



Værdibaseret sundhed i Danmark

Anbefalinger for vejen frem

18-12-2018

EMN-2017-00056

Jonas Melhim With

Simon Nørregaard Jensen

Hvad er ambitionen med værdibaseret sundhed?










I Danmark blev dagsordenen om værdibaseret sundhed (VBS) introduceret i 2013 af Danske Regioner på en konference i København. Siden 2013 har regionerne igangsat egne og fælles projekter med VBS, og i udlandet arbejdes der med VBS i lande som Sverige, Norge, Holland, England, USA og Tyskland m.fl. Der er således tale om en international tendens og udvikling i sundhedsvæsenet verden over, hvor man ønsker at sætte større fokus på, hvad der skaber værdi for patienten.

Det er en udvikling, som i høj grad er udsprunget af en erkendelse af, at det er uholdbart i længden at bedømme sundhedsvæsenets succes på at lave mest mulig aktivitet på sygehusene. I stedet ønsker man at fokusere på den værdi, som patienten får ud af det samlede behandlingsforløb – det vil sige værdien af den samlede indsats som sygehus, almen praksis og kommunen leverer. Denne tankegang er også afspejlet i regionernes fælles vision "Sundhed for Alle". Her er målet bl.a., at man på tværs af sektorer skal organisere og fordele opgaverne i sundhedsvæsenet på den måde, der leverer mest sundhed for befolkningen som helhed til færrest mulige ressourcer for samfundet.

Men hvad er værdi for patienten? Det væsentligste element er *effekt* (outcome) – dvs. effekten af sundhedsvæsenets samlede indsats målt direkte på patienten. Har patienten smerter og komplikationer? Kan han gå efter knæoperationen og vende tilbage til sit arbejde? Og hvordan har han det 2 måneder, 1 år og 3 år efter operationen på hospitalet og genoptræningen i kommunen? Det er den type af spørgsmål, vi i højere grad skal stille og indrette os efter i et værdibaseret sundhedsvæsen.

Og her er det vigtigt at huske, at patienter ikke er ens. For patienter med prostatakræft er impotens og inkontinens for eksempel relevante målepunkter, mens det for en patient, som har været gennem en knæoperation, er mere relevant at se på, hvor hurtigt mobiliteten genvindes. Derfor er det vigtigt, at patienterne sidder med ved bordet, når vi vælger de mål, som vi ønsker skal drive udviklingen af et sundhedsvæsen med styrket fokus på værdi.

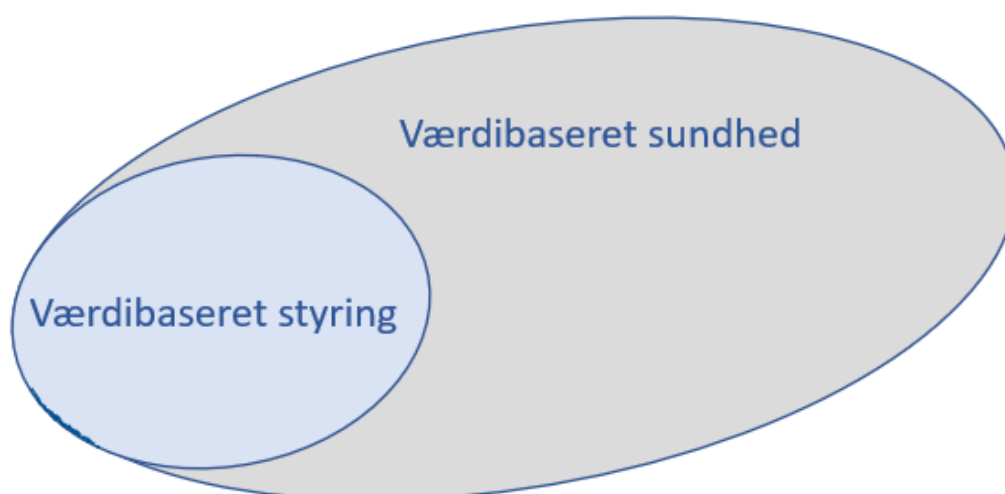
Et andet væsentligt element i at skabe værdi for patienten er omkostningerne. Der skal skabes indblik i, hvordan omkostninger fordeler sig over et patientforløb, herunder både sygehus, praksissektor og kommuner. Derved vil der være et bedre grundlag for at vurdere, hvordan og hvor opgaverne skal udføres. I dag ser vi mest på at optimere ressourceforbruget inden for hver sektor eller område. Sammenholdt med viden om, hvad der er vigtige effekter for patienterne, er der bedre grundlag for at vurdere, hvorvidt der er besøg og indsatser i sundhedsvæsenet, der kan undværes. Figur 1 viser, at fokus på omkostninger og resultater til sammen kan bidrage til et bedre beslutningsgrundlag.

Værdi	Bedre effekt	Samme effekt	Dårligere effekt
Lavere omkostninger	Fantastisk løsning 	Bedre løsning 	Dilemma 
Samme omkostninger	Bedre løsning 	Neutral 	Dårligere løsning 
Højere omkostninger	Dilemma 	Dårligere løsning 	Elendig løsning 

Figur 1 - Viden om effekt og omkostninger kan give bedre beslutninger

Værdibaseret sundhed, herunder værdibaseret styring, er ikke en detaljeret styringsmodel, men derimod en styringsfilosofi og en tankegang, som i højere grad skal gennemsyre sundhedsvæsenet. I fremtiden vil vi fortsat følge aktiviteten på sygehusene, anvende kliniske retningslinjer og have fokus på at overholde budgetterne på sygehuset og i kommunen. Men der er behov for, at vi grundlæggende drejer mere af opmærksomheden mod, hvad patienten i sidste ende får ud af mødet med sundhedsvæsenet. Og mod hvad der er samfundsøkonomisk optimalt, frem for hvad der er billigst for den enkelte kommune eller hospitalsafdelingen.

På engelsk arbejdes der med en samlet betegnelse, nemlig "value based health care". Det er i den danske sammenhæng oversat både til "værdibaseret styring" og "værdibaseret sundhed". I denne sammenhæng anvendes værdibaseret sundhed som den samlede betegnelse, mens styring er et delelement.



Figur 2 - Styring er et delelement i værdibaseret sundhed

I den forbindelse er det også vigtigt at fremhæve, at ambitionen med værdibaseret sundhed og styring ikke er at udvikle et nyt afregningsregime, som kan erstatte afregning efter DRG-takster og aktivitet. Tanken er således ikke, at der skal afregnes efter effekt, men at de styringsmæssige og økonomiske rammer skal give bedre plads til at personale og ledelser på hospitaler kan fokusere på værdi for patienten, hvilket et for stærkt fokus på aktivitet i tilfælde kan stå i vejen for.

