

## KAPITEL 1 Introduktion og teoretisk baggrund

Hvis man samlede alle ressourcer til sundheds- og socialydelser i et givet samfund og havde muligheden for at planlægge leveringen af sundheds- og socialydelser uden begrænsninger i måden, hvorpå disse blev planlagt, bortset fra summen af ressourcer, ville det resulterende system da ligne noget, vi kender i dag? Selvom dette kan lyde som et absurd forslag, er denne tankegang ikke desto mindre den eneste måde at opnå bevægelse hen imod et optimalt system. Jeg har ikke mødt én person, som jeg har delt denne tanke med, der ikke straks anerkendte potentialet for seriøs positiv udvikling baseret på en sådan strategi. Spørgsmålet er: "Hvad venter vi på?" Disse retningslinjer er designet som en manual til at bevæge sig i den retning med solid argumentation for de fleste aspekter af, hvad denne strategi kunne støde på fra modstandere, der mener, at tradition bør bevares.

På trods af alle forskelle, der eksisterer fra land til land i leveringen af sundhedsydelser, er der en bemærkelsesværdig lighed mellem sundhedssystemerne i industrialiserede lande med hensyn til tre hovedområder:

1. **Koordinering af pleje:** Alle disse systemer viser en bekymrende mangel på koordinering mellem sektorer, især mellem den sociale og sundhedsmæssige sektor, men også mellem primær- og hospitalssektoren og internt inden for sektorerne. Det konceptuelle grundlag for dette dokument er, at givet den rene størrelse og mangfoldighed af de funktionelle enheder, der i øjeblikket leverer sundhedsydelser, er optimal koordinering fra patientens perspektiv i sig selv uopnåelig, medmindre man tilpasser de nedenfor beskrevne koncepter.
2. **Kvalitetsudvikling og -forbedring:** Sundhedssystemernes sundhedsmæssige indflydelse er dårligt dokumenteret, og de få eksisterende data peger på klare mangler. Den rettidige og kvalitetsorienterede registrering af ydelser er stadig rudimentær og har brug for betydelig udvikling, før der kan opnås gode fremskridt.
3. **Ledelse af sundhedstjenester:** I alle disse systemer er der alvorlige problemer med ledelsen, hvoraf det mest åbenlyse og alvorlige problem er spørgsmålet om konstant stigende reelle omkostninger. Budgetternes og personalets størrelse i disse systemer gør dem praktisk talt uoverskuelige, og alt for få sundhedssystemadministratorer er villige eller i stand til at kommunikere effektivt med sundhedspersonalet.

Disse mangler i sundhedssystemerne i industrialiserede lande har været under stigende kritik i årtier. I aviser, radio, fjernsyn, offentlige møder osv. hører man oftere og oftere kommentarer som "Noget må gøres". Selv i biomedicinske tidsskrifter, hvor man normalt ikke ville forvente at finde sådanne tirader, har en lang række ledere og korrespondancer stillet spørgsmålstegn ved de dominerende tendenser i leveringen af sundhedsydelser. Ordet "krise" er ofte blevet brugt. Et almindeligt fremført argument er, at hospitalsbehandling har overskredet sin rolle, og at en storstilet tilbageførsel til primærsektor behandling er nødvendig. Begrebet samfundsorienteret primær sektor behandling (community oriented primary care - COPC) er stadig i frontlinjen af denne udvikling, selvom konceptet som sådan ikke er nyt. Grundlæggende set er COPC en sammenfletning af behandling og folkesundhed. I denne sammenhæng er det patientorienterede servicekoncept centralt, hvor systemet er bygget op omkring samfundets behov, som udtrykkes gennem både fællesskab og individuelle diagnoser. Planlægning, implementering

og evaluering i COPC udføres i et cyklisk mønster, der angiver en igangværende proces, hvor kontinuitet og udvikling sikres. En oversigt over COPC findes hos Conner og Mullan, redaktører (1). En nyere, mere praktisk orienteret samling tilbydes af Nutting, redaktør (2). Abramson (3) giver en gennemgang af litteraturen og planlægningsudvikling i COPC. Disse retningslinjer tager højde for alt dette og går et skridt videre for at skabe et omfattende, moderne primær behandlingssystem kaldet primærsektor behandling/pleje eller comprehensive health care (CHC).

Hovedparten af litteraturen om dette emne stammer fra USA. En stor del af denne litteratur er opstået som et forsøg på at afhjælpe problemerne for den underservicerede, uforsikrede eller trængte befolkning i USA og har derfor været koncentreret om primærsektor behandling/pleje. På overfladen kan det synes, at betingelserne for samfundsorienteret primærsektor behandling/pleje er ugunstige i USA, hvor sundhedssystemet er domineret af markedsmekanismer. På den anden side har fremkomsten af konkurrence inden for levering af sundhedsydelser i USA givet samfundsorienteret primærsektor behandling/pleje en ny betydning (4, 5). Desuden har problemet med den uforsikrede befolkning i USA såvel som de høje administrative omkostninger og vanskelighederne med vertikal serviceintegration givet anledning til en række forslag om et nationalt sundhedsforsikringsystem i USA. Blandt de mest fremtrædende af disse var Califano-forslaget under Carter-administrationen, som aldrig kom ud af komitéen, American Physicians for a National Health Program (6), en tværpolitisk kommission (Pepper) om sundhedspleje og en række uafhængige organisationer og statslige forslag om universel sundhedsdækning i USA. I alle disse forslag spiller avanceret primærsektor behandling/pleje en central rolle. Senest udviklede Obama-administrationen og fik gennem kongressen forslaget om Affordable Health Care Act, som havde som hovedmål at sikre de cirka 45 millioner amerikanske borgere uden sundhedsforsikring til en overkommelig pris. Selvom den amerikanske højesteret har afvist protester mod denne lovgivning, er dens fremtid stadig usikker (7).

Retningslinjerne herunder gælder udvikling af CHC, der er designet til at tage fat på de ovennævnte problemer. Et af de ledende principper bag retningslinjerne er, at kun gennem en cyklisk, formel planlægningsproces, der involverer detaljeret kendskab til målgruppen, kan et rationelt leveringssystem for primærsektor behandling/pleje udformes. Dette er også hovedtesen i COPC fra tidligere værker (8). Samtidig gør begrænsningen af COPC, som det er blevet implementeret hidtil, til primærsektoren det uegnet som systemstrategi. Disse retningslinjer definerer en form for sundhedssystem, som er levedygtige inden for en større sammenhæng.

Forskellige løsninger på de tre hovedproblemer er blevet forsøgt. Et WHO-EURO teknisk komitémøde i England var dedikeret til at beskrive og diskutere disse forslag og erfaringer. Landerapporter blev præsenteret fra 11 europæiske lande (Møde ICP/MPN 039, 29.-31. januar 1990, projektleder Dr. Rafael Bengoa, WHO-EURO kontor). Der eksisterer slående ligheder i disse udviklinger, hvor de største temaer drejer sig om koordinering af tjenester, kvaliteten af pleje og incitamenter til at opnå disse, dvs. gode ledelsesprincipper. En vigtig konklusion på mødet var, at der var utilstrækkelig viden til at komme med relevante forslag. Eksperimenter med innovative designs og forskning i eksisterende projekter er derfor nødvendige. Dette var ekstremt tydeligt i 1990, og hvad der er sket i mellemtiden, har mere været til skade for sådan tænkning end at fremme udviklingen. Der er ringe klarhed om årsagen til denne manglende udvikling, men der kan næppe være tvivl om, at de konstante kampe om budgetter og kontrol, der har plaget sundhedsvæsenet siden da, er de største syndere.

I flere lande har udviklinger rettet mod CHC været undervejs i mange år. Udviklinger af denne type er blevet analyseret for deres anvendelighed i udviklingen af disse retningslinjer. For eksempel i Finland,

hvor en hvidbog fra regeringen fra 1972 placerede dette koncept centralt i planlægningen af fremtidens sundhedsvæsen, og resultatet er et unikt system, hvor planlægningsansvaret for folkesundhed ligger hos lokalsamfundet. Dette system har haft mange positive effekter på folkesundheden, et godt eksempel er det nordkarelske hjertekarsygdoms-projekt. En gennemgang af ti års erfaringer fra dette projekt gives af Puska et al. (8). Systemet står dog også over for en række problemer; ikke mindst fremmedgørelsen mellem det lokale og centrale planlægningssystem. På lokalsamfundsniveau er der planlægningsansvar, men kun lidt eller ingen budgetmæssig indflydelse. Saltman (10) giver en skarp analyse af denne udvikling og det sandsynlige umiddelbare fremtidsperspektiv for det finske system. Andre lande har lignende udviklinger planlagt og/eller i gang, fx omstruktureringen af det britiske National Health Service under parolen "Working for Patients". Regeringens hvidbog og de tilhørende dokumenter (11) kræver og beskriver store organisatoriske ændringer, der sigter mod at øge samfundsorienteringen i det britiske National Health Service.

En anden gruppe litteratur, der er analyseret, stammer fra en række ledelsesspørgsmål vedrørende forsøg på at maksimere kvaliteten og minimere omkostningerne i sundhedsvæsenet med hovedvægten på omkostningskontrol. Enthoven får ofte æren for at have banet vejen i denne sammenhæng med et meget ofte citeret artikel bestilt af det britiske National Health Service i 1985 (12). I denne artikel argumenterer Enthoven for konceptet med det interne marked, senere kaldet managed competition (13). Saltman og van Otter udvider dette tema (14) og foreslår et offentligt sundhedsvæsen, hvor markedsmekanismer spiller en dominerende rolle. Saltman og van Otter undlader dog at beskrive, hvordan dette vil fungere på distrikts- eller lokalt niveau. Disse retningslinjer tager det modsatte udgangspunkt, idet de definerer systemet fra lokalt niveau og beskriver makroniveauet på baggrund af dette.

En tredje gruppe skrifter, der er anvendt i udviklingen af disse retningslinjer, er de strategiske skrifter kendt som "Health for All by the Year 2000" (HFA2000) udviklet af WHO og dets regionale sekretariater. I dokumenterne omkring HFA2000 er det centrale tema social retfærdighed (15-24). Denne gruppe af værker beskriver i nogen detalje, hvordan et sundhedssystem i år 2000 skulle have set ud i form af politiske mål. Disse skrifter giver dog ikke XXXmeget (n) vejledning i, hvordan man opnår et sådant sundhedssystem. Et nyttigt koncept, der stammer fra dette materiale, er, at dårlig koordinering og manglende samfundsorientering ikke blot er socialt uretfærdigt, men også en dårlig forretning. I mellemtiden har spørgsmålet om universelle sundhedsmål været et af de mange ofre for de politiske omvæltninger i de sidste årtier, hvor social retfærdighed ikke har haft højeste prioritet. Den resulterende mangel på sammenhæng i skrifterne fra WHO afspejler dette i en rodet samling af relativt ukoordinerede mål for 2020.

En fjerde gruppe af skrifter, der er blevet brugt, er beskrivelsen af det amerikanske fænomen kendt som "health maintenance organization" (HMO). HMO-konceptet er centralt for den finansielle strategi bag disse retningslinjer, og en kort baggrund for dette fænomen gives derfor nedenfor. Det grundlæggende koncept i HMO-filosofien kan siges at være forskudsbetaling baseret på antal tilmeldte (i modsætning til omkostninger, der betales efter regning - "fee for service") og integrationen af finansiering og levering af sundhedsydelser. Disse to grundlæggende koncepter tjener i princippet til at maksimere incitamenterne for at holde de forsikrede raske, deraf navnet health maintenance organization. Hvis man stoppede beskrivelsen her, kunne det typiske europæiske offentlige sundhedssystem beskrives som en HMO. De fleste europæiske lande organiserer deres sundhedssystemer omkring en eller anden form for regionaliserings-opdeling hvor regionale skattemyndigheder og politiske myndigheder har ansvaret for en stor del af det samlede sundhedsbudget for regionens befolkning. Det årlige budget fungerer i virkeligheden som et forskudssystem. I modsætning til en HMO, hvor præmien går direkte til og kun til

sundhedsydelse og administrationen af disse (og overskud, hvor det er relevant, for eksempel i USA), er budgetterne i europæiske offentlige sundhedssystemer skattebaserede og kan vokse eller skrumpes uden nogen direkte forbindelse til de faktiske omkostninger for sundhedsvæsenet. Sundhedsbudgetter i sådanne systemer er en del af et større overordnet skattesystem, så besparelser eller budgetoverskridelser mærkes ikke nødvendigvis af betalere eller udbydere.

HMO er dog mere end en budgetmæssig eller finansiell ordening. I deres søgen efter omkostningsstyring eller profit, samtidig med at integriteten af behandlingen/plejen holdes inden for acceptable standarder, bruger HMO et stort udvalg af incitamenter, dækningstilbud, risiko-delings- og omkostningsberegningssystemer. Mangfoldigheden af institutioner, der kalder sig selv HMO, er enorm. Som den amerikanske forsker i managed care JP Weiner siger: "Når du har set én HMO, har du set én HMO." I et papir fra Kings Fund Institute udforsker Weiner og hans samarbejdspartner D. Ferris de finansielle arrangementer i HMO i forhold til det britiske National Health Service. Forfatterne giver også en kort historisk gennemgang af HMO i forhold til den britiske "Working for Patients"-strategi samt en fremragende litteraturliste, som kan tjene som appetitvækker for den interesserede læser (25). En mere komplet historisk oversigt end den, Weiner og Ferris tilbyder, findes hos B. Abel-Smith (26) eller John A. Nelson (27).

I de sidste 40 år eller deromkring har hovedkraften bag udviklingen af HMO været omkostningsstyring og/eller profit. Interstudy-data (28) indikerer, at cirka 60% af de nuværende HMO-planer er for-profit organisationer, mens omkring 50% af de samlede forsikrede er dækket af for-profit planer. Det er klart, at en for-profit plan i åben konkurrence med offentlige eller non-profit organisationer har maksimale incitamenter til at holde driftsomkostningerne nede. Dette argument er dog fejlbehæftet, når det anvendes på det amerikanske system, da omkostningsstyringen der har fejlet (29), en anomali som mange forfattere undlader at adressere. HMO anvender forskellige metoder til at opnå omkostningsstyring. Disse omfatter gatekeeping for at minimere unødvendig anvendelse, udnyttelsesgennemgang med risikodeling, avancerede regnskabssystemer og til en vis grad vertikal integration af tjenester. Det er her, de største forskelle mellem en effektiv HMO og det typiske europæiske offentlige sundhedsdistrikt ligger. Den vigtigste bidrag fra HMO-litteraturen i denne sammenhæng er dens væsentlige input til de ledelsesmæssige spørgsmål, der er adresseret her.

Før vi afslutter denne korte diskussion om HMO-konceptet, skal vi nævne den debat, der har raset omkring temaet om, at effektiv ledelse inden for sundhedspleje kan være farligt for dit helbred. Litteraturen er ikke helt entydig på dette punkt, men størstedelen af studierne understøtter den overordnede integritet af managed care som en udbyder. Weiner udtaler: "Det er generelt accepteret, at når man sammenligner fuldt forsikrede personer, der modtager pleje under fee-for-service, med personer under pleje af læger i HMO, modtager personer i HMO mere ambulant og forebyggende pleje og fra 10 til 40 procent mindre hospitalspleje (på grund af lavere indlæggelsesrater). Samlet set vurderes besparelserne at ligge i størrelsesordenen 5 til 30 procent." Luft (30) og Hillman (31) har beskrevet de økonomiske incitamentsmekanismer, hvormed disse besparelser opnås, og efterfølgende har Hillman (32) beskrevet, hvor effektivt disse incitamenter til at ændre lægers adfærd er. På trods af de betydelige besparelser dokumenterer Ware et al. (33) (fra Rand-materialet), Weiner (34), Wouldiamson (35) og Luft (36), at HMO leverer pleje af mindst lige så høj kvalitet som fee-for-service sundhedsleveringssystemer. Spørgsmålet om kvaliteten af pleje udvikles yderligere nedenfor.

Kombinationen af de ovenfor beskrevne udviklinger og strategier og fremkomsten af data, der forsvarer kvaliteten af pleje i managed, profitbaserede sundhedssystemer, har givet anledning til spekulationer om,

at en fælles endestation kan findes, dvs. den offentlige konkurrence-model eller det interne marked. En væsentlig svaghed i udviklingen af denne systemstrategi er manglen på empirisk viden om, hvordan et system, der inkorporerer det bedste fra begge verdener, ville fungere. Koncepterne skal operationaliseres på leveringsniveauet. Den systemstrategi, der opstår som et resultat af denne konceptuelle operationalisering, involverer så mange aspekter af sundheds- behandling/pleje, at det knap er gennemførligt at implementere en sådan strategi på regionalt eller nationalt niveau. Dette er især tilfældet, når man betragter mulighederne for en gyldig og pålidelig evaluering af det forestillede system. Dette ville være ekstremt vanskeligt ved udviklingen af en CHC-institution og sandsynligvis umuligt ved en total systemomvæltning. Udviklingen af nationale strategier kunne imidlertid drage stor fordel af projekter designet til at teste disse koncepter med forskning for at implementere en overgangsstrategi på regionalt/nationalt niveau.

Disse retningslinjer er defineret med en baggrund i den nordeuropæiske kontekst, mere specifikt i Danmark (af denne grund er der medtaget en række skandinaviske referenceskrifter, der generelt har engelske resuméer). Disse retningslinjer kan bruges til at etablere en sundhedsmæssig og/eller administrativ enhed, der er afgrænset fra andre samfund/administrative enheder. Dette er nødvendigt for at afgrænse budgettet og risikoen og inklusionskriterierne for et sundhedsdistrikt designet under disse retningslinjer. Traditionelt reelle og forestillede barrierer mellem samfundet, primære, sekundære og tertiære tjenester ville blive systematisk og målrettet nedbrudt. Intentionen er at give distriktet tilstrækkelig fleksibilitet til at muliggøre et system, hvor alle aktører, fra sundhedsmyndighedsdirektøren til den syge og handicappede patient, handler under et supplerende eller i det mindste ikke-konfliktende sæt incitamenter for at opnå den bedst mulige behandling tæt på eller i patientens hjem og til den lavest mulige omkostning.

Et eksempel på, hvordan et sådant sæt fælles incitamenter kunne fungere, er inden for hjemmebehandling/pleje og udvidede samfundstjenester (beskrevet udførligt nedenfor). Den bedst mulige pleje i hjemmet, når dette er muligt, koster mindre end halvdelen af, hvad en sammenlignelig pleje koster i en indlæggelsessituation. Selvom der er meget lidt litteratur, der dokumenterer dette, er de få eksisterende artikler ganske overbevisende i deres konklusioner, f.eks. Clarkes "Hospital at Home" (37) og Steeles "A novel and effective treatment modality for medically unexplained symptoms" (38). Med andre ord ville denne strategi åbne et økonomisk vindue for ressourcer til at blive tilgængelige til alternative anvendelser. En forudsætning for, at dette kan ske, er naturligvis, at systemet faktisk fungerer, og for at sikre dette skal der udarbejdes en række incitamentsordninger. En sådan er den kontraktuelle henvisningstjeneste, som skitseres i bilag B til disse retningslinjer. I den første af en planlagt række af workshops bliver deltagerne bedt om at finde 40% af sengedage inden for intern medicin og 25% af sengedage inden for kirurgi, som kan varetages i primærsektoren. Dette giver en grov idé om størrelsen af de ressourcer, der bliver mobiliserbare under denne strategi.

Planlægningsprocessen for projekter udviklet under disse retningslinjer forventes at give et stort antal afledte effekter, som kan udnyttes inden for eksisterende sundhedssystemstrukturer. Dette er en indirekte fordel ved den strategiske planlægningsproces, der ville være tilgængelig længe før det forestillede system kunne implementeres. Planlægningsprocessen ville give omfattende information om systemstruktur og -proces, som ikke tidligere har været tilgængelig. Sådant information ville tillade en maksimal rationalisering af den samme service inden for dens eksisterende kontekst. Eksempler på denne type mekanisme kan findes i forbedret omkostnings/fordelsanalyse i fee-for-service systemer i USA, som blev mulige på grund af den information, der blev indsamlet om effektive incitamentssystemer

anvendt i HMO. Der kan heller ikke være tvivl om, at en målrettet indsats for at finde en måde at fjerne grænserne mellem sektorerne på ville lette samarbejdet mellem sektorerne.

Da omkring 70% af driftsomkostningerne for hospitaler går til personaleudgifter, ville enhver reduktion af hospitalskapaciteten nødvendigvis blive ledsaget af personalereduktioner i den sektor. Det er ganske sandsynligt, at det ville være muligt at rationalisere den generelle brug af personale med overordnede reduktioner i visse kategorier som følge heraf. Dette kan både ses som en god og dårlig situation. Godt, fordi det åbner muligheden for samlede besparelser på systemniveau og frigør højt kvalificerede personer til andre nødvendige aktiviteter; dårligt, fordi det sandsynligvis vil forårsage betydelige forstyrrelser og uro på arbejdsmarkedet inden for sundhedspleje. Det ville afhænge af modet og især fantasien hos ansvarlige politikere og ledere at udnytte de muligheder, der opstår, ved at bruge det frigjorte personale f.eks. til forebyggelsesprojekter, samfundsopbyggende aktiviteter, nødvendig forskning osv. Det ville være fatalt at undervurdere betydningen af dette problem, især med hensyn til det aktive samarbejde, der kræves fra sundhedspersonalets side for at få systemet til at fungere. Personaleincitamentet har derfor fået høj prioritet i planlægningsprocessen, se kapitel 6.

Planlægningsprocessen for sundhedsdistrikter, som skitseret i disse retningslinjer, ville også forårsage forstyrrelser på en række andre områder, ikke mindst i ledelsesstrukturerne. I den nuværende situation er sundhedssystemets ledelse blevet decentraliseret i mange lande, ikke mindst i Skandinavien, hvilket har forårsaget en fraktionering af det sundhedsfaglige miljø. Decentraliseringen har dog ikke været ledsaget af en tilsvarende decentralisering af det politiske og finansielle ansvar, hvilket har resulteret i manglende sammenhæng i systemets ledelse. Selv om den lokale ledelse har ansvar for den daglige drift, er det de centrale myndigheder, der kontrollerer de fleste af ressourcerne og politikken. Dette skaber et system, hvor der ikke er nogen klar sammenhæng mellem de personer, der træffer beslutninger, og de personer, der bliver påvirket af beslutningerne.

