

Hvad er Triple Aim?

Nye veje i sundhedsvæsenet

Udgivet af:

Dansk Selskab for Patientsikkerhed
c/o Hvidovre Hospital
P610 Kettegård Alle 30
2650 Hvidovre

Layout: Michala C. Bendixen

Dansk Selskab for
PatientSikkerhed

TrygFonden

Indhold

Resumé	4
Formål og mål	5
Hvem er rapporten målrettet	5
Beskrivelse af 90-dages cyklus	6
Ordliste	7
Baggrund	8
Hvad er Triple Aim?	9
Hvordan måler man effekten af et Triple Aim initiativ?.....	10
Hvor udbredt er Triple Aim?	12
Triple Aim: Løftestang for fremtidens social- og sundhedssystem?.....	13
Triple Aim i historisk- og kvalitetsudviklingsperspektiv.....	14
Hvordan omsætter man Triple Aim til praksis?	16
Triple Aim eller Quadruple Aim?.....	20
Hvad er Triple Aim ikke?.....	20
Triple Aim og psykiske lidelser	22
Erfaringer og resultater – internationalt og i Danmark	24
Opsummering internationale erfaringer.....	25
Opsummering danske erfaringer.....	27
Konklusion og anbefalinger til det videre arbejde	29
Næste skridt	31
Litteratur	32

Resumé

I Sundhedsstyrelsens nyligt udgivne sygdomsbyrderapport indtager psykiske lidelser en kedelig placering som topscorer på en række specifikke sygdomsbyrdemål¹. Psykiske lidelser er eksempelvis den hyppigste årsag til førtidspensionering og giver også anledning til mange sygedage blandt erhvervsaktive danskere, og dermed store produktionstab på samfundsniveau.

Rapporten dokumenterer tillige en tydelig social ulighed for alle byrdemål i relation til mennesker med psykiske lidelser. Psykiske lidelser udgør samlet set den største sygdomsbyrde i samfundet med 25% i forhold til det samlede sygdomsbillede, mens kræft står for 17% og kredsløbssygdomme står for 15,2%².

I projektet "Sikker Psykiatri"¹ arbejder 7 psykiatriske hospitaler/projektenheder med at forbedre patientsikkerheden og behandlingskvaliteten for psykiatriske patienter i relation til sikker medicinering, udredning for fysisk sygdom, selvmordsforebyggelse og reduktion af fysisk tvang. Dette projekt bidrager til at ændre på nogle af udfordringerne, der følger med at have en psykisk lidelse i Danmark. Men de store udfordringer skal angribes fra mange andre og forskelligartede vinkler, når målet er at forbedre sundheden. Der er behov for flere tiltag, nye greb og veje – og for at bringe aktører i spil på tværs af sektorer, organisationer og interesser.

På den baggrund designer TrygFonden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed i partnerskab (herefter benævnt Partnerskabet) nu et Triple Aim initiativ for en (endnu ikke) udvalgt population med psykiske lidelser. Triple Aim-til-

gangen er udviklet af IHI (Institute for Healthcare Improvement, Boston¹¹) og hviler på en forståelse af, at vi ved at forfølge tre ligeværdige dimensioner samtidigt kan skabe nye veje til bedre sundhed for udvalgte befolknings- eller patientgrupper. De tre dimensioner er:

- Højnet patientoplevelt kvalitet
- Højnet sundhedstilstand for populationen
- Reducerede eller fastholdte sundhedsomkostninger pr. person i populationen

Amerikanske erfaringer peger på at Triple-Aim rammen har potentiale til at finde nye veje til at ændre på sundhedstilstanden for mennesker med psykiske lidelser^{3,4}.

I denne rapport afsøger og beskriver vi Triple Aim som tendens og som værktøj til at tilrettelægge social- og sundhedsydelse, samt de danske og internationale erfaringer som Partnerskabet kan bruge i arbejdet med at tilrettelægge initiativet.

Rapporten er udarbejdet som opsummering på en 90-dages forsknings- og udviklingsmodel, som IHI og Carnegie Foundation har beskrevet^{5,6}. En 90-dages cyklus er en systematisk metode til udforskning af nye felter og muligheder. En cyklus består af 3 faser: Scanning (30 dage), Fokusering (30 dage) og Opsummering (30 dage). En cyklus afsluttes med en rapport, der opsummerer viden og leverer baggrund for det videre arbejde.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed,
september 2015

1) TrygFonden, Det Obelske Familiefond, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed står bag projektet. 7 psykiatriske enheder fra de fem regioner og Færøerne deltager i Sikker Psykiatri. Sikker Psykiatri løber frem til udgangen af 2016.

11) IHI er en uafhængig, non-profit organisation, som siden sidst i 80'erne har været anerkendt og førende indenfor udvikling af sundhedsvæsner i hele verden, patientsikkerhed samt forbedrings- og kvalitetsudviklingsarbejde. www.ihio.org

Formål og mål

Formålet med denne 90-dages undersøgelses- og udviklingscyklus er at blive klogere på følgende:

- Hvad er Triple Aim?
- Hvilke erfaringer og resultater er opnået via Triple Aim – Internationalt og i Danmark?
- Hvilke udfordringer og barrierer ligger der i at arbejde med Triple Aim?
- Hvilke komponenter skal være til stede for at tilrettelægge og gennemføre et succesfuldt Triple Aim initiativ?
- Hvordan kan Partnerskabet arbejde med Triple Aim til gavn for det danske sundhedsvæsen?