Tre målsætninger i værdibaseret sundhed

Indretningen af sundhedsvæsenet skal understøtte:

- Fokus på kvalitet og effekt defineret som resultater for patienten
- Sammenhængende patientforløb på hospitalet, mellem hospitaler og mellem sektorer
- Omkostningseffektivitet

Værdi for patienten er drivkraft for nye initiativer

Medarbejderne i sundhedsvæsenet arbejder hver dag på at levere værdi til patienten. På den måde er det ikke nyt for medarbejderne at have fokus på patientens behov. Det nye er dog, at vi på flere områder får bedre muligheder for at få patientens input (data) ved at spørge dem direkte. Og derudover har vi hidtil ikke haft særligt fokus på, at egne indsatser ikke kan ses uafhængigt af indsatser på tværs af sektorer. Og vi har heller ikke haft fokus på at sætte de samme mål for patienten på tværs af et forløb.

Styringsfilosofien skal også være drivkraft for vores initiativer, så vi kan løfte sundhedsvæsenet op på et højere niveau. Som nævnt er "Sundhed for alle" et af de tiltag, som skal ses i relation til værdibaseret sundhed. Samtidigt har regionerne igangsat og foreslået vigtige tiltag som "Patientansvarlig Læge" og "Brobygger Sygeplejersken", ligesom de arbejder for ambitiøse mål om i højere grad at undersøge og behandle borgerne i eget hjem via teknologiske løsninger. Alt sammen tiltag, der forventes at skabe højere værdi for borgeren, uden det bliver dyrere – og måske endda billigere – for sundhedsvæsenet, og hvor der er fokus på at binde sektorskift bedre sammen for patienten.

I Danmark er vi således allerede godt på vej i arbejdet med værdibaseret sundhed. Og vi har gode forudsætninger for at komme endnu længere. Vi har tradition for at arbejde med data og følge op på resultater – eksempelvis er der databaser for klinisk kvalitet på over 80 behandlingsområder (RKKP), hvilket er enestående i en international sammenhæng. Men der er også behov for at udbygge databaserne med mere patientnære mål som for eksempel livskvalitet på mange behandlingsområder. Og der er behov for at få data fra praksissektor og kommuner.

Vi har også i mange år arbejdet med at styrke inddragelsen af patienter og pårørende i sundhedsvæsenet, så der er i forvejen stor bevidsthed hos personalet om vigtigheden af patientperspektivet i arbejdet med kvalitet. Men der er fortsat behov for at styrke arbejdet med at give patienterne tryghed og indflydelse i egne behandlingsforløb. Et redskab er her patientrapporterede oplysninger (PRO), hvor patienten selv vurderer og indmelder sin sundhedstilstand gennem et spørgeskema. De nationale og regionale initiativer på området er et godt grundlag for at sætte fart på udviklingen.

De styringsmæssige rammer er også blevet bedre med tiden. Der er aftalt 8 nationale mål for sundhedsvæsenet. Og afskaffelsen af produktivitetskravet og aktivitetspuljen er også et skridt i den rigtige retning. I den kommende tid bliver det en opgave for regionerne at udvikle en styring med mere plads til lokal ledelse. En styring med mindre fokus på aktivitet og mere plads til at arbejde med effekt og værdi for patienten.

Erfaringer og resultater fra projekt værdibaseret sundhed

For at komme nærmere, hvordan arbejdet med værdibaseret sundhed kan udvikles og styrkes i en dansk kontekst igangsatte regionerne i 2016 et fælles projekt om værdibaseret sundhed. Regionerne har valgt 8 behandlingsområder eller patientgrupper til at danne grundlag for erfaringerne med, hvordan bedre viden om effekt kan indgå i kvalitetsudvikling, ledelse og styring. Én region har været i spidsen for hvert af projekterne. Et enkelt af projekterne (tværfaglig smertebehandling) drives i et samarbejde mellem Danske Regioner og Sundhed Danmark på vegne af en række private klinikker:



Figur 3- otte behandlingsområder i projekt værdibaseret sundhed

Udover at se på effekt har VBS-projektet arbejdet med metoder til at opgøre omkostninger, og hvordan man kan komme nærmere en opgørelse af de **samlede omkostninger** forbundet til et patientforløb – dvs. ikke alene omkostninger for den enkelte afdeling, men for hele hospitalet og på tværs af sektorer.

Herudover er der udarbejdet et inspirationskatalog, der beskriver fordele og ulemper ved forskellige **afregningsmodeller**, og hvordan man kan tilpasse afregningen, så den ikke kommer i vejen for det kliniske arbejde med at rette fokus på værdi for patienten.

I det følgende præsenteres udvalgte indsigter fra arbejdet i det tværregionale projekt samt udvalgte eksempler på resultater for delprojekterne. For en mere dybdegående og omfattende gennemgang af resultater og erfaringer fra VBS-projektet, kan der henvises til afrapporteringen af det tværregionale projekt udarbejdet af McKinsey og Iqvia.

Hvordan udvikler og arbejder man bedst med effektmål?

På de otte behandlingsområder er der arbejdet med værdibaseret sundhed og effektmål på forskellige måder. Den vigtigste læring herfra præsenteres i det følgende.

Stor efterspørgsel på viden om patienternes resultater

I arbejdet på de otte behandlingsområder har der været stor efterspørgsel og engagement i at få mere viden om effekt og patienternes resultater. Det gælder særligt blandt det kliniske personale, men også hos det administrative personale og sygehusledelser, som har været involveret i arbejdet.

Klinikerne ønsker typisk at få mere detaljeret viden om resultater, som kan bruges i den konkrete patientbehandling og til kvalitetsudvikling på deres eget behandlingsområde. Mens ledelserne og det administrative personale i højere grad ønsker at få præsenteret et overordnet og forenklet billede af resultaterne, så det bliver muligt at få overblik over udviklingen på flere patientgrupper. Fælles for både de ønsker, der er i klinikken og på ledelsesniveau, er, at der er en efterspørgsel på at få mere viden om det samlede patientforløb på tværs sektorer og på at kunne sammenligne og lære af hinandens resultater på tværs af hospitaler og regioner.

Det kliniske ejerskab er vigtigt

Erfaringerne fra behandlingsområderne og udlandet viser, at det er vigtigt, at det er klinikere, som er drivkraft i arbejdet med at udvikle effektmål for de enkelte patientforløb. Det skyldes, at det er det kliniske personale, som i sidste ende skal arbejde med effektmålene og bruge det i arbejdet med at løfte kvaliteten og styrke patientbehandlingen. Hvis effektmål ikke anvendes af klinikerne, er det usandsynligt, at de vil bidrage til at skabe værdi og ændringer i arbejdsgange og behandlingen. Desuden er det klinikerne, som besidder de kompetencer, som er afgørende for selve udviklingsarbejdet med blandt andet at udvælge effektmål og indikatorer og afgrænse patientforløb. Ved valg af nye behandlingsområder, bør man derfor sikre sig, at der er en klinisk forankring, som kan drive udviklingen af effektmål, som kan bruges til at lære fra hinandens resultater på tværs af landet.