Et af de centrale mål for det foreslåede sundhedsdistrikt er at give den lokale ledelse reel kontrol over både den daglige drift og ressourcerne i distriktet. Dette ville blive gjort muligt ved at give distriktet det fulde finansielle ansvar for sundheds- og sociale ydelser inden for dets grænser, samtidig med at det politiske ansvar forbliver hos det eksisterende regionale råd eller kommune. På denne måde kan de lokale myndigheder tilpasse tjenesterne til de lokale behov uden at miste forbindelsen til det større sundhedssystem.

Afslutningsvis kan man sige, at disse retningslinjer udgør en praktisk vejledning til at udvikle et sundhedssystem, der bedre opfylder samfundets behov og udnytter de tilgængelige ressourcer mere effektivt. Når vi nedbryder de traditionelle grænser mellem sektorerne og decentraliserer både det finansielle og operationelle ansvar, kan vi skabe et system, der er mere fleksibelt, mere effektivt og bedre i stand til at opfylde borgernes sundhedsbehov.

## Kapitel 2 Operationalisering af strategien: en oversigt over processen

Overgangen fra strategiske erklæringer til funktionel implementering af CHC-projekter vil indebære et stadig mere komplekst sæt af aktører, viden og forudsigelser, efterhånden som projekterne nærmer sig funktionalitet. Dette kapitel giver en oversigt over den forventede proces i denne overgang. Forberedelsesfasen for projektet kræver en betydelig mængde forskning og planlægning. De indledende faser af denne proces vil føre til beslutningsprocessen fra politikere og/eller finansielle støttegivere om at fortsætte med implementeringen af det planlagte system eller blot høste fordelene ved de afledte effekter af planlægningsprocessen. Hele den beskrevne proces forudsætter dog, at projekterne bliver implementeret.

DESIGNFASEN. I denne tid ville der være indsamlet oplysninger om den nyeste forskning på en række områder og metoder til praksis/levering, der er relevante for projektets funktion. Disse er beskrevet detaljeret nedenfor. Dette kan opnås gennem en dybdegående litteraturgennemgang, besøg på relevante steder og et gennemgangsnetværk. I bilag A findes en kort beskrivelse af arbejdsmåderne for disse aktiviteter. Også i denne fase skal de potentielle aktører i projektet identificeres: hvem er engageret, hvem støtter projektet, hvem er imod det, hvilke organisationer skal kontaktes, er der behov for undtagelser fra eksisterende love osv. Denne indledende fase slutter, når en relevant sundhedsmyndighed træffer beslutning om at igangsætte projektet, hvilket fører til en mere konkret, lokaliseret planlægningsfase.

PLANLÆGNINGS-/METODEFASEN. Denne fase vil være kendetegnet ved at gøre sig klar til implementeringen af projektet. Dette vil indebære tilpasning af projektet til lokale forhold og indsamling af erfaringer fra relevante lokale og regionale myndigheder på området. Planlægnings-, implementerings- og evalueringsværktøjer skal videreudvikles. Følgende liste over problemområder skal håndteres i den indledende fase; andre områder kræver yderligere udvikling som forsknings- eller praksisområder, og nogle må vente på den konkrete planlægningsproces, før de kan tage form.

- Et prissætningsystem for sundhedsaktiviteter, der vil muliggøre mobilisering af ressourcer, når en aktivitet/tjeneste overføres fra en sektor til en anden. Dette inkluderer faktiske prissætningsstrategier og den fysiske organisering af overførselssystemet. Inden for den amerikanske kontekst er dette relativt ligetil, selvom selve overgangen måske ikke er så ligetil. I europæiske lande vil dette være banebrydende arbejde. Se også kapitel 6.
- En strategi for et management informationssystem (MIS) for projektet. Dette kan i nogen grad drage fordel af eksisterende database-teknologi, men der er stadig alvorlige mangler på dette område. Dette er et typisk eksempel på et aspekt af planlægningsprocessen, der vil have afledte effekter for sundhedsvæsenet generelt. MIS skal integrere klinisk styring, ansvarlighed, kvalitet og kommunikation. Se også kapitel 7, kapitel 10 og bilag E.
- En evalueringsstrategi, der kan give løbende information om projektets sundhedsmæssige effekt, inklusive en diagnose af samfundet, se kapitel 10.
- Et udviklingsystem for ledelsesstil og værktøjer til at udvikle en effektiv styring og evaluering af henvisnings- og incitamentssystemerne, se følgende afsnit og bilag B.
- Udvikling og vedtagelse af uddannelsesværktøjer, der fungerer som selvstændige incitamenter for personale samt forberedelse af personalet til de mange forskellige opgaver, der vil afvige fra mainstream i de nuværende leveringssystemer, se kapitel 7.

- Udvikling og indsamling af forskningsværktøjer, der kan belyse projektudviklings-processens natur samt omsætte den viden, der opnås ved at køre projektet, til en ramme, der er egnet til generel systempolitisk beslutningstagning. Sådanne forskningsværktøjer vil være afhængige af og fungere som incitamenter for rekruttering af fagfolk med grundlæggende epidemiologiske og højt kvalificerede kliniske færdigheder til at arbejde i projektet, se kapitel 10 og bilag E.

IMPLEMENTERINGSFASEN. Efter beslutningen om at igangsætte en konkret, lokaliseret planlægningsproces vil udviklingen af projektprotokollen tage cirka et år. Kapitel 4 til 11 i disse retningslinjer udstikker, hvad udviklingen af en sådan protokol kræver. Denne version af retningslinjerne er baseret på litteraturen og forfatterens erfaring med sundhedspolitiske workshops i Europa. Retningslinjernes omfang er naturligvis begrænset af manglen på tidligere erfaringer med denne type system. Når de er fuldt udviklet under en lokaliseret planlægningsproces, vil protokollen inkludere detaljerede planer for CHC-distriktets funktioner (bl.a. ved hjælp af henvisningsprotokollen, dvs. reglerne for hvilke patienter der forbliver i den primære sektor, og hvilke patienter der har brug for hospitalsindlæggelse), dets relationer til det generelle sundhedssystem, personalprofiler og arbejdskraftbehov, uddannelses- og personaleudviklingsstrategi, budget, organisation, teknologi og fysiske behov. Under udviklingen af protokollen skal der tages hensyn til muligheden for, at systemet aldrig bliver realiseret. De afledte effekter af planlægningsprocessen vil da være den primære fordel.

KONSOLIDERING/EVALUERING. Karakteristikken af denne fase afhænger af, hvad der sker efter den lokaliserede planlægningsfase. Hvis systemet implementeres, vil hovedvægten af evalueringen blive lagt på sundhedseffekten af implementerede projekter. Dette vil være en integreret del af den nødvendige dokumentation for at give drivkraft til systemudvikling baseret på denne tænkning. Det forventes derfor ikke at være overvældende for pilotprojektpersonalet, da systemet vil være designet til at følge samfundets sundhed både før og efter. Afhængig af resultatet af denne evaluering og de politiske udviklinger i mellemtiden vil projektet blive fortsat, duplikeret, reduceret eller opgivet. Uanset hvad, vil virkningen på den generelle systemstrategi og regional sundhedspolitik blive evalueret. I tilfælde af, at pilotprojektet ikke implementeres efter den lokaliserede planlægningsfase, vil en evaluering af planlægningsprocessens sundhedseffekt blive forsøgt, da planlægningsprocessen i sig selv er beregnet til at aktivere samfundet i en række sundhedsrelaterede områder.

Pilotprojekter, der implementeres, kræver en slutpunktsvurdering efter en 5-7-årig tidsramme. Processen skal omfatte alle relevante myndigheder og som minimum omfatte følgende:

1. Folketingets sundhedsudvalg
2. Sundhedsministeriet
3. Sundhedsstyrelsen
4. Dansk sygehus institut
5. Det relevante regionsråd
6. Det relevante kommunale råd
7. Det nærmeste universitet



8. Relevante hospitaler og lægepraksis, som kunne være kandidater til selve projektet
9. De nationale sammenslutninger af læger, sygeplejersker, terapeuter, psykologer osv.
10. WHO

### **KAPITEL 3** Operationalisering af strategien II: et spektrum af design- og politiske problemstillinger

Mens sidste kapitel gav et overblik over, hvad man kunne kalde den interne planlægningsproces for projekter, der følger disse retningslinjer, beskriver dette kapitel de vigtigste design- og politiske spørgsmål, der kræver politisk og central ledelsesdeltagelse. Som tidligere nævnt er formålet med projekter under disse retningslinjer at teste en række teorier vedrørende organiseringen af sundhedsbehandling/pleje. Det pilotprojekt, der udspringer af denne teoretiske ramme, forventes at gøre leveringssystemet fleksibel, øge servicekvaliteten og den generelle tilgængelighed af tjenester, mens sundhedstilstanden i målgruppen forbedres. Projektet indebærer oprettelsen af et sundhedsdistrikt med en befolkningsbase på cirka 50-75.000 personer. Distriktet ville have det samlede ansvar for alle sundheds- og sociale behov vedrørende denne befolkning, hvoraf nogle ville blive håndteret inden for distriktet, og andre ville blive opnået andetsteds, hovedsageligt indlæggelse med de ovenfor beskrevne reduktioner. I tilfælde af, at projektet indebærer lukning af et hospital, skal der udtænkes en ny visitationsplan. Begrundelsen og formålet med denne organisering vil blive klar, efterhånden som projektplanlægningen skrider frem.

Placeringen af projektet kan være problematisk. En række overvejelser er relevante i denne forbindelse. For at maksimere generaliserbarheden af de konklusioner, der trækkes fra projektets evaluering, skal målgruppen være rimelig repræsentativ for regionale eller nationale normer, dvs. ikke afvigende i forhold til sundheds- eller sociale spørgsmål. Projektet skal modtages positivt lokalt. Det pågældende distrikt skal være placeret administrativt i det geografiske område, således at omplacering og/eller mobilisering af tjenester og ressourcer er praktisk og meningsfuld. Ideelt set svarer dette sandsynligvis til et distrikt, hvor et lille hospital er under afvikling, eller et landdistrikt, hvor en stor gruppepraksis allerede er på plads. Den lokale administration ville i begge tilfælde være klædt på for processen med ressource- og tjenestemobilisering.

Projektets budget er tiltænkt at inkludere samfundssundhed og forebyggende tjenester og sociale tjenester, den primære medicinske sektor og et standardiseret per capita hospitalsbudget. Som sådan ville CHC-sundhedsmyndigheden have budgetmæssig frihed for alle aspekter af sundhedsbehandling/pleje og sociale tjenester for distriktsbefolkningen, undtagen inden for visse grænser, som diskuteres mere detaljeret nedenfor. For eksempel ville behandlinger, der allerede er undtaget fra lokal/regional økonomisk ansvar, naturligvis fortsat være det under projektets budget, typisk hæmofili-patienter, transplantationspatienter osv., ligesom akutte tilstande såsom hjertestop, apoplexia cerebri, trafikulykker m.m. vil være oplagt at undtage. Selve budgetteringsprocessen ville være ganske kompleks og fyldt med usikkerheder; dette beskrives mere udførligt i kapitel 6.

Fra et makroøkonomisk synspunkt er det vigtigste aspekt af projekter, der er skabt under disse retningslinjer, den tiltænkte oprettelse af et omfattende system af incitamenter, der fremmer brugen af det lavest mulige effektive niveau af behandling/pleje. Distriktet skal betale for centraliserede hospitalstjenester, hvilket skaber et direkte negativt incitament til at bruge hospitalsydelser og et lige så direkte positivt incitament til at udnytte og øge lokale tjenester. Uden styringsmekanismer ville dette tendere til at føre til oprettelsen af mikrohospitalet, hvilket sandsynligvis ville føre til dyrere og mindre rationel levering af tjenester. Dette er naturligvis ikke hensigten. Det er også af største vigtighed, at projekter ikke indebærer en sænkning af serviceniveauet i samfundet, især vedrørende skrøbelige eller ældre. At nogle mindre effektive tjenester kan blive afskaffet, er en anden sag. Den styringsmekanisme, som pilotsystemet vil benytte, er et kontraktuelt henvisningssystem med budgetmæssige konsekvenser. Det er dog ikke hensigten, at dette projekt skal benytte risiko-delning som et individuelt incitament (se

også kapitel 6). Henvisningssystemet vil også beskytte distriktsleveringssystemet mod at blive tynget ned af langtidsbehandlingspatienter, samtidig med at det sikrer et minimumsniveau af servicekvalitet (se kapitel 7). For at være brugbart skal dette henvisningssystem udformes og godkendes så tæt på aktørerne i systemet som muligt. Det forum, der er nødvendigt for dette arbejde, kan findes i workshopmetoden, hvor systemaktører og administratorer udarbejder systemet sammen. Metoden sikrer, at alle deltagere er orienteret om udviklingen, mens de påtager sig et ansvar for planen. De nødvendige workshops er beskrevet i bilag B.

Et centralt spørgsmål i den administrative kontekst er, hvilket niveau af anvendelig information vedrørende systemstrategi, der kan genereres gennem projektudviklingen. Dette er tænkt som en topprioritet for projektadministrationen, og MIS-systemet, der ville køre under projektet, ville blive optimeret til tværsnits- og longitudinel analyse i så mange frie kombinationer som muligt. De genererede informationer ville blive analyseret med hensyn til sundhedseffekt, økonomi og logistik, handelsbetingelser, uddannelsesmæssige forhold inklusive hvilken effekt projektet har på professionelle/patientroller, og hvilke forskningsområder der fremmes eller hæmmes af projektet. Denne analyse vil blive gjort offentligt tilgængelig gennem en række rapporter, der er tilgængelige for lægmanden. Derudover forventes det, at projektet vil stimulere en række forskningsprojekter, der i høj grad vil forbedre informationsværdien af projekterne.

#### **Kapitel 4** Overordnet strategi og politik

Udviklingen af disse retningslinjer er baseret på en strategisk planlægningsproces, som blev startet som en rådgivningsopgave for Fyns Amts Sundhedsforvaltning i Danmark og derefter som et forskningsprojekt under to forsknings-/studieår på Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, finansieret af Danmarks Forskningsråd og Ib Henriksens Fond.

Denne studietid gav mulighed for at udføre den forskning, der ligger bag disse retningslinjer, og tid til refleksion over, hvordan dette kunne realiseres i praksis. I det følgende gives en række spørgsmål, der opstår fra de teoretiske overvejelser, og løsninger skitseres i mere eller mindre detaljeret form. Det forventes, at hovedparten af dette arbejde forbliver intakt, når planlægningsprocesserne fortsætter, men det forventes også, at planlægningsprocesserne vil give mange af problemområderne mere indhold, og løsningerne vil blive mere operationelle. Målformuleringen for det pilotsystem, som udspringer af projektets teoretiske baggrund og dets politiske grundlag, behandles nedenfor. Betydningen af denne målsætning for de forskellige facetter af projektprocessen og de sundhedspolitiske konsekvenser beskrives i kapitel 5. Budgetteringsprocessen og incitamentsstrukturer beskrives i kapitel 6, og de tilsigtede funktioner af pilotsystemet i kapitel 7. Kapitel 8 giver et scenarie for implementeringsfasen af projektet, og kapitel 9 et scenarie for, hvad der sandsynligvis vil ske med den information, der genereres i planlægningsfasen af projektet, hvis pilotsystemet ikke godkendes til implementering. Kapitel 10 beskriver evalueringsmetodologien, som forventes for distriktet i drift, og kapitel 11 giver en oversigt over de forskellige institutioner og organisationer, som har været involveret i forberedelsesfasen samt dem, der sandsynligvis vil deltage i fremtidige processer.

Forberedelsesfasen af projektet er i vid udstrækning et skrivebordsarbejde. Opgaven er at operationalisere ovenstående overvejelser i en form, der kan danne grundlag for et lokalt projekt. Det meste af dette arbejde er blevet gjort som forberedelse til disse retningslinjer og behøver derfor ikke at

blive gentaget. Dette har ført til udarbejdelsen af en række scenarier, der beskriver sandsynlige udfald for hvert større problemområde.

De største fordele ved dette arbejde er de tre søjler for omfattende sundheds- behandling/pleje: koordinering af pleje, kvalitet af pleje og ledelse af sundhedstjenester. Operationaliseringen af disse tre begreber i systemstrategi har fulgt en logisk bane, hvor begreberne oversættes til målsætningsformuleringer. Dette er sket gennem en række sundhedspolitiske workshops ledet af projektets designer i 7 europæiske lande. De to overskrifter, som disse målsætninger falder under, er kontinuerlig kvalitetsudvikling (continuous quality development - CQD) og det lavest effektive behandling/plejeniveau (lowest effective level of care - LELOC). Disse to overskrifter overskrider grænserne mellem de tre emner, så der kan designes en operationel strategi. Dette vil blive præciseret nedenfor.

Både CQD og LELOC er relativt nye fagområder, og de er bestemt ikke universelt anvendte eller accepterede. Vi har endnu ikke været i stand til at systematisere vores viden på disse områder og drage de nødvendige konsekvenser. Faktisk har begreberne stadig svært ved at komme ud over definitionsstadiet. Vuori (39) giver nogle fremragende indsigter i CQD fra WHO's perspektiv og definerer bredt CQD som en aktivitet, der sikrer, at sundhedstjenester gør mere godt end skade. CQD-teori på politisk niveau præsenteres, men Vuoris arbejde efterlader læseren med en følelse af, at der er gjort lidt, og meget skal stadig gøres. Mere praktiske forslag tilbydes i to WHO EURO-dokumenter om CQD (40, 41). En overordnet CQD-ramme på politisk niveau gives i europæiske mål for sundhed for alle (42), især mål 31-38. En god oversigt over CQD-metodologi, både på hospitaler og i den primære sektor, gives i et nyere svensk kvasi-offentligt dokument (43). I USA er CQD-litteraturen meget længere fremme i forhold til operationalisering, men de særlige forhold omkring den amerikanske sundheds- behandling/pleje gør det svært at generalisere anvendeligheden af denne information uden for USA. Donabedian (44) har leveret en række fremragende konceptuelle stykker, der integrerer CQD i den amerikanske hospitalsadministrationsteori. Goldfield og Nash (45) giver en fremragende oversigt over den amerikanske CQD-litteratur (hovedsageligt hospitalsbaseret) og præsenterer mange eksempler på, hvordan specifikke CQD-aktiviteter fungerer i deres respektive sammenhænge. Der er gjort forsøg med operationsstrategier der gør dem anvendelige på lokalt niveau i flere tilfælde (46, 47, 48).

Mens CQD bliver et relativt godt dokumenteret konceptområde, kommer studier, der belyser LELOC-begrebet, fra et langt bredere rammeværk. Som diskuteret i introduktionen dokumenterer en række studier effektiviteten af managed care som et middel til at reducere hospitalsindlæggelsesrater inden for HMO'er, men dette er kun at reducere et niveau, der er stærkt overdimensioneret til at begynde med. LELOC-konceptet kræver, at man finder de faktiske grænser for behandling/plejeniveauet og gennemfører en politik, der maksimerer incitamenterne til at opretholde dette niveau.

Et relateret område, som har fået lidt forskningsmæssig opmærksomhed, men meget opmærksomhed fra betalere af sundheds- behandling/pleje i USA, er anvendelsesgennemgang (utilization review, UR). UR er grundlæggende et sæt kriterier designet til at begrænse uhensigtsmæssig brug af sundhedsydelser i et forsøg på at holde omkostningerne nede, mens kvalitetsproblemer ofte nedprioriteres. En gennemgang af UR-litteraturen er endnu ikke mulig på grund af mangel på kvalitetsforskning. Kemper (49, 50) tilbyder dog en kvalitetsorienteret metodologi til UR i en pædiatrisk kontekst. Flere dokumentationer for UR kan findes i amerikanske managed care-håndbøger og hospitalsakkrediterings vejledninger, f.eks. Kongstvedt (51) eller i forretningsorienterede evalueringer af UR, f.eks. Vibbert (52). Storskalaundersøgelser designet til at udforske LELOC-spørgsmålet i en CQD-orienteret sammenhæng er endnu ikke dukket op i

litteraturen, og hvis en operationel LELOC-strategiramme er blevet formuleret, synes den ikke at være offentliggjort.

Problemet, som disse begreber adresserer, er barrieren mellem hospitalssektoren og den primære sektor. For moderat til alvorligt syge patienter har den primære sundhedsplejelæge (PCP) ofte ikke adgang til et levedygtigt alternativ til hospitalsindlæggelse, selvom hospitalsbehandling ikke nødvendigvis er nødvendig eller ønsket. Der er et stort hul mellem den primære sektors muligheder og hospitalssektorens startpunkt. Dette hul demonstreres ved hospitalsindlæggelser af patienter, som kunne have været behandlet i den primære sektor, hvis blot nogle grundlæggende forudsætninger omkring tilgængelighed af sygepleje og medicinsk støtte var opfyldt. Dette problem forværres af institutionelle begrænsninger. Sådanne begrænsninger findes internt på hospitaler, f.eks. mellem medicinske og kirurgiske afdelinger, mellem hospitaler og den primære medicinske sektor, mellem hospitaler og samfundssygeplejetjenester og mellem sundhedssektoren og den sociale sektor.

Baggrunden for disse begrænsninger er kompleks, og det er ikke hensigten at uddybe denne baggrund her. Det skal blot siges, at en betydelig del af presset på hospitalsindlæggelser kan føres direkte tilbage til barrieren mellem hospitalerne og den primære medicinske sektor på den ene side og mellem den primære medicinske sektor og samfundssygeplejetjenesterne på den anden. Denne situation fungerer ofte til skade for både systemet og patienten, som f.eks. når utilstrækkelig tilgængelighed af hjemmesygepleje er den eneste væsentlige faktor i en hospitalsindlæggelse (eller i en alt for lang indlæggelsestid), eller når der sker en stigning i nosokomielle (lægeinducerede) infektioner. Situationen er naturligvis helt anderledes i et sundhedsmarked med overkapacitet af hospitalssenge, hvilket er tilfældet i visse amerikanske og, underligt nok, russiske byer (53).

