

## **Hovedresultater fra det sammenlignende projekt mellem Kaiser Permanente og det danske sundhedsvæsen**

**Resultaterne blev i dag præsenteret på et pressemøde med deltagelse af indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder og sundhedspolitisk ordfører for Socialdemokraterne Sophie Hæstorp Andersen.**

**Publicering: Anne Frølich (redaktion) og desuden med bidrag af Finn Diderichsen, Ilana Graetz, John Hsu, Allan Krasnik, Mary Reed, Michaela L. Schiøtz, Martin Strandberg-Larsen og Jes Søgaard. Syddansk Universitetsforlag.**

Kaiser Permanente er en privat amerikansk sundhedsvirksomhed med en årsomsætning på 300 milliarder kroner, 8,6 millioner kunder eller medlemmer, 165.000 ansatte heraf 14.600 læger, 455 medicinske centre og lægehuse samt 35 hospitaler. Virksomheden har opnået gode resultater i patientbehandling til en rimelig pris ud fra en amerikansk målestok. Mange mener faktisk, at virksomheden er nået længst i hele verden med alt det svære med elektroniske patientjournaler på tværs i hele sundhedsvæsenet, i samarbejde på tværs og mellem forskellige faggrupper og med patienterne selv og ikke mindst i håndteringen af de meget komplicerede forløb for patienter med flere og langvarige (kroniske) sygdomme.

Vi – en forskergruppe støttet af en bevilling fra Rockwool Fonden – spurgte: Hvad er det de kan derovre, og hvad kan vi lære af dem? Forskningsresultaterne er formidlet i tre ph.d. - afhandlinger og en række videnskabelige artikler. Hovedresultaterne er sammenfattet i en bog, som fremlægges på pressekonferencen.

Hvad fandt vi ud af?

- A. Kaiser Permanente er som sundhedsorganisation og ledelsesmæssigt særdeles interessant at lære af.

- B. De er dygtigere til eller længere fremme med at arbejde sammen på kryds og tværs i deres sundhedsorganisation.
- C. De er bedre til at inddrage patienterne i behandlingen og dermed udnytte de egenomsorgsressourcer, som patienterne besidder.
- D. De indlægger langt færre patienter og er således formentlig dygtigere til at forebygge dyre indlæggelser.
- E. De er pr. medlem/indbygger 50 procent dyrere end det danske sundhedsvæsen, men det amerikanske sundhedsvæsen under ét er dobbelt så dyrt som det danske pr. indbygger.

### **Tema A: Hvad er Kaiser Permanente?**

Kaiser Permanente er en integreret sundhedsvirksomhed, en såkaldt Health Maintenance Organisation, der samler både sundhedsforsikring og udbud af sundhedsydelser i en helhed

- Sundhedsforsikringselskabet Kaiser Foundation Health Plan (KFHP), som er non-profit og derfor ikke betaler skat,
- Medicinske centre og lægepraksis samlet i Permanente Medical Groups (PMG) som er lægepartnerejede for-profit selskaber og som får halvdelen af det samlede overskud i partnerbonus samt
- Kaiser Foundation Hospitals, der er non-profit datterselskaber under KFHP.

I 30'ernes USA aftalte entreprenøren Henry Kaiser med lægen Sidney Garfield, at Dr. Garfield skulle lægebetjene Kaisers arbejdere og deres familier i et stort dæmningsprojekt langt fra læge- og sygehuse. Det lidt specielle var, at Dr. Garfield ikke skulle have betaling pr. lægebesøg, men et fast beløb pr. arbejder eller familie om året. Hvis han kunne holde dem sunde og raske, var det godt for arbejderne og deres familier, for Kaisers dæmningsbyggeri og for Dr. Garfields sundhedsøkonomiske regnskab.

Samarbejdet udviklede sig til Kaiser Permanente og de har fastholdt princippet om forudbetalt afregning pr. medlem i stedet for stykprisbetaling pr. sundhedsydelse. I dag er der 8,6 millioner medlemmer spredt i mange delstater (men de fleste i Californien) og fortrinsvis fra store virksomheder, som KFHP tegner kontrakt med. De 8,6 millioner

medlemmer (eller deres arbejdsgivere) betaler årligt gennemsnitligt \$4.500 på singlekontrakter og knap \$13.000 på familiekontrakter, hvilket giver en årsomsætning på \$35 milliarder eller 300 milliarder kroner. De forskellige sundhedsudbydere i Kaiser Permanente (Medical Centers, lægepraksis, sygehusene og andre) får pengene i forudbetalte blokkontrakter, hvor de som modydelse skal servicere et bestemt antal medlemmer. Hvis der er et overskud ved årets slutning, deles det i to halvdele. Den ene halvdel får partnerne i PMG som bonus udregnet efter kvaliteten af deres lægeydelser, og den anden halvdel investerer KFHP i R&D, infrastruktur, ny teknologi, IT og lignende.

