

Socio-sundhedssystemet – Fremtidens System

Tog man alle ressourcer knyttet til sundheds- og socialsystemerne, dem alle sammen, og samlede beløbet i én kasse for en given befolkning og gav en sundhedskomite ansvar for disse midler med kun tre betingelser: 1. Der må ikke dannes nye sygehuse, 2. Ingen patienter må ligge i primærsystemets akutsenge i mere end 24 timer, og 3. Der skal leveres mindst det samme niveau af ydelser, som der ydes nu. Ville det system, man danner ud fra disse betingelser ligne noget man kender i dag?

Et system, der skabes ud fra disse betingelser, vil maksimere motivet for at overholde det lavest effektive omkostningsniveau for en given behandling (lowest effective level of care), for alt det du sparer, kan du anvende andetsteds. Det maksimerer samtidig kvalitets motiver, da alt, hvad du ikke gør godt nok, skal du selv lave om på. Det giver udelukkende positive incitamenter for at tildanne en fleksibel, højt tunet og teknologisk avanceret primær sektor, der er top motiveret for at koordinere, kommunikere og følge op på det enkelte patientforløb. Når midlerne fra social medtages maksimeres motivationen for samarbejde, for når sygedagpenge og sundhedstjenester kommer fra den samme kasse maksimeres motivationen for at holde individet rask og bringe dem, der er syge hurtigst muligt tilbage¹. I bogen Managed Care in a Public Setting gennemgås den teoretiske baggrund og alle nødvendige aspekter af, hvordan man kan tilrettelægge en proces, der bringer systemet til at fungere.

Managed care som begreb er ikke noget nyt. Som idé er det mindst et hundrede år gammelt. De første referencer i litteraturen handler om forløberen for Managed care, navnlig health maintenance organisation (HMO). Det grundlæggende princip i HMO begrebet er, at man har det fulde ansvar for behandling af den befolkning, der har HMOen som "egen læge". HMOen er imidlertid meget mere omfattende end egen læge. Systemet omfatter typisk et eller flere hospitaler, praktiserende læger, psykologhjælp, alle former for genoptræning og forebyggelse. Budgettet lægges ud fra en given "capitation," som er et forsikringsbegreb, der handler om, at man får et bestemt beløb per person per år. Et overblik over de tidligere HMOer er at finde i B.Abel-Smith: The rise and decline of early HMOs: Some international experiences². Motivationen bag begrebet er for det første at holde omkostningerne nede for enten at kunne konkurrere med andre udbydere eller for at tjene penge på at drive HMOen. For det andet sammenkædes ansvaret for at helbrede med ansvaret for at forebygge. I princippet er det typiske skattefinansierede sundhedssystem en HMO, idet det samme grundprincip om et samlet budget gælder. Imidlertid er disse systemer præget af ansvarsforflygtigelse og negative incitamentssystemer, specielt i form af mangelfuld kommunikation, koordinering og opfølgning (egen observation).

En anden indgangsvinkel til denne tankegang er community oriented primary care (COPC), som er næsten lige så gammel som HMO begrebet. COPC omfatter tanken om at inddrage "the community" i planlægning og udførelse af sundhedsfremmende foranstaltninger foruden den primære sundhedstjeneste. "Community" kan ikke oversættes til dansk, men tænk på en sammensmeltning af begreberne kommune og fællesskab. Litteraturen, der beskriver COPC er mere teoretisk end empirisk, da konceptet endnu aldrig er blevet fuldt implementeret^{3, 4, 5}. Tankegangen er at danne en sammensmeltning af den primære sundhedstjeneste og "public health" for at maksimere mulighederne for at udnytte begge instansers data til at nærme sig en rationel drift af begge dele. "Public Health" kan heller ikke oversættes til dansk, her skal man tænke på en sammensmeltning af fødevarekontrollen, vandkontrollen, embedslægerne, sundhedsstyrelsen,

lægemiddelstyrelsen, sundhedsplejen samt epidemiske sygdomme, herunder behandling af seksuelt overførte sygdomme og kontrol i én institution. COPC har bølget noget frem og tilbage og har været et centralt emne i Himmelstein og Wollhandlers forslag til en landsdækkende sundhedsbehandlingsplan for USA⁶ og Obama administrationens Affordable Healthcare Act⁷. De erfaringer, der er gjort, er mindre betydningsfulde for os end den tankegang, der ligger bag, idet det amerikanske sundhedssystem bestemt ikke kan sammenlignes med noget andet i hele verden. Dette hænger sammen med, at man kan have svært ved at anvende ordet "system" om den uoverskuelig variable og anderledes samling af institutioner, som USA er spækket med.