En række studier giver indsigt i betydningen af dette problem, både hvad angår patienter eller antal sengedage og i økonomiske termer. Det er dog helt klart, at grænserne for hjemmepleje/primærsektorens pleje ikke er kendte, og at disse grænser bestemt ligger langt ud over normal praksis. Med andre ord kan meget mere gøres i hjemmet og i samfundet, både i kvantitet og kvalitet, end hvad der aktuelt udføres. I en dansk kontekst har studier for at vurdere andelen af teoretisk unødvendige hospitalsindlæggelser givet tal på 15-40 % af patienternes sengedage (54, 55, 56). I den amerikanske litteratur når tallene op på 60 % (57, 58, 59, 60). Der skal udvises forsigtighed ved sammenligning af disse tal, da de amerikanske tal hovedsageligt er baseret på situationer, hvor underbetjente befolkningsgrupper er blevet tilbudt helt nye tjenester. Tendensen synes dog klar. Den faktiske procentdel ville altid variere, da den er et produkt af tilgængeligheden af hospitalssenge, finansielle ressourcer, teknologi, tilgængeligheden af sygeplejetjenester, holdninger hos det medicinske personale og eksklusiviteten af professionelle aftaler. Med andre ord afhænger det stort set af ens fantasi at fastsætte grænserne for den primære sektors kapaciteter.

Samtidig skal der bruges en eller anden form for tal, da dette danner grundlag for en række strategiske processer, herunder hospitalbudgettering, henvisningssystemer, ambulancetjenester osv. For at finde et tal, der adskiller sig fra den empiriske værdi, er det nødvendigt at udarbejde et operationelt målsystem. Målsætningerne skal følge nationale og internationale politikker samt tage lokale/regionale hensyn. Følgende målsystem, eller reference, er baseret på den citerede litteratur, den danske regerings forebyggelsesprogram (61), en samling sundhedspolitisk relaterede eksempler fra Sundhedsministeriet (62) og WHO's mål for Sundhed for Alle (63). Med andre ord er alle relevante politiske dokumenter blevet taget i betragtning, som de vedrører det danske sundheds- behandling/plejesystem. Oplagt kræver

lignende indsamling og analyse af nationale, regionale og lokale love, regler og reguleringer en grundig gennemgang under planlægningsprocessen.

Rammen er opdelt i to hovedoverskrifter, der afspejler LELOC og CQD. De to resulterende lister overlapper til en vis grad, men er formuleret sådan, at LELOC-listen primært er målrettet systemniveauet, mens CQD-listen primært er målrettet institutionsniveauet.

**LELOC-listen:** Den bedst mulige behandling/pleje tæt på patientens hjem og for de lavest mulige omkostninger.

- Sundhedssystemet skal være baseret på samfundets behov og ønsker, som udtrykt gennem en samfundsdiagnose.
- Patientens sundhedsproblemer skal angribes holistisk, hvilket bedst opnås gennem en tværfaglig tilgang.
- Alle interventioner skal finde sted så tæt som muligt på patientens hjem, baseret på sociale, økonomiske og medicinske prioriteter i nævnte rækkefølge, medmindre særlige omstændigheder tilsiger andet.
- Patienten må ikke opleve institutionelle begrænsninger under interventionen, f.eks. en forlænget hospitalsindlæggelse på grund af utilgængelig hjemmepleje.
- Specialiseret behandling og konsultation skal være lige tilgængelig for alle.
- Alle interventioner skal udføres på det passende faglige niveau, idet der tages højde for, at tidlige advarselstegn på alvorlig sygdom skal opdages, når det er muligt.
- Hospitaler skal reserveres til de meget syge og dem, der har brug for intensiv pleje og behandling. Dette indebærer vedtagelsen af et sæt kriterier: F.eks. er hospitalspleje forbeholdt patienter, der kræver konstant lægeovervågning, har behov for opmærksomhed fra to eller flere personer samtidig eller har behov for direkte observation oftere end hver halve time.
- Sundhedssystemet skal kunne dokumentere en positiv sundhedseffekt i alle, undtagen marginale tilfælde, herunder minimere den negative indvirkning af dårligt helbred på arbejdsstyrken.
- Sundhedssystemet skal gøre sin position klar over for offentligheden, så offentlige forventninger og systemets kapaciteter stemmer så meget som muligt overens.

**CQD-listen:** Det skal være dokumenterbart, at hver eneste intervention, der udføres af sundhedssystemet, gør mere gavn end skade for patienten.

- I sundhedsuddannelse skal institutionen give patienten tilstrækkelig information om deres tilstand for at muliggøre den bedst mulige beslutning om interventionernes forløb.
- Klinisk pleje skal være koordineret, kompetent og dokumenteret.
- Interventionerne skal være moralsk, etisk og personligt acceptable for patienten og så bekvemme og tilgængelige som muligt.
- Patientens individualitet skal respekteres, og enhver krænkelse af denne individualitet skal være dybt forankret i et presserende behov.

- Institutionens personale skal være veluddannet, opdateret og generelt udstyret til at udføre de opgaver, de får tildelt.
- Ingen person må udsættes for unødvendige farer, mens de er på institutionen.
- Institutionens administration skal kunne sikre, at dens politikker udføres, og at den kan dokumentere, at dette er tilfældet.
- Institutionen skal udnytte de tilgængelige ressourcer bedst muligt og kunne dokumentere, at dette er tilfældet.

Denne reference ramme indebærer en organisationsstruktur, som afviger meget markant fra det traditionelle sundhedssystem i Nordeuropa. På trods af dette, selvom diverse grupper har debatteret disse mål kritisk, har der ikke været nødvendige væsentlige ændringer. Både i litteraturen og i en række sundhedspolitiske-workshops, som forfatteren har afholdt, forbliver reference rammerne, uanset om de er underforstået eller formuleret direkte, bemærkelsesværdigt konstante. Derfor forventes det ikke, at denne reference ramme vil blive væsentligt ændret i projektets planlægningsfase. På den anden side vil reference rammen danne grundlag for strukturen af projekterne, og disse retningslinjer forsøger at sikre samfundets deltagelse i den endelige formulering af reference rammen. Den metodologi, der er tiltænkt dette formål, er beskrevet i bilag B og G.

## **KAPITEL 5** Planlægning af projekter og forventede konsekvenser

Den teoretiske baggrund og referencerammen for projektet er nu blevet præsenteret. Dog udgør definitionen af teorien og baggrunden langt mindre end halvdelen af arbejdet i et stortstilet projekt. Selv det mest komplette protokol vil indeholde elementer, der ikke stemmer overens med virkeligheden. Med dette in mente går disse retningslinjer nu videre til en mere praktisk argumentation, hvor referencerammen vendes på hovedet, så at sige. Elementer af referencerammen analyseres i forhold til de konsekvenser, der sandsynligvis vil opstå som følge af implementering af en regional eller national strategi baseret på denne ramme. Dette præsenteres gennem en beskrivelse af den forventede strategiske planlægningsproces og mulige scenarier for implementering af strategien. For at opsummere referencerammen på en problemorienteret måde fremsættes følgende kritik af den nuværende struktur for sundheds- behandling/pleje:

1. Systemets funktion er generelt dårligt dokumenteret, specielt med hensyn til kvalitet (mere godt end skadeligt).
2. Hospitalssektoren er strukturelt set alt for stor i forhold til primærsektoren.
3. Henvisningssystemerne overdriver i høj grad behovet for indlæggelser.
4. Der er alvorlige problemer med at koordinere de forskellige institutioner og sektorer, der er aktive inden for sundhedsområdet.

Referencerammen indebærer en række systemstrategier, der adresserer disse problemer, men de foreslåede systemer er for det meste uprøvede eller ikke-eksisterende. Dette er årsagen til at vælge en forsøgsorienteret tilgang, da de eksisterende oplysninger ikke understøtter en omfattende, overilet omstrukturering af sundhedsbehandlingssystemet. Ligesom med strategien "Sundhed for Alle" er der simpelthen for stor afstand mellem den formulerede strategi og det nuværende system til at skabe et

realistisk scenarie for et regionalt eller nationalt systems funktioner. Det er afgørende at afprøve disse strategier i den virkelige verden af patienter, fagforeninger, politikere og administrationer og evaluere konsekvenserne af disse udviklinger med henblik på anvendeligheden i større skala.

Referencerammen specificerer ikke projektet så detaljeret, at en entydig designplan følger. Pilotprojekter kunne tænkes på flere forskellige måder og i forskellige sammenhænge. For eksempel kunne man anvende visse elementer fra CQD-listen på aktiviteterne i en klinisk hospitalsafdeling, eller implementere en streng henvisningsplan, der er orienteret mod hjemmepasning, i en forsøgsbaseret kommune. Begge tilgange ville give vigtig information om referencerammens levedygtighed. Problemet med denne tilgang er, at arbejdsbyrden i sådanne projekter kan have varierende prioritet blandt personale, der har mange andre opgaver. Dette er ikke befordrende for evaluering, som bliver ekstremt kompleks, hvis ikke umulig, i den generelle forvirring af normale funktioner (på grund af alle de variabler, man skal kontrollere og ofte ikke kan kontrollere) og en begrænset personale-motivation, der blandt andet skyldes en begrænset udsigt for selve projektet.

Det er klart, at alle de problemer, der behandles i referencerammen, er yderst indbyrdes afhængige. Derfor kan en meget stærkere evaluering af referencerammens hensigtsmæssighed opnås gennem en total eller næsten total forpligtelse. Strategien har generelt til hensigt at forbedre kvaliteten, samtidig med at omkostningerne begrænses. Den eneste forudseelige fare, der eksisterer, ville være af budgetmæssig karakter. For at begrænse risikoen i denne forstand kunne man begrænse projektets størrelse i forhold til den berørte befolkningsstørrelse. På denne måde kan næsten alle aspekter af referencerammen testes, hvilket gør det muligt at teste en række hypoteser, som hidtil har manglet et "laboratorium". De spørgsmål, der rejser sig, er:

- Er det overhovedet muligt at leve op til det kvalitetsniveau, der er specificeret i referencerammen (eller en anden lignende ramme)?
- Kan henvisningssystemet fungere (for eksempel, hvordan skal akutte og alvorlige skadeservices administreres)?
- Er det muligt at motivere det medicinske fag til den udvidede decentralisering af tjenester, der er lagt op til (der er ingen beviser til dato, der gør dette sandsynligt, men det er yderst ønskværdigt)?
- Er samfundets deltagelse en reel eller indbildt genstand (den nuværende visdom tenderer til at fremstille samfundet som krævende mere af alting)?

Svarene på disse spørgsmål er ikke kendte: Det er sådanne svar, som de designede projekter er ment at levere. Derfor må en analyse af konsekvenserne af pilotsystemet i forhold til en regional/national systemstrategi afvente implementeringen og evalueringen af projektet. På den anden side er visse dele af det samlede koncept allerede sat i gang i forskellige sammenhænge. Nogle af erfaringerne fra disse sammenhænge blev kort beskrevet i kapitel 1, hvor det blev forklaret, at kombinationen af strategien "Sundhed for Alle" og HMO-konceptet var centrale for den teoretiske basis for disse retningslinjer. Denne teoretiske basis har en politisk modpart, som er den tro, der bliver mere og mere udbredt i udviklede lande, at sundhedsomkostningerne har nået en form for plateau i forhold til omkostningseffektivitet, og at yderligere stigninger i finansiering ikke vil blive ledsaget af rimelige fordele. En sundhedstjenesteforskningsgren er ved at opstå, som beskæftiger sig med denne side af problemet. I nogle banebrydende arbejder præsenterer Doll (63), som ser på



langtidsudviklingen i dødelighed og de tilgængelige data om store sygdomstendenser, nogle meget foruroligende beviser på, at vores sundhedssystemers indvirkning på dødelighed er minimal. På baggrund af dette arbejde og ved at udvikle et sæt kriterier for evaluering af medicinske procedurers effekt på specifikke sygdomsenheder, præsenterer McKinlay, McKinlay og Beaglehole (65) stærke beviser for, at den samlede omkostningseffektivitet i vores sundhedssystemer er højst tvivlsom.

Disse studier leverer dog ikke specifik information om, hvor "fedtet" i systemet sidder. Den politiske konsensus i Vesteuropa synes at være, at "fedtet" skal skæres fra, men få politikere har den nødvendige viden eller politiske indflydelse til at få specifikke foranstaltninger gennemført. Tværtimod har sundhedssystemets politik en tendens til at tilsidesætte rationelle argumenter, hvilket øger omkostningerne ved at implementere enhver ny teknologi, der dukker op. Denne relative svaghed hos politikerne til at kontrollere de sundhedssystemer, som de tilsyneladende har ansvaret for (ansvaret er naturligvis meget forskelligt fra land til land), har ført til en søgen efter foranstaltninger, der kan forbedre sundhedssystemernes ansvarlighed over for deres politiske modparter. Denne søgen har blandt andet ført til en intens interesse i det amerikanske HMO-koncept. Konceptet er dog ikke umiddelbart oversætteligt til den europæiske kontekst, ligesom de europæiske offentlige sundhedssystemer heller ikke umiddelbart kan oversættes til den amerikanske kontekst.

Mens HMO-konceptet i USA er en privat finansieret for-profit eller non-profit sygeforsikringsordning uden iboende begrænsninger på organisationens størrelse, medfører krydsningen over Atlanten nogle begrænsninger i denne henseende. Når man anvender HMO-konceptet inden for europæiske ledelsesdefinitioner, følger størrelsesbegrænsninger de administrative enheder i den regionale eller nationale struktur. I overensstemmelse med de store ledelsesproblemer i sundhedssystemerne, der er beskrevet ovenfor, er det fristende at begrænse størrelsen på den administrative enhed, der vil adoptere en HMO-lignende struktur, således at det bliver muligt for ledelsen at opretholde et detaljeret kendskab til befolkningsprofilen i optageområdet. Blandt sundhedssystempolitikere er der en vis enighed om, at befolkningsbasen ligger et sted mellem 10.000 og 50.000 personer (66). For at lette klarheden i denne sammenhæng kaldes denne enhed en sundhedsdistrikt. Oprettelsen af sundhedsdistriktet som en administrativ enhed vil gøre det muligt at definere en befolkningsbase, hvor der kan defineres et klart afgrænset økonomisk og professionelt ansvar. I de fleste europæiske lande eksisterer der allerede en eller anden form for geopolitisk administration på dette niveau, almindeligvis som en amts- eller bystyre. Disse administrative enheder har ofte en eller anden sundhedsrelateret ansvar, oftest inden for områder med social støtte i tilfælde af kronisk, sundhedsrelateret handicap. Med undtagelse af Finland og Rusland ligger ansvaret for administrationen af sundhedsydelse og sundhedspolitikdog i mere centraliserede myndigheder.

Det centrale spørgsmål i diskussionen om HMO-konceptet i socialiseret medicin er økonomisk styring eller regulering. Konceptet økonomisk styring er udbredt i lande med meget store offentlige sektorer. I disse lande, hvor omkring 30-40 % af BNP er bundet i offentlige arbejder, tildeles budgetterne af politiske organer på forskellige niveauer. Metoderne for styring varierer meget, men gennem de sidste 30 år er begrebet "budgetstyring" blevet meget udbredt. Ved at anvende denne metode opdeles forskellige funktionelle enheder i den offentlige sektor i en organisatorisk struktur specificeret ned til programdirektøren, og der tildeles et budget, som under ingen omstændigheder må overskrides. Eventuelle budgetoverskridelser er meget følsomme politisk og ender ofte med afskedigelse af programdirektøren. Programmerne er bundet

sammen i større budgetpuljer, som også er faste, hvilket beskriver et system, hvor enhver stigning i aktiviteten i ét område skal ledsages af rationalisering eller nedskæringer i et andet område.

Gennem disse mekanismer har det været muligt at styre de samlede udgifter i den offentlige sektor inden for acceptable grænser, selvom budgetunderskud også er almindelige på nationalt plan. Gennem budgetændringer kan aktiviteter skaleres op eller ned. Set fra et amerikansk perspektiv har dette system opnået imponerende resultater med hensyn til omkostningsbegrænsning. Selvom økonomisk styring har været ret effektiv, stopper dens magt til at påvirke stort set på sektorniveau. Inden for sundhedssektoren har styringsmekanismer i vid udstrækning været domæne for den medicinske magtelite. HMO-konceptet er blevet set i denne sammenhæng som et middel til at udvide budgetmekanismernes styringsevne længere ned i systemet.

I den danske kontekst har disse koncepter set en vis udvikling på udvalgsniveau, men ingen administrative ændringer er endnu blevet effektueret (67, 68).

Selvom der er en verden til forskel mellem de administrative aspekter af offentlige sundhedssystemer og det amerikanske sundhedssystem, er bundlinjen ret ens i begge systemtyper, nemlig prioritering, koordinering af ydelser og samarbejde mellem sektorerne. De ledsagende administrative problemer er også bemærkelsesværdigt ens, måske hovedsageligt på grund af den internationale udsyn inden for medicinens felt. Alle de mere avancerede systemer er plaget af tvivlsom sundhedseffekt fra en uacceptabelt stor del af aktiviteterne i sundhedssystemerne. Det er helt klart, at vi nu er i stand til at gøre mere for den enkelte patient, end de tilgængelige ressourcer tillader, og spørgsmålet om prioritering bliver vigtigere, efterhånden som teknologierne bliver stadig mere avancerede.

Fremskridtene inden for medicinsk teknologi gør styringsmekanismernes styrkelse særligt påtrængende. Svar skal findes på det presserende spørgsmål om, hvordan fremtidens sundhedssystem ville se ud. I projektets indledende fase er der blevet tænkt over, hvordan man kan maksimere anvendeligheden af pilotsystemet som et planlægningsinstrument. Som sådan vil projektet blive designet til at fungere inden for de eksisterende budgetrestriktioner, så det forbliver brugbart som grundlag for en systemstrategi. Tre alternative budgetterings- eller finansieringsformer er blevet overvejet. Disse ville blive drøftet meget kort nedenfor for at lette konceptualiseringen af konsekvenserne af en vellykket projektperiode.

Et nationalt sundhedssystem baseret på de fremlagte koncepter ville nødvendigvis blive ledsaget af omfattende økonomiske/politiske reformer. Disse reformer ville være nødvendige for at finansiere systemet. De præsenterede modeller vedrører et nationalt system, hvor al primær sektor behandling/pleje og meget af det, der nu er hospitals- behandling/pleje, ville blive organiseret i et system af sundhedsdistrikter, der dækker hele landet. Tre generelle finansielle modeller præsenteres: 1. hvor sundhedsdistrikterne finansieres gennem deres egen skattebase, 2. hvor sundhedsdistrikterne finansieres gennem en blanding af deres egen skattebase, den regionale skattebase og bloktilskud fra den nationale skattebase, og 3. hvor sundhedsdistrikterne finansieres gennem deres egen og en national skattebase uden et mellemliggende regionalt niveau. For alle tre modeller kan det antages, at den samlede skattebyrde for befolkningen, hvad angår sundheds- og socialydelser, i værste fald vil forblive konstant og sandsynligvis blive reduceret.

Under model 1, hvor sundhedsdistrikterne finansieres gennem deres egen skattebase, ville kommuneskatten blive øget, og regionskatten reduceret. Sundhedsdistriktsadministrationen ville være kommunens enekompetence, dog måske med en ombudsmand på regionalt eller nationalt niveau. Hospitalsydelse ville enten blive administreret af kommunale foreninger (som i Finland), af regionale myndigheder (som i Danmark, Sverige og Norge) eller af den nationale regering. Baseret på periodiske forhandlinger ville sundhedsdistrikterne fastsætte priser for hospitalsydelse i et forudbetalt system og betale for overskydende omkostninger på en sag-for-sag-basis, svarende til forslagene om selvstyrende hospitalsfinansiering i det britiske White Paper (68). Ekstreme tilfælde, som fx hæmofili, der er refraktær over for behandling (listen er ikke lang og let afgrænsbar), ville blive finansieret enten af regionen eller de nationale finanser.

Den åbenlyse fordel ved denne model er, at det finansielle og politiske ansvar ville være på samme niveau, og offentligheden ville have hurtig adgang til regres. Kommandovejen i systemet ville blive væsentligt forenklet. Da hospitaler i denne model ville være nødt til at retfærdiggøre alt, hvad de gør, under trussel om ikke at kunne markedsføre deres ydelser, ville de afvige fra deres tendens til at vokse på bekostning af primærsektor behandling/pleje. Dette ville naturligvis forudsætte, som i pilotprojektet, at kommunerne ikke selv drev hospitaler. At undgå dette er så simpelt som at stipulere, at alle primærplejesenge har et maksimum på én dags ophold under trussel om sanktioner ved længere ophold. Denne model ville også tilskynde til en form for konkurrence mellem kommuner, som kunne forventes at konkurrere med hinanden om at levere den bedste service til en given skattesats, ligesom disse kommuner allerede konkurrerer om at levere omkostningseffektive sociale ydelser. Kommuneskatten ville tendere til at stige eller falde mere i forbindelse med systemets omkostningseffektivitet end med programmets succes eller fiasko.

Den mest åbenlyse ulempe ved denne model er, at den ville indebære en omfattende politisk reform, hvor regionsrådene ville opgive en betydelig del af deres skattebase til distriktsniveauet (kommunerne). Det skal nævnes, at regionen som en politisk enhed i Skandinavien er en ny udvikling, der i vid udstrækning er designet til at styre og kontrollere hospitalsudviklingen i 1960'erne, og at disse organers politiske magt er relativt svag. Deres fortsatte eksistens er konstant til debat, og denne debat er blevet intensiveret siden midten af 1980'erne.

En anden alvorlig ulempe er, at administrationen af alle disse distrikter ville kræve en betydelig stigning i det niveau af ekspertise, som kommunerne besidder. Dette ville være en langvarig proces, som ville tage mange år. Svækkelsen af den centraliserede regionale magt kan også tendere til at svække indsatsen overfor omkostningsbegrænsning på sundhedsområdet på grund af større vanskeligheder med inter-distriktssamarbejde, men på den anden side ville enhver stigning i omkostningerne baseret på disse udviklinger være underlagt vælgerens diskretion.

Under model 2 vil sundhedsdistrikterne blive finansieret gennem det eksisterende skattesystem, hvilket betyder, at deres budgetter skal sammensættes fra en række separate budgetenheder. Dette er i overensstemmelse med den generelle tendens i Skandinavien. Man søger måder at decentralisere ansvaret for primærsektor behandling/pleje på, men diskussion mangler vision og rækkevidde. Inden for det foreslåede pilotprojekt dækker sundhedsdistrikterne også budgetterne for hospitals- behandling/pleje. Dette ville nødvendiggøre forhandlinger om hospitalskapacitet lige så meget som under model 1.