Målet er dels at få indgående kendskab til eksisterende viden, som vi står på skuldrene af, dels at forstå de grundlæggende principper i Triple Aim visionen og "måden at tænke på". Der skabes et solidt fundament for at udvikle, designe og siden gennemføre et Triple Aim initiativ.

Overordnet rapporterer sygehusene, at flowpakken og arbejdet med at skabe rammer for koordination og processer, der giver overblik over indlæggelser og udskrivelser, har haft en positiv effekt på patientsikkerheden, patientoplevelserne og arbejdsmiljøet.

Projektet har samtidig givet sundhedspersonalet en faglig forståelse af, hvordan de selv i højere grad kan koordinere patientforløb på sygehusene. Opbygningen af disse kompetencer er vigtige i det fortsatte arbejde med at nedbringe unødigt ventetid i sundhedsvæsenet.

Hvem er rapporten målrettet

Denne rapport er nummer ét ud af en serie på fem. Tilsammen skal de danne baggrund for udviklingen af et Triple Aim initiativ og dokumentere viden, overvejelser og prioriteringer som ligger til grund for det endelige initiativ.

Denne og følgende rapporter er målrettet styregruppe, Advisory Board og interessenter, der vil vide noget om både Triple Aim generelt og det konkrete initiativ.

Beskrivelse af 90-dages cyklus

Rapporten er udarbejdet som opsummering på en 90-dages forsknings- og udviklingsmodel, som IHI og Carnegie Foundation har beskrevet⁵. Baggrundslitteraturen for nærværende rapport er litteratursøgning via PubMed samt google-søgninger af Triple Aim i forskellige undersøgende kombinationer. Vi har foretaget 13 interviews med videnspersoner i både danske og internationale rammer (USA, Skotland og Sverige). Interviewene har drejet sig om erfaringer og viden om Triple Aim samt relaterede indsatser i dansk kontekst.

INTERVIEWS

Ninon Lewis. Executive Director, Triple Aim for Populations Focus Area, IHI

Jens Bejer Damgaard. Kontorchef, Region Midt

Pia Wiborg Astrup. Fuldmægtig, Triple Aim ansvarlig, region midt

Lis Kaastrup. Sundheds- og omsorgschef, Viborg kommune

Annette Palle Andersen. Programchef, "Broen til bedre sundhed", Region Sjælland

Kristine Binzer. Lægefaglig konsulent, "Broen til bedre sundhed", Region Sjælland

Lene Falgaard Eplov. Speciallæge i psykiatri, Ph.D. Forskningsoverlæge på Psykiatrisk Center København samt programleder for selvstændigt forskningsprogram: "Rehabilitering, Recovery og Shared Care".

Göran Henriks. Chief Executive of Learning and Innovation, Kultorum, Jönköping Len, Sverige

Jason Leitch. National Clinical Director, Healthcare Quality, Scottish Government

Dawn Denno. Senior Director Community and Population Health, Cincinnati Children's Hospital Medical Center

Annika Agger. Lektor RUC

Klavs Seerup Rasmussen. Projektleder. Det sociale netværk

Bente Nissen. Seniorkonsulent, CABI

Mette Rønberg. Phd, Diagnosekultur, AAU

ØVRIGE METODER

Der er anvendt *snowballing*, hvor man lader feltet folde sig ud eller vokse i en periode. Eksempelvis leder en artikel til opmærksomhed på den næste artikel, som så henviser til en interviewperson, der omtaler et projekt osv. Også 2-2-1 metoden er anvendt. Her veksler man mellem litteraturgennemgang, interviews med eksperter og interview med inspiratorer som redskab til at få indsigt og overblik over problemfeltet. Begge tilgange omtales i Carnegie Foundations manual for en 90-dages cyklus⁵.

Ordliste

TRIPLE AIM

“Triple Aim” er ét samlet mål med tre dimensioner: At skabe bedre sundhed for populationen, at skabe bedre patientoplevelt kvalitet og at reducere udgifter. Triple Aim er udviklet af Insitute for Healthcare Improvement (IHI).

TRIPLE AIM RAMME ELLER TANKESÆT

Udviklet af IHI I 2007. IHI understreger at man bør tale om ramme eller tankesæt og ikke bruge ord som “model”, “koncept” eller “projekt” til at beskrive Triple Aim.

TRIPLE AIM INITIATIV ELLER TRIPLE AIM INDSATS

En intervention der er udviklet, designet og gennemført i overensstemmelse med IHIs forståelse af Triple Aim.

PROJEKTPORTEFØLJE

Et Triple Aim initiativ udgøres af en række projekter, samlet i en projektportefølje, som hver især adresserer en eller flere af dimensionerne, og som samlet set arbejder i retningen af det overordnede Triple Aim mål.

ØVRIGT ORDVALG

Vi har flere steder valgt at bruge ordet “borger” som samlende betegnelse for patienter og andre, der benytter sig af sociale- eller sundhedsydelser. Dette valg er foretaget for at underbygge at Triple Aim indsatser går på tværs af de systemer og sektorer, som borgeren møder.

Baggrund

I Sundhedsstyrelsens nyligt udgivne sygdomsbyrderapport indtager psykiske lidelser en kedelig placering som topscorer på en række specifikke sygdomsbyrdemål¹. Psykiske lidelser er eksempelvis den hyppigste årsag til førtidspensionering og giver anledning til mange sygedage blandt erhvervsaktive danskere og dermed store produktionstab på samfundsniveau. Rapporten dokumenterer tillige en tydelig social ulighed for alle byrdemål i relation til mennesker med psykiske lidelser. Psykiske lidelser udgør samlet set den største sygdomsbyrde i samfundet med 25% i forhold til det samlede sygdomsbillede, mens kræft står for 17% og kredsløbssygdomme står for 15,2%².