En tredje indgangsvinkel er den internationale bevægelse, der går under betegnelsen Health for All og som har udviklet sig gennem årene med social retfærdighed som sin hovedbevæggrund. Den strategi, der er kommet ud af denne tankegang, er langt foran implementeringen^{8, 9}. Graden af interesse for disse arbejder er meget variabelt og gennemslagskraften minimal med hovedårsagen, at man generelt mener, de omfattende reformer, der peges på, ville være for omkostningskrævende.

En fjerde indgangsvinkel er kvalitetsudvikling i og udenfor HMO'er. Kvalitetsudvikling er meget langt fremme bl.a. i USA, hvor man dels har en stor interesse for kvalitet som led i at beskytte sig selv mod anklager om fejlbehandling og dels skal forsvare sit standpunkt som kvalitetsbehandler i et konkurrence præget marked. Begreberne har udgangspunkt i industrien, hvor man har haft behov for at måle sit standpunkt for at kunne bedre effektivitet i produktionen. Mange forskellige forskere og forfattere har beskrevet det koncept, at man er nødt til at vide, hvor man står, for at kunne udvikle sig^{10, 11, 12}. En større anklage mod HMO'er har været, at man sparede på vigtige behandlinger for at kunne tjene penge. Disse anklager er kommet fra mange forskellige sider, men forskningen har ikke vist, at der var noget om snakken, nærmere tværtimod^{13, 14, 15}.

En femte indgangsvinkel er brugen af incitament systemer til at holde omkostningerne nede. Også disse har været kritiseret og har fået øgenavnet "gag rules" idet man opfatter nogle af disse som ophav til, at læger instrueres i, ikke at tilbyde en bestemt behandling til en bestemt patientgruppe, da man mener, det er for dyrt. Heller ikke dette har kunnet påvises^{16, 17}. Tankegangen er forbundet med begrebet Lowest Effective Level of Care (lavest effektiv omkostningsniveau i behandlingen). Forskning omkring dette fænomen er sparsom, men det logiske argument er stærkt: hvorfor betale mere når mindre kan gøre det? I denne sammenhæng er det naturligvis nærliggende hele tiden at overveje, om det man har gang i, er relevant i forhold til den problemstilling, man har at gøre med. Eksempelvis har man i DK spildt milliarder på nytteløse revalideringstiltag, hovedsagligt fordi ingen har evalueret disse (Rigsrevisionen ultimo 2010). Med lokal budgetansvar og et relevant evalueringsgrundlag vil den slags være lettere at undgå. Til gengæld vil denne fremgangsmåde frigøre midler til nyttige, men dyrere behandlinger af tilstande, der ikke lader sig bedre ved standard behandlinger¹⁸. Overførselsindkomster vil blive meget nøjere overvejet og opgaver, der nu er tabu, som f.eks. at aktivere og bringe førtidspensionister tilbage til arbejdsmarkedet, vil blive rutine procedurer.

Planlægning af socio-sundhedssystemet vil kræve flere tiltag, som vil skulle forløbe parallelt. For det første skal en kritisk masse af målrettede lokale ledere rekrutteres og/eller samles. De skal gennemgå diverse træningsseancer ledet af den bedst tilgængelige ekspertise, som skal give dem den teoretiske og praktiske kunnen for at videreføre planskabelonen, så den kommer til at passe til lokale forhold. Det vil være nødvendigt at finansiere denne aktivitet forlods. Samtidigt skal budgettet bygges op, og det bliver en udfordring. Der er en del aspekter i sammenlægning af budgetterne og prissætning af enkelte ydelser, som der ikke er fortilfælde for, hvilket vil medføre

usikkerheder og behov for justering. For eksempel er der ingen, der med sikkerhed ved, hvor meget man kan spare ved at holde patienter hjemme til hjemmebehandling i stedet for at indlægge dem. Endvidere skal der undtages særligt dyre og sjældne behandlinger, der også i andre systemer undtages fra den almene budgettering, eksempelvis behandling af blødere som har udviklet allergi mod deres medicin. Det er afgørende for systemets muligheder for at agere, at budgettet er holdbart.

For det tredje skal den befolkning, der omfattes af systemet, aktiveres i forhold til deres sundhed og sociale forhold. Ingen ved, hvordan man skal afgrænse den befolkning eller hvor mange mennesker, der skal til for at give et holdbart budget, og for at holde antallet nede på et niveau, der er til at styre. Med baggrund i den ovenfor citerede COPC litteratur, skønner jeg at tallet ligger mellem 10.000 og 50.000 individer. Det teoretiske giver kun et fingerpeg. Lokalt gælder specielle forhold, f.eks. vil en given by med tilhørende opland være en oplagt enhed, mens en by med over ca. 50.000 vil skulle deles op i to eller flere enheder. Heri ligger en af de store udfordringer.