Den mest åbenlyse fordel ved denne model er, at den kan fungere under det nuværende sæt love og regler, der styrer de politiske systemer. Sammenlægningen af forskellige budgetenheder er administrativt mulig;

faktisk er effekterne af den budgetstyring, der er beskrevet ovenfor, i øjeblikket ved at skubbe budgetprocessen i denne retning. Den eksisterende administrative arbejdskraft vil sandsynligvis være i stand til at imødekomme udfordringen ved denne proces uden umenneskelig indsats, men administrativ træghed vil muligvis være mere problematisk end under model 1. Problemet med central koordination, som skulle oprettes under model 1, er allerede på plads for model 2, selvom det ikke fungerer tilfredsstillende i øjeblikket. Desuden er dette modellen, som der findes mest information om, og den model, som pilotprojektet sandsynligvis vil blive gennemført under.

Ulemperne vil være meget de samme som de problemer, som det nuværende system står over for. Skismaer mellem lokale og regionale prioriteter fører til meget spildt indsats og politisk manøvrering for at opretholde status quo. Med det økonomiske ansvar for størstedelen af budgettet placeret centralt, kan det være umuligt at konstruere effektive økonomiske incitamenter til at styre sundhedsdistrikts-administrationen i den rigtige retning. Forsøg på at opretholde sådanne incitamenter vil sandsynligvis tendere til at bureaukratisere organisationen. Dette vil tendere til at øge de lavere administrative ekspertisebehov i model 2 sammenlignet med model 1. Desuden gør den centraliserede skattebase det svært, om ikke umuligt, at fordele effekten af besparelser retfærdigt, hvilket svækker incitamentet til at begrænse omkostningerne.

Under model 3, hvor sundhedsdistrikterne finansieres gennem deres egen og en national skattebase uden et mellemliggende regionalt niveau, vil regionerne som politiske enheder blive kraftigt svækket eller måske helt afskaffet. Model 3 er en slags hybrid mellem modellerne 1 og 2. Skattesystemet ville blive ændret, med nogle af ansvarsområderne placeret hos staten og andre hos kommunen. Driften af hospitaler ville være statens domæne eller måske den private sektors, hvor distrikterne forhandler ydelser meget som under model 1. Finansieringen af hospitals budgetterne for sundhedsdistrikterne ville imidlertid være et nationalt anliggende. Denne model ligner det nuværende system i Finland.

Model 3 vil have mange af ulemperne fra model 2 og mange af fordelene fra model 1. Fjernelse af det regionale niveau vil tendere til at øge distrikternes autonomi. Meget af den dobbeltadministration, der eksisterer både på nationalt og regionalt niveau, kunne fjernes, og administrativ arbejdskraft kunne dermed frigøres til administrative opgaver på sundheds distriktsniveau (dette er dog notorisk svært at gennemføre). Strømmen af information kunne blive bedre standardiseret end i et regionaliseret system, og resultaterne ville derfor være lettere tilgængelige til evaluering. Forbindelsen mellem politiske beslutningstagere og beslutningstagning ville blive styrket.

På den negative side kan det forventes, at budgetsystemet ville blive endnu mere komplekst end under model 2, og standardisering vil tendere til at mindske distrikternes lydhørhed over for lokale forhold. Desuden vil centrale myndigheder tendere til at være mindre følsomme over for lokale forhold end regionale myndigheder.

Nødvendigheden af en budgetmodel i stil med en af dem, der er præsenteret her, findes i mobiliseringen af ressourcer, som budgetprocessen sigter mod. De prissætningsbestrebelse, der er beskrevet ovenfor, og som vil blive beskrevet mere detaljeret i kapitel 6, er designet til at muliggøre overførsel af udvalgte ydelser fra hospitalssektoren til primærsektoren. Givet succes med prissætningsstrategien vil enhver af de beskrevne modeller være grundlæggende gennemførlige, og enhver kombination af disse vil også være gennemførlig. Man kunne endda forestille sig en blanding af offentlige og private systemer, hvor visse distrikter valgte privat virksomhed. Systemet ville blive modulopbygget, så at sige, og modulerne ville have stor økonomisk autonomi (og ansvar). Dette er den mekanisme, hvorved incitamentet til sund forretningssans i sundhedssektoren opstår. Det er også en metode til at mobilisere strukturen i sundhedssystemet for at gøre det bedre i stand til at reagere på skiftende omstændigheder.

I denne sammenhæng kan det give mening at have hospitalerne som autonome administrative enheder, så overlevelsedygtighed bliver en faktor. For visse ydelser, såsom planlagt kirurgi, kunne man også

forestille sig åbne markedsmekanismer i hospitalssektoren, således at sundhedsdistrikterne kunne have en vis forbrugermagt over de udbudte ydelser og til hvilken pris. Sådanne konkurrencekræfter må dog ikke gå på kompromis med den lighed i adgang, som er blevet et kendetegn ved offentlige sundhedssystemer, selvom mekanismerne, hvorved lighed i adgang kan opretholdes i et konkurrencepræget miljø, endnu ikke er defineret. Lysten til konkurrencekræfter er stærk i offentlige sundhedssystemer, da de ses som en mekanisme, hvorved den enkeltes valgfrihed maksimeres. Dette adresseres ikke yderligere i disse retningslinjer, men personalearrangementerne inden for distriktet søger at maksimere individuelle valg inden for brede rammer.

Uanset hvilken finansieringsmetode der vælges for sundhedssystemet, forventes sundhedsdistrikternes budget at være det samme. Dette vil blive uddybet i kapitel 6. Budgetsystemet for sundhedsdistriktet er den mekanisme, der skaber et incitament til at holde hospitalisering på et minimum. Som nævnt i diskussionen af de generelle finansieringsmodeller, vil distrikterne forhandle med hospitalsmyndighederne om, hvad der kunne kaldes hospitalets basisbudget. Dette beløb vil dække hospitalets omkostninger til at opretholde akutberedskab og hjælpemæssige funktioner samt en forhandlet andel af de forventede hospitalsindlæggelser for budgetperioden. Dette beløb vil blive betalt af sundhedsdistriktets budget. Kun de ressourcer, der er tildelt hospitals- behandling/pleje, bliver bundet, mens de ressourcer, der ikke er hospitalsbundne, i princippet er frie. En stor del af disse ressourcer vil være bundet til sædvanlige ydelser, men en del af ressourcerne vil være reelt mobiliserede, dvs. de ressourcer, der svarer til det beløb, der kan spares ved reducerede hospitalsindlæggelser på grund af billigere hjemme- og social behandling/pleje. Dette vil blive stadig tydeligere, efterhånden som budgetprocessen forklares i detaljer.

Den samlede effekt af disse to mekanismer, reduktion af hospitalskapacitet og hospitaliseringsniveauet, vil være at flytte ydelserne tættere på patienten. Dette vil forbedre det professionelle personales kendskab til de problemer, deres patienter står over for, forbedre patienternes kendskab til sundhedssystemets evner, øge incitamentet til forebyggelse og øge relevansen af målretningen af ydelserne. Kort sagt forventes disse incitamenter at være centrale for at føre systemet mod de opstillede mål (kapitel 4).

## **KAPITEL 6** Budgettering af projektet

Budgettet for pilotprojektet vil være den samlede sum af omkostningerne til alle sundheds- og socialtjenester for distriktsbefolkningen.

Der er en række metodologiske problemer, der kan gøre dette meget vanskeligt. For det første er det efter forfatterens viden aldrig blevet forsøgt før. Der er også definitionsproblemer. Disse ville blive løst enten ved konsensus (workshops) og/eller offentligt administrative beslutninger (se bilag G). Distriktet som sådan (definitionen af målgruppen) vil falde i sidstnævnte kategori, mens afgrænsningen af, hvad der udgør en sundhedstjeneste, vil falde i den første. Uanset udfaldet af disse definitionsprocesser, vil nogle af tallene for omkostningerne ved de definerede tjenester være fastlagt, når pilotsystemet sættes i gang, mens andre ikke vil være det. Sidstnævnte skal estimeres på baggrund af tilgængelige data. Følgende budgetscenario er baseret udelukkende på danske forhold, men grundlaget for syntesen er rimeligt generaliserbart.

Med hensyn til hospitalsindlæggelser er der fuldstændige data tilgængelige vedrørende indlæggelsestidspunkt, patientens oprindelse, hoveddiagnoser og større behandlinger. Der er ikke data tilgængelige vedrørende ambulante besøg, undtagen i meget begrænset omfang. Dog er der i øjeblikket systemer under udvikling, som kan føre til brugbare data inden implementeringen af pilotprojektet. Samlede tal er selvfølgelig tilgængelige på hospitalsniveau, og i en række tilfælde også på

afdelingsniveau. På eksperimentel basis er der også blevet udarbejdet nogle tal baseret på et system, der ligner diagnoserelaterede grupper. Under alle omstændigheder er det muligt at udskille budgetdata for kommunerne. Ved at korrigere for eventuelle betydelige forskelle i sygelighed og anvendelse af sundhedstjenester kan hospitalsdelen af pilotprojektets budget estimeres ved at bruge kommunebefolkningen som tæller og regionsbefolkningen som nævner og derefter anvende den resulterende andel på regionens hospitalsbudget. Budgetprocessen for hospitalet vil blive indledt af en pilotundersøgelse, der sammenligner sygeligheds- og hospitalsanvendelsesmønstrene i tre forskellige kommuner, en bymæssig, en halvby og en landkommune, for at fastslå nødvendigheden af at korrigere for socio-demografiske forskelle i budgetprocessen. To danske undersøgelser, der har forsøgt dette, har produceret data om betydelige forskelle mellem kommuner, men de blev ikke gennemført med henblik på en forestående omorganisering og kan derfor ikke bruges som grundlag for denne proces (70, 71).

En tilpasning af service mønstre skal foretages på baggrund af de tal, der fremkommer fra ovenstående proces. Nogle af ressourcerne vil forblive inden for hospitalets budget, og andre vil blive overført til projektet. Denne proces vil være præget af usikkerhed, da der ikke findes tal for isolerede procedurer, og disse må derfor estimeres. Der findes nogle tal i engelske, tyske og især amerikanske systemer, og med stor forsigtighed og omhyggelig justering kan nogle af disse være brugbare. Ellers skal tallene for specifikke procedurer estimeres ved hjælp af data om de aktiviteter, der udføres på den afdeling, hvor den specifikke procedure udføres, og den bedste mands bedste vurderingstilgang. Denne særlige proces udgør en alvorlig svaghed i det økonomiske grundlag for pilotprojektet. Det kan håbes, at det arbejde, der i øjeblikket udføres vedrørende prissætning af hospitalsfunktioner, vil bære frugt, før projektet går online. Selv uden dette skal man huske, at der ikke er nogen reel fare i denne svaghed, da eventuelle afvigelser i den ene eller anden retning vil kunne rettes op.

Hospitalsdelen af budgettet vil være den mest følsomme del af budgetprocessen, da det er ud af hospitalets budget, at de mobiliserede ressourcer skal komme. Derudover skal budgetteringen af ikke-hospitalsbaseret sundheds- behandling/pleje også udføres. Data er tilgængelige vedrørende brugen af specifikke procedurer på almenlæge- og tandlægeniveau, prissat på honorar-basis. Budgetteringen for disse to områder er således blot et spørgsmål om at sammenstille data. Desværre er disse data privatejede og administreret af en halvprivat organisation, hvilket kan skabe problemer med adgang. Ud over disse primære aktiviteter skal budgettet også omfatte aktiviteterne inden for social- og hjemmebehandling/pleje. Ressourceniiveauet vil være baseret på tidligere anvendelsesniveauer. Den følgende liste kan blive ændret i den endelige protokol:

1. Konsultationer og programmer for mødre og børn
2. Efteruddannelse og rehabilitering efter hospitalsindlæggelse
3. Hjemmepleje og hjemmesygepleje
4. Hjemmeforbedringer (sygeplejeudstyr)
5. Madprogrammer til syge og handicappede
6. Social støtte til kronisk syge
7. Social støtte til akut økonomisk tab på grund af sygdom
8. Social støtte til medicin og specialbehandling

## 9. Beskyttede boliger og plejehjem

## 10. Specialinstitutioner for handicappede og udviklingshæmmede

Inkluderingen af disse elementer i projektbudgettet udgør en mekanisme for et andet stort incitament. For eksempel betyder inkluderingen af social støtte til akut økonomisk tab på grund af sygdom, at så snart projektpersonalet finder en metode til at få en patient hurtigere tilbage på arbejde efter behandling end før, vil de ressourcer, der mobiliseres herved, straks være tilgængelige til andre aktiviteter. Tilsvarende, hvis en patient vender tilbage, fordi fx postoperativ rehabilitering ikke var vellykket, skal ressourcer tages fra andre aktiviteter. Moderne kommunikationssystemer muliggør også telemedicin (mobil bredbånd), så intensiv overvågning i hjemmet bliver mulig. Dette kræver ressourcer, men de er beskedne sammenlignet med den fordel, der opnås. Denne mobilitet vil tendere til at maksimere personalets motivation til at implementere det laveste effektive behandling/plejeniveau og samtidig maksimere kvaliteten af plejen. Dels på grund af den begrænsede størrelse af opgaven og dels på grund af den indbyggede mobilisering af ressourcer, vil enhver slæk i enten overforbrug af ressourcer eller kvalitetssikring hurtigt blive taget hånd om. Funktionen af denne mekanisme forudsætter, men er også beregnet til at styrke, en høj motivation hos personalet. Dette svarer på nogle måder til personalemotivation i den personalemodel, der anvendes i HMO, men uden incitamentet til at generere profit eller øge markedsandelen. Virkningen af denne mekanisme må vente på forsøget, men foreløbige kontakter med de faglige organisationer har været meget positive.

Et problem opstår på dette tidspunkt, da ikke alle tjenester under de nævnte overskrifter er relateret til sundhed. Kommunernes regnskabssystemer er ikke designet til at afspejle denne sondring. For nogle af posterne vil der ikke være behov for opdeling, men i andre tilfælde vil behovet være akut. For eksempel er det kun en meget lille del af det samlede beløb, der udbetales til befolkningen under overskriften social støtte til akut økonomisk tab på grund af sygdom, som falder ind under sygdomskategorien, mens resten udløses af sociale situationer. Regnskabsposterne er heller ikke opført efter situation. En metode, som vil blive forsøgt, er at tage en tilfældig stikprøve af sager, der behandles af socialkontoret under sådanne situationer, evaluere i hvilket omfang hver sag er eller ikke er (sand/falsk/proportion) betinget af sygdom, få proportionen fra den tilfældige stikprøve og anvende den på det samlede beløb, der udbetales under den relevante bestemmelse. Dette er meget primitivt og vil kun give et groft skøn over det reelle beløb, men da vi har at gøre med en gråzone (grænsen mellem sygdom og social elendighed), har problemet sandsynligvis ikke nogen stringent løsning.

Ud over det budget, der vil blive konstrueret på den beskrevne måde, vil en række andre økonomiske faktorer blive inkluderet i den løbende evaluering af projektets sundhedseffekt. Nogle af disse vil have budgetmæssige implikationer, mens andre ikke vil. For eksempel vil stigningen i arbejdskraftens produktivitet, som opnås af arbejdsgivere på grund af hurtig bedring, være en faktor, der ikke direkte vil have økonomiske implikationer for projektet, men som indirekte vil have konsekvenser for kommunen som helhed og dermed for projektet. En tilfredsstillende effekt af forebyggende interventioner vil derimod have direkte implikationer for projektets ressourceforvaltning (se også kapitel 10).

Mange af de processer, der er beskrevet i budgetteringsøvelsen ovenfor, er ikke blevet afprøvet før. Det anses derfor for hensigtsmæssigt, at et pilotbudget udarbejdes som et separat projekt, før budgettet for pilotkommunen konstrueres.

## KAPITEL 7 Planlægning af funktionerne i CHC-projekter

Projektets budget er fundamentet, hvorpå alt andet hviler, og det gives derfor særlig vægt i disse retningslinjer. Dog vil budgettet alene ikke gøre projektet til en succes, lige så lidt som rigdom ville sikre et godt ægteskab, og en række andre processer skal gå forud for implementeringsfasen. I dette kapitel gives der kun et overblik. Flere detaljer om de beskrevne planlægningsprocesser findes i bilagene. Det skal huskes, at de fleste af disse processer ikke betragtes som afsluttede processer, men som igangværende processer, der på én eller flere måder er essentielle for projektets fortsatte funktion. De samme processer anses som elementer i den overordnede ledelsesfunktion for sundhedssystemet generelt, som kort blev beskrevet i kapitel 5.

Et af de centrale temaer i projektets henvisningsplan er, at projektet ikke driver sit eget hospital. Rationale bag denne strategi er, at ved at afinstitutionalisere sygdom ville projektet kunne trække på ressourcer fra den enkelte og hans/hendes sociale netværk, som ofte undertrykkes eller direkte hæmmes i hospitalsmiljøet. Dette er en ret udefinerbar ressource, som sandsynligvis kun kan måles med meget indirekte metoder. I overensstemmelse med dette tema vil projektets henvisningsplan ikke være baseret på strengt objektive kriterier, men snarere sammensættes gennem en række workshops. Det er afgørende, at den udtænkte henvisningsplan er brugbar og acceptabel, da det vil være nødvendigt at overholde den ret strengt for at budgettet kan holde (se kapitel 6). Deltagerne i workshopsene vil derfor blive udvalgt på baggrund af deres autoritet, aktiveringspotentiale og/eller repræsentativitet. Workshopserien beskrives i detaljer i bilag B. Kort fortalt vil workshopsene producere planer for, hvilke patientkategorier der skal håndteres inden for distriktsfunktionerne, og hvilke der fortsat vil have behov for hospitalsindlæggelse. Den første af disse workshops vil få til opgave at finde 40 % af det nuværende antal medicinske sengepladsdage og 25 % af de nuværende kirurgiske sengepladsdage, som kan overføres til distriktsfunktionerne. De efterfølgende workshops vil skabe ledelses- og personalemodeller baseret på den første workshop.

Henvisningsplanen for distriktet vil have en række konsekvenser for det eller de hospitaler, der normalt modtager patienter fra området, og tæt koordinering med hospitalsmyndigheden vil derfor være essentiel. Dette forudsættes i disse retningslinjer, idet det antages, at den samme distriktsundhedsmyndighed, som driver projektet, også har myndighed over henvisningsmønstret. I et område med flere hospitaler, eventuelt konkurrerende hospitaler, vil denne koordinering blive meget kompleks.

Andre planlægningsområder, der kræver opmærksomhed, inden projektet kan gå i drift, omfatter:

Den politiske styring af projektet. Konceptet peger indtil videre på en eller anden form for sundhedsudvalg i kommunen, hvor projektet skal køre, som transcenderer de regionale og kommunale råd og inkluderer samfundselementer, der ikke er afhængige af disse (se bilag C for detaljer).

Der gives et overblik over personalebehovene for projektet og kvalifikationsprofiler for hver kategori (se kapitel 8 og bilag D).

Der gives et overblik over de teknologier, der forventes anvendt. I disse retningslinjer vil konceptet udvidet hjemmepleje være et centralt emne. Det kan forventes, at projektets innovative karakter vil tiltrække idéer til teknologiske innovationer, og dette kan indebære projekter inden for projektet med tilhørende planlægning og ekstern finansiering. Ved ekstern finansiering menes uden for det planlagte budget, hvilket kunne betyde finansiering fra regionale eksperimentfonde såvel som nationale eller



private kilder. Kvalitetsorienteret servicereportering er derimod et centralt spørgsmål i projektets planlægningsproces (se også kapitel 10), og en oversigt over det planlagte system præsenteres i bilag E.

## **KAPITEL 8** Forventet drift af CHC-distriktet

Det arbejde, der hidtil er udført i planlægningsprocessen, har ført til en beskrivelse af strategien for pilotsystemet, som beskrevet ovenfor. I en række sundhedspolitiske workshops afholdt af forfatteren med fokus på dette område, er arbejdet gået videre end det strategiske niveau og er gået ind i nogle af detaljerne i systemets funktioner. Faktisk var en funktionsbeskrivelse af denne art den drivkraft, der satte planlægningsprocessen i gang, og de andre planlægningsfacetter er i højere grad blevet tilpasset funktionsplanen end omvendt. Den følgende beskrivelse af et sådant scenarie, selvom det måske ikke er fuldstændig relevant uden for den nordvestlige europæiske kontekst, er det designet til at give læseren en fornemmelse af strategiens kontekst på lokalt niveau. Til denne beskrivelse hører en oversigt over arbejdskraften, en organisatorisk oversigt og en teknologioversigt.

Overordnet set vil distriktet have de funktioner, der er inkluderet i almen praksis samt hjemme- og social behandling/pleje, udvidet til at omfatte avanceret hjemmepleje eller hjemhospitalet. Centralt i denne funktionsbeskrivelse er en institution, der ville koordinere disse aktiviteter, og som herefter vil blive betegnet som sundhedscentret (i en amerikansk kontekst ville klinik måske være mere passende). For at udføre sine funktioner ville centret have akutte og nødtjenester med 10-12 senge til brug i 24 timer samt ambulante tjenester, sociale velfærdstjenester, sundhedsuddannelse og forebyggende aktiviteter, udadgående sociale netværkstjenester og samfundsstøttefunktioner samt uddannelses- og forskningsfunktioner. Kort sagt, et center der leverer alle de nødvendige sundhedstjenester i samfundet med undtagelse af specialiseret behandling og pleje. Med andre ord ville hospitalet være forbeholdt alvorligt syge patienter, der har brug for intensiv og specialiseret behandling/pleje (se kapitel 4). En stor styrke, der ville forbedre de nuværende forhold, er at sammenlægningen af sundheds- og sociale tjenester ville eliminere den kulturelle konflikt mellem sundhedssektoren, hvis åbningstid er 24/7, og den sociale sektor, der normalt opererer på hverdage fra 9-16 med lukkedage ind imellem.

### **Nød- og akutfunktioner:**

- Skadestue, hvor mindre kirurgi udføres, og akut lægehjælp gives, herunder akutte situationer som ukomplicerede hjerteanfald, astmaanfald osv.
- 10-12 senge til 24 timers brug, hvilket betyder, at patienter, der ikke kan udskrives, enten til hjemmepleje eller andre sociale tjenester, ville blive indlagt på hospitalet. Det er afgørende at sikre, at disse kortvarige senge ikke bliver til et mini-hospital. Andre mekanismer end en tidsbegrænsning kunne måske overvejes. Moderne kapacitet til ilt og sugning samt overvågning af vitale funktioner i alle senge.
- Håndtering af mere alvorlige tilfælde, transport til hospital og ledsagelse af bevidstløse patienter osv.