Antallet af psykiatriske patienter er stadig stigende. Fra 2007 til 2010 steg patientantallet i voksenpsykiatrien med 8%, mens stigningen i børne- og ungdomspsykiatrien var på 50%⁷. Også WHO og OECD vurderer, at sygdomsbyrden forårsaget af psykisk sygdom vil være stigende i den vestlige verden^{8,9}.

Endelig viser en omfattende nordisk undersøgelse, at mennesker med svære psykiske lidelser har en markant overdødelighed og dør 10-20 år tidligere end gennemsnitsbefolkningen. Overdødeligheden skyldes både selvmord, misbrug og somatiske sygdomme, som ikke forebygges, diagnosticeres eller behandles^{10,11}.

Samlet set viser flere undersøgelser, at en psykisk lidelse ofte går hånd i hånd med andre udfordringer af social, økonomisk og livsstilmæssig karakter og at psykisk sygdom er årsag til store menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger.

I projektet "Sikker Psykiatri" arbejder 7 psykiatriske hospitaler/projektenheder om at forbedre sundheden for psykiatriske patienter i relation til sikker medicinering, udredning for fysisk sygdom, selvmordsforebyggelse og reduktion af fysisk tvang. Dette projekt bidrager til at ændre på nogle af udfordringerne, der følger med at have en psykisk lidelse i Danmark.

Men de store udfordringer skal angribes fra mange andre og forskelligartede vinkler. Der er behov for flere tiltag, nye greb og veje – og for at bringe aktører i spil på tværs af sektorer, organisationer og interesser; et behov, som vi forventer at Triple Aim kan indfri. Derfor designer TrygFonden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed i partnerskab nu et Triple Aim initiativ for en udvalgt population af borgere med psykiske eller psykiatriske lidelser.

Hvad er Triple Aim?

Triple Aim er en tilgang til at optimere sundhedsydelser og til at tilrettelægge fremtidens social- og sundhedsindsatser, så de matcher befolkningens og samfundets behov. Triple Aim kan også betegnes som en ramme eller en måde at tænke på. Triple Aim hviler på en opfattelse af, at man i sundheds- og socialindsatser, projekter og sundhedsydelser skal designe og tilrettelægge med tre ligeværdige dimensioner for øje, og at man ved at tænke de tre dimensioner sammen, opnår gode og bæredygtige resultater. Triple Aim er således ét samlet mål som har tre dimensioner:

BEDRE PATIENTOPLEVET KVALITET

Patientoplevet kvalitet skal forstås meget bredt og indbefatter eksempelvis både sundhedsfaglig og klinisk kvalitet (fx effektiv og sikker behandling) og borgerens oplevelse af sammenhængen i forløbet.

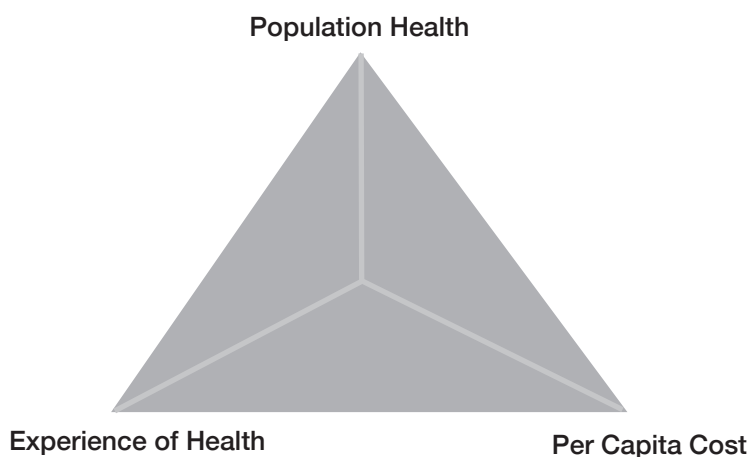
HØJNET SUNDHEDSTILSTAND FOR POPULATIONEN

Sundhedstilstand forstås også bredt i Triple Aim tilgangen i tråd med WHO's definition af sundhed^{III}. Her indgår både patientens/borgerens livssituation, mulighed for recovery, livskvalitet, opvækstvilkår, uddannelse, indkomst, job, bolig, arbejdsmiljø, lokalmiljø og andre sociokulturelle faktorer.

REDUCEREDE ELLER FASTHOLDTE SUNDHEDSOMKOSTNINGER PR. PERSON I POPULATIONEN

Triple Aim er defineret i en amerikansk kontekst, hvor der i høj grad er fokus på aktivt at nedbringe omkostningerne pr. person. I dansk kontekst vil det formentlig være mere rimeligt at forudsætte, at ambitionerne er at "gøre det bedre for de samme penge" og at finde muligheder for at omprioritere eller flytte midler gennem arbejdet med Triple Aim.

The IHI Triple Aim



Kilde: www.ihl.org

III: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity", www.who.int.

TRIPLE AIM PÅ MILJØMRÅDET

Brundtlandrapporten introducerede i 1987 begrebet "Bæredygtighed" som et bredere og mere holistisk svar på de globale miljømæssige udfordringer. Begrebet bæredygtighed har tre dimensioner: Miljømæssig, økonomisk og social bæredygtighed, og det er i dag et bredt anerkendt begreb langt ud over miljøkredse.