Efterspørgslen og effekten skal stå i mål med ressourcerne

Erfaringerne viser, at der skal afsættes betydelig tid og ressourcer til at udvikle effektmål. Det er fx vigtigt, at der er klinikere, som kan afsætte tid til at gå foran i udviklingsarbejdet. Det er derfor vigtigt at vurdere om efterspørgslen og gevinsten ved at arbejde med effektmål på et behandlingsområde, står i mål med de ressourcer som afsættes.

Potentiale for generiske mål

Effektmålene varierer for hvert af de otte behandlingsområder, fordi hver sygdomsgruppe har særlige kendetegn. Men VBS-projektet viser samtidigt potentiale for generiske effektmål – eksempelvis kan effektmål for livskvalitet være ens for både hjertepatienter og apopleksipatienten. Livskvalitet vurderes at være et effektmål, som potentielt kan anvendes til at følge og sammenligne udviklingen på tværs af flere behandlingsområder – dog uden at give et fuldkomment billede af udviklingen på behandlingsområdet, da der også er andre mere sygdomsspecifikke mål. Udviklingen af generiske mål har ikke været en klinisk efterspørgsmål i VBS-projektet, men er i højere grad noget, som tænkes at kunne understøtte arbejdet med ledelse og styring.

Metodisk tilgang til udvikling og anvendelse af effektmål til værdibaseret sundhed

Erfaringerne fra de otte behandlingsområder i VBS-projektet er forskellige, men danner samlet grundlag for en metodisk tilgang til arbejdet med værdibaseret sundhed. Den metodiske tilgang består af fem forskellige grundelementer, som man skal være opmærksom på i udviklingen af effektmål, og som gennemgås nedenfor. Udover de fem grundelementer, at det vigtigt at være opmærksom på, at de rette rammebetingelser og kultur er til stede omkring arbejdet med effekt i sundhedsvæsenet. Rammebetingelser omhandler især, at der skal være let adgang til den rette data, mens kulturforandringen omhandler, at fokus på effekt med tiden skal gøres til en integreret og naturlig del af arbejdet med patienten, kvalitetsudvikling og ledelse i sundhedsvæsenet.



1. **Governance:** Der nedsættes en arbejdsgruppe, som skal repræsentere hele patientforløbet og kunne skabe faglig konsensus på tværs af hospitaler og sektorer om de effektmål, der vælges. Patienter, medarbejdere fra kommune og almen praksis samt førende hospitalsklinikere på behandlingsområdet skal derfor være repræsenteret
2. **Behovsafklaring:** Der bør gennemføres en behovsafklaring, hvor ambitionen for brug af effektmål fastlægges. Det skal afklares, hvordan effektmål skal bidrage til den kliniske udvikling og vurdering af værdi for patienten, og hvilke dele af organisationen, som skal arbejde med effektmål – fx om de også skal bruges til at understøtte beslutninger hos hospitalsledelsen
3. **Effektmål og forløb:** Arbejdsgruppen vælger og prioriterer de vigtigste effektmål (højst 10) for patientgruppen på workshops. Valg af effektmål tager afsæt i internationale standarder, som tilpasses en dansk kontekst – såfremt internationale standarder findes. Effektmål bør kunne anvendes for det fulde patientforløb, og det er vigtigt, at patienter inddrages i arbejdet med udvikling af effektmål, så der balanceres mellem faglige og patientnære hensyn
4. **Data:** En analyse foretages af hvordan effektmål kan dataunderstøttes. Analysen skal klarlægge hvilke effektmål, som kan understøttes af eksisterende data, og hvilke som kræver, at der udvikles nye datakilder – fx i form af PRO-data og data fra kliniske kvalitetsdatabaser som er centrale datakilder. Klarlægning af juridiske betingelser for anvendelse af eksisterende og ny data skal indgå i analysen
5. **Test og erfaringer:** I arbejdet med test og erfaringer med effektmål bør fokus være på nytteværdien af den nye viden, der opnås – fx på hvordan viden om effekt konkret bidrager til patientbehandling, kliniske kvalitetsudvikling og dialogen mellem klinikere og ledelse

- **Case-mix-justering:** Udover de fem grundelementer gennemgået ovenfor, er det i arbejdet med effektmål vigtigt at tage højde for patienternes baggrundskarakteristika (casemix) ved sammenligning af resultater. Erfaringen er, at korrektioner for baggrundsforskelle hos patienternes skal foretages ud fra en simpel metode med få udvalgte variable for at fastholde enkelthed og gennemskuelighed.

Resultater og produkter fra delprojekterne

For alle patientgrupper er der opnået enighed om, hvad der bør være resultatet af behandlingen. Enigheden er opnået på tværs af patienter, lægefaglige eksperter fra alle fem regioner samt kommune og almen praksis. Med afsæt i de udvalgte effektmål har de otte projekter på forskelligvis arbejdet med at anvende effektmål til forskellige formål. Der er bl.a. indsamlet patientrapporteret data som en integreret del af behandlingsforløbet, hvor data er blevet anvendt til kvalitetsudvikling og i patientbehandlingen i form af blandt andet prædiction (beslutningsstøtte) og opfølgning på resultater. I andre delprojekter har man desuden undersøgt potentialet for at bruge viden om effekt til at understøtte arbejdet med reorganisering af patientforløb, ledelse og styring. Projektet bidrager således med en værktøjskasse, der indeholder forskellige metoder og redskaber til at arbejde med effektmål.

Nedenfor er et samlet udpluk af resultater fra de enkelte delprojekter med uddybende eksempler på, hvilke resultater der er skabt i arbejdet med effektmål indenfor henholdsvis hofte-knæ-området og tværfaglig smertebehandling.

Delprojekt om hofte- og knæalloplastikker (Region Nordjylland)

På ortopædkirurgisk afdeling i Farsø i Nordjylland er man gået sammen med patienter og lægefaglige eksperter fra alle fem regioner om at udvælge de effektmål, som er de vigtigste for patienterne, og som kan bruges til at forbedre behandlingen fra et klinisk perspektiv.

Ambitionen er ikke alene at følge op på, hvad patienterne rent faktisk får ud af behandlingen, men også at give patienten større indflydelse på deres behandlingsforløb. Forsøget viser allerede resultater. Dialogen mellem behandler og patient undervejs i forløbet er styrket, fordi lægen bedre kan følge og forudsige patientens sygdomsudvikling. Patienten kan få at vide,

hvilket resultat tidligere patienter i samme situation har opnået. Det giver patienten bedre indblik i sine muligheder - skal patienten vælge en operation, eller i stedet forsøge sig med genoptræning? Derudover er der et økonomisk rationale, da der er et grundlag for at vurdere, hvorvidt nogle patienter slet ikke skal opereres.