### **Behandling, forebyggelse og pleje:**

- Seksualrådgivning, graviditetsrådgivning, fødselsforberedelse og selvhjælpsgrupper for gravide, fødselsfunktion for ukomplicerede graviditeter (jordemoderassisterede hjemmefødsler).
- Identifikation af risikogrupper, f.eks. komplicerede graviditeter, patologiske nyfødte tilstande, svækkede sociale grupper (stofmisbrug osv.), børneundersøgelser og sundhedsfremmende programmer i skoler, forebyggelse af sundhedsskadelige arbejdsvilkår, farlige trafikforhold osv., til brug i planlægningen af forebyggende praksis.
- Uddannelses- og karriererådgivning.
- Medicinsk behandling af alle tilfælde, der kan behandles i primærsektoren, hvilket betyder, at f.eks. patienter med lungebetændelse, mave-tarm-problemer eller endokrinologiske forstyrrelser normalt ikke længere ville blive indlagt på hospital. Dette indebærer et velkoordineret system af hjemmepleje og institutioner for ældre/svage.
- Mindre akut- og elektiv kirurgi, der kan udføres i lokalbedøvelse, f.eks. simpel ostesyntese, steriliseringer, fjernelse af lipomer osv.
- Distriktpsikiatriske tjenester, herunder bofællesskaber, selvhjælpsgrupper osv.
- Rehabilitering, både i forbindelse med lokal behandling, efter udskrivelse fra hospital og i hjemmeplejen, herunder tværfaglig behandling af psykosociale arbejdsevnetilfælde.
- Koordinering af hjælp til ældre, herunder administration af plejehjem, sociale netværksinitiativer og visitation til mere intensive tjenester.
- Administration af tekniske hjælpemidler til hjemmepleje osv.
- Sundhedsuddannelse i samfundet.

#### **Støttefunktioner til andre institutioner:**

- Medicinsk støtte og bemanning af plejehjem osv.
- Støtte og vikarer for praktiserende læger, tandlæger osv. i tilfælde af, at disse fortsætter som liberale erhverv.
- Fælles aktivitetscenter, hvor sundhedscentret ville bistå med sundhedsundervisning.
- Arbejdsstyrkens sundhedstjenester, koordinering af bredere aktiviteter.
- Socialkontor, koordinering af fælles aktivitetsområder.

#### **Arbejdsrelationer med andre institutioner:**

- Centrallaboratorie, blodbank, mikrobiologisk laboratorium osv.
- Centralt hospital (personaleudveksling, sagsgennemgang osv.)
- Daginstitutioner, osv. (forebyggende tjenester).
- Alternative boligkvarterer (distriktpsikiatri osv.).

#### **Personaleoversigt:**

I det følgende afsnit gives en oversigt over de personalebehov, der er nødvendige for at udføre de beskrevne funktioner for den projekterede målgruppe på cirka 10.000 personer (for flere personer skal der naturligvis skaleres op).

## Personaleoversigt:

I det følgende afsnit gives en oversigt over de personalebehov, der er nødvendige for at udføre de beskrevne funktioner for den projekterede målgruppe på cirka 10.000. Listen er ikke fuldstændig, og så vidt forfatteren ved, er der ingen personaletværsnit af denne type, som er blevet afprøvet i praksis, selvom de fleste elementer er blevet samlet i finske og svenske sundhedscentre. I alt omfatter listen omkring 35-50 personer i selve centret og op til 50 personer i hjemmeplejen. I oversigten vises disse tal sammen som centerpersonale, og det er sandsynligt, at sådant personale også ville have udvidet udveksling af aktiviteter, rotationer osv.

- Lægepersonale til at dække et 24-timers vagtordning, sandsynligvis minimum 6. Udover det normale personale ville et antal specialister være til rådighed til konsultationer i centret, måske også inklusive specialiseret elektiv kirurgi af den type, der ikke kræver komplekse støttesystemer (f.eks. grå stær, artroskopisk kirurgi osv.). I alt sandsynligvis omkring 10 læger.
- Sygeplejepersonale afhængig af behovet, herunder sygeplejepersonale i hjemmeplejen med rotationer osv., på omkring 20-25 sygeplejersker.
- Sygehjælpere, herunder hjemmeplejepersonale, 40-50 personer.
- Jordemødre, måske én fødeklinik for 2-3 distrikter, 24-timers dækning. I pilotprojektet vil denne funktion sandsynligvis fortsat være i hospitalsregi.
- Terapeuter (ergo, fysio, psykoterapeuter, afspændingsterapi osv.), 10-13.
- Tandlæger (2-3).
- Laboratorieassistenter/miljøteknikere (2-3).
- Farmaceuter, tilkaldefunktion? (1-2).
- Socialrådgivere (12-15).
- Offentlig relations-/sundhedsuddannelsesmedarbejder, måske en specielt uddannet sygeplejerske/terapeut.
- Teknisk personale (sekretærer, bygning vedligeholdelse, rengøring osv.) (6-8).

Udover at skulle have specielt uddannet personale til at udføre de beskrevne funktioner, ville personalet skulle holde deres specialiserede færdigheder opdaterede samt holde sig ajour med udviklingen inden for hospitalssektoren.

Denne situation adskiller sig fra den nuværende situation, og uddannelse af personalet kræver derfor særlig opmærksomhed. Sundhedscentret vil have behov for at koordinere uddannelsesaktiviteter tæt med grunduddannelsesinstitutioner for at udvikle færdigheder og problemløsningskompetencer, der er relevante i sundhedscenterets kontekst. Dette betyder ikke nødvendigvis, at personalet i sundhedscentrene skal have en anderledes og bestemt ikke en ringere uddannelse end deres kolleger i hospitalssektoren. Tværtimod er sundhedsvidenskabelige uddannelsesinstitutioner generelt i behov for en stærkere samfundsorientering, hvilket i sig selv ville indebære træning i de fleste af de færdigheder og problemløsningskompetencer, der er nødvendige i sundhedscentrene.

Efteruddannelse vil derimod primært være distriktets ansvar. Et stort problem i denne sammenhæng vil være opretholdelse af personalekvalifikationer og fastholdelse af specialuddannet personale i et åbent ansættelsesmiljø. Denne uddannelse skal planlægges omhyggeligt og ledsages af et omfattende incitamentssystem, der både gør centret attraktivt for veluddannet personale og gør centeruddannet personale velkvalificeret i andre sammenhænge. Et element i denne strategi kunne for eksempel være at arrangere regelmæssige udvekslinger mellem hospitaler og sundhedscentre, som det praktiseres i Norge (personlig kommunikation). Under dette system skal læger, der praktiserer i sundhedscentre, udføre tre måneders hospitalsarbejde hvert femte år for at opretholde deres medicinske licens, hvilket giver dem en betydelig lønbonus. Andre incitamenter end økonomiske er også blevet brugt i andre sammenhænge. Gennem bibliotekstjenester og forskningsfaciliteter har visse institutioner været i stand til at fastholde et højt niveau af personaleekspertise trods betydelige geografiske ulemper, som i Umeå i det nordlige Sverige eller Tromsø i det nordlige Norge (personlig kommunikation). Et højt niveau af personaleinvolvering i politiske spørgsmål forventes også at fastholde personalemotivationen gennem kollegial vurdering og andre former for formativ og støttende evaluering.

Udover den fortsatte uddannelse af personalet foreslås det, at der gennemføres omfattende sundhedsuddannelsesaktiviteter som en integreret del af projektets drift. Dette vil nødvendiggøre betydelig uddannelse af personalet såvel som generel information i samfundet (se også bilag D og G).

Administration af projektet kræver også særlig opmærksomhed. Det vil ikke være hensigtsmæssigt at have et projekt administreret af en gammeldags leder. Administrationen af projektet kræver betydelige kommunikative og forhandlingsevner, som kun er almindelige blandt innovative administratorer. Den innovative og erfarne administrator inden for sundhedssektoren er sjælden, og det er afgørende at finde den rette person (se bilag B og D). I mellemtiden forventes den organisatoriske struktur for administrationen af projektet at følge de seneste udviklinger i administrative strukturer for hospitaler, med en administrerende direktør flankeret af en lægelig direktør og en sygeplejeleder, begge med kliniske opgaver ud over deres administrative opgaver.

Under dette administrative niveau vil der ikke være officielle niveauer eller kommandoveje, hvor alle andre placeres i en flad organisationsstruktur. Dette anses for at være et nødvendigt element for at fremme tværfagligt samarbejde. Det kan dog forventes, at visse problemløsningsfunktioner kræver oprettelse af ad hoc-grupper, for eksempel kvalitetsvurderings grupper, som derefter skal afholdes fra at blive institutionaliseret. Dette understøtter projektets centrale tema om at nedbryde barrierer (koordination).

Det er nødvendigt at have et klart mandat for, at projektet kan fungere forholdsvis autonomt. I bilag C foreslås der imidlertid en politisk struktur til at føre tilsyn med projektet. Funktionens rolle i forhold til projektets daglige administration overlades til implementeringsprocessen. Denne proces er i sig selv et element i den samfundsinvolvering, der er beskrevet i bilag G. Begge disse processer skal planlægges for at maksimere niveauet af samfundsinvolvering som et element i udviklingen af selvplejekonceptet, der er centralt i referencerammen.

Ud over det computersystem, der er nødvendigt for driften af det databasesystem, der er beskrevet ovenfor og i kapitel 10 og bilag E, kræves der forskelligt andet teknisk udstyr i forbindelse med funktionsbeskrivelsen. Dette omfatter telemetrisystemer til overvågning af hjertepatienter (Holter-overvågning og overvågning af vitale tegn, som med den rette ekspertise sagtens kan etableres med den nuværende 5G netværk), et kompakt, bærbart digitalt røntgen- og ultralydsapparat til skadestuen, bærbare respiratorer og grundlæggende laboratorieudstyr (blodgasser, hæmoglobin, elektrolytter osv.).

Som nævnt ovenfor er det sandsynligt, at projekter vil tiltrække eksperimentelle teknologier, og dette forventes at have en vis indflydelse på projektet. Teknologier til hjemmepleje er særligt relevante i denne sammenhæng (særlige robotter til tunge opgaver, etc.).

Disse retningslinjer er selvfølgelig kun en skabelon, så at sige, der er designet til at tænde motivationen for at opnå optimal sundheds- behandling/pleje (CHC). Det skal huskes, at denne funktionelle oversigt ikke er endelig, og at selv den endelige version af protokollen altid vil være åben for nye input fra projektets omgivelser og personale. Pludselige og forstyrrende ændringer skal naturligvis undgås hvor muligt, og der skal derfor udvises forsigtighed med at gøre protokollen så samfunds svarende som muligt, før projektet går i gang.

## **KAPITEL 9** Alternativt begrænset implementering

Formålet med at skabe disse retningslinjer er naturligvis at lette planlægningen af pilotsystemer. Implementeringen af projekter kræver dog politisk opbakning, og der er en fjern, men reel mulighed for, at den politiske vilje til at gennemføre projektet i sidste ende kunne falde igennem. Derfor er der blevet gjort, og vil blive gjort, bestræbelser på at maksimere nytteværdien af den information, der genereres i planlægningsprocessen, inden for rammerne af det nuværende sundhedsbehandlingssystem.

En del af denne indsats er at sikre, at mange af de planlagte processer kan gå online som selvstændige moduler. Incitamentsmekanismerne som sådan ville sandsynligvis være mindre effektive uden at inkludere alle sektorer i projektet. Det er dog sandsynligt, at ganske gode resultater kan opnås ved implementeringen af nogle af elementerne i disse mekanismer. For eksempel kunne kvalitetsvektorerne i service-databasesystemet (bilag E) implementeres alene i eksisterende databaser, og de informationer, der genereres herigennem, ville give værdifuld feedback til de eksisterende servicemønstre. Ideen om budgettet, der er baseret på ydelser for det enkelte individ (capitated) kunne implementeres alene for medicinbrug, hvilket ville facilitere udvikling af ændringer i lægernes adfærd. Dette ville især være nyttig i forbindelse med forekomster af bivirkninger og interaktioner. Workshops om lokalsamfundets involvering kunne afholdes for almen praksis, hvilket ville kunne bidrage positivt til udnyttelsesmønstre og selvplejeaktiviteter. Analysen af de relative omkostninger ved forskellige aktiviteter, der er nødvendige for at fjerne dem fra hospitalssektoren, kan bruges til rationalisering. De efteruddannelsesaktiviteter, der er planlagt, kan anvendes som motiverende systemer.

Det ville dog være vanskeligt og, i forhold til virkningen, dyrt at evaluere disse aktiviteter isoleret set, og evalueringen vil sandsynligvis lide under dette. Det er dog mindre alvorligt, da processerne blot vil fortsætte, som de har gjort.

## KAPITEL 10 Evaluering af CHC-projekter

Under implementeringsprocessen og i den efterfølgende online projektperiode vil en evaluering af projektets indvirkning og de politiske konsekvenser give vigtig information om effektiviteten af denne type sundhedsydelser. Dette vil være grundlaget for at afgøre, om der bør forsøges en mere udbredt udvikling af modellen. Evalueringstemaet er blevet berørt flere steder i den tidligere og efterfølgende tekst, mere specifikt i kapitel 7 og appendiks E. Kapitel 7 behandler problemerne fra en anden vinkel og skitserer de indikatorer og metoder, der vil blive brugt til at fastslå, om projektet har nogen målbar sundhedseffekt i forhold til status quo.

Selvom sundhedsevalueringen måske har den mest universelle interesse og faktisk er hovedformålet med hele processen, skal evalueringen af projektets økonomiske konsekvenser bestemt ikke glemmes. Som nævnt både i introduktionen og under budgetprocessen i kapitel 6 vil en væsentlig del af budgettet for sundheds- behandling/pleje for projektets målgruppe blive mobiliseret gennem projektprocessen og gjort tilgængelig for alternative formål. En stor del af disse mobiliserede ressourcer skal nødvendigvis bruges til hjemmepleje og andre alternativer til hospitals- behandling/pleje, og en central del af den økonomiske evaluering af projektet vil være, om denne nye ressourceanvendelse er lige så effektiv som den gamle. Hypotesen er, at den vil vise sig at være ca. 25% mere effektiv i omkostnings/nytte-termer. Et andet centralt spørgsmål er, om de nuværende personaletal er tilstrækkelige til at tage sig af de patienter, der ellers ville blive indlagt, og om det samme sundheds- behandling/pleje kan udføres i hjemmeplejen og i udvidede sociale tjenester. Hypotesen er, at de nuværende personaleniveauer er mere end tilstrækkelige, selvom graden af denne overkapacitet ikke er beskrevet. Inden for rammerne af selve projektet er det intentionen at tilbyde alt involveret personale en jobgaranti, således at eventuelt overskydende personale vil blive brugt i andre projekter. Forebyggende indsatser i lokalsamfundet og projektets evaluering, forskning og udvikling er typiske eksempler på, hvad disse personer ville/kan gøre.

Projektets design indebærer brugen af et betydeligt antal arbejdstimer til registrering og evalueringsformål. Denne form for evaluering og registreringsaktivitet er en essentiel del af en sund forvaltning af enhver sundheds- behandling/pleje institution og er en af de grundlæggende forudsætninger for disse retningslinjer (se også kapitel 4). Som beskrevet tidligere forventes det, at et betydeligt antal arbejdstimer vil blive frigjort ved flytning af sundhedstjenesterne fra hospitalerne til primær sektor. Hypotesen er, at den ekstra arbejdsbyrde på projektpersonalet som følge af registrerings- og evalueringsaktiviteterne vil blive finansieret af overskuddet produceret gennem udflytningen.

Et andet område, hvor der er mulige omkostningsbesparelser, er inden for selvpleje og konceptet bag målsætningen: "Sundhedssystemet skal gøre sin holdning klar over for offentligheden, så offentlighedens forventninger og systemets kapaciteter i videst muligt omfang stemmer overens med offentlighedens forventninger." Evalueringen af denne erklæring i projektets daglige arbejde vil f.eks. handle om brugen af bestemte lægemidler med lav terapeutisk indeks, såsom benzodiazepiner, eller antallet af terapeutiske procedurer udført af patienter selv eller deres nærmeste. Et andet element af overensstemmelse ville f.eks. være, hvor ofte patienter søger relevante tjenester ved deres første kontakt med systemet.

I det følgende beskrives den foreslåede evaluering. De fire hovedvektorer, der skal evalueres, er:

- Sundhedsstatus (inklusive risikofaktorer) for de deltagende befolkningsgrupper før og på forskellige tidspunkter efter projektets start, dvs. projektets sundhedspåvirkning
- Patienttilfredshed

- Kvaliteten af behandling/plejen og omkostningseffektivitet
- Anvendelsesmønstre og cost-benefit-analyse

### **EVALUERINGENS PÅVIRKNING:**

I et bredt perspektiv vil denne undersøgelse være designet til at styrke argumentet for decentraliserede, styrede sundhedssystemer som et levedygtigt og ønskværdigt alternativ til den stærke vægt på hospitalsbehandling/pleje i det europæiske sundhedssystem. Tidligere studier på dette område har givet stærke argumenter for eksperimentering (72, 73, 74), men der er ikke blevet gennemført nogen pilotforsøg, der kunne demonstrere den sandsynlige indvirkning af et nationalt, socialiseret system baseret på alle disse principper samlet. Kvaliteten af evalueringen er af afgørende betydning, da falske optimistiske eller pessimistiske konklusioner kan få alvorlige konsekvenser for politiske beslutninger.

### **EVALUERINGSTEORETISK STRATEGI OG DESIGN:**

Evalueringen skal være semi-intern, hvilket betyder, at evalueringsteamet og projektteamet arbejder tæt sammen om at definere operationaliseringen af projektmålene og evaluerings-spørgsmålene. En samarbejdsorienteret tilgang til evalueringen udnytter den intime viden om projektets funktioner fra projektteamets side og den relative objektivitet, som evalueringsteamet opretholder. Dette kompromis er en afvejning mellem at maksimere evalueringens nytte og minimere trusler mod evalueringens pålidelighed og gyldighed, en tilgang anbefalet af Patton (75) og Weiss (76). Inden for denne semi-interne tilgang bør en proces, som Segall kalder beslutningsknyttet forskning (77), bruges til at fokusere evalueringsspørgsmålene. Under denne proces udvælges de mål, der skal operationaliseres af den endelige beslutningstager på baggrund af de specifikke beslutninger, som informationen fra evalueringen skal bruges til. Med andre ord prioriteres de forskellige elementer i evalueringsprocessen af dem, der har brug for informationen. Denne tilgang styrker projektteamets engagement i at anvende evalueringen, en effekt af det, Patton kalder den personlige faktor (78). De praktiske aspekter af dette samarbejde håndteres både formelt og uformelt gennem den beskrevne administration af projektet og brugen af eksterne konsulenter efter behov.

Dataindsamling på de fire hovedvektorer nævnt ovenfor: sundhedsstatus, patienttilfredshed, kvalitet af behandlingen/plejen og anvendelse skal finde sted. Sundhedsstatus og patienttilfredshedsdata ville blive afledt af patientspørgeskemaer, kvaliteten af behandling/plejen fra patientspørgeskemaer og leverandørdata, og anvendelse fra en central database. Dataindsamlings-metoderne ville blive beskrevet mere detaljeret under metodologioverskriften.

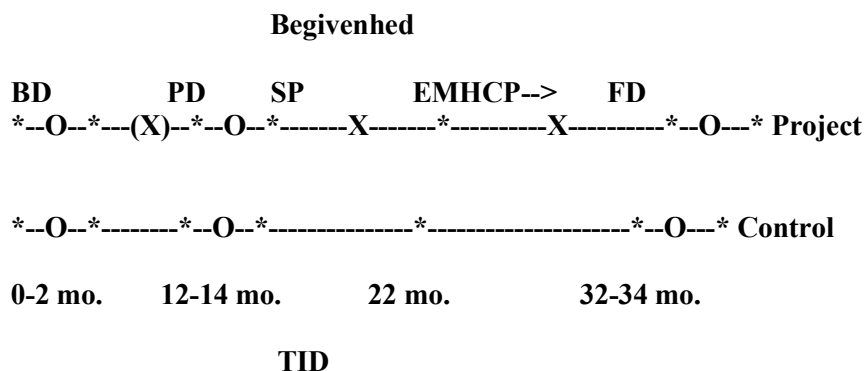
Terminologien fra Campbell og Stanley (79) for pålidelighed og gyldighed er blevet brugt under planlægningen af evalueringen. I denne terminologi falder designtypen groft sagt ind under kategorien ikke-ækvivalent kontrolgruppe-design. Baseline-data for sundhedsprofil, patienttilfredshed, kvalitet af behandling/pleje og anvendelse fra før projektperioden ville blive indsamlet fra projektets målpopulation og fra regionale databaser, der inkluderer data om målpopulationen. De samme metoder ville blive brugt til at indsamle data samtidig fra et område med lignende socio-demografiske og geopolitiske karakteristika i en nærliggende region. Udvælgelsen af områderne ville hverken være tilfældig (random) eller blind, men de deltagende områder ville være klart afgrænset, og der forventes ikke store forskelle i



deres "naturlige udvikling" i løbet af projektperioden. Et randomiseret forsøg ville være at foretrække, men dette er klart upraktisk i forbindelse med et projekt med dette niveau af offentlig deltagelse.

Den anden runde af data ville blive indsamlet i de to måneder før projektets startdato (efter planlægningsperioden) og i begge lokaliteter, cirka et år efter baseline-dataene er blevet indsamlet. Dette ville blive gjort for at kunne måle planlægningsprocessens indvirkning i projektområdet, som forventes at indebære en stor grad af samfundsdeltagelse. En tredje dataindsamlingsperiode bør planlægges efter, at projektet har været i gang i cirka 24 måneder.