Vi kan lade os inspirere af flere forhold i Kaiser Permanente som sundhedsvirksomhed, f.eks.:

1. Kaiser Permanente er en stærkt integreret virksomhed både vertikalt (forsikring og sundhedsproduktion) og horisontalt (mellem de forskellige led og niveauer i sundhedsproduktionen). Især det sidste er lykkedes bedre end i dansk sundhedsvæsen, jf. Tema B nedenfor.
2. Den vertikale integration og den langsigtede kontrakt (som fornys hvert år, men stort set er uændret siden 1955) giver stabilitet, gensidig tillid og mulighed for store og langsigtede investeringer.
3. Kaiser Permanente har lagt vægt på sammenhængende klinisk og administrativ ledelse på alle niveauer af virksomheden, også på tværs – f.eks. mellem praksissektor og sygehusene.
4. Virksomheden opererer med et gensidigt eksklusivitetsprincip: Kaiser Permanentes læger og andre sundhedspersoner arbejder kun der, og Kaiser Permanentes medlemmer kan kun bruge deres forsikring hos Kaiser Permanentes læger og institutioner.
5. Der er faglig disciplin. Når man er blevet enige om nogle behandlingsprincipper, så følger man dem!
6. Det er lykkedes at forene økonomiske og sundhedsfaglige værdier – aligned incentives. Honoreringsmodellen med forudbetalt betaling pr. medlem (capitation) i stedet for stykprisafregning er et eksempel. Bonus og resultatløøn udregnes efter dokumenteret kvalitet i behandlingen såvel som høj produktivitet. Man bliver konstant målt på sine

faglige præstationer, og kvalitet og målingerne offentliggøres blandt kolleger i virksomheden.

7. Kaiser Permanente har investeret ca. 30 milliarder kroner i deres Health Connect – deres IT-system, som binder det hele informatisk sammen (fælles elektronisk patientjournal, booking, kliniske støtteværktøjer, kommunikation med medlemmer/patienter). Kaiser Permanente anses for at være længst fremme på sundheds-IT i hele verden.
8. Kaiser Permanente har læst sygdomsbilledet for det 21. århundrede og set, at det handler om kroniske sygdomme. Virksomheden har siden 1996 iværksat forløbsprogrammer for disse sygdomme og satset på tidlig opsporing, på patientuddannelse og på målrettet rettidig og koordineret indsats i de forskellige led i det sundhedsvæsen, som Kaiser Permanente er. De er anerkendt for dette, og det var dem der udviklede patient-stratificeringen, dvs. systematisk tilpasning af ydelsesindsats efter patientens behov. Det giver både faglig og økonomisk mening!

### **Tema B: Samarbejde og koordination på kryds og tværs**

Et moderne sundhedsvæsen er kendetegnet ved en meget høj grad af specialisering. Og derfor er samarbejde og koordination mellem de mange specialister placeret i forskellige sektorer og på forskellige sundhedsinstitutioner meget vigtig. Når det samarbejde og den koordination ikke fungerer, så oplever patient og borger et omsorgssvigt. Vi sammenlignede graden af samarbejde og koordination mellem specialister i forskellige dele af sundhedsvæsenet, det man kalder *klinisk integration*, i Kaiser Permanente og det danske sundhedsvæsen. Vi fokuserede på familielægens perspektiv. I begge systemer spiller familielægen en vigtig rolle som tovholder og koordinator. Vi spurgte 900 familielæger ansat i Permanente Medical Centres i det nordlige Californien og 700 praktiserende læger i Danmark om deres vurdering af følgende tre spørgsmål, som vi og andre finder afgørende for klinisk integration:

1. Rettidig information på tværs: Får man (som sundhedsperson) relevant og rettidig information om patienten fra sundhedspersoner rundt om i systemet?
2. Klar rollefordeling på tværs: Er der en klar, entydig og formuleret rolle- og ansvarsfordeling for de forskellige sundhedspersoner i patientbehandlingen?

3. Klare koordinationsmekanismer på tværs: Er der formaliserede beslutnings- og koordinationsmekanismer på tværs i sundhedsvæsenet?

Vi spurgte også ind til en række andre forhold, så vi kunne beregne en slags klinisk integrationsscore.