Næste skridt i projektet er at styrke hospitalets samarbejde med almen praksis og Aalborg kommune, som man har indledt et samarbejde med. På den måde vil man også kunne følge op på patientens resultater efter udskrivelsen fra hospitalet. Ambitionen med samarbejdet er, at personale på tværs af sektorer skal i tættere dialog med hinanden om, hvordan de sammen kan levere bedre resultater for patienterne og skabe mere sammenhængende forløb.

Knæ- og hoftealloplastik



Effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Komplikationer
- ❖ Re-operation (inden for 2 år)
- ❖ Livskvalitet
- ❖ Funktionsniveau
- ❖ Arbejdsstatus (anvendelse af DREAM-database)
- ❖ Patienttilfredshed



Eksempler på PRO-spørgsmål:

- Hvordan vil du beskrive de smerter, som du har haft i knæet?
- Hvor lang tid har du kunnet gå, før du har fået stærke smerter i knæet?

På grund af de gode resultater i det foreløbige arbejde, er projektet desuden i dialog med Aalborg Kommune om at udbrede arbejdet med værdibaseret sundhed til hele artose-området i et samarbejde mellem hospital og kommune – det vil sige ikke blot slidgigt i knæ og hofte, men i alle led.

Delprojekt om tværfaglig smertebehandling (Danske Regioner og Sundhed Danmark)

Der blev i sommeren 2017 aftalt et projekt om værdibaseret sundhed på tværfaglig smertebehandling mellem Danske Regioner og Sundhed Danmark, som repræsenterer private klinikker og hospitaler. Alle landets smerteklinikker deltager i projektet, både offentlige og private. De effektmål, som udvikles i projektet, skal på sigt derfor anvendes på hovedparten af de cirka 10.000 patienter med kroniske smerter, der årligt er i behandling på smertecentre i Danmark.

De 10 vigtigste effektmål for smertepatienter er fastlagt, og der er udarbejdet et spørgeskema til patienter til opfølgning på disse. Spørgeskemaet er implementeret i en database (Pain-Data.dk) og testes i øjeblikket på smerteklinikker.

I fremtiden skal behandling på smertecentre inddrage de svar patienterne giver i spørgeskemaet. På den måde kan patienterne få større indflydelse på deres behandling, som i højere grad skal tilrettelægges efter den enkeltes ønsker og behov.

Den indsamlede data om effektmål vil være tilgængelig for smerteklinikker landet over, hvilket betyder, at data på sigt kan bruges til kvalitetsudvikling, læring og sammenligning af resultater på tværs af landet.

Tværfaglig smertebehandling



Effektmål til værdibaseret sundhed

- Livskvalitet
- Accept
- Socialt liv
- Kommunikation
- Forsørgelse og arbejdsmarked
- Fysisk status og energiforvaltning
- Søvn
- Smertehåndtering og -lindring
- Følelsetilstand og humør



Eksempler på PRO-spørgsmål:

- Hvordan synes du din livskvalitet er alt i alt?
- Hvordan vil du generelt vurdere dine smerter?


Angst og depression (Region Hovedstaden)

Psykiatrisk Center Stolpegaarden i Region Hovedstadens Psykiatri har været ansvarlig for arbejdet med værdibaseret sundhed for patienter med angst og depression.

I projektet anvendes viden om effekt i behandlingen af den individuelle patient, men også til at styrke arbejdet med ledelse i psykiatrien. I fremtiden skal mål for værdi for patienten nemlig i højere grad være styrende for arbejdet i psykiatrien.


I projektet anvendes viden om effekt til at forbedre og justere behandlingen af den individuelle patient undervejs. Det sker ved at anvende et redskab, som giver både patient og behandler overblik over, hvordan patienternes helbred udvikler sig over tid – fx om patienten mærker et løft i social funktionsevne og livskvalitet, eller om der derimod er behov for at justere behandlingen, fordi udviklingen går den forkerte vej. Overblikket styrker patienten i dialogen med behandleren, fordi patienterne selv bliver mere bevidste om deres udvikling og får nemmere ved at sætte ord på, hvordan de har det, og hvad de mener er vigtigt at fokusere på i behandlingen.

Angst- og depression



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Symptombyrde
- ❖ Remission
- ❖ Bivirkninger (af både medicin og terapi)
- ❖ Social funktionsevne
- ❖ Livskvalitet
- ❖ Personlig recovery
- ❖ Tilbagekomst af lidelse (muligt tilvalg)



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål:

- Har jeg følt mig aktiv og energisk?
- Har du følt:
 - At du pludselig er bange uden grund?
 - En følelse af at alting er anstrengende?

Projektet er nu i gang med at tage det næste skridt i udviklingen af redskabet, hvor man vil gøre det muligt at følge de resultater, som en afdeling leverer for den samlede population, de har i behandling.


På den måde bliver det muligt at sammenligne forskellige afdelingernes resultater med hinanden - er der fx en afdeling, som leverer imponerende resultater, der kan inspirere arbejdet andre steder? I 2019 forventer man at blive klogere på det spørgsmål. Her vil man begynde at sammenligne data om effekt på tværs af ambulatorier. Ambitionen er, at det skal styrke videndelingen mellem afdelinger, som i højere grad skal lære af hinanden og være opmærksom på at udbrede de bedste løsninger.

Apopleksi (Region Midtjylland)

Projektet har samarbejdet med RKKP om at indsamle patient-rapporterede oplysninger om funktionsevne, trivsel og andre patientnære mål. Derudover har projektet arbejdet med at udvikle en såkaldt kompositindikator. En kompositindikator opgør den samlede effekt af et


behandlingsforløb i ét enkelt tal. Det gør det nemmere at følge udviklingen i resultater og muliggør analyser af sammenhængen mellem effekt og omkostninger. Den type analyser kan give bedre viden om, hvordan man kan tilrettelægge forløb, så man får mest sundhed for pengene. I 2019 fortsætter projektet deres arbejde, hvor de bl.a. vil foretage mere dybdegående analyser af data om effekt og omkostninger.

Apopleksi (blodprop eller blødning i hjernen)



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Overlevelse inden for 30 dage og et år efter indlæggelse
- ❖ Komplikationer
- ❖ Ikke-planlagt genindlæggelse
- ❖ Funktionsniveau
- ❖ Ensomhed
- ❖ Trivsel
- ❖ Ernæringsstilstand
- ❖ Evne til at kommunikere
- ❖ Kontakt med almen praksis efter udskrivelse



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål (WHO-5):
I de sidste 2 uger

- Har jeg været glad og i godt humør
- Har jeg følt mig rolig og afslappet
- Er jeg vågnet frisk og veludviklet
- Har min dagligdag været fyldt med ting der interesserer mig.