## STUDIEDESIGN AF DEN INDLEDENDE EVALUERING



---

BD=baseline data, PD=præstartdata, SP=projektstartfase, EMHCP--> = projekt i gang, FD=slutdata i den indledende evaluering, O=observation, X=intervention, (X)=planlægningsfase med samfundsdeltagelse (en relativt beskedent, men betydelig intervention)

Det foreslåede projekt ville ikke eksistere i et vakuum, og den generelle udvikling af sundhedsydelser uden for projektområdet kan forventes at bevæge sig i nogen grad i samme retning som det foreslåede projekt. Dette er faktisk tilfældet med en række lignende, om end mindre omfattende decentraliseringsprojekter, der er i gang i andre dele af Danmark og i andre lande. Nogle af de fordomme, der således introduceres, ville blive korrigeret gennem kontrolgruppen, hvor ingen sådan forsøg finder sted, men en vis historiebias udvikling ville bestå (der, hvor en sammenlignelig baggrund hos de to befolkningsgrupper forvirres af den naturlige og/eller tidsbestemte forløb).

De samme spørgeskemaer og dataindsamlings-teknikker ville blive brugt i alle tre dataindsamlingsperioder. Mindre ændringer ville blive tilladt, når det er hensigtsmæssigt, men disse ville skulle godkendes af gennemgangspanelet. Da der ville være en række forskellige personer involveret i dataindsamlings-processen, og der sandsynligvis ville være nogle ændringer i dataindsamlingssteamet over tid, ville der være et lille element af inkonsistens i metoderne.

Udvælgelsen af interviewpersoner fra hvert socio-demografisk område er simpel randomisering, og man vælger cirka én ud af ti personer til interview-runderne, administreret af en proxy med forældre eller værger for børn under 16 år. Rammeudvalget er hele befolkningen. Udvælgelsen sker ved random

personnummer-generering efter relevante retningslinjer. Personen, der svarer til det tilfældige nummer, lokaliseres gennem folkeregisteret, hvor et sådant findes. I områder, hvor dette ikke eksisterer, skal der udarbejdes en alternativ metode. Denne metode foretrækkes frem for en kohortemetode, så der kan opnås et repræsentativt billede af hele befolkningen frem for effekterne på en specifik kohorte. Dette er hensigtsmæssigt, da interventionen har til formål at forbedre den generelle sundhedstilstand i hele befolkningen og ikke kun hos dem, der normalt kontakter sundhedssystemet.

Selve spørgeskemaerne er også et usikkerhedsmoment med hensyn til evalueringens gyldighed og pålidelighed, fordi de spørgeskemaer, der vil blive brugt, ikke tidligere er blevet brugt, og mulighederne for gyldigheds- og pålidelighedstest vil være noget begrænsede (se også en diskussion af dette under metodeafsnittet).

Da en vis andel af de udvalgte i efterfølgende interviewrunder ville have deltaget i de foregående runder, ville der være en vis kendskab til spørgeskemaerne og dermed muligvis en skævvridning af svarene på visse spørgsmål. Denne effekt kan yderligere kompliceres af, at resultaterne af disse spørgeskemaer ville blive offentliggjort efter hver runde. Ingen af dem, der interviewes eller interviewerne ville være blændet med hensyn til, om interviewpersonen kommer fra projekt- eller kontrolområdet, og dette kan introducere et element af observatør- og respondentbias, især i sammenhængen med patienttilfredshed og opfattelsen af servicekvalitet. For at imødegå dette ville det blive sikret, at en interviewer ikke udspørger den samme person to gange, og at intervieweren ikke er opmærksom på svaret fra det sidste interview med intervieweren, hvor det er relevant. På trods af disse forventede svagheder forventes de målte parametres forskelle at være tilstrækkeligt store til at blive godt dokumenteret med de anvendte data.

Et tredje og sidste aspekt af evalueringsstrategien skal adresseres, inden metoden præsenteres. Formålet med projektet er at teste den primære sundheds- behandling/plejetilgang anvendt i projektet for dets potentiale som en regional og national strategi for udvikling af sundhedssystemet. Derudover forventes det, at projektet vil producere en opsummeret evalueringsrapport, der egner sig til international offentliggørelse. Selvom dette ikke er evalueringsfokus, vil denne del blive behandlet under formuleringen af de spørgsmål, der skal besvares. Man kan forvente, at de krav, der stilles til evalueringen fra forbrugerne heraf, vil være i konflikt med de formelle aspekter af evalueringen. Mens de førstnævnte har primært fokus på kvaliteten af plejen og anvendelsen, har de sidstnævnte primært fokus på patienttilfredshed og sundhedsstatus. Det forventes ikke, at overlappningen vil blive betragtet af projektledelsen eller personalet som et alvorligt problem.

På den anden side er et af hovedmålene med projektet at opretholde et sundhedssystem, der er lydør over for lokale behov. Dette vil nødvendigvis give mange aspekter af projektet en lokal karakter, som vil begrænse generaliserbarheden af konklusionerne. Dette problem, kaldet selektions-behandlingsinteraktion, kan ikke ses bort fra, men ville delvist blive omgået ved at vurdere ikke kun, hvor godt systemet fungerer i henhold til sine mål, men også hvor godt mekanismerne til at reagere på lokale behov fungerer. Evalueringen af denne faktor ville primært være baseret på forbedring af patienttilfredshed med hensyn til tilgængelighed, bekvemmelighed og acceptabilitet med objektive data fra den centrale database vedrørende anvendelsens relevans i forhold til den primære diagnose. Sidstnævnte ville være relateret til sundhedsdata for at fastslå, om disse udviklinger har nogen forbindelse til reduktioner i forskellige sygdomsforekomster, f.eks. øvre luftvejsinfektioner, neuroser eller arbejdsulykker.

En anden potentiel svaghed ved evaluering-designets generaliserbarhed er det faktum, at spørgeskemaerne kan være relativt velkendte, og at de ønskede resultater let kan gættes. Denne test-behandlingsinteraktion er potentielt alvorlig. Det kan også forventes, at projektets deltagere ville gøre en ekstra indsats for at forblive sunde, end de ville have gjort, hvis de ikke var i projektet. Denne reaktive effekt ville være svær at vurdere, da den samme sundhedsfremmende effekt også er et hovedmål for projektet. Sidst, men ikke mindst, med så mange forskellige aspekter af interventionen, der finder sted på én gang, er det sandsynligt, at der vil opstå en række årsager og virkninger, som hverken evalueringsteamet eller projektteamet har bemærket eller tænkt på.

Gyldigheden af konklusionerne om projektstrategien som en mere generaliserbar strategi ville blive styrket gennem deltagelse af det planlagte internationale gennemgangspanel. Desuden ville de anvendte metoder, så vidt muligt, være på det højeste teknologiske niveau, som ville blive beskrevet nedenfor. Dette er blevet sikret dels gennem gennemgangs-panelprocessen og dels gennem en omfattende litteraturgennemgang. Problemet er dog, at sprog- og kulturforskelle kan forstyrre generaliserbarheden, selv ved anvendelse af disse guldstandarder. Det ville også være nødvendigt at tage hensyn til visse nationale metodologiske præferencer, selvom dette ville betyde en yderligere afvigelse fra validerede metoder end blot oversættelsen af dem fra engelsk til det lokale sprog. I hvilket omfang disse faktorer ugyldiggør metoderne, er det ikke muligt at evaluere, før projektet er gennemført.

## **METODOLOGI:**

Anvendelse og udbydernes opfattelser af kvaliteten af behandlingen/plejen ville stamme fra databasekilder til evalueringen. Persondata ville komme fra personregistre, og resten ville komme fra projektets centrale databasesystem. I planlægningen af projektet ville der blive gjort forsøg på at udvikle et kvalitetsorienteret ledelsesinformationssystem (MIS) kombineret med et elektronisk patientjournalssystem. En funktionel MIS-hardwarekonfiguration kunne f.eks. være et virksomhedsnetværk baseret på 2 minicomputere, 30 mikrocomputere og 30 lommecomputere, der kommunikerer med systemet på en WIFI-system. Systemet ville være i form af en tekstintegreret relationel database, hvilket betyder, at enhver reference i systemet, givet adgang, kunne relateres til en hvilken som helst anden reference i systemet. Målet ville være en gennemsnitlig adgangstid for to relationer på 50 millisekunder og for 10 relationer 1,5 til 2,0 sekunder. Den langsigtede strategi for udviklingen af denne database er at nå et niveau af datatransparens, der ville tillade en næsten øjeblikkelig evaluering af dataene i databasen til brug i beslutningsprocesser fra dag til dag, samtidig med at datakendskabet maksimeres.

De områder, hvor evalueringen ville indsamle data fra dette system, er angivet nedenfor:

1. Patientpersonnummer
2. Henvisningsrute, hvor relevant
3. Type af deltagende personale
4. Diagnose og/eller årsag til kontakt (ICD 9CM) og graderet sværhedsindeks
5. Tid brugt i kontakt (baseret på en automatisk tidsoptælling udløst af personale, der åbner patientjournalen. Personalet ville blive instrueret i at åbne patientjournal ved alle kontakter til dette formål. Overholdelse skal sikres)

6. Udførte procedurer (ICD 10CM)
7. Resultater af hver procedure
8. 8-punkts kvalitetsparametre for hver procedure

Denne database ville ikke være tilgængelig for kontrolpopulationen. Desuden ville en kvalitetsvurdering af plejen sandsynligvis ikke blive gennemført for kontrolpopulationen af omkostningsmæssige hensyn. Dette skyldes, at de kvalitetsindikatorer, der i øjeblikket er i brug, er for svage til at gøre en sådan vurdering meningsfuld. Kvaliteten af behandlingen/plejen ville derfor sandsynligvis kun blive vurderet som en udvikling over tid i målpopulationen. Anvendelsesdata for kontrolpopulationen ville delvist stamme fra det regionale hospitals-MIS, delvist fra faktureringsdatabasen for primærområdet. Hvad angår anvendelse, ville sammenligninger kun blive foretaget, når dataene er sammenlignelige i natur.

Sundhedsstatusspørgeskemaet ville blive udviklet ved brug af fælles elementer fra en række sundhedsstatusmål, herunder Activities of Daily Living-indekset (80), McMaster Health Index Questionnaire (81), Rand-sundhedsstatusmålet (82) og Sickness Impact Profile (83). Af sproglige, kulturelle og forskningsideologiske årsager, sidstnævnte grundet en allerede eksisterende sundhedsstatus-målingstradition i Danmark (84), ville det ikke være muligt at bruge nogen af disse målinger som de er. Det resulterende spørgeskema ville forsøge at dække følgende vektorer:

1. Socialt netværk og mentalt velbefindende
2. Fysisk velbefindende og evne
3. Fysisk dysfunktion
4. Sygdomssymptomer
5. Medicinering
6. Medicinske risikofaktorer (kroniske sygdomme)
7. Kirurgiske risikofaktorer (skader)
8. Socioøkonomisk status
9. Misbrug af stoffer

Spørgeskemaet administreres personligt eller telefonisk, og for børn under 16 år administreres det af en proxy.

Patienttilfredshedsspørgeskemaet ville blive udviklet langs samme linjer som sundhedsstatusspørgeskemaet. Den vigtigste engelsksprogede input i denne forbindelse ville være Rand-patienttilfredshedsspørgeskemaet (85), men heller ikke dette ville kunne bruges i sin oprindelige form. Som med sundhedsstatus-spørgeskemaet eksisterer der en dansk forskningstradition på dette område. Det resulterende spørgeskema ville forsøge at dække følgende vektorer:

1. Kommunikation mellem udbyder og patient
2. Patientens opfattelse af servicekvalitet
3. Tilgængelighed og acceptabilitet

4. Patientens opfattelse af sundhedsydelse(r)s sundhedspåvirkning
5. Fysisk miljø (både sundhedscenter, hjemmepleje og sundhedspædagogiske tjenester)

Pålideligheden af disse mål skulle testes med interrater-testning og test/retest-metoder. Interrater- og test/retest-pålidelighed fra mindst 25 forsøg skal observeres. Gyldighed bør testes ved at administrere Rand-sundhedsstatusmålet og Sickness Impact Profile på engelsk til 25 personer, der også er interviewet med projektets mål, og resultaterne sammenlignes, hvor det er muligt (inklusive kun de skalaer, der er nogenlunde ækvivalente). Interviewpersonerne skal vælges tilfældigt og sorteres efter engelsk sprogfærdighed. Gyldigheden af denne sammenligning ville være vanskelig at fastslå, men pålideligheden bør være acceptabel. Desuden ville sammenligninger af interviewresultater med familie- og udbyderopfattelser af de samme parametre for interviewpersonen blive udført for 50 interviewpersoner.

## **Kapitel 11** Coordination og samarbejde

### Koordinering og samarbejde

Der er ingen tvivl om, at projekter, der følger disse retningslinjer, vil være genstand for betydelig interesse fra forskere, politikere og fagforeninger. Det vil være hensigtsmæssigt og muligt at udnytte denne situation til gavn for projekterne, både i form af den ekspertfeedback, som dette vil generere, og i form af politisk velvilje. Man må heller ikke glemme de forskellige ekspertområder, som de regionale sundhedsmyndigheder besidder. Inden for disse institutioner findes der betydelig ekspertise inden for informatik, finansiering, ledelse og projektplanlægning. Også regionale akademiske institutioner råder over værdifulde ressourcer, f.eks. epidemiologer, toksikologer og specialister i socialmedicin.

### **Konklusion**

Der er ingen tvivl om, at meget kan opnås ved at følge de ovenfor beskrevne metoder. Det er også klart, at det ikke er let at opnå det niveau af opfindsomhed og udviklingsmod, der er nødvendigt for at få pilotprojekterne i gang. Dette er udfordringen – hvis man ønsker at opnå omfattende sundhedspleje, så gør dig klar, smøg ærmerne op og kom i gang! Sundhedseffekten er potentielt enorm, og besparelser burde være opnåelige samtidig med en forbedring af servicekvaliteten.

# Bilag

## **BILAG A** Litteraturstudiet bag disse retningslinjer

Her gives en beskrivelse af litteraturstudiet der redegør for, hvad der er gået ind i udviklingen af disse retningslinjer. Det er ikke afslutningen på denne proces, da denne vil fortsætte gennem hele planlægningsprocessen og projektleveringen. Nogle af de referencer, der er nævnt nedenfor, er ikke inkluderet i selve rapporten, da disse referencer har spillet en rolle i udviklingsprocessen, men ikke anses for at være væsentlige for præsentationen af de fremlagte tanker og idéer.

Litteraturen om udviklingen af sundhedsdistriktskonceptet som beskrevet her, stammer især fra Finland og England. De resultater, der rapporteres i denne litteratur, understøtter holdningen om, at en opgradering af primære tjenester på bekostning af sekundære og tertiære tjenester kan gennemføres inden for givne budgetmæssige rammer. Derudover argumenteres der for, at denne udvikling fører til en samlet økonomisk forbedring (11, 33). Imidlertid dokumenterer ingen af disse arbejder konceptet tilstrækkeligt til at berettige omfattende politiske ændringer i den retning. Litteraturen er dog meget sparsom.

En række danske artikler har været meget nyttige i deres beskrivelse af systemet, som det er, og de forskellige uhensigtsmæssigheder deri. Blandt disse er der nogle, der viser op til 8-dobbelte forskelle i den rå indlæggelsesrate for 75+ årige inden for et system, der ved første øjekast fremstår meget homogent! (55, 56). En anden gruppe artikler beskriver evalueringsmetoder af det nuværende system, der peger på en betydelig omorganisering, men som ikke går i detaljer med, hvad denne omorganisering kan indebære (54, 55, 56, 61, 62, 67, 68, 71). En tredje kategori af mere internationale artikler beskriver nogle visioner om denne omorganisering, hvoraf de fleste falder inden for rammerne af disse retningslinjer (29, 34, 37, 38, 49). De resterende referencer vedrører metodologiske spørgsmål, der har været under overvejelse i den indledende fase.

Den igangværende litteratursøgning omfatter følgende emnekategorier:

- HMO som en administrativ model i et offentligt sundhedssystem og effekterne af de incitamentssystemer, der er indbygget i HMO-konceptet på efterspørgslen efter sundhedsydelse,
- Hjemmepleje kontra hospitalspleje som en økonomisk, kvalitetsmæssig og patient-personaletilfredshedsenhed, samt henvisningssystemer, der favoriserer hjemmepleje,
- Sundhedsdistriktet som en administrativ enhed og erfaringerne med at afgrænse sundhedsomkostningerne i sin helhed for en given, afgrænset befolkning,
- Barrierer for systeminnovationer og beskrivelser af vellykkede strategier til at overvinde disse barrierer, og
- Sundhedsprofiler og undersøgelsesmetodologier.

En omfattende elektronisk biblioteksøgning er blevet udført inden for disse områder med eksperthjælp fra Dokumentationsafdelingen på Dansk Sygehus Institut og ved brug af både skandinaviske, europæiske og amerikanske databaser, bibliotekarer og eksperter. Der er således sikret god dækning af litteraturen.

## **BILAG B** Projektworkshops/konceptudvikling

Mange af de planlægnings spørgsmål, som projektet skal forholde sig til, har en ny karakter, hvilket betyder, at der er lidt eller ingen relevant erfaring at trække på i planlægningsprocessen. Der er mange måder at tackle denne situation på, men workshopmetoden er valgt i denne sammenhæng. Årsagerne hertil er tredobbelte:

1. Den nyskabende karakter af mange aspekter af projekter baseret på disse retningslinjer vil være svære at forstå og derfor potentielt truende for mange af de personer, der skal arbejde med det. Derfor er en planlægningsproces, der maksimerer informationen til nøglepersonerne, hensigtsmæssig. Workshopmetoden er særlig relevant i denne sammenhæng, da deltagerne ikke kun bliver maksimalt informeret om planlægningsprocessen, men også får del i ansvaret for processen.
2. Workshopmetoden er ekstremt tidseffektiv, og planlægningsarbejdet kræver sådan effektivitet.
3. Workshopmetoden er et stærkt aktiveringsværktøj. Projektet vil have brug for et kritisk antal aktive allierede, som i starten er begrænset til beslutningsprocessen. De planlagte workshops i denne sammenhæng er designet til at maksimere aktivering af de personer, der deltager i projektet.

Seks workshops er beskrevet nedenfor. Fire af dem beskæftiger sig direkte med henvisningsplanen for projektet. De sidste to omhandler en generel introduktion af projektkonceptet blandt fagfolk i regionen og interaktionen mellem sundhedskommissionen og projektadministratoren. Alle disse workshops vil inddrage nøglepersoner i projektplanlægningen og senere implementering, så vidt muligt. Af de seks planlagte workshops er det kun den første af henvisningsplanworkshopsene, der skal have en fast opgave. Resten vil have frie tøjler til at definere de aktuelle problemstillinger.

Arbejdsmetoderne vil være som beskrevet af Guilbert (85), Steele (86) og Steele (87). Kort sagt, arbejdet vil simulere en intensiv taskforce-opgave, som skal nå et specificeret resultat inden for den tildelte tidsramme, i dette tilfælde cirka tre arbejdsdage. På grund af det engagement, der er nødvendigt for gode resultater, afholdes workshopperne som retreats, hvor omkostningerne dækkes af projektbudgettet (dette vil naturligvis kræve en indledende udgift, der ikke er inkluderet i budgetprocessen beskrevet i afsnit 6). Arbejdet vil primært bestå af små gruppesessioner afbrudt af plenum samlingen, hvor workshoppens konsensus bliver dannet. De eneste begrænsninger i arbejdsprocessen vil være tidsbegrænsningerne og de mål, der er fastsat af projektkoordinatoren. Workshoprapporten vil blive udarbejdet af workshoplederen og en referent valgt af arbejdsgruppen. Rapporten vil blive sendt til den regionale sundhedsmyndighed og bruges i planlægningsprocessen for projektet.

Baggrundsmaterialet til workshops vil være begrænset til meget nødvendige dokumenter, f.eks. projektprotokollen og de mest relevante papirer vedrørende de aktuelle spørgsmål, men de vigtigste ressourcer til workshopresultaterne vil være deltagerne.

Titlerne på de planlagte workshops er som følger:

**Workshop 1:** Det patientcentrerede behandlingssystem: implikationer for sundhedspolitikken

**Workshop 2:** Henvisningsmønster for pilotprojekt I: henvisningsplan og budgetspørgsmål

**Workshop 3:** Henvisningsmønster for pilotprojekt II: systemfunktionsbeskrivelse

**Workshop 4:** Ledelsesudvikling for pilotprojektet: ledelsesprofiler, personaleledelse og

uddannelsespolitik

**Workshop 5:** Personaleudvikling for pilotprojektet: personaleprofiler, holdninger og kvalifikationer

**Workshop 6:** Sundhedskommissionen og projektadministrationen: kompetencer og krisestyringsmodeller

En oversigt over målene for workshopperne er givet nedenfor:

**Workshop 1:** Det patientcentrerede behandlingssystem: implikationer for sundhedspolitikken.

Workshoppens sekundære dagsorden er vigtigere end outputtet. Workshoppen er tiltænkt at præsentere de koncepter, der anvendes i projektprotokollen, for en række nøglepersoner i regionen, hvor projektet er planlagt. Dette skal gøres i workshopmetoden, og det forventede output er at aktivere en række personer til deltagelse i planlægningsprocessen samt at identificere relevante deltagere til henvisningsworkshopsene. Målene for denne workshop kunne være som følger:

Ved workshoppenes afslutning vil deltagerne være i stand til at:

1. Skabe en operationel definition af patientcentreret behandling og tilpasse denne definition til deres arbejdsområde.
2. Analysere hvilke aspekter af deres serviceprocedurer, der er eller ikke er i overensstemmelse med definitionen givet under mål 1.
3. Karakterisere de forhindringer, der hæmmer udviklingen af patientcentrerede behandlingsprocedurer i deres arbejdsområde.
4. Udarbejde en plan for at overvinde en eller flere af de forhindringer, der er karakteriseret under mål 3, og karakterisere, hvilke implikationer, hvis nogen, denne plan vil have for den regionale sundhedssystemstrategi.

**Workshop 2:** Henvisningsmønster for pilotprojekt I: henvisningsplan og budgetspørgsmål.

Den centrale opgave for denne workshop vil være at udarbejde henvisningsplanen, der er nødvendig for at opfylde punktet i referencerammen: at hospitaler skal være forbeholdt de meget syge. I overensstemmelse med tal fundet gennemførlige af flere taskforces, der beskæftiger sig med spørgsmålet, vil opgaven være at finde 40% af de medicinske og 25% af de kirurgiske sengedage, der kan flyttes til primærsektoren. I deres overvejelser vil deltagerne blive opfordret til at se bort fra eventuelle barrierer, reelle eller indbildte, mellem sektorer og betragte enhver konto med mulig sundhedsrelevans inden for de regionale og kommunale budgetter som mulige indtægtskilder. Den gennemsnitlige (brutto) hospitals-døgnpris vil blive brugt som sammenligningsgrundlag.

