. at den styringsmodel, som implementeres, giver mening for hospitalet men også giver mening for kommuner og praksissektoren.

3.5 Afregningsmodel

Ved afregningsmodel forstås et system til tildeling af budget til hospitaler og afdelinger. Afregningsmodellen har indtil nu været på baggrund af DRG-aktivitet. Det skal afklares, om og hvordan 'værdi for patienten' kan indgå i en afregningsmodel, herunder hvordan projekternes erfaringer kan indgå i disse overvejelser.

Ingen af de deltagende projekter kan lige nu pege på en mulig afregningsmodel, hvori "værdi for patienten" indgår. De projekter, hvor der har været flere afregningsmodeller på afdelingsniveau, fortæller om vanskeligheder ved manglende entydighed ved målopfyldelse.

Det projekt, som har været mindst præget af dobbelttydighed i afregningsmodellen, har været Bornholms Hospital, hvor hele hospitalet har været takstfrisat. Rigshospitalets Hjertecenter og Finsencenter har også været totalt takstfrisatte, men da de har store samarbejdsflader til andre centre og klinikker på Rigshospitalet, kan det medføre vanskeligheder, når der skal laves om i patientforløb, fordi dette kan have afregningsmæssig betydning for andre centre/ klinikker.

Rigshospitalets Videnscenter for Reumatologi og Rygsygdomme har kun været delvist takstfrisat, da rygoperationerne ikke har været takstfrisat. For de øvrige projekter har det kun været enkelte dele af afdelingen, som har været takstfrisat, hvilket har betydet, at afdelingerne hver især har haft flere styringsparametre, og det har været svært for medarbejderne at finde rundt i.

Dette er en konkret erfaring, som afdelingerne har fået i arbejdet med værdibaseret styring. Dengang afdelingerne søgte om at blive takststyringsfrisat, var de ikke opmærksomme på denne problemstilling.

De fælles medicinske ambulatorier på Amager og Frederiksberg har ikke været takstfrisat, hvilket har betydet, at omlægningen har været svær, fordi de fortsat skal tænke på at opnå aktivitet. En af de interviewede udtrykker det således:

"Det er skræmmende med de tomme tider i ambulatorierne".

I forbindelse med PLO-overenskomsten for 2018 blev det besluttet, at patienter med type 2 diabetes og patienter med KOL, som går til kontrol i både hospitalsvæsen og hos praktiserende læge, skulle afsluttes i hospitalsregi og ansvaret flyttes til praktiserende læger. Her var det denne overenskomst, som var anledningen til at disse to afdelinger på hhv. Bispebjerg Hospital og Hvidovre Hospital blev takstfrisat og skulle afprøve værdibaseret styring.

Flere af deltagerne påpeger, at incitamentstrukturen skal være klar, og at hvis man ønsker, at hospitalerne skal styre mod at blive mere ressourceeffektive, så skal de have lov til at beholde nogle af de sparede ressourcer. Hvis hospitalernes budget reduceres, hver gang de effektiviserer for at opnå en større ressourceeffektivitet, falder incitamentet til at effektivisere. Flere af projekterne påpeger, at det er vigtigt, at politikerne har tillid til, at de behandler og effektiviserer det, de skal.

I dag måler vi på hvor meget, der produceres, eller hvor meget der ydes i DRG-værdi, dvs. afregningsmodellen fokuserer på hospitalsproduktion: hvor mange patienter behandles, og hvor omfattende en behandling får de. Fremover skal hospitalerne bruge en større del af deres tid til rådgivning, dels rådgivning af patienter via patientskoler, men også rådgivning af primærsektor, fx praktiserende læger i behandling og opfølgning på patienter med hhv. KOL og diabetes type-2. En fremtidig afregningsmodel skal tage højde for dette.

Nærhedsfinansiering drejer sig bl.a. om reduktion i antal DRG-sygehusforløb pr. borger og reduktion i DRG-værdi pr. kroniker (med KOL og/eller type 2 diabetes). Flere af projekterne er allerede nu bekymrede for, hvordan økonomien/ budgetterne vil blive påvirket af, at de allerede har differentieret mellem patienterne og allerede har formået at reducere i antallet af kontrolbesøg, fx fordi de har afsluttet patienterne i hospitalsregi og sendt dem til de praktiserende læger.

Fra et enkelt hospital blev det nævnt, at afdelingerne er varsomme med at tage 'alt guldet ud af skabene på én gang', fordi man så har noget tilbage, man kan hive ud, når besparelserne kommer.

4. Afsluttende bemærkninger

Projekterne om værdibaseret styring har oplevet, at takstfrisættelsen har givet dem luft og energi til at til at tænke anderledes og mere frit i forhold til, hvad der giver mest værdi for patienten. De har ikke været hæmmet af at skulle tænke over, hvilken aktivitet de skal akkumulere.