I både Kaiser Permanente og i Danmark besvarede 61 procent af lægerne spørgeskemaet (550 ud af 900 hhv. 426 ud af 700 læger). Nedenstående tabel viser de observerede svarfrekvenser (Ja) til de tre spørgsmål.

Tabel 1. Familielægers vurdering af klinisk integration		
	Procent af familielæger der svarer Ja	
Er der på tværs i sundhedsvæsenet	Kaiser Permanente (af 550 læger)	Danmark (af 426 læger)
Rettidig information om patienten?	61	48
Klar rollefordeling om patienten?	56	43
Klare koordinationsmekanismer?	50	13

Kilde: Strandberg-Larsen et al., 2010.

Anm. Forskelle mellem KP og danske lægers svarfrekvenser er statistisk signifikante for alle tre spørgsmål. Når man standardiserer for lægernes erfaring, køn og praksisform, så øges forskellene.

Lægerne er nået længere med klinisk integration i Kaiser Permanente end i Danmark. Størst forskel mellem familielægerne i Danmark og Kaiser Permanente forekommer i vurderingen af, om der i 'systemet' er klare koordinationsmekanismer, f.eks. nedskrevne regelsæt, aftaler og konfliktløsningsmidler. Der er forbedringspotentialer i Kaiser Permanente her, da kun halvdelen af lægerne oplever, at der findes klare koordinationsmekanismer. I Danmark oplever kun hver ottende familielæge det! Dette nedslående resultat erfarer vi, når vi spørger den profession i dansk sundhedsvæsen, som om nogen har det koordinerende ansvar for patienternes rejse i sundhedsvæsenet. Tænk sig hvis kun hver ottende danske byretsdommer fandt lovreglerne for deres domspraksis klare.

Generelt vurderer Kaiser Permanentes læger den kliniske integration som værende højere i deres system end vores egne læger gør om vores system. Svarfordelingen på følgende vurdering af klinisk integration som værende "Ikke så god", "Nogenlunde", "God" eller "Meget god" er hos Kaiser Permanente lægerne 24 %, 16 %, 16 % hhv. 39 % og hos de danske læger 32 %, 37 %, 20 % og 9 %. (Og så er der 5 og 2 % som ikke rigtig har nogen vurdering i de to grupper). Næsten dobbelt så mange læger i Kaiser Permanente betegner klinisk integration som værende god eller meget god i forhold til vores læger (55 versus 29 %).

Og det er ikke fordi vi i Danmark er specielt dårlige til det med klinisk integration. En sammenlignende europæisk undersøgelse har lige vurderet, at danske og engelske læger er nået længst med klinisk integration. Den sammenligning skal vi være stolte af, men vi skal også lade os provokere og inspirere af erfaringerne fra Kaiser Permanente til, at vi kan blive endnu bedre.

Vi har ikke alle svarene på, hvordan vi bliver endnu bedre i Danmark til klinisk integration. Martin Standberg-Larsens ph.d. studier, som indgik i dette projekt støttet af Rockwool Fonden, indeholder dels ovenstående resultater men også studier af, hvad det er for faktorer, der fremmer klinisk integration. IT som fælles EPJ og lignende er vigtigt, men det er ikke hele forklaringen. Der skal også være klinisk ledelse, som kan gå på tværs, og der skal være klare beslutnings- og kommunikationsveje, så den enkelte sundhedsperson ved, hvad hun skal i den og den kliniske situation. Og så skal der være henvisningsveje både opad og nedad – det skaber usikkerhed, når en læge sidder med en patient, som han egentlig godt ved, hvad den rette behandling er for; men hvis behandlingstilbuddet ikke er til stede, så kan han ikke henvide patienten videre til den rette behandling.

### **Tema C: Patientinddragelse og egenomsorg**

Patientinddragelse og egenomsorg er vigtigt i Chronic Care Management eller forløbsprogrammer, som det er kommet til at hedde i Danmark. Det handler om sundhedsvæsenets tilbud om støtte til egenomsorg i form af patientuddannelse og andre tilbud, der øger patientens kompetencer og selvtillid til at kunne håndtere egne helbredsproblemer og indgå i egen løbende helbreds kontrol.

Vi spurgte 2.054 tilfældigt udvalgte danske sukkersygepatienter (1.533 svarede, 75 %) og 1.674 tilfældigt udvalgte sukkersygepatienter i Kaiser Permanente (823 svarede, 49 %) om, hvorvidt og hvordan deres læger og sundhedsvæsen inddrog dem i deres egen behandling – egenomsorg eller på engelsk 'self-management'. Svarene sammenfattes i tabel 2 nedenfor.