Diabetes (Region Nordjylland)

Projektet har fokuseret på at udvikle en national løsning for patientrapporterede oplysninger i behandlingen af patienter med diabetes. Konkret udvikler projektet nye instrumenter til at måle de effektmål, som er de vigtigste fra patienternes perspektiv. Projektet har også bi-

draget med viden om, hvordan patienter kan inddrages og få mere indflydelse på deres behandlingsforløb. Omkring 35 patienter har været involveret i projektet og givet deres input til, hvordan fremtidens diabetes behandling kan udvikles og forbedres – set fra patientens perspektiv. På denne baggrund er der udviklet en ny model for behandling af diabetes-patienter, der bedre matcher patienternes behov og dagligdag. Som det næste vil projektet teste deres model for indsamling af PRO i klinikken og arbejde videre med at udvikle smartere måder at præsentere og analysere data. På den måde vil man kunne følge bedre op på effekten af den behandling diabetes-patienter modtager.

Diabetes



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Blodsukkerkontrol
- ❖ Senkomplikationer
- ❖ Selv-vurderet fysisk og psykisk helbred
- ❖ Diabetes effekt på livskvalitet
- ❖ Behandlingsbyrde
- ❖ Egenomsorg/mestring



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål:
Hvilken af følgende er for tiden et problem for dig (skala 1-5)?


- Du føler afsavn med hensyn til mad og måltider
- Din diabetes tager magten fra dig
- Du føler dig alene med din diabetes
- Din diabetes tager for meget af din energi fysisk og mentalt i hverdagen

Epilepsi (Region Sjælland)

Projektet har haft særlig fokus på, hvordan der meningsfuldt kan foretages afgrænsning af patientforløb for kroniske patienter. I det videre arbejde fokuserer projektet på udfordringer med dataadgang, herunder inden for hvilke rammer, PRO-data


kan anvendes i udviklings- og ledelsesarbejdet. Projektet bidrager således til at afklare, hvilke typer af data, som kan bruges til at følge på effektmål, og hvilke typer data som ikke må anvendes på grund af barriere i lovgivningen.

Epilepsi



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Dødsfald pga. epilepsi
- ❖ Anfaldsreduktion
- ❖ Bivirkningsreduktion
- ❖ Social påvirkning
- ❖ Quality of Life
- ❖ Funktionsniveau
- ❖ Patienttryghed
- ❖ Korrekt behandling (varighed, behandlingsordination m.fl.)
- ❖ Korrekt diagnose



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål:


- Hvor mange anfald har du haft i år?
- Er dine anfald forværret?
- Har du været glad og i godt humør?

Hjerter (Region Hovedstaden)

Projektet har haft særlig fokus på – ud fra et patientperspektiv – at udvælge patientnære effektmål, der giver mening på tværs af sektorer og dermed dækker hele patientforløbet. Som en ny og mere retvisende måde at følge op på effekt, er man herudover be-


gyndt at vurdere patientens samlede effekt af et behandlingsforløb set over en sammenhængende 5-årig periode – og ikke flere korte isolerede forløb. Derudover har man arbejdet med at kortlægge omkostningerne ved forskellige typer patientforløb. Det har givet hjertecenteret viden om, hvad det koster at reorganisere patientforløb. Det forventes løbende at ville bidrage til bedre anvendelse af ressourcer og medarbejdernes tid og kompetencer. I det videre arbejde fokuserer projektet på indsamling af patientrapporterede oplysninger i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen under Sundheds- og Ældreministeriet. Samarbejdet skal understøtte udbredelsen af gode erfaringer og resultater fra hjerteprojektet til andre dele af landet.

Hjerter



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Overlevelse efter 1, 5, 10 år
- ❖ Genindlæggelser
- ❖ Nyresvigt
- ❖ Hjertekrampe
- ❖ Åndenød
- ❖ Depression og/eller angst



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål:

Har du haft følgende problemer på det seneste (skala 1-4)?


- Følt Dem stakåndet
- Følt Dem nedtrykt
- Føler Dem fysisk begrænset

Prostatakræft (Region Syddanmark)

Projektet har især fokuseret på at anvende patientrapporterede oplysninger, der har været indsamlet over flere år til at vurdere effekten af behandling og pleje. Dette er sket i tæt samarbejde med RKKP. Delprojektet har fået adgang til data fra RKKP, som skal anvendes i kvalitetsarbejdet i den daglige drift.


Derudover er der opnået erfaringer med, hvordan der meningsfuldt kan foretages afgrænsning af patientforløb. Patientforløb for patienter med prostatakræft er kendetegnet ved at kunne være meget forskellige og komplekse. Projektet har således bidraget med central viden om de kliniske overvejelser og betragtninger, som er vigtige at gøre sig ved afgrænsning af patientforløb. I det videre arbejde vil projektet fokusere på at behandle og analysere data til opfølgning på effektmål for patienter med prostatakræft.

Prostatakræft (avanceret)



Eksempler på effektmål til værdibaseret styring

- ❖ Overlevelse (årsagsspecifik og generel)
- ❖ Komplikationer ved kemoterapi
- ❖ Sygdommens progression
- ❖ Smerter
- ❖ Inkontinens og tarmobstruktion
- ❖ Seksuel dysfunktion
- ❖ Træthed og vitalitet
- ❖ Fysisk funktion
- ❖ Tryghed
- ❖ Livskvalitet
- ❖ Styrket egenomsorgsevne



Eksempler på mulige PRO-spørgsmål:

- Har du haft problemer med at få eller bevare en erektion?
- Har du savnet appetit?
- Vanskeliggjorde smerter dine daglige gøremål? (sidste fire uger)

Læring fra arbejdet med økonomi

I VBS-projektet er der i arbejdet med den økonomiske del af værdibaseret sundhed sket en klar adskillelse af arbejdet med **omkostninger** og **afregning**. Det er kommet til udtryk ved, at arbejdet med omkostninger og afregning er sket i to særskilte arbejdsgrupper. I det følgende præsenteres erfaringer og indsigter fra de to arbejdsgrupper

Arbejdet med omkostninger

Ideelt set skal omkostninger ansues på tværs af hele patientforløbet, dvs. i mange tilfælde på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger. Men i praksis handler konceptet i en dansk sammenhæng også om den løbende indsats i den enkelte klinik, i den enkelte praksis og i den enkelte kommune. Arbejdsgruppen om omkostninger har set på forskellige metoder til at opgøre omkostninger og ressourceforbrug. Deres arbejde viser, at de forskellige tilgange, som findes, er forbundet med fordele og ulemper. Dermed er der ikke én metode, som kan fremhæves som den bedste – det afhænger af formålet med at se på omkostninger.

Opgørelse af ressourcer og omkostninger

Processen med at opgøre ressourcer og omkostninger for et givent patientforløb afspejler tre primære forhold/spørgsmål:

1. **Patientforløb:** For det første spørgsmålet om, hvordan patientforløbet er defineret. Patientforløbet sætter rammen for, hvordan ressourcer og økonomi kan opgøres.
2. **Ressourcetræk:** For det andet spørgsmålet om, hvilke ressourcer der kan knyttes op på det pågældende patientforløb. Herunder hvorvidt data registreres i tilstrækkelig grad og/eller er tilgængelig.
3. **Anvendelse:** Endelig for det tredje spørgsmål om, hvorvidt der alene ønskes at fokusere på de konkrete ressourcetræk målt i fx sengedage og ambulante besøg og/eller der også ønskes opgørelse af omkostningerne forbundet med ressourcetrækket samt hvordan.