Projekterne har alle arbejdet med mere værdibaseret sundhed og de styrer alle mod 'mere værdi for patienterne' ved at:

- Inddrage patienterne i, hvilken behandling de vil have, hvordan den skal gives og spørge patienterne, om de er tilfredse med det de får.
- Arbejde mod den rigtige kvalitet i behandlingen, så patienterne bliver raske, overlever og også bevarer tilknytning til arbejdsmarkedet.
- Arbejde mod mere ressourceeffektive forløb, både i forhold til patienter og personale, således at
    - patienterne ikke skal komme oftere på hospitalet end højst nødvendigt
    - personalet kan nå at behandle flere og andre patienter
- udrede og behandle patienterne til tiden.

Patientinddragelse
For de fleste af projekterne er patientinddragelse et mål. Hvis man skal vide, hvad der giver mest værdi for patienterne, er det vigtigt at spørge patienterne. Mange steder inddrages patienterne allerede tidligt i forløbet. I de fleste af projekterne og på de fleste hospitaler og afdelinger er patienterne således inddraget i den organisatoriske del. De deltager i styregrupper og i ansættelsesudvalg og er således med i vigtige ledelsesbeslutninger som fx i ansættelsen af de kommende ledere. På den måde er de med til at sætte dagsorden for, hvad det er for værdier, der skal være i fokus i forbindelse med behandling og tilrettelæggelse heraf i fremtiden.

At gå i dialog med den enkelte patient er vigtigt i tilrettelæggelsen af den individuelle patientbehandling og i den enkelte patients behandlingsforløb. Patienten og de pårørende kan her være med til at sætte mål for, hvad de skal nå, og evt. hvad det er for en behandling, der skal iværksættes.

Patientinddragelse er godt, hvis patienten bliver hørt. Men ønsker patienterne altid at få et valg? Mange tænker, at lægerne har forsket i hvilke behandlingsformer, der virker bedst, og nogle patienter vil gerne helst bare være 'standardpatienter', for hvem det giver tryghed at gennemgå en standardbehandling med

et standardforløb. Nogle gange ved patienterne heller ikke, hvilke muligheder de har, og dermed hvad det er der er realistisk at opnå.

En stor del af de patienter, som har et forløb på hospitalerne, er i den seneste fase af deres liv. Her er der store udfordringer i, hvordan disse patienter inddrages i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet, og i hvordan man måler på, hvad der giver værdi.

Udfordringer ved at måle
På nuværende tidspunkt er det en stor udfordring at måle på, hvad der giver værdi for patienterne. Dels fordi implementeringen af anvendelsen af PRO endnu ikke er så fremskreden, dels fordi hospitalerne ikke er vant til at måle på, om patienterne fortsat har tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er også en udfordring, at outcome nogle gange først opnås på langt sigt. Der kan måles på, om patienterne overlever en behandling på kort sigt, dvs. inden for 30 dage. Der kan også måles på, om patienterne påføres en skade, får liggesår eller lignende. Men afdelingen, som har behandlet patienterne, ved ikke, om patienterne overlever på langt sigt, dvs. om 10 eller 20 år eller måske på endnu længere. Det er desuden en udfordring at skulle styre på meget langt sigt. Endelig kan det også være svært at måle og styre på, om det liv, som patienterne lever, giver dem værdi.

Svært at afregne
De ovenfor nævnte styringsudfordringer er endnu sværere at håndtere, når eller hvis outcome og værdimål skal indgå i en afregningsmodel. Eller når hospitaler og afdelinger skal have tilpasset deres budget i forhold til den værdi eller den manglende værdi, de bibringer patienterne samlet set.

Betyder en afregning efter 'værdi for patienten', at der skal findes en ny møntfod for dette? Eller skal der tillades en stor diversitet med mange individuelle mål? Og hvordan skal afdelingerne styre mod 'mere værdi for patienten', når værdien for mange først kan måles på meget langt sigt?

Skal hospitalernes/afdelingernes budget reduceres, når mortaliteten stiger, når infektionsraten stiger, eller når hospitalet ikke overholder udrednings- og eller behandlingsretten? Kan det tænkes, at det vil hjælpe at reducere budgettet, når kvaliteten eller patienttilfredsheden falder?

Udfordringen er at finde ud af, hvordan afdelingerne kan få et incitament til hele tiden at arbejde for 'mere værdi for patienten', samtidig med at sundhedsvæsenet fortsat bliver mere presset på ressourcer som følge af flere behandlingsmuligheder og en fortsat aldrende befolkning.