Modellen på næste side viser eksempler på hvilke resultatmål, der kan opstilles for et Triple Aim initiativ:

HVORDAN MÅLER MAN EFFEKTEN AF ET TRIPLE AIM INITIATIV?

Der findes ikke nogen fast model for hvordan man måler effekten af en indsats eller et initiativ, som er tilrettelagt med Triple Aim for øje^{IV 12 13}. IHI har tilbage i 2012 publiceret en artikel, som viser forskellige bud på hvordan de tre dimensioner kan måles¹⁴. I samme artikel pointeres det, at den specifikke lokale kontekst afgør hvilke data, der er tilgængelige og hvilke mål, der opstilles, og hvordan de måles. Det er for omfattende for denne rapport at skitsere, hvordan man udvikler et system til at måle en given Triple Aim indsats. Dog skal vi her notere de, ifølge IHI, fire vigtigste måleprincipper for en Triple Aim indsats:

- Udvælg og definér en afgrænset population
- Behov for data, man kan følge over tid
- Behov for at skelne mellem resultatmål og proces mål og for at skelne mellem populationsmål og projektmål
- Værdien af at kunne benchmarke sin indsats

IV: Nogle vil måske notere sig, at Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV) rummer nogle af de samme elementer som Triple Aim. Dog er de to tilgange til prioritering og tilrettelæggelse væsensforskellige i det MTV handler om at vurdere en bestemt medicinsk teknologi inden den (måske) skal implementeres (www.sundhedsstyrelsen.dk). Triple Aim, derimod, har et mere visionært sigte, og har til formål at gentænke sundheds- og socialydelser på tværs af sektorer, så der sikres fremdrift på alle tre dimensioner af Triple Aim. I en rapport fra Etisk råd om prioritering i Sundhedsvæsenet nævnes både Triple Aim som nyttige greb med hver sine formål og styrker³³.

Dimension of the IHI Triple Aim	Outcome Measures
Population Health	<p>Health Outcomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortality: Years of potential life lost; life expectancy; standardized mortality ratio • Health and Functional Status: Single-question assessment (e.g., from CDC HRQOL-4) or multi-domain assessment (e.g., VR-12, PROMIS Global-10) • Healthy Life Expectancy (HLE): Combines life expectancy and health status into a single measure, reflecting remaining years of life in good health <p>Disease Burden:</p> <p>Incidence (yearly rate of onset, average age of onset) and/or prevalence of major chronic conditions</p> <p>Behavioral and Physiological Factors:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behavioral factors include smoking, alcohol consumption, physical activity, and diet • Physiological factors include blood pressure, body mass index (BMI), cholesterol, and blood glucose (Possible measure: A composite health risk assessment [HRA] score)
Experience of care	<p>Standard questions from patient surveys, for example:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Global questions from Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) or How's Your Health surveys • Likelihood to recommend <p>Set of measures based on key dimensions (e.g., Institute of Medicine's six aims for improvement: safe, effective, timely, efficient, equitable, and patient-centered)</p>
Per Capita Cost	<p>Total cost per member of the population per month</p> <p>Hospital and emergency department (ED) utilization rate and/or cost</p>

Kilde: Stiefel M, Nolan K. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012 (www.IHI.org).

HVOR UDBREDT ER TRIPLE AIM?

Siden 2008, hvor Triple Aim som begreb blev introduceret af IHI, er Triple Aim vokset i udbredelse. Triple Aim fik for alvor vind i sejlene under udviklingen og implementeringen af den amerikanske sundhedsreform Patient Protection and Affordable Care Act (ACA), også kaldet "ObamaCare". Hensigten med ObamaCare var dels at alle skulle forsikres i en form for offentlig sygesikring. Dels at gentænke opbygningen af sundhedssystemet ved at oprette såkaldte Accountable Care Organizations (ACOs). ACOs defineres således:

"An accountable care organization (ACO) is a healthcare organization characterized by a payment and care delivery model that seeks to tie provider reimbursements to quality metrics and reductions in the total cost of care for an assigned population of patients. A group of coordinated health care providers forms an ACO, which then provides care to a group of patients" (Wikipedia, September 2015).

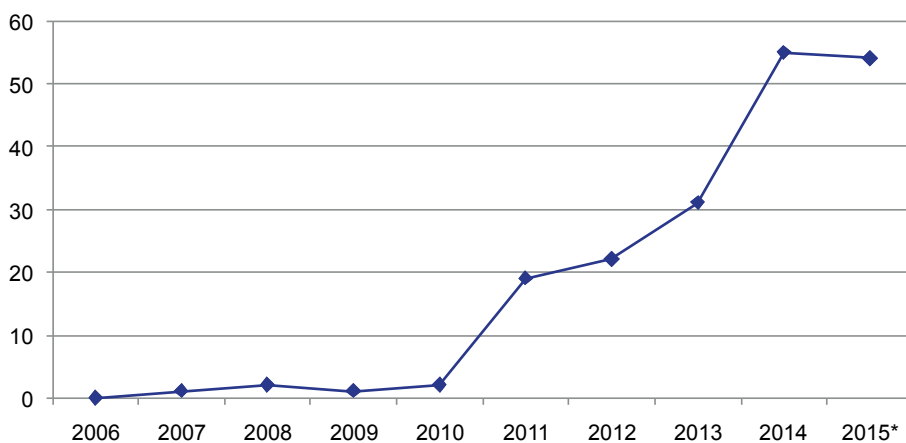
Disse hospitalssystemer er kendetegnet ved, at de arbejder helhedsorienteret og aflønnes efter de resultater, der skabes på befolknings-sundhedsniveau. I modsætning til en mere traditionel finansierings- og incitamentsstruktur, hvor betalingen sker efter et taksametersystem, det såkaldte *fee-for-service*.