Involvering af befolkningen vil tage form som informationsmøder, information i lokale blade, oprettelse af selv-hjælps grupper med meget mere samt en sundhedsprofil for befolkningen, der skal tjene som basis for en evaluering af systemets effekt 1 år og 5 år efter opstart. Denne aktivitet har visse fortilfælde^{19, 20, 21, 22}, men lokale kræfter skal ikke forvente at kunne forestå en sådan udvikling uden intensiv træning. For denne og andre stabsfunktioner vil der være behov for oprettelse af uddannelses- og efteruddannelsestiltag for faggrupperne, der kræver større opfindsomhed og kreativitet, end området hidtil har været præget af^{23, 24}.

Alt dette kan forekomme uoverskueligt, og denne artikel er da også blot en appetitvækker for bogen, som naturligvis er meget mere grundig og detaljeret i sin argumentation, gennemgang og konklusioner, ligesom de praktiske tiltag, der her er skitserede, udpensles i større detalje. Bogen er dog ingen ”køgebog” som sådan, da mange forhold er kraftigt afhængige af lokale betingelser som ikke tillader detaljeret planlægning før befolkningen er udvalgt. Det vil naturligvis være overdrevent at springe ud i et system, som beskrevet her uden først at prøve det af. Til gengæld er der intet til hinder for det sidste udover vores holdninger. Der er ingen tvivl om, at processen vil føre til mobilisering af store ressourcer, der vil kunne anvendes anderledes, end de er bundet til i de nuværende systemer. Det er højst sandsynligt, at netto besparelser kan opnås under et samtidigt og alvorligt kvalitetsløft til den primære sundhedssektor og socialsektoren. Det er endvidere klart at de, der kommer i gang med processen, vil opdage en lang række gode løsninger, som de ikke ville være kommet i tanke om uden processen.

¹ Steele RE. Managed Care in Public Setting, Nova Science Publishers, NY 2013 (in press)

² Abel-Smith B. The rise and decline of early HMOs: Some international experiences, *Milbank Quart* 1989;66(4):694-719.

³ Conner E, Mullan F. Community oriented primary care: New directions for health services delivery. Washington DC: National Academy Press, 1983.

⁴ Nutting PA, ed. Community oriented primary care: from principle to practice. Washington, DC: Health Resources and Services Administration, Public Health Service, 1987.

⁵ Abramson JH, Community oriented primary care Strategy, approaches, and practice: A review. *Public Health Rev.* 1988;16:35-98.

⁶ Himmelstein DU, Wollhandler S. A national health program for the United States: A physicians' proposal. *New Engl. J. Med.* 1989;102:8.

⁷ Marmor TR. Health reform and the Obama administration: reflections in mid-2010. *Health Policy* 2010;6(1):15-21.

-
- ⁸ Targets for Health for All. Copenhagen: WHO-EURO, 1985.
- ⁹ WHO. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: WHO, 1981.
- ¹⁰ Vuori HV. Quality assurance of health services: concepts and methodology. Geneva: WHO EURO, 1982.
- ¹¹ Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-48.
- ¹² SPRI. Kvalitetssäkring: Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet [Measuring, evaluating and developing quality in the Swedish health care system]. Stockholm: SPRI, 1987. [Swedish].
- ¹³ Luft HS. How do health maintenance organizations achieve their "savings"? *New Engl. J. Med.* 1978;298(24):1336-43.
- ¹⁴ Hillman AL. Financial incentives for physicians in HMOs: Is there a conflict of interest? *New Engl. J. Med.* 1987;317:1743-8.
- ¹⁵ Hillman AL, Pauly MV, Kerstein JJ. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of HMOs? *New Engl. J. Med.* 1983;321(2):86-92
- ¹⁶ Enthoven AC. Reflections on the management of the National Health Service: An American looks at incentives to efficiency in health services management in the UK. *The Nuffield Provincial Hospitals Trust*, 1985.
- ¹⁷ Enthoven AC. Managed competition: An agenda for action. *Health Affairs*, Summer, 1988.
- ¹⁸ Steele RE, de Leuw E, Carpenter D. A novel and effective treatment modality for medically unexplained symptoms. *J. Pain Manage*, 2009; 1(4):401-412
- ¹⁹ Chambers LW, et al. The McMaster Health Index Questionnaire. *J.Rheumatol.* 1982;9:780-4.
- ²⁰ Stewart AL, Ware JE, Brook RH. Construction and scoring of aggregate functional status indexes, Vol I. Santa Monica, CA, Rand, 1982.
- ²¹ Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gilson BS. The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Med. Care* 1981;19:787-805
- ²² Rasmussen NC, Groth MV, Bredkjær FR, Madsen M, Kamper Jørgensen F. Health and disease in Denmark 1987. [Danish: Sundhed og sygelighed i Danmark 1987]. Copenhagen: DIKE, 1988. [Danish]
- ²³ Segall A. Decision linked research in health manpower development. PartI: The approach, framework and methods and Part II: First initiative, plan of action. Geneva: WHO DSHS, 1985
- ²⁴ Söderlund LL, Madson MB, Rubak S, Nilsen P. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns* 2011 84:16-26