Vi konstaterer, at danske praktiserende læger og speciallæger på sygehusambulatorier på de fleste af de adspurgte områder er mindre dygtige til at informere og dermed inddrage patienterne end deres kolleger i Kaiser Permanente. Det siger deres patienter! Og tabel 2 viser også i tabellens nedre del, hvor vi spurgte hvad de selv gjorde, at det ikke er fordi, de danske patienter ikke spiller med.

Vi spurgte også familielægerne, om de brugte redskaber eller andre virkemidler til patientinddragelse og fremme af deres patienters egenomsorg. Det gør lægerne i Kaiser Permanente meget mere end danske læger. Vi kan ikke helt forklare, hvorfor det forholder sig sådan med patientinddragelse og egenomsorg. På pressemødet vil Michaela Schiøtz, som har forestået denne del af undersøgelsen og skrevet ph.d. afhandling om det, redegøre for mulige forklaringer på de forskelle, vi ser i tabel 2 og med hensyn til lægernes brug af metoder til samme. Det kan være, fordi der er mere fokus på 'self-management' i Kaiser Permanente, og fordi lægerne faktisk bliver målt på og får resultatløn (bonus) efter, om de inddrager patienterne. Men kom og hør mere om det.

#### **Tema D: Forebyggelse af dyre indlæggelser ved gode forløbsprogrammer?**

Health Maintenance Organisations i USA – og Kaiser Permanente er den største af slagsen i USA – har til formål at bevare medlemmernes sundhedstilstand. Det er et formål i sig selv at bevare medlemmernes sundhedstilstand, men det skal også kunne svare sig ved færre dyre indlæggelser. Det er hele forretningskonceptet.

Tabel 2. Patienter med sukkersyge i Nord-Californien (medlem af Kaiser Permanente) og i Danmark svarer på spørgsmål om inddragelse og egenomsorg.		
Spørgsmålet	Procent patienter, der svarer Ja på spørgsmål	
	Kaiser Permanente (823 af 1.674)	Danmark (1.533 af 2.054)
<i>Drøfter du med din læge</i>		
1. Målaflklaring om livsstil, medicintagning?	29	13
2. Sygdomsforebyggelse	85	72
3. Behandlingsplaner	76	58
4. Planer for sundhedsfremme	74	47
5. Livsstil: motion, diæt og vægt	85	85
6. Bivirkninger af din medicin	56	26
7. Revisioner af din medicinering	56	27
8. Vigtigheden af at tage medicinen	75	55
9. Valgmuligheder og dine præferencer i den forbindelse	71	62
10. Test og undersøgelsesresultater	84	87
11. Bruger I virkemidler til selvomsorg?	74	47
12. Kommer du til patientuddannelse eller støttegrupper?	30	11
13. Henvises du til relevante hjemmesider?	30	28
14. Modtager du skriftlig information?	59	34
<i>Gør du selv ...</i>	Kaiser Permanente	Danmark
15. Har du fulgt en motionsvejledning?	60	56
16. Tager du en ordinerede medicin?	77	90
17. Følger du de givne retningslinjer for motion og medicin?	45	46
Kilde: Schiøtz et al., 2010, Paper III		
Anm. Frekvenser er justeret for patienternes alder, køn, uddannelse og HbA1 niveau. Forskelle i svarfrekvenser mellem Kaiser Permanente og danske patienter for spørgsmål 5, 10, 13, 15 og 17 er <i>ikke</i> statistisk signifikante.		

Vi sammenlignede indlæggelsesfrekvenser ved forskellige sygdomsdiagnoser i Kaiser Permanente og i Danmark – for patienter over 65 år. Vi forventede højere indlæggelsesfrekvenser i Danmark i forhold til Kaiser Permanente især for indlæggelsesdiagnoser, som er 'kroniske' og hvor Kaiser Permanente siden 1996 har haft forløbsprogrammer (Chronic Care Management). Den forventning eller hypotese er baseret på tre forhold. For det første er det en del af hele forretningskonceptet for Kaiser Permanente – som nærmest betegner en indlæggelse som et systemsvigt. For det andet har tidligere sammenligninger mellem Kaiser Permanente og England bekræftet lavere indlæggelsesfrekvenser i Kaiser Permanente i forhold til England. Og for det tredje er der strukturelle forskelle mellem sundhedsvæsenene i Nordeuropa og i USA, som cet.par. betyder højere indlæggelsesfrekvens i Nordeuropa i forhold til USA og dermed også Kaiser Permanente. I Nordeuropa (Skandinavien, Storbritannien, Irland og Holland) har der i 50 år været en tendens til at samle speciallægerne på sygehuse – og dermed også trække den specialiserede udredning og behandling over i sygehusregi. Samme tendens har ikke fundet sted i USA i samme grad. Her er sygehusene primært forbeholdt de meget højteknologiske interventioner, og megen udredning og behandling forbliver i praksisregi – uden for murene. Og det gælder i særlig grad Kaiser Permanente som har udviklet store Medical Centers, hvor der er ansat mange forskellige speciallæger og andre specialister, som tilbyder mange af de undersøgelser og behandlinger, som i Danmark finder sted på sygehuse.