ACOs er således et forsøg på at omlægge sundheds- og socialydelser med afsæt i en Triple Aim tilgang. I den sammenhæng er det også værd at nævne, at IHIs grundlægger og tidligere direktør Don Berwick blev udpeget til at lede dette arbejde som CEO i perioden 2010-2011.

Ved litteratursøgning i PubMed (Medline), juni 2015, er det stadig sparsomt, hvad man kan finde af videnskabelig litteratur om Triple Aim. Der ses dog en stigning i antallet af artikler i PubMed omkring 2010.

Man kan antage at denne stigning forekommer i forbindelse med, at Triple Aim bliver en del den amerikanske sundhedsstrategi og arbejdet i forbindelse med ObamaCare.

Forekomst af "Triple Aim" i Medline 2006-15 pr. 26.8.2015. Der er anvendt "publication date" som registreringstidspunkt.



Væksten af hits på Googlesøgninger af "Triple Aim" afspejler begrebets udbredelse som et globalt fænomen¹⁵. Det er dog primært IHI, som er afsender af og primær kilde til viden om Triple Aim som begreb og måde at arbejde på. Det betyder også, at det er vanskeligt at finde litteratur, der udfordrer Triple Aim.

Endelig er det også vigtigt at notere sig, at Triple Aim ikke er en evidensbaseret metode eller et konkret anvisende redskab til forbedrings- og kvalitetsudviklingsarbejde. Det er en måde at tænke og tilrettelægge på – et tankesæt eller en visionær rettesnor for at udvikle, tilrettelægge og måle social- og sundhedsydelse i fremtiden. Det er også et tankesæt under udvikling. Det kan være nogle af forklaringerne på, hvorfor Triple Aim foreløbigt ikke fremgår eller behandles særlig omfattende i artikler, der kan søges på i PubMed. Til sammenligning forekommer ord som "Quality Improvement" og "Patient Safety", som er anderkendte og udbredte begreber indenfor sundhedsvæsenet, cirka 4500 gange på PubMed i 2014.

Men hvorfor er det netop i disse år, vi ser Triple Aim vinde indpas. Det skal vi belyse nærmere i næste afsnit.

TRIPLE AIM: LØFTESTANG FOR FREMTIDENS SOCIAL- OG SUNDHEDSSYSTEM?

Når Triple Aim efter alt at dømmes vokser i udbredelse og anerkendelse, er det formentlig på baggrund af en kombination af timing og behov. Generelt set ses Triple Aim som en måde at imødekomme de aktuelle og fremtidige udfordringer, som sundhedssystemer i store dele af navnlig den vestlige verden står overfor. Disse udfordringer beskrives kort i det følgende.

Middelalderetiden er stigende, og vi lever derfor i højere grad med sygdom end tidligere. Det betyder både at efterspørgslen efter sundhedsydelser er voksende, og at der stilles nye krav til sundhedsydelser. Dertil kommer den

teknologiske og videnskabelige udvikling, der øger behandlingsmulighederne. I fremtidens sundhedsvæsen vil der i endnu højere grad end i dag blive stillet krav til patientfokus og – inddragelse. Det kræver ændring og udvikling i sundhedsvæsenet. Det er en almindelig formulering at "Sundhedsvæsenet er under pres" – både økonomisk og for at udvikle sig i takt med de udfordringer, fremtiden forventes at bringe. Ved at anlægge en Triple Aim tilgang forventes det at kunne lette presset på sundhedsvæsenet.

Befolkningens sundhed handler ikke kun om kvaliteten af behandling. Både KRAMS-faktorer (Kost, Rygning, Alkohol, Motion, Stress) og sociale determinanter som eksempelvis uddannelsesniveau, bosted, tilknytning til arbejdsmarkedet og kontakt til netværk har stor indflydelse. Dertil kommer, at langt størstedelen af borgerens liv foregår udenfor sundhedssystemet, og at det er dér vi også skal sætte ind for at bedre sundheden¹⁶. Og endelig er der også en udbredt opfattelse af, at borgernes sundhed kan bedres markant, hvis vi tilbyder en samlet og koordineret indsats på tværs af traditionelle sektorskel:

*"Because no single sector alone has the capability to successfully pursue improving the health of a population, the Triple Aim explicitly requires health care organizations, public health departments, social service entities, school systems and employers to cooperate"*¹⁴.

En sådan helhedsorienteret indsats, der tager afsæt i den enkelte population og borgerens liv, kræver nytænkning. Der er stor enighed om, at vi bør koordinere indsatser, fordi det sparer samfundet for penge, når sektorerne arbejder i samme retning. Og fordi vi ved, at en sammenhængende social- og sundhedsindsats gør en positiv forskel i forhold til borgernes sundhed og livskvalitet. Men der er også en udbredt opfattelse af, at det er svært at få denne koordinering af sektorer og indsatser til at ske i praksis.

Triple Aim er en måde at tænke på og et redskab til at tilrettelægge sundhedsydelser, der er opstået og udviklet i lyset af ovenstående problemer. Og en tilgang, som har vist sig at finde nye veje til bedre sundhed. Triple Aim udgør et skift i sundhedssystemet fra at håndtere borgerens sundhed i den konkrete kontakt til sundhedsvæsenet til dels at beskæftige sig med forebyggelse og håndtering af de bagvedliggende årsager til dårligt helbred, dels et skifte fra at fokusere på *patienten* til at se på *borgeren*, som indgår i et samfund og system af aktører og ressourcer, hvor sundhedssystemet blot er ét af elementerne¹⁶.