Ved workshoppenes afslutning vil deltagerne være i stand til at:

1. Skabe en operationel definition af et omfattende, lokalt orienteret sundhedssystem.
2. Ved hjælp af den definition, der blev skabt under mål 1, udarbejde en henvisningsplan for målgruppen med de givne sengedagsmål som minimumstal. Planen skal være økonomisk gennemførlig inden for de givne rammer.

---

**Workshop 3:** Henvisningsmønster for pilotprojekt II: systemfunktionsbeskrivelse.



Hvor henvisningsworkshop I beskriver henvisningsplanen i strategiske termer, vil henvisningsworkshop II beskrive systemfunktionerne, der er nødvendige for at få denne strategi til at fungere. Deltagerne i henvisningsworkshop II bør for det meste være de samme deltagere som i henvisningsworkshop I. Henvisningsworkshop II vil bruge den samme senedagspris som henvisningsworkshop I og vil også blive opfordret til at se bort fra sektorerne og overveje alle relevante konti som mulige indtægtskilder.

Ved workshoppenes afslutning vil deltagerne være i stand til at:

Ved hjælp af den henvisningsplan, der blev skabt i henvisningsworkshop I, udarbejde en funktionsprofil for pilotprojektet med hensyn til:

- sundhedscentret inden for sundhedsdistriktet,
- hjemmepleje og hjemmesygepleje samt andre institutioner, som deltagerne finder nødvendige at inkludere eller oprette,
- medicinsk behandling og ydelser,
- sociale ydelser og institutioner for handicappede og/eller ældre,
- ambulancetjenester og akut transporttjenester både inden for projektområdet og til og fra hospitalet, der yder hospitals-tjenester til befolkningen i kommunen, og
- udarbejde et system af personale- og systemincitamenter, der kan få funktionsplanen skabt under mål 1 til at fungere.

Det er sandsynligt, at denne workshop ikke vil blive afsluttet inden for tre dage, og der bør derfor være mulighed for forlængelse efter behov.

---

#### **Workshop 4:** Ledelsesudvikling for pilotprojektet: ledelsesprofiler, personaleledelse og uddannelsespolitik.

Resultaterne fra henvisningsworkshops I og II vil give væsentlig input til denne workshop, hvor ledelsen af distriktet vil blive karakteriseret og profileret. Administrationen af distriktet vil kræve færdigheder og viden om lignende systemer samt en veludviklet evne til facilitering og krisestyring. Det vil være afgørende for et projekts succes, at den forkerte person ikke bliver sat i spidsen for projektet. Denne workshop vil tydeliggøre og specificere de forskellige facetter af den type ledelse, der er nødvendig, samt udarbejde en mulig søgeproces.

Ved workshoppenes afslutning vil deltagerne være i stand til at:

- Karakterisere de problemer (hindringer), der kan opstå i nedbrydningen af de barrierer, der er beskrevet i henvisningsworkshops I og II.
  - Udarbejde en profil for de lederevner, der er nødvendige for at overvinde disse hindringer inden for rammerne af henvisningsplanen.
  - Udarbejde den personalepolitik, der er underforstået i løsningen af de hindringer, der er beskrevet under mål 2.
-

### **Workshop 5:** Personaleudvikling for et pilotprojekt: personaleprofiler, holdninger og kvalifikationer.

På grund af den nye karakter af en række funktioner inden for pilotsystemerne og især på grund af en række nyoprettede samarbejdsakser vil de nødvendige personaleprofiler i projektet ikke være ækvivalente med personaleprofilerne i de eksisterende strukturer. Hovedformålet med denne workshop er at karakterisere disse forskelle og uddybe den personalepolitik, der er udarbejdet i workshop 4.

Ved workshoppens afslutning vil deltagerne være i stand til at:

- Identificere eksempler på, hvordan eksisterende personaleprofiler ikke vil være tilstrækkelige til at opfylde de færdigheder, der kræves i projektet for mindst tre personalekategorier: medicinsk, sygepleje og terapeutisk.
- Udarbejde en personaleudviklingsstrategi, der vil lette udviklingen af de færdigheder, der er beskrevet under mål 1.
- Beskrive det hindringskompleks, der forhindrer udviklingen af de definerede færdigheder, og udarbejde en strategi til at overvinde disse hindringer. Hvis tiden tillader det, vil der blive udarbejdet en bredere strategi end blot inden for rammerne af projektet.

---

### **Workshop 6:** Sundhedskommissionen og projektadministrationen: kompetencer og krisestyringsmodeller.

Ingen kommission har nogensinde haft ansvar for en moderne sundhedsplejeenhed med et budget for sundheds- og sociale tjenester i deres helhed for et distrikt af denne størrelse. Derfor skal der gøres nogle overvejelser om, hvordan dette kan gøres på den mest hensigtsmæssige måde. Selv hvis det var almindeligt, ville det stadig være nødvendigt at overveje, hvordan denne opgave bedst kan koordineres i dette særlige distrikt. Den bedste måde at løse dette problem på er i workshopformatet. Denne workshop vil dog være noget anderledes end de fem beskrevet ovenfor. Mens de ovenstående workshops delvist vil være åbne for sandsynlige aktører i distriktet og delvist for andre interesserede parter, skal denne workshop vente, indtil sundhedskommissionen (eller den form for politisk styring, der i sidste ende vedtages) og projektadministratorerne er udnævnt. Når disse udnævnelser er på plads, vil deltagerne i denne workshop være de udpegede personer og andre nøglepersoner. I workshoppen vil sundhedskommissionen og projektadministratorerne definere deres egne roller og deres relative kompetencer. Det er usandsynligt, at disse kompetencer vil blive defineret på forhånd i andet end meget brede termer, som ikke er tilstrækkeligt præcise til krisestyring og problemløsning.

Det er at forvente, at der vil være betydeligt flere problemer at tackle på politisk niveau end sædvanligt for de udvalg, der overvåger det nuværende system. På den ene side vil nedbrydningen af sektorbarrierer sandsynligvis forårsage en vis forstyrrelse, og på den anden side vil sundhedskommissionen have en tættere og mere åben kontakt med samfundet end normalt for sådanne udvalg. Ud over problemet med at definere kompetencer i forhold til projektadministrationen vil sundhedskommissionen være forpligtet til at finde en passende arbejds metode for at navigere i udfordrende situationer.

Ved workshoppenes afslutning vil deltagerne være i stand til at:

- Finde eksempler på, hvor det sandsynligvis vil være konflikter mellem lokalbefolkningen og sundhedskommissionen og/eller sundhedskommissionen og projektadministrationen og/eller sundhedskommissionen og den regionale forsamling.
- Udarbejde rollen og de passende arbejdsmetoder for sundhedskommissionen og projektadministrationen i håndteringen af disse konflikter.
- Udarbejde en generel arbejdsmetode til løsning af interessekonflikter i projektperioden og beskrive konsekvenserne af denne metode for sundhedskommissionens arbejdsbyrde, arbejdsplan og omkostninger.

## **BILAG C** Politiske spørgsmål og projektstyring

I disse retningslinjer beskrives mange spørgsmål og processer, som sandsynligvis vil have en betydelig indvirkning på de lokale og regionale politiske strukturer. Faktisk er et centralt spørgsmål i retningslinjerne sundhedseffekt, og sundhedseffekt betyder samfundsmæssig påvirkning. Et klart politisk spørgsmål i denne proces er decentralisering. Decentralisering bruges ofte som et redskab til at øge den lokale relevans af visse foranstaltninger, men der er en velkendt dikotomi mellem decentralisering og central kontrol. Projekter, der følger disse retningslinjer, vil være følsomme over for denne dikotomi, og selvom det godt kan være, at projekter er gennemførlige under de nuværende politiske strukturer, kan det også være, at nogle aspekter af hindringskomplekset for realiseringen af referencerammen ligger i de politiske strukturer.

Det ligger uden for projektets evaluering at analysere disse sociopolitiske spørgsmål. På den anden side er eksistensen af et sociopolitisk klima, der fremmer projekter, afgørende for deres implementering. Samtidig nødvendiggør hele ideen om, at de nuværende systemer ikke opfylder befolkningens ønsker og behov, en mekanisme, hvor samfundets deltagelse bliver et væsentligt spørgsmål (se også bilag G). Det vides ikke, i hvilket omfang disse behov kan opfyldes inden for de eksisterende strukturer. Det anses dog for hensigtsmæssigt at skabe en kvasi-politisk struktur, der kan fremme både det sociopolitiske klima og vigtigheden af samfundets deltagelse. En måde at nærme sig dette problem på ville være at skabe et forum, hvor de involverede parter fra de forskellige lejre mødes og diskuterer måder at forene deres behov.

En række erfaringer har gjort politikere skeptiske over for "brugerkommissioner", som de er blevet kaldt. Disse organer har tendens til at omgå den demokratisk valgte politiske styring og føre til dobbelt administration. Af denne grund har ideen om en sundhedskommission mødt blandede reaktioner. Det vurderes dog, at den eksperimentelle karakter af projekter, der startes under disse retningslinjer, retfærdiggør en modificeret tilgang til "brugerkommissioner", på trods af den potentielle politiske modstand. Argumentet er, at det kun gennem sundhedskommissionsmodellen ville være muligt at opnå tilstrækkelig politiker-/professionel-/borgerkommunikation til at gøre nedbrydningen af sektorbarriererne gennemførlige. Med andre ord bør ingen magtgruppe udelades fra processen. Dette ville gøre det sværere at omdanne en kortsigtet reaktion til et alvorligt problem.

De finske sundhedskommissioner er blevet mødt med betydelig kritik på grund af deres manglende effektivitet. Dette kunne af nogle opfattes som et godt argument for ikke at have en. Saltman (5) argumenterer imidlertid meget stærkt for, at grunden til de finske sundhedskommissioners manglende effektivitet er, at den praktiske økonomiske kompetence ligger hos centralregeringen. I realiteten er kontakten direkte mellem medicinske direktører og centralregeringen, og de lokale sundhedskommissioner omgås i vigtige spørgsmål. Hvis disse kommissioner derimod fik økonomisk ansvar, ville det forventes, at de også ville få større relevans og effektivitet. Dette er et stort anliggende for de finske sundhedsmyndigheder, og sundhedskommissionen som et sundhedspolitisk organ på lokalt niveau vinder ikke den store betydning uden økonomisk ansvar. Denne udvikling anses for at være den mest hensigtsmæssige måde at adressere manglen på koordinering mellem institutionel og ikke-institutionel behandling/pleje, som stadig plager det finske system.

I USA har en form for sundhedskommission eksisteret i mange år i form af bestyrelser for sundhedsforsikringselskaber. Selvom disse bestyrelser ikke kan sammenlignes med den forudsete sundhedskommission for pilotprojekter, er der visse paralleller mellem bestyrelsen for en staff model HMO og sundhedskommissionen. Forskellene er dog måske mere indlysende end parallellerne. En meget

vigtig forskel er, at HMO-bestyrelser skal tage markedsmæssige påvirkninger i betragtning, idet utilfredse forsikrede frit kan vælge en anden forsikringssselskab. På denne måde menes kvalitetsincitamenter at spille en betydelig rolle i driften af disse HMO'ers tjenester. Disse bestyrelser har stor politisk indflydelse på deres organisationer og kan siges at have spillet en vigtig rolle i rationaliseringen af sundhedsplejen, som nogle HMO'er har været i stand til at opnå.

Alt dette styrker argumentet for, at det ville være ønskværdigt at oprette en sundhedskommission som en politisk tilsynsmyndighed med budgetmæssig kompetence og politisk ansvar. Nedenfor foreslås en sammensætning af en sådan sundhedskommission:

- Et medlem af regionsrådet (politiker)
- Et medlem af den regionale sundhedsmyndighed (administrator)
- Et medlem af den regionale sociale myndighed (administrator)
- Et medlem af kommunalbestyrelsen (politiker)
- Et medlem af kommunens socialforvaltning (administrator)
- En kirurg og en internist fra det hospital, der er tilknyttet kommunen (professionel)
- To alment praktiserende læger fra kommunen (professionelle)
- Sygeplejedirektøren fra hospitalet tilknyttet kommunen (professionel)
- Lederen af hjemmesygeplejen i kommunen
- 4 borgere valgt af de ovennævnte medlemmer af kommissionen blandt ansøgere indkommet efter offentlig annoncering
- Projektlederen

Det vil være op til sundhedskommissionens workshop at beslutte formandskabet osv., og om projektlederen vil have fuldt eller begrænset medlemskab. Det er forudset, at projektpersonalet vil fungere som sekretariat for sundhedskommissionen.

Tanken er, at sundhedskommissionen ville have den endelige økonomiske kompetence inden for det niveau, der er fastsat af regionens og kommunens finansudvalg. Dette samarbejde ville være nødvendigt på grund af budgetprocessen, se kapitel 6. Der ville derfor ikke være behov for yderligere politisk kontrol, medmindre man kunne forestille sig en fælles session mellem regionens og kommunens finansudvalg, f.eks. på en halvårlig basis.

Fra et administrativt synspunkt ville det være ønskværdigt at oprette sundhedskommissionen på et relativt tidligt tidspunkt i planlægningsprocessen, f.eks. seks måneder før den planlagte projektstart. Af samme grund bør projektlederen ansættes samtidig, og sundhedskommissionens workshop bør afholdes hurtigst muligt derefter. Sundhedskommissionen kunne da fungere som sparringspartner i planlægningsprocessen, mens projektlederen deltager aktivt i planlægningsprocessen.

Formelle retningslinjer og regler skal naturligvis bringes i orden i denne sammenhæng, men de indviklede aspekter af denne proces overlades til de jurister, der arbejder for regionsrådet.

## **Bilag D** Personale profiler og personaleudvikling

Ovenfor er det forventede tværsnit af personale til projekterne beskrevet. Dette tværsnit vil blive uddybet i henvisningsworkshop II. Det er også blevet nævnt i en række forskellige sammenhænge, at mange af distriktsfunktionerne afviger væsentligt fra de funktioner, der udføres i de nuværende sundheds- og socialsystemer. Formålet med dette bilag er at påpege lidt mere detaljeret, hvad nogle af disse forskelle indebærer for de forskellige personalegrupper.

Referencepunktet, "Patientens sundhedsproblem skal tilgås på en holistisk måde, hvilket bedst opnås gennem en tværfaglig tilgang", sigter mod en operationalisering af det bio-psyko-sociale sygdomsparadigme. Baggrunden for dette findes andetsteds (38, 89). Kort sagt, trods store fremskridt inden for medicinsk teknologi, som gør særlige genopretninger fra dødelige sygdomme mulige, påvirkes sygelighed og dødelighed kun i begrænset omfang af disse fremskridt. Årsagen til sociale faktorer i mange sygdomme er accepteret i visse kredse, selvom beviset er vanskeligt, hvis ikke umuligt, at fremskaffe. Uagtet denne mangel på hårde beviser menes det, at der kan gøres betydelige fremskridt ved at behandle de socialt forårsagede sygdomme med både medicinske og sociale indsatser. Dette er generelt ikke muligt inden for rammerne af de nuværende sundhedssystemer, hvilket skyldes dårlig koordinering mellem sektorerne.

Den nødvendige koordinering skabes ikke blot ved at bringe aktørerne tættere på hinanden. Det involverede personale skal være opmærksomme på de relevante problemstillinger, og der skal være incitament til at koordinere aktiviteter udover blot positive holdninger. En central begrundelse for det tværfaglige team, som forventes at planlægge sundhedsdistriktet, er at samle en professionel blanding, som i sig selv inkluderer en modstridende paradigmatradition for at opretholde en rimelig balance mellem give-og-tage. Samtidig er det sandsynligt, at en stor del af den manglende koordinering i sundhedspersonaleservice skyldes en mangel på forståelse fra det samme personales side om systemets potentielle påvirkning. Dette forventes dog ikke at udgøre et alvorligt problem for projekterne, fordi rekrutteringsprocessen vil være designet til at tiltrække netop de fagfolk, der er følsomme over for denne potentielle udfordring. Hvis og når projekterne får en alvorlig politisk indvirkning på det nationale sundhedssystem, vil dette spørgsmål imidlertid have alvorlige konsekvenser for designet af grunduddannelsesprogrammer for sundhedspersonale. For en mere detaljeret gennemgang af emnerne se Guilbert (86) og Steele (87, 88).

I profilbeskrivelsen for rekrutteringsprocessen vil der blive lagt vægt på generalistkompetencer såvel som specifikke samarbejdsevner. Der vil ikke være tilstrækkeligt mange specialiserede kurser til at dække et stort antal specialer. Andre vigtige karaktertræk for projektpersonalet vil være evaluative og epidemiologiske færdigheder, politisk tæft og kreativt mod, for at nævne nogle få.

I traditionelle sundhedsinstitutioner som hospitaler er samarbejde en sag, der håndteres i hierarkiske strukturer. Denne form for samarbejde anses ikke for tilstrækkelig til CHC. Udviklingen af gode samarbejdsvaner vil i nogen grad afhænge af en dynamisk og inspirerende ledelsesteam, og personalet vil have brug for betydelig støtte for at udvikle og opretholde samarbejdsvaner. Denne støtte kan f.eks. tage form af formelle samarbejdsorganer for personalet, og det forudses, at distriktets samarbejdsindsats vil få en mere problemorienteret karakter. Som sådan kunne relevante taskforces blive oprettet ad hoc og opløst, når deres opgave er afsluttet.

For rekrutteringsprocessen, udover de allerede nævnte kompetencer, vil det være en fordel at tiltrække personale med forskningskompetencer. Dette vil være nødvendigt for at sikre, at projektpersonalet

forstår behovet for præcise data og arbejder aktivt med alle aspekter af projektets funktion for at maksimere datakvaliteten. Personale vil også blive forventet at deltage aktivt i den løbende evaluering af projektet.

Evne til at undervise befolkningen i sundhedsspørgsmål kunne også være en del af færdighedsprofilen for alle personalekategorier i projektet. Dette er i overensstemmelse med referencepunktet: "Institutionen skal give patienten tilstrækkelig information om deres tilstand for at lette den bedst mulige beslutning om interventionsforløbet." Dette er ikke en proces, der bør være begrænset til befolkningen under behandling, men til hele optageområdets befolkning. Personalet vil blive forventet at deltage i planlægningen, implementeringen og evalueringen af samfundsinterventioner med dette mål for øje. I tjenesterne vil patientens personlige advokatrolle blive udviklet i overensstemmelse med projektets overordnede mål.

Disse få linjer er på ingen måde ment som en fuldstændig beskrivelse af personalets profil for pilotprojekterne. Dette tema vil blive uddybet betydeligt under den planlagte workshop 5: Personalets udvikling for pilotprojektet – personprofiler, holdninger og kvalifikationer.

## BILAG E Kvalitetsorienteret service registrering

Service registrering har i mange år været et tegn på kvalitetsbevidsthed fra sundhedsudbydernes side. I patientjournaler, sygeplejeprotokoller, vaccinationsjournaler osv. lagres en enorm mængde information vedrørende individuelle tjenester. Informationer om diagnoser, tolkning af patientklager, objektive fund osv. registreres i en form, der kan føre til en evaluering af den givne behandling, f.eks. gennem kollegial bedømmelse. På grund af åbenlyse tidsbegrænsninger er sundhedsadministratorer dog ikke i stand til at evaluere systemets funktion sag for sag. Indtil nu er der ikke udviklet en form for serviceregistrering, der tillader et overblik at blive givet ad hoc. Med udviklingen af avancerede relationelle databasemodeller nærmer vi os dog det stadie, hvor hovedparten af de oplysninger, der er registreret i patientjournaler, kan gemmes i en form, der tillader mere eller mindre frie sammenstillinger til evalueringsformål.

Dataintegritet bliver altid et spørgsmål, når man beskæftiger sig med dette område, men når det gælder patientjournaler, er sandheden, at elektroniske journaler sandsynligvis vil være mindre tilgængelige for uautoriserede personer end de nuværende papirsystemer, i modsætning til almindeligt udbredte holdninger om emnet.

Den papirfri sundhedsinstitution er allerede til en stor del en realitet, og der er åbenlyse fordele ved at have en rimelig mængde kvalitetsrelevante patientdata lagret elektronisk. I sammenhæng med disse retningslinjer har planlægningen af denne del af serviceregistreringen at gøre med det overordnede tema i kvalitetsikringens referenceramme: "Det skal kunne dokumenteres, at hver eneste intervention, som sundhedssystemet udfører, gør mere godt end skade for patienten." Det følger heraf, at vi skal registrere information, der kan fortælle os, om dette er blevet opnået. Den ekstreme implikation af denne tankegang er, at enhver service eller test, der giver et "normalt" resultat, burde være udeladt. Dette er især sandt for procedurer, der indebærer en betydelig risiko for patienten eller udfordrer patientens integritet, f.eks. blodprøver. I praksis må man dog acceptere et vist niveau af normale tests for at være rimelig sikker på at fange alle de unormale tilfælde.

Imidlertid er kun et lille mindretal af sundhedsprocedurer blevet evalueret gennem en kvalitetsikring. Formålet med udviklingen af en kvalitetsorienteret serviceregistrering er at gøre kvalitetsikring mulig for et stærkt øget antal procedurer på løbende basis. Det kan forventes, som det er oplevet inden for klinisk kemi (upublicerede resultater), at det faktum, at læger præsenteres for information om ineffektiv brug af en service, er en stærk adfærdsmodificerende faktor. Denne information er simpelthen ikke tilgængelig i stor skala fra de nuværende systemer. Spørgsmålet om, hvem der skal have adgang til denne informationsmængde, vil ikke blive diskuteret i detaljer her, men lad det være nok at sige, at spørgsmålene om patientanonymitet og professionelle standarder ikke må kompromitteres unødigt, dvs. data bør kun være tilgængelige for relevante personer. Dette problem er ligetil (om end ikke simpelt) i en avanceret relationel database, hvor både absolut og relativ adgang kan tildeles for alle datakategorier.