De første to forhold er betinget af det konkrete patientforløb og afviger derfor fra projekt til projekt. Hvad angår punkt 3, anvendelse, er der bred enig mellem delprojekterne om, hvordan der ønskes at anvende ressource- og omkostningsopgørelser:

- **Anvendelse af ressourceopgørelse:** Der er flere formål med at opgøre ressourcetrækket. Primært ønskes det at afklare, hvor mange ressourcer patienter samlet set trækker i deres forløb, herunder forskelle mellem hospitalet, patientsegmenter, kommunetilknytning m.v. Desuden ser delprojekterne en række muligheder for at kunne vurdere de ressourcemæssige implikationer af forskellige behandlingstiltag (sammenholdt med effekt). Fx hvad er konsekvensen ved at initialbehandlingen for en apopleksipatient er forskellig? Hvad betyder det for effekt og hvad betyder det for det efterfølgende ressourcetræk?
- **Anvendelse af omkostningsopgørelse:** Formålet med at opgøre omkostninger er at afklare ikke blot ressourcetræk, men også de afledte økonomiske konsekvenser af behandlingsaktiviteten, herunder til brug for en dialog om effekt af behandlingen i forhold til omkostninger forbundet hermed.

I sine anbefalinger fremhæver arbejdsgruppen, at der kan være stor nytte i at opgøre ressourceforbruget, uden at forbruget nødvendigvis omregnes til omkostninger i kroner og øre. Det er en enklere metode, der kan bidrage til at identificere mere effektive måder at tilrettelægge behandlinger og patientforløb. Konkret kan man fx opgøre forbruget på indikatorer for antal sengedage, ambulante kontroller og besøg hos fysioterapeut. Det har man bl.a. gjort i SVEUS-projektet – jf. eksempelboksen nedenfor.

Cases – opgørelse af ressourcer og omkostninger

SVEUS-projektet – opgørelse af ressourceforbrug

I SVEUS-projektet i Sverige har man analyseret ressourceforbruget forbundet til patientforløb for knæ- og hoftepatienter og på den baggrund har man formået at nedsætte indlæggelsestiden for patientgruppen fra 5,4 til 4,7 døgn på landsplan.

De har anvendt den såkaldte "indikatormodel" til opgøre ressourceforbruget, hvor man arbejder med at se på variationen i forbruget af ydelser som sengedøgn og ambulatoriebesøg i et patientforløb. På den måde er man blevet klogere på, hvilke faktorer man skal se på, hvis man ønsker at reducere ressourceforbruget, samtidigt med at man fastholder eller øger kvaliteten.

Rigshospitalet Hjertecenter - opgørelse af omkostninger

På Rigshospitalets Hjertecenter arbejder man bl.a. med at se på, hvordan omkostninger fordeler sig på forskellige typer af patientforløb, hvilket skal understøtte arbejdet med at re-designe patientforløb på måder, hvor man får mere kvalitet for pengene. Hjertecenteret anvender en metode, hvor ressourceforbruget omregnes til omkostninger. Det muliggør beregninger af besparelspotentialer og sammenligning af omkostninger mellem afdelinger og forskellige typer af patientforløb.

I forhold til emner, der har en national karakter, har arbejdsgruppen konstateret et potentiale i at arbejde videre med Sundhedsdatastyrelsens Omkostningsdatabase, som i dag især bruges til at beregne DRG-takster og til at opgøre sygehusenes produktivitet. Databasen giver et godt grundlag for at benchmarke og sammenligne ressourceforbrug på tværs af afdelinger og op mod landsgennemsnittet. Men der er behov for at arbejde på at udvikle databasen. Det skal blandt andet være nemmere for hospitaler og regioner selv at trække netop den kombination af data, de har brug for.

For den fremtidige udvikling af arbejdet med omkostninger i sundhedsvæsenet er det af afgørende samfundsmæssig interesse at få belyst omkostningerne på tværs af sektorer. Især for at få belyst om øget aktivitet og dermed øgede omkostninger i en sektor kan reducere omkostningerne i en anden sektor. I arbejdet har det dog været en udfordring at se på omkostningerne i et patientforløb på tværs af sektorer. Det skyldes blandt andet manglende registrering i almen praksis og kommuner, og at det lovgivningsmæssigt er vanskeligt at sammenkøre data på tværs sektorer.

Arbejdet med afregning

Formålet i VBS-projektet er ikke at udvikle en afregningsmodel, hvor afdelinger og sygehuse afregnes efter effekten af behandlingen, som det fx kendes fra USA. I USA er der også tale om et sundhedssystem, hvor forsikringselskaber betaler for at få udført opgaver på hospitalerne i et privat marked. Derved er der et meget anderledes behov end i Danmark. Vi har dog i mindre skala nogle behandlinger, som regionerne køber hos private sygehuse. Her kan der ses på, hvordan en værdibaseret tænkning i højere grad kan indarbejdes i afregningen med dem.

Arbejdsgruppen for afregning har udarbejdet forslag til, hvilke typer af afregningsmodeller der kan anvendes på forskellige behandlingsområder for at understøtte værdibaseret styring. Det skal ses i lyset af, at de fleste afdelinger i mange år har været styret og i mange tilfælde også afregnet efter aktivitet. Aktivitetsafregning og -styring understøtter ikke en bevægelse mod et værdibaseret sundhedsvæsen.

Grundlæggende skal afregning give plads til, at ledelse og klinikere kan fokusere på effektivitet, sammenhæng og patientnære resultater (eksempelvis livskvalitet, funktionsevne og færre kontrolbesøg på sygehuset) uden at blive "straffet" for det. Forskellige behandlingsområder har forskellige karakteristika, som afregningen skal forholde sig til. For kronisk syge patienter er udfordringen fx at prioritere forebyggelse og indrette sammenhængende og effektive patientforløb på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuset. Her kan en populationsbaseret finansiering fx skabe tilskyndelse til styrket samarbejde med kommuner og almen praksis om forebyggelse og en tidlig indsats.

Eksempler på anbefalinger for arbejdet med afregning

Kronisk Sygdom (populationsbaseret finansiering)

For kronisk syge patienter er det vigtigt at prioritere forebyggelse og indrette sammenhængende og effektive patientforløb på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuset. Det skal afregningen understøtte. Med populationsbaseret finansiering modtager sygehuset en samlet sum penge for sit befolkningsgrundlag. Det skaber tilskyndelse til at samarbejde med andre sektorer om at varetage befolkningens sundhed effektivt, frem for fx at fokusere på at maksimere aktiviteten på sygehuset.