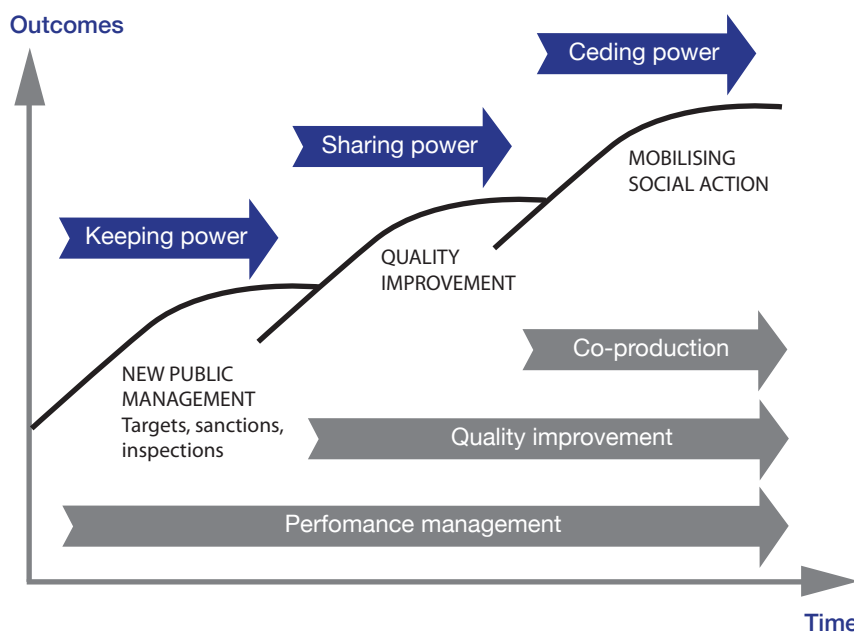
TRIPLE AIM I HISTORISK- OG KVALITETSUDVIKLINGSPERSPEKTIV

Forbedringsprojekter i traditionel forstand fokuserer på en afgrænset sektor og på at højne kvaliteten af en given klinisk sundhedsydelse. Forbedringsmodellen¹⁷ og Kollaborativ-modellen¹⁸ er nogle af nøgleredskaberne i dette arbejde.

IHI (og andre) beskriver en udvikling i forbedringsarbejdet i Sundhedssystemet, der de seneste 10 år har udviklet sig gennem det, der beskrives som tre bølger. "Den tredje bølge" indvarsler nye tider for forbedringsarbejdet, hvor sundhedssystemet i endnu højere grad udvikles og forbedres i samspil med andre sektorer, borgere og andre aktører, der er relevante for specifikke social- og sundhedsydelser. Sundhedsydelser og forbedringer af sundhedssystemet foregår stadig i sundhedsvæsenet selv, men for at løse fremtidens udfordringer skal alle relevante kræfter i samfundet mobiliseres – eksempelvis lokale kræfter og institutioner (virksomheder i lokalsamfundet, foreninger, frivillige, skoler osv.). "Samskabelse" (Co-production) er overskriften for dette arbejde, og en samlende term for at alle relevante kræfter – herunder borgerens – skal i spil for at løse udfordringerne og indrette social- og sundhedsydelser, så de matcher befolkningens og samfundets behov.

Udvikling i kvalitetsarbejde fra new public management, over forbedringsarbejde til social movements. Kilde: Jason Leitch og Derek Feeley, NHS Scotland.

Getting to the Third Curve



Den tredje bølge kan forstås som et opgør med tidligere tiders sektoropdelte sundhedssystemer og en ny forståelse af, at befolkningens sundhed bedst kan forbedres i et helhedsorienteret perspektiv og i samspil mellem en række aktører og med borgeren i centrum. Der er tale om en bred definition af *samskabelse* (Co-production) blandt forskellige lokale eller nationale aktører, interessenter, myndigheder og services i erkendelsen af, at den offentlige sektor ikke kan løse fremtidens udfordringer alene. Til *samskabelse* hører derfor også potentielle sociale bevægelser, hvor borgere, lokale netværk, frivillige eller andre er med til at designe og udvikle de ydelser, der er aktuelle for dem.

Triple Aim hører hjemme i denne tredje bølge af kvalitetsarbejdet, fordi tilgangen i høj grad handler om at involvere borgere, lokalsamfund og øvrige netværk, der har behov for og viden om den sundheds- og socialydelse, der skal tilrettelægges. Og fordi tilgangen også adresserer de omkringliggende sociale og økonomiske faktorer, der har indflydelse på en befolknings sundhed. Dermed indvarsler Triple Aim også en meget bredere forståelse af, hvad "en sundhedsydelse" kan være ¹⁹.

Det er centralt for forståelsen af modellen, at der er tale om et skift i måden at tilrettelægge og tænke fremtidens social- og sundhedsydelser. Men at den tredje bølge også historisk og metodisk står på skuldrene af denne udvikling, og at der indgår elementer fra de forudgående bølger i den tredje bølge. Eksempelvis er metoder til forbedringsarbejdet (fra "den anden bølge") også helt centrale i Triple Aim. Også kontrol og styring af udgifter (fra "den første bølge") indgår i Triple Aim som ramme for udvikling af sundhedssystemet. Det nye er, at arbejdet med forbedringen af sundhedssystemer- og ydelser samt befolkningens sundhed nu i høj grad tænkes også at foregå udenfor de gængse sundhedssettings som primær og sekundær sektor. Og at befolkningens eller udvalgte populationers sundhed i høj grad søges bedret via indsatser, der tager højde for borgerens samlede liv, herunder sociale forhold.