Følgende er en narrativ beskrivelse af database-strukturen, der er beregnet til brug med pilotprojekter. Beskrivelsen er ikke udtømmende og vil blive videreudviklet under planlægningsprocessen for pilotprojekterne. Databasestrukturen i sig selv og tilhørende dokumentation kan også gøres tilgængelig for interesserede parter. Kvalitetsorienteringen er ikke et tillæg til denne struktur, men en integreret del af den. Det er klart, at ikke al den beskrevne information nødvendigvis vil være tilgængelig for alle tjenester, da den generelle patienthistorik ikke vil blive indsamlet ved behandling af en indgroet tånegl. Generelt vil patientservicedatabasen dog blive suppleret af sundhedsprofil-databasen, hvorfra nogle af oplysningerne vil være tilgængelige (se bilag F). For hver udført service vil følgende information være tilgængelig:



- Patientens personlige data
- Tid/dato
- Anmodende institution, afdeling
- Personlige data for den anmodende agent
- Modtager af resultatet
- Tidspunkt for resultatmodtagelse
- Konsekvens af resultatet
- Indvirkning på patientens tilstand (graderet og specifik)
- Forårsaget yderligere undersøgelse (specificeret)
- Forårsaget af andre undersøgelser (specificeret)
- Forårsagede patienthenvisning (destination)
- Forskningsaktivitet?
- Patienttilfredshed
- Personaletilfredshed
- Patientens transportafstand
- Adgang til specialister (specificeret)
- Samfundstjenestens niveau før/efter
- Sundhedsprofil (se bilag F)

## BILAG F Sundhedsprofil og effektundersøgelse

I de senere år er en ny gren af epidemiologi, kaldet epidemiologi af sundhedsydelse, udviklet. Formålet med denne videnskab er at klarlægge, i hvilken grad serviceprofilerne i sundhedssystemer har en målbar indvirkning på sundheden i den befolkning, de betjener. Denne indvirkning kaldes "sundhedseffekt". Sundhedseffekt er et begreb, der har vundet accept inden for en række områder, som ikke er direkte knyttet til sundhedssystemer, såsom industriel forurening. Desværre er der ikke mange konklusive informationer om, i hvilken grad vores nuværende sundhedssystemer har nogen sundhedseffekt. De fleste tvivler dog ikke på, at de har en sådan indvirkning, men vi er ikke i stand til at kvantificere den eller sige f.eks. at systemtype A har en større sundhedseffekt end systemtype B. Det er håbet, at projekter udviklet under disse retningslinjer vil give betydelige muligheder for at forbedre denne situation, da projektet vil blive fulgt fra dets start og hele vejen igennem af eksperter på området.

Sandsynligvis er den mest betydningsfulde faktor i manglen på dokumenterbar sundhedseffekt manglen på bredt accepterede indikatorer for sundhed. Nogle systemer er blevet sammensat, og disse falder generelt under overskriften sundhedsprofiler. Sådanne profiler søger at omfatte de aspekter af sundhed, der er afspejlet i WHO's definition af sundhed, følelsen af "fysisk, socialt og mentalt velvære". Som sådan søger sundhedsprofiler at måle parametre for disse vektorer. Den metodologisk mest veludviklede indtil videre er udført under Alameda County Study (43), men de metoder, der beskrives her, ville være for besværlige som en rutinemæssig procedure. En nyere dansk sundhedsprofilundersøgelse viser en mindre besværlig metode, men desværre er analysen af de indsamlede data ikke særlig klar (62). I andre danske studier blev der anvendt store spørgeskemaer, der minder om Alameda County Study-spørgeskemaerne (64, 65), og også denne metode er for besværlig til rutinemæssig brug.

Disse studier har imidlertid kastet lys over nogle faktorer, der har betydning for designet af evalueringen af sundhedseffekten i pilotprojekter.

1. Det er blevet klart, at sundhedssystemet, som vi kender det, er en af de mindre betydningsfulde faktorer, der påvirker befolkningens sundhed.
2. Der er en tydelig kommunikationskløft mellem sundhedsprofessionelle og patienter.
3. Niveauet af egenomsorg er betydeligt, idet størstedelen af de tilstande, som individer opfatter som sygdom, behandles med husråd.
4. Befolkningen har mange sygdomstilstande, som sundhedssystemet aldrig kommer i kontakt med.
5. Individets opfattelse af sygdom er tæt forbundet med dets følelse af mentalt velvære.

Disse udsagn er blevet oversat til et sæt af 7 vektorer, der er tiltænkt som en del af den rutinemæssige registreringsproces i pilotprojekter. Det vil ikke være muligt eller hensigtsmæssigt at indsamle information om alle disse vektorer ved alle kontakter. Nogle af informationerne vil blive indsamlet ved patientkontakter, nogle under uafhængige profilundersøgelser og nogle vil blive hentet fra centrale databaser for persondata. Det er ikke muligt at definere den præcise struktur af denne dataindsamling, før projektet er i gang. De syv vektorer er:

1. Mentalt velvære og socialt netværk.
2. Fysisk tilstand og motion m.m.
3. Ernæring og stoffer (alkohol, stoffer osv.).

4. Risikoadfærd (socialt).
5. Social status (uddannelse, arbejde, økonomisk status).
6. Kroniske sygdomme og handicap.
7. Manifest sygdom.

Eksisterende databaser vedrørende disse vektorer er ikke i øjeblikket kompatible, og det ville heller ikke være hensigtsmæssigt (eller sikkert, sandsynligvis) på nationalt plan. De eneste vektorer med en rimelig dækning data-wise er 5 og 7. Som en integreret del af pilotprojekterne ville datasæt blive designet, der dækker alle 7 vektorer med det højest mulige og acceptable detaljeniveau. Ideelt set ville datasættet blive opdateret løbende, og tværsnitsdata ville være tilgængelige efter behov. I praksis ville målet dog være at have et baseline-datasæt for målgruppen, et datasæt efter planlægningsprocessen ved projektets start og et efter 2 års projektperiode. En beslutning skal træffes om, hvorvidt man skal forsøge at have et datasæt for en sammenlignelig population, som ikke gennemgår den beskrevne planlægnings- og projektproces. Selvom dette ville være ønskværdigt fra et epidemiologisk synspunkt, er omkostningseffektiviteten af denne sammenligning tvivlsom. En faktor, der skal overvejes, er de sundhedsprofilaktiviteter, der i øjeblikket er under udvikling i flere kommuner. Eksistensen af en baseline-sundhedsprofil ville veje tungt i det endelige valg af en kommune som målgruppe. En anden faktor er, at et stort antal universitetsstuderende har udtrykt interesse i at arbejde med projektet under disse retningslinjer. Sundhedsprofilstudierne er et af de mere oplagte områder for samarbejde i denne forstand.

Endelig må det gentages, at sundhedsprofilarbejdet ville være en integreret del af den daglige drift af sundhedsdistriktet, og at det på længere sigt forventes, at det normale personale i distriktet udfører dette arbejde som en rutinemæssig opgave. Dette er et centralt aspekt af det lokalsamfundsbaserede koncept; det er mekanismen, hvorved forebyggende indsatser kan rettes mod trængende områder for derved at maksimere deres effekt.

## **BILAG G** Samfundsinddragelse

Det er blevet antydnet flere gange i retningslinjerne, at projekterne ville have et signifikant element af samfundsinvolvering. Dette afspejler sig i referencerammen: "Sundhedssystemet skal tydeligt kommunikere sin position til offentligheden, så der opnås maksimal overensstemmelse mellem offentlighedens forventninger og systemets kapacitet." Det er tydeligt, at sundhedssystemet generelt lider under et forkert billede af, hvad det kan og ikke kan tilbyde. Dette har givet anledning til mange problemer, blandt andet en misforståelse af, hvilke sundhedstilbud der er tilgængelige, samt en urealistisk forventning om, at sundhedssystemet kan tage sig af alle problemer.

I projekter udviklet under disse retningslinjer er det derfor essentielt, at samfundsinvolvering bliver en integreret del af udviklingsprocessen. Dette er ikke blot et spørgsmål om at informere borgerne, men også om at involvere dem aktivt i beslutningsprocesser og give dem medansvar for deres eget helbred og sundhedspleje.

Formålet med samfundsinvolveringen er:

1. At øge borgernes forståelse af sundhedssystemets begrænsninger og muligheder.
2. At stimulere borgerne til at tage aktivt ansvar for deres eget helbred.
3. At sikre, at sundhedssystemets tilbud er i overensstemmelse med borgernes behov og forventninger.

Projekterne ville fokusere på to hovedområder af samfundsinvolvering:

### **1. Oplysning og uddannelse**

Det første område, der kræver fokus, er oplysning og uddannelse af befolkningen. Dette ville inkludere både forebyggende sundhedsinformation og information om, hvordan sundhedssystemet fungerer, og hvad det realistisk kan tilbyde. For eksempel skal patienter forstå, hvornår de bør opsøge sundhedspleje, og hvornår selvbehandling er tilstrækkelig.

Sundhedsuddannelse ville være en væsentlig del af de tilbud, der leveres af sundhedsdistriktet, og ville blive integreret i de daglige aktiviteter. Dette kan inkludere:

- Informationskampagner om specifikke sygdomme eller risikofaktorer.
- Offentlige foredrag og workshops om sundhedsfremmende emner.
- Direkte rådgivning i forbindelse med patientkontakter.

### **2. Borgerinddragelse i beslutningstagning**

Den anden dimension af samfundsinvolvering er mere direkte og involverer borgerinddragelse i beslutningsprocesser vedrørende sundhedssystemets struktur og drift. Dette ville blive opnået gennem etableringen af borgerkommissioner eller -paneler, hvor borgerne kunne deltage aktivt i diskussioner om sundhedstilbud, prioriteringer og ressourcer.

Projekter under disse retningslinjer ville lægge vægt på en struktureret tilgang til borgerinddragelse, hvor borgernes input aktivt søges, evalueres og implementeres, når det er muligt. Denne tilgang ville give borgerne en større følelse af ejerskab over sundhedssystemet og øge deres tillid til, at systemet arbejder for deres bedste interesser.

## **Sammenfatning**

Samfundsinddragelse i projekter udviklet under disse retningslinjer er ikke blot et ekstra tiltag, men et centralt element i strategien for at skabe et mere effektivt og tilgængeligt sundhedssystem. Ved at inddrage borgerne aktivt i både oplysning og beslutningstagning kan projekterne sikre, at sundhedstilbuddene i højere grad afspejler samfundets behov og forventninger, samtidig med at befolkningen bliver mere ansvarlig for deres egen sundhed.

## Referencer:

1. Conner E, Mullan F, Community oriented primary care: New directions for health services delivery. Washington D.C.: National Academy Press, 1983.
2. Nutting PA, ed. Community oriented primary care: from principle to practice. Washington, D.C.: Health Resources and Services Administration, Public Health Service, 1987
3. Abramson JH, Community-oriented primary care - Strategy, approaches, and practice: a review, *Public Health Reviews*, 1988;16: 35-98.
4. Bonham G, Barber G, Use of health care before and during Citicare, *Medical Care*, 25:111, 1987
5. Davis, K, Primary Care for the medically underserved: Public and private financing. Report presented at the 1981 American Health Planning Association and National Association of Community Health Centers Symposium on changing roles in serving the underserved, Leesburg, Va., October 11-13, 1981.
6. Himmelstein DU, Wollhandler S, A national health program for the United States: A physicians' proposal, *NEJM*, Jan 12, 1989, 102-8
7. Marmor TR, Health reform and the Obama administration: reflections in mid-2010, *Health Policy* 2010 Aug;6(1):15-21
8. Kark SL, *Community Oriented Primay Health Care*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1981.
9. Puska P et al., The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions form the ten years of the North Karelia Project, *Annual review of public health*, 1985;6: 147-93.
10. Saltman RB, National planning for locally controlled health systems: the Finnish Experience, *J Health Policy Planning and Law*, 1988, 13;1: s. 27-51
11. Secretary of State for Health (England), *Working for patients (white paper and 14 working papers)*, 1989
12. Enthoven AC, *Reflections on the management or the National Health Service: An American looks at incentives to efficiency in health services management in the UK. The Nuffield Provincial Hospitals Trust*, 1985
13. Enthoven AC, *Managed competition: An agenda for action*, *Health Affairs*, Summer, 1988
14. Saltman RB, Van Otter C, Re-vitalizing public health care systems: a proposal for public competition in Sweden, *Health Policy*, 7: 21-40, 1987
15. *Targets for Health for All*, WHO-EURO, Copenhagen, 1985
16. WHO, *International Conference on Primary Health Care (1978, Alma-Ata, Kazakhstan), Primary health care: report of the / international Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept., 1978, health for all series, no. 1, Geneva, 1978*
17. WHO, Executive Board, *Formulating strategies for Health for All by the year 2000: guiding principles and essential issues: document / of the Executive Board of the WHO, health for all series, no. 2, Geneva, 1979.*
18. WHO, *Global strategy for Health for All by the year 2000, health for all series, no. 3, Geneva, 1981*
19. WHO, Executive Board, *Development of indicators for monitoring progress towareds health for all by the year 2000, health for all series, no. 4, Geneva, 1981*
20. WHO, *Managerial process for national health development: guiding principles for use in*

- support of strategies for health for all by the year 2000, health for all series, no. 5, Geneva, 1981
21. WHO, Health programme evaluation: guiding principles for its application in the managerial process for national health development, health for all series, no. 6, Geneva, 1981
  22. WHO, Plan of action for implementing the global strategy for health for all and index to the health for all series no.s 1-7, health for all series, no. 7, 1982
  23. WHO, Seventh general programme of work covering the period 1984-89, Geneva, 1982
  24. WHO, Health Services in Europe, 3rd edition, WHO-EURO, 1981
  25. Weiner JP, Ferris D, GP budget holding: Lessons from America, Kings Fund Institute, London, 1990
  26. Abel-Smith B, The rise and decline of early HMOs: Some international experiences, *Milbank Quarterly*, 66:4; 694-719, 1989
  27. Nelson JA, The history and spirit of the HMO movement: The early years, *HMO Practice*, 1:2; 75-85
  28. Interstudy, Quarterly report of HMO growth and enrolment, summer, 1988, Excelsior, Minnesota, 1989
  29. Fuchs V, The "competition revolution" in health care, *Health Affairs*, Summer, 1988; 5-24
  30. Luft HS, How do health maintenance organizations achieve their "savings"?, *NEJM*, 298:24; 1336-43, 1978
  31. Hillman AL, Financial incentives for physicians in HMOs: Is there a conflict of interest? *NEJM*, 317; 1743-8, 1987
  32. Hillman AL, Pauly MV, Kerstein JJ, How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of HMOs?, *NEJM*, 321:2; 86-92
  33. Ware JE, Brook RH, Rogers WH et al., Comparison of health outcomes at a health maintenance organisation with those of fee for service, *Lancet*, May 3, 1986; 1017-22, 1986
  34. Weiner JP, Assuring quality of care in HMOs: Past lessons, present challenges and future directions, *Journal of the Group Health Association of America*, 7: 10-27, 1986
  35. Wouldiamson JW, Cunningham FC, Ward DJ, Quality of health care in HMOs compared to other settings. A literature review and policy analysis, Dept. of Health, Education and Welfare (USA), HMO office, 1979
  36. Luft HS, HMOs: Dimensions of performance, Wiley, New York, 1981
  37. Clarke F, Hospital at home: The alternative to general hospital admission, London, McMillan, 1984.
  38. Steele RE, de Leuw E, Carpenter D., A novel and effective treatment modality for medically unexplained symptoms, *J Pain Management*
  39. Vuori HV, Quality assurance of health services: concepts and methodology, WHO-EURO, 1982
  40. WHO, Quality assurance of health services, EUR/ICP/HSR 023, 1988
  41. WHO, The principles of quality assurance, WHO-EURO, 1985: EURO reports and studies 94
  42. WHO, European Region, Targets for Health for All, 1985
  43. SPRI, Kvalitetssäkring: Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet (Measuring, evaluating and developing quality in the Swedish health care system), SPRI: 1987
  44. Donabedian A, The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260: 1743-48, 1988
  45. Goldfield N, Nash DB, eds., Providing quality care: The challenge to clinicians, American College of Physicians, Philadelphia, PA, 1989

46. O'Brien N, Lowe C, Rennebohm H, Quality assurance, a managerial perspective, *Dimensions in Health Services*, 1987, 64;4: s. 22-3 + 26-8
47. Council on Medical Service, Quality of care, *JAMA*: 1986, 256;8: 1032-4
48. Steele RE, Kvalitetssikring i sygehussektoren: En operationel definition (Quality assurance in the hospital sector: An operational definition), unpublished – available from author
49. Kemper KJ, Medically inappropriate hospital use in a pediatric population, *NEJM*, 318: 1033-37, 1988
50. Kemper KJ, Forsyth B, Medically unnecessary hospital use in children seropositive for HIV, *JAMA*, 260: 2538-42, 1988
51. Kongstvedt PR, *The managed care handbook*, Aspen, Rockville, MD, 1989
52. Vibbert S, Utilization review: A report card, *Business and Health*, 37-46, Feb., 1990
53. WHO, (the Leningrad paper) Personal communication, WHO (unpublished data).
54. Boettger SC et al. LEON gruppens udskrivningskort analyse, *Practicus (The LELOC group discharge analysis, Danish GP Bulletin)*, 1985;9(34): 72-4
55. Funen District Council, *Temaplanlægning, bind 4 og 5 (Strategic Planning Rounds)*, 1984
56. Bentzen N, Christiansen T, Pedersen K M, Skadebehandling uden for normal dagarbejdstid I, II og III. UFL (Emergency treatment during off-hours, I, II, and III, *Danish Medical Journal*), I; 1984;4: 289-96, II; 1984;10: 763-8, III; 1984;12: 901-6.
57. Davis, K, Primary Care for the medically underserved: Public and private financing. Report presented at the 1981 American Health Planning Association and National Association of Community Health Centers Symposium on changing roles in serving the underserved, Leesburg, Va., October 11-13, 1981.
58. Clarke R, *Hospital at home: The alternative to general hospital admission*, London, McMillan, 1984
59. Manning WG, Leibowitz A, Goldberg GA, Rogers WH, Newhouse JP, A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on the use of services, *NEJM*, 310:23; 1505-1510.
60. Luft HS, *HMOs: Dimensions of performance*, Wiley, New York, 1981
61. Sundhedsministeriet, Regeringens forebyggelsesprogram (The Danish Ministry of Health, Government White Paper on Prevention), March, 1989
62. Sundhedsministeriet, *Veje til Sundhed for Alle (The Danish Ministry of Health, The Road to Health For All)*, April, 1989
63. *Targets for Health for All, WHO-EURO*, Copenhagen, 1985
64. Doll R, Major epidemics of the 20th century: from coronary thrombosis to AIDS, *J R Statist. Soc.*, 1987, 150: 373-95
65. McKinlay JB, McKinlay SM, Beaglehole, R, A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States, *Int'l J Health Services*, 1989, 19;2: 181-208
66. The challenge of implementation: District health systems for primary health care, WHO/SHS/DH/88.1/Rev 1
67. Pedersen KM, Blokafloening af praktiserende læger vurderet ud fra amerikanske erfaringer med Health Maintenance Organizations (Capitation as a reimbursement form evaluated on the basis of American experiences with Health Maintenance Organizations), Vejle Amt KM/ge A:HMO.doc, 29 sept. 1988, 16s.
68. Amdsrådsforeningen i Danmark, *Amterne og lægebetjeningen i den primære sektor: Redegørelse fra arbejdsgruppe nedsat mellem Amdsrådsforeningen og Sygesikringens*



- Forhandlingsudvalg (The Danish Regional Councils, The Regional Councils and medical care in the primary sector: Report of the working group convened by the Regional Councils and the National Health Insurance Negotiating Committee), January, 1989
69. Secretary of State for Health (England), Working for patients (white paper and 14 working papers), 1989
  70. Alban A, Hansen EB, Christensen, U, Opgaveglidning mellem sygehuse og kommuner (Service redistribution between hospitals and municipalities), Dansk Sygehus Institut, 1988, 126s.
  71. Kjeldsen K, Pedersen OH, Primærkommunernes forbrug af sygehusydelse (Use of hospital services in municipalities), 1978, Sundhedsstyrelsen, 1981, 125s.
  72. Kekki P, The analysis of relationships between the availability of resources and the use of health services in Finland: A cross sectional study, *Medical Care*, 18; 1229-40, 1980
  73. Saltman RB, National planning for locally controlled health systems: The Finnish experience, *J Health Politics, Policy and Law*, 13: 1; 27-51, 1988
  74. Conner E, Mullan F, (eds.) Community oriented primary care: New directions for health services delivery, Washington, D.C., National Academy Press, 1983
  75. Patton MQ, Utilization-focused evaluation, p. 196-217, Sage Publications, Beverly Hills, CA, 1986
  76. Weiss CH, Evaluation research: Methods of assessing program effectiveness, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1972
  77. Segall A, Decision-linked research in health manpower development. Part I: The approach, framework and methods and Part II: First initiative, plan of action. WHO-DHSH, Geneva, 1985
  78. Bonham G, Barber G, Use of health care before and during Citicare, *Medical Care*, 25:111; 40-58, 1987
  79. Campbell DT, Stanley JC, Experimental and quasi-experimental designs for research, Rand-McNally, Chicago, 1963
  80. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jaffee MW, Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function, *J Am Med Assoc*, 185: 94, 1963
  81. Chambers LW, The McMasters health index questionnaire in Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies, ed. Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J, 160-4, NY, 1984
  82. Stewart AL, Ware JE, Brook RH, Construction and scoring of aggregate functional status indexes, Vol. I, Santa Monica, CA, Rand, 1982
  83. Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gilson BS, The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure, *Med Care*, 19; 787-805, 1981
  84. Rasmussen NCh, Groth MV, Bredk{r FR, Madsen M, Kamper-J|rgensen F, Health and Disease in Denmark 1987 (Danish: Sundhed og sygelighed i Danmark 1987), Danish language, DIKE, 256 pages, 1988
  85. Ware JE, Snyder MK, Russel Wright W, Davies AR, Defining and measuring patient satisfaction with medical care, *Evaluation and Program Planning*, 6; 247-63, 1983
  86. Guilbert JJ, Educational handbook for health personnel, revised edition, Geneva, WHO, 1987
  87. Steele RE, Peer learning in health science education, an alternative didactic method,

WHO/EDUC/87.190

88. Steele RE, Policy Platform on Medical Education, IFMSA (publisher), 1984

89. [Smith RC, Lein C, Collins C, Lyles JS, Given B, Dwamena FC, Coffey J, Hodges A, Gardiner JC, Goddeeris J, Given CW.](#) Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. J Gen Intern Med. 2003 Jun;18(6):478-89. Review.