Akutte funktioner (rammefinansiering)

På en akutmodtagelse skal patienter hurtigt udredes og visiteres af læge med det rette kompetenceniveau, herunder speciallæger. For at understøtte akutte funktioner anbefales afregningsmodeller baseret på rammefinansiering til at dække beredskabet og sikre udgiftskontrol. Rammefinansieringen kan eventuelt kombineres med resultatafregning, der belønner det rette samarbejde med praktiserende læger, kommuner og andre afdelinger på hospitalet.

Planlagte behandlingsforløb (afregning efter patientforløb)

I planlagte forløb er det vigtigt, at patientforløbet så vidt muligt ikke belaster patienterne, og at der skabes gode overgange og samarbejde på tværs af sektorer. Det kan udvikling af afregningsmodeller i retning af forløbsafregning, hvor man afregner for det samlede patientforløb understøtte.

Anbefalinger for udbredelse af værdibaseret sundhed

Hvordan tager vi de næste skridt og styrker arbejdet med at skabe værdi for patienterne? Der foreslås at fokusere anbefalingerne om 4 emner.

I det følgende præsenteres anbefalinger under fem overskrifter for, hvordan vi styrker arbejdet med effekt og omkostninger og understøtter en kulturforandring, hvor patienterne får mere indflydelse på indretningen af sundhedsvæsenet og deres eget patientforløb. Et sundhedsvæsen hvor målet for succes er de resultater, som er de vigtig-

Fem anbefalinger for vejen frem

1. **Politikerne** skal sætte **retningen** for arbejdet med værdi
2. **Stærke ledelser** og **dialog** skal styrke fokus på værdi for patienten
3. Der skal skabes **faglig konsensus om effektmål** og indikatorer, som har værdi for patienten
4. Der skal mere viden til om **omkostningerne** for patientforløb – både på hospitalet og på tværs af sektorer
5. Rammerne skal give **bedre plads til at fokusere på værdi** for patienten.

ste for patienterne. Og hvor sundhedspersonalet, politikerne og patienterne sammen driver forandringen – i tæt samarbejde på tværs af sektorer og regioner.

Opgaven er at løfte kvaliteten, men også at få sundhedsvæsenet til at løbe længst muligt på literen. At gøre tingene en smule klogere. Til gavn for det enkelte individ, som møder sundhedsvæsenet som patient og pårørende. Og til gavn for samfundet som helhed.

1. Politikerne skal sætte retningen for arbejdet med værdi

Det er vigtigt, at politikerne står i spidsen for at drive udviklingen mod et sundhedsvæsen, hvor fokus på værdi og patienternes resultater er i centrum. Det er en politisk opgave i regionerne at søsætte initiativer, der er retningsgivende i udviklingen, men det er også en opgave, som regionerne ikke kan løse alene. Det kræver tættere samarbejde mellem kommune, almen praksis og hospital, hvis vi for alvor skal kunne løfte dagsordenen, og her er det en politisk opgave at gå foran.

Politikerne er med til at drive en kulturforandring. Det er blandt andet gennem måden, vi måler sundhedsvæsenets resultater og samarbejder om at levere disse. Det handler om, at der politisk sættes en klar retning for, hvordan vi indretter arbejdet med styringsmål og kvalitet i sundhedsvæsenet. Det gælder nationalt i forhold til de indikatorer, der anvendes til at opgøre de nationale mål for sundhedsvæsenet. Og det gælder

i det lokale samarbejde mellem region, kommune og almen praksis og i forhold til at drive sygehuse.

For at understøtte udviklingen af et værdibaseret sundhedsvæsen anbefales det, at:

- ***At der sættes et højt ambitionsniveau for et værdibaseret sundhedsvæsen, som er styrende for arbejdet med planlægning og udvikling***
- ***De nationale mål (og indikatorer) udvikles så de bedre afspejler effekten for patienterne af hele sundhedsvæsenets indsats.***
- ***At der i implementeringen af sundhedsaftalerne er fokus på at skabe værdi og følge på effekt og omkostninger på tværs sektorer***

2. Stærke ledelser og dialog skal styrke fokus på værdi for patienten

Ledelse i et værdibaseret sundhedsvæsen handler om at stille skarpt på omkostningerne og den sundhedseffekt patienterne opnår. Det handler om at skabe løsninger, som giver værdi for patienten, og mening for medarbejderne. Vi skal i højere grad spørge og lytte til patienterne end i dag. Og vi skal samarbejde mere på tværs af sektorer. Den tankegang skal gennemsyre alle ledelsesniveauer i værdibaseret sundhedsvæsen, fra regionsgården til hospitalet og ledelsen på den enkelte afdeling.

Ledelserne skal gå forrest og starte den nødvendige dialog med medarbejderne om, hvordan fokus på effekt kan styrkes og gøres til integreret del af kvalitetsarbejdet. Og de skal gå forrest i at styrke patientens perspektiv i arbejdet med at løfte kvaliteten og forbedre den måde, vi tilrettelægger behandling og pleje i et patientforløb. Det gælder også i arbejdet på tværs sektorer, hvor samarbejdet med almen praksis og kommuner skal have høj prioritet hos ledelser og klinikere. En vigtig ledelsesmæssig opgave at sikre, at de rette kompetencer er til stede i organisationen. Medarbejdere og ledere skal klædes bedre på til at arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse og integration af arbejdet på tværs af sektorer. Det skal arbejdet med kompetenceudvikling og efteruddannelse på hospitalerne og andre dele af sundhedsvæsenet understøtte.

For det videre arbejde med ledelse i et værdibaseret sundhedsvæsen anbefales det:

- ***At ledelser på sygehuse og resten af sundhedsvæsenet tilskynder og skaber plads til at fokusere på hele patientforløbet og samarbejde på tværs af sektorer i det faglige arbejde***
- ***At patienter i højere grad gøres til en mere integreret del af kvalitets- og forbedringsarbejde på hospitalerne***

- **At der kommer styrket fokus på at styrke medarbejdernes kompetencer i at arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling og patientinddragelse**

3. Der skal skabes faglig konsensus om effektmål og indikatorer, som har værdi for patienten

For at understøtte fokus på værdi for patienten og samarbejde på tværs af sektorer, er der behov for at udvikle mål, som gør det muligt at se effekten af det samlede patientforløb på hospitalet og på tværs sektorer. De effektmål, man vælger, skal give mening for det sundhedsfaglige personale at arbejde med – men allervigtigst – skal det være effektmål, som repræsenterer, hvad der er værdifuldt fra patientens perspektiv.

VBS-projektet viser, at der er behov for, at udviklingen af sådanne effektmål understøttes, da det kan være en ressourcekrævende proces. Og kræver involvering af mange parter. Skal effektmålene have gennemslag i indretningen af behandlingen skal der være klart fagligt ejerskab til målene. Desuden er der behov for, at data i højere grad samles et sted, så det bliver muligt at følge og understøtte arbejdet med patienten på tværs af sektorer.