Hvordan omsætter man Triple Aim til praksis?

I takt med den voksende udbredelse af Triple Aim stiger også behovet for at konkretisere, definere og udvikle metoder og retningslinjer for, hvordan man omsætter Triple Aim til praksis. IHIs bud på en "opskrift" på Triple Aim kommer i juni 2015, hvor IHI publicerer en artikel med titlen: "*Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years*"¹⁹. Vi lader derfor denne artikel være afsæt for Dansk Selskab for Patientsikkerhedsdefinition og forståelse af Triple Aim idet IHI ses som arnestedet for Triple Aim. Og fordi Don Berwick anses som den mest betydningsfulde ophavsperson til Triple Aim. I det følgende referer vi denne artikel.

Artiklen opsummerer IHIs erfaringer baseret på de seneste 7 års samarbejde med 141 organisationer fra USA, Canada, England, Scotland, Nordirland, Danmark, Sverige, Singapore, New Zealand og Australien. De 141 organisationer

har udgjort IHIs Triple Aim Kollaborativ; et kollaborativ, som siden 2007 har udvekslet erfaringer og viden med hinanden med IHI som tovholder. Artiklen er der mest fyldestgørende litteratur, der findes om, hvordan man omsætter Triple Aim-visionerne til praksis.

I artiklen opstilles en såkaldt *ex post teori*. En *ex post teori* er en teori baseret på begivenheder, der er sket, og erfaringer man har fået – modsat en teori om hvad man forventer der kan eller vil ske. I dette tilfælde udgøres *ex post teorien* af tre grundlæggende komponenter, der skal være til stede, for at man kan arbejde succesfuldt med Triple Aim og skabe fremdrift, resultater i form af opfyldelse af alle tre dimensioner af Triple Aim. Her opsummeres først de tre komponenter i skemaform, efterfulgt af en uddybende beskrivelse:

Komponent	...guide til praksis
Creating the right foundation for population management ^v	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vælg en population hvor alle tre dimensioner af Triple Aim er vigtige 2. Vælg den rette system integrator; en projektledelsesgruppe eller et organ, hvorfra projektet drives praktisk, økonomisk, politisk. En enhed, organ eller person, som løbende kommunikerer og arbejder for at synliggøre indsatsens overordnede mening, vision og resultater, og som er drivende og ansvarlig for løbende test og kapacitetsopbygning. 3. Formulér det rette formål, som kan bringe alle interessenter og aktører til samme bord – og hold alle knyttet til målet kontinuerligt
Managing services at scale for the population	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificér populationen ved præcis analyse af population og sub-populationer. 2. Behovsanalyse af populationen (behov, styrker og svagheder) – kombinationen af viden, datakørsler og kvalitative undersøgelser 3. Udvikl en projektportefølje, som matcher populationen og som hver især føder ind til de overordnede mål – Husk at tænke eksisterende lokale eller politiske projekter med i Triple Aim 4. Design og redesign af social- og sundhedsydelser. Undersøg og lær af allerede eksisterende lokale netværk og tiltag – og ret indsatsen og projektportefølgen ind efter den viden 5. Planlæg skalering af indsatsen tidligt i forløbet. Visualisér og planlæg tidligt hvordan indsatsen ser ud i overgangen fra test til stor skala. Brug 5/25/125 model til dette.
Establishing a learning system to drive and sustain the work over time.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vælg mål hvor vi kan finde data til at vise udvikling. Eksempler og forslag til mål og på IHIs hjemmeside 2. Udvikl forandringsteori for forandringen (ex driverdiagram) 3. Test og lær ved løbende afprøvninger (PDSA-cykler¹⁷) 4. Undersøg og lær fra enkelte cases, og brug viden til at få mere viden om populationen og nødvendige justeringer af ydelsen 5. Vælg (senior) ledere til at sikre den løbende læring, herunder daglig opfølgning på test og løbende dataindsamling.

På næste side uddyber vi ovenstående skema med fokus på, hvad der giver anledning til særlig opmærksomhed i en dansk sammenhæng.

V: Vi har valgt ikke at oversætte IHIs 3 komponenter til dansk, men i stedet uddybe dem på dansk i punktform i overensstemmelse med artiklens opbygning. Dette fordi der endnu ikke er udviklet en sproglig oversættelse, der kan rumme hele meningsindholdet i de tre komponenter. Det vil vi arbejde videre med i Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Creating the right foundation Population Management

Som første komponent anbefaler IHI at finde, analysere, afgrænse og udvælge en population, hvor der er motivation og forbedringspotentiale på alle tre dimensioner af Triple Aim. I region Midtjylland bekræfter Jens Bejer Damgaard vigtigheden af netop dette element. Når først indsatsen er igangsat, får man brug for at kunne styre præcist efter den udvalgte population, når der opstår usikkerhed og forhindringer i implementeringen. En præcis afgræsning af målgruppen er alfa og omega for at kunne iværksætte og gennemføre et succesfuldt Triple Aim initiativ.