Sidstnævnte forhold skal man selvfølgelig iagttage, når indlæggelsesfrekvenser sammenlignes. Ikke desto mindre er nogle af forskellene nedenfor i tabel 3 overraskende store.

Tabel 3. Alders- og kønsstandardiserede indlæggelsesfrekvenser for seks indlæggelsesdiagnoser i Kaiser Permanente og Danmark			
Gennemsnit af 2002-07	Frekvenser pr. 100.000 personår. Personer over 65 år.		
Diagnose	Kaiser Permanente	Danmark	Ratio: DK/KP
Smerter i bryst/hjerte	123,2	1.495,0	12,1
Hjertesvigt	1.117,8	1.266,2	1,1
KOL	609,3	2.380,5	3,9
Diabetes	420,5	1.058,0	2,5
Forhøjet blodtryk	67,8	742,3	10,9
Blindtarmsbetændelse	60,0	65,5	1,1
Kilde: Schiøtz et al., 2010, Paper II.			

Indlæggelsesfrekvenser for angina pectoris er 12 gange større i Danmark end i Kaiser Permanente, for kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) er den 4 gange større, for diabetes 2-3 gange større, for patienter med forhøjet blodtryk 11 gange større, medens der for 'kontrolsygdommen' blindtarmsbetændelse ikke er nogen forskel mellem de to sundhedsvæsners indlæggelsesfrekvenser. Den eneste kroniske sygdom, for hvilken vi ikke observerede væsentlige forskelle i indlæggelsesfrekvens var hjertesvigt (svagt hjerte). Vi fandt også forskelle i genindlæggelsesfrekvenser, men ikke helt så store.

### **Tema E: Kan vi spare penge ved at efterligne Kaiser Permanente i Danmark?**

Lægen bag Kaiser Permanente, Dr. Garfield, skulle også tjene penge. Kaiser Permanente skal tjene penge i et konkurrenceudsat sundhedsmarked, så de kan overleve og investere i morgendagens Kaiser Permanente og til bonus til partnerne i Permanente Medical Groups. Det danske sundhedsvæsen skal om ikke tjene penge til nogen, så skal vi ligesom alle andre sundhedsvæsener have ændret hældning på sundhedsudgiftskurverne. Vi ville gerne have undersøgt de sundhedsøkonomiske spørgsmål endnu grundigere, men vi nøjedes med to spørgsmål: Er Kaiser Permanente pr. medlem billigere end det danske sundhedsvæsen er pr. indbygger? Og sparer Kaiser Permanente penge ved deres forløbsprogrammer (Chronic Care Management)?

Vi sammenlignede udgifter til en nogenlunde ens ydelseskurv i Kaiser Permanente og det danske sundhedsvæsen for en alders- og uddannelsesstandardiseret befolkning opgjort i købekraftsjusterede dollars. Vi fandt at den gennemsnitlige medlemsudgift i Kaiser Permanente er \$1.951 om året mod en pr. indbygger udgift i Danmark på \$1.228 om året – i år 2000. Vi har simpelthen ikke nyere tal for Kaiser Permanente. Kaiser Permanente er altså godt 50 procent dyrere end det danske sundhedsvæsen. Men det er ikke så meget dyrere end det gennemsnitlige amerikanske sundhedsvæsen er; det er mere end dobbelt så dyrt som det danske sundhedsvæsen pr. indbygger.

Og har Kaiser Permanente selv sparet penge ved deres forløbsprogrammer, som de introducerede i 1996? De har selv beregnet udgifterne pr. medlem med en kronisk sygdom og publiceret resultaterne frem til 2002. Her måtte de konstatere, at udgifterne pr. medlem med en kronisk sygdom steg med 10 til 30 procent over seks år. Siden har de ikke villet publicere deres egne økonomiske nøgletal for deres kroniske patientudgifter. Men det forlyder, at de ikke tjener penge på forløbsprogrammerne. De er cost-effective, som man siger, - dvs. man får meget sundhed for pengene, men man sparer altså ikke ligefrem penge på dem. Vi ville gerne gå grundigere ind i spørgsmålet om cost-effectiveness, men det må vente til en anden gang.