Patienternes vurdering af egen sundhedstilstand er også en væsentlig kilde til at måle effekten af behandlingen og inddrage patienterne bedre. De såkaldte patientrapporterede oplysninger (PRO) indsamles ved hjælp af spørgeskemaer og kan anvendes til mange forskellige formål. Vigtigt er det, at de oplysninger, der samles ind fra patienterne, anvendes i den direkte patientbehandling, så patienten oplever, at der handles på indrapporterede oplysninger om fx bivirkninger og tilbagefald. De kan også anvendes til at indsamle data på tværs af sektorer, da de samme spørgeskemaer i princippet kan anvendes af hospital, kommune og almen praksis.

For det videre arbejde med udvælgelse af effektmål og indikatorer anbefales det:

- **At der laves en governance, som sikrer at arbejdet med PRO, VBS og kvalitetsdata integreres og understøtter fokus på effekt på tværs af sektorer**
- **At der lægges en plan for udvikling af effektmål på nye behandlingsområder, hvor valget af nye behandlingsområder baserer sig på.**
 - Forventet effekt på behandlingskvaliteten
 - Forventede udviklingsomkostninger
 - Størrelse på patientpopulation og udgiftspres forbundet til denne
 - At patientforløbet er tværsektorielt
 - Klinisk motivation for at arbejde med effekt på området
 - Internationale erfaringer
 - Eksisterende datagrundlag og udviklingsprocesser, der kan bygges videre på

- **At udvikling af effektmål sker i samarbejde med kommuner og almen praksis**
- **At udviklingen af effektmål på nye områder sker efter et fast koncept baseret på erfaringerne fra VBS-projektet. Det indebærer, at:**
 - Internationale erfaringer anvendes så vidt muligt (fx ICHOM)
 - Der er tæt inddragelse og repræsentation af patienter og fagpersoner på tværs af sektorer
 - De udviklede effektmål skal kunne anvendes nationalt – dvs. i alle regioner
 - Der maksimalt udvælges 10 effektmål på hvert behandlingsområde
- **At arbejdet med effektmål fortsætter på de otte patientgrupper i VBS-projektet og tager stilling til national udbredelse af effektmålene, når der opnået yderligere erfaring med disse på hvert område**
- **At der arbejdes på at udvikle generiske effektmål, som kan bruges på tværs af flere patientgrupper – fx mål for livskvalitet eller følelse af inddragelse i egen behandling**

4. Der skal mere viden til om omkostningerne for patientforløb – både på hospitalet og på tværs af sektorer

Værdibaseret sundhed handler ikke kun om at få mere viden om effekt, men også om omkostninger. Viden om ressourceforbrug og omkostninger er nødvendige, hvis vi skal blive bedre til at målrette ressourcerne til de indsatser og aktiviteter, som skaber mest sundhed for pengene. Det gælder også, når vi skal tilrettelægge indsatsen anderledes på tværs af sektorer, hvor det er vigtigt at kende ressourcetrækket, hvis en opgave flyttes ud. Får patienterne et bedre resultat? Og leverer vi det til flere eller færre omkostninger for samfundet? Det skal vide mere om, når vi indretter vores sundhedsvæsen.

Arbejdet under Projekt Værdibaseret Sundhed har vist, at statens Omkostningsdatabase, som samler data om omkostninger fra alle hospitaler i Danmark, er et godt fundament at bygge videre på i arbejdet med at se på omkostninger på hospitalet. Men der er også behov for nye initiativer, som kan stille skarpt på omkostningerne for hele patientforløbet – dvs. ikke kun på hospitalet, men også i kommuner og almen praksis.

For det videre arbejde anbefales det:

- **At regionerne arbejder videre med at få mere viden om omkostninger, så ressourcerne kan rettes mod de indsatser, der leverer mest sundhed for pengene**

- **At staten udvikler Omkostningsdatabasen, så den i højere grad giver regionerne viden om omkostninger, og mulighed for at sammenligne ressourcforbruget på tværs af afdelinger og regioner**

At der på kort sigt arbejdes med lokale opgørelser af ressourcer og forbruget af ydelser i patientforløb

- **At der på tværs af stat, region og kommuner igangsættes et arbejde for at belyse omkostningerne af patientforløb på tværs af sektorer**
 - Dette indebærer, at der i langt højere grad etableres et datagrundlag i kommunerne, der omfatter omkostningerne ved de dele af indsatsen, der leveres i kommunerne

5. Rammerne skal give bedre plads til at fokusere på værdi for patienten.

Med afskaffelsen af produktivitets- og aktivitetskravet og indførelse af nærhedsfinansiering er der kommet bedre rammer for arbejdet med værdi for patienten. Nærhedsfinansiering tilskynder i højere grad hospitalerne til at vende opmærksomheden mod det nære sundhedsvæsen og samarbejde med kommuner og almen praksis. Dermed er der kommet en bedre økonomisk styringsramme for en omstilling mod mere samarbejde om fælles mål og løsninger på tværs af sektorer. I de kommende år bliver det en opgave for politikere og ledelser i regionerne at udvikle løsninger inden for den nye styringsramme, som holder styr på økonomien samtidigt med, at der gives et tilstrækkeligt frirum til at man udvikler fælles løsninger på tværs af sektorgrænser.

Udover økonomi er det vigtigt at arbejde for at skabe bedre juridiske rammer for arbejdet med værdibaseret sundhed. Der er behov for bedre muligheder for at bruge data til at følge patientforløb på tværs af kommuner, hospital og almen praksis. Og der er behov for, at vi i højere grad må bruge data til at lære fra hinandens resultater på tværs af regioner. Det skal vi, fordi data giver os viden, som er nødvendig, hvis vi skal løfte kvaliteten af de sundhedsydelser, vi leverer til borgerne, op på et endnu højere niveau. Det er viden om, hvor mange smerter patienter har, om hvor godt de går efter en operation, og om de fastholder forbedringen i sundhedstilstanden.

For det videre arbejde med VBS anbefales det:

- **At det løbende overvejes, hvordan arbejdet med værdi for patienten kan understøttes i takt med relevant lovgivning moderniseres. Fra regionerne er der rejst ønske om, at lovgivningen om sundhedsdata moderniseres, så herunder konkret gives bedre muligheder for, at:**
 - *Anvende det samme datagrundlag til flere formål, fx både til patientbehandling, kvalitetsopfølgning og ledelse*

- *Lave patient like-me analyser, hvor man bruger erfaringer fra tidligere patienter i databaser til at forbedre behandlingen af en eksisterende patient*
- *Dele data på tværs af sektorer til patientbehandling og kvalitetsarbejde*
- *At der skabes bedre juridiske muligheder for at analysere og anvende data til andre formål end forskning, så der kan opnås et bedre grundlag for løbende kvalitetsudvikling i driften*

- ***At regionerne arbejder for at forbedre mulighederne for at bruge data til VBS gennem informeret samtykke fra patienter***

- ***At stat, regioner og kommuner laver et fælles arbejde om, hvordan man kan udvikle hurtigere og enklere sagsge om adgang til at anvende data***