Det hører også til et sikkert fundament for *Population Management*, at der tidligt i tilrettelæggelsen af en indsats nedsættes en projektgruppe eller et organ (en såkaldt *system integrator*), som driver projektet fremad, og som er tovholder for indsatsen på alle områder: Indsatsens mål, koordinering, test, kapacitetsopbygning, økonomisk overblik og styring. Denne *system integrator* er af helt afgørende betydning, og er et udtryk for, at alle relevante parter skal tages i ed tidligt i forløbet. Netop denne *system integrator* synes at være Triple Aims akilleshæl, fordi det er afgørende for at kunne føre ambitionerne om Triple Aim ud i livet, at man kan skabe en fælles vision mellem relevante parter på tværs af sektorskel, økonomiske og politiske interesser. Det kan være tidskrævende at etablere den nødvendige tillid og et fælles commitment til det overordnede mål.

Det bekræfter erfaringerne fra Region Midtjylland, hvor Jens Bejer Damgaard fortæller, at det kulturelle og organisatoriske arbejde med Triple Aim er lige så vigtigt og omfattende som det mere konkrete arbejde med at udvælge population, indsamle data over tid osv. Derfor understreger han også, at Triple Aim initiativer skal have ledelsesmæssigt fokus, fordi det giver legitimitet og værdi, at ledelsen fastholder vigtigheden af det Triple Aim-orienterede arbejde på trods af den modstand initiativerne kan møde.

Managing services at scale for the population

Denne komponent angiver retningslinjer for tilrettelæggelsen af indsatsen. Først og fremmest beskrives hvordan populationen udvælges gennem præcis analyse, hvor populationen defineres og nuanceres, så der ikke opstår uklarhed om, hvem indsatsen retter sig mod. Dernæst foretages en analyse af populationens behov, styrker og svagheder. Alt sammen med henblik på at kunne designe den mest relevante og præcise intervention. Dette gøres med forskellige metoder og tilgange, eksempelvis ved at følge borgeren i systemet, interviewe borgeren og/eller pårørende, gennemgå journaler og finde relevant datamateriale om den aktuelle population; en indsamling af kvalitative og kvantitative data.

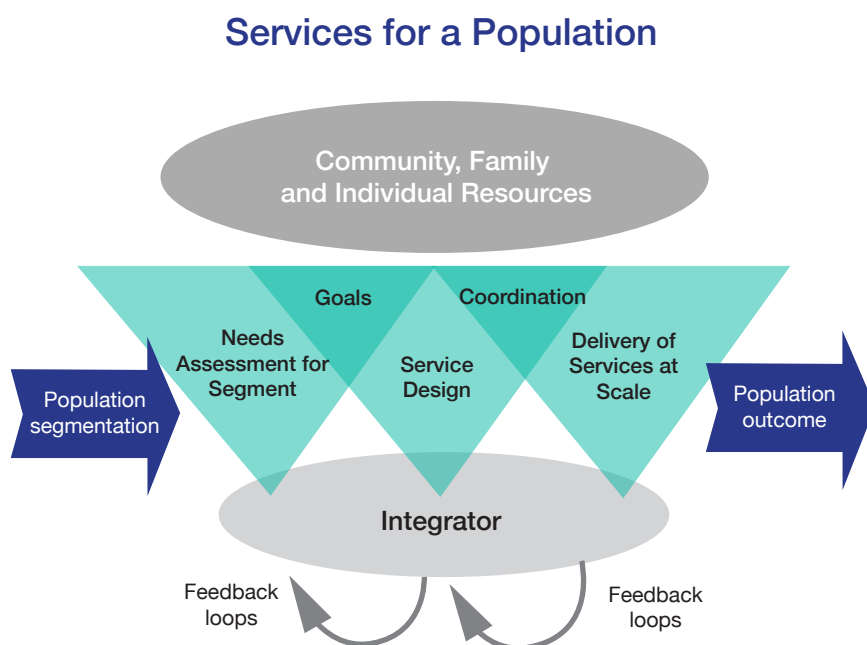
Næste skridt er at formulere en række projekter i en projektportefølje, som hver især skal gennemføres og føde ind til det overordnede mål i de tre dimensioner af Triple Aim. I artiklen pointeres det at *"No single project by itself can accomplish the Triple Aim for a population; a set of projects that address all 3 dimensions is needed"*. Af samme grund kan man heller ikke sige, at man laver et Triple Aim projekt, men at man har et Triple Aim initiativ, bestående af en række delprojekter (i en projektportefølje), som samlet set adresserer det overordnede mål.

Dette kræver også en opmærksomhed på eksisterende projekter og indsætter, en undersøgelse af lokale netværk og aktører. I *"Broen til bedre Sundhed²⁰"* (Triple Aim initiativ, se beskrivelse nedenfor under beskrivelse af erfaringer i Danmark) identificerede man eksempelvis 435 igangværende projekter og tiltag på Lolland Falster, som på forskellig vis adresserede det overordnede mål om bedre sundhed for populationen. Heraf var der eksempelvis 4 projekter, der var rettet mod den samme population af overvægtige børn, men som ikke samarbejdede eller koordinerede deres indsætter. IHI anbefaler, at man forsøger at skabe synergi med allerede etablerede indsætter og aktører.

Endelig er det afgørende, at man tidligt i designfasen gør sig nogle tanker om, hvordan indsatsen kan skaleres. En anden akilleshæl i Triple Aim synes nemlig at være overgangen fra udvikling, test og til skalering. I region Midtjylland bekræftes dette, hvor deres erfaringer viser, at det kan synes "nemt" at få en indsats til at fungere i én bestemt klynge med en afgrænset population og en gruppe medarbejdere, som er velinformede og motiverede. Men derfra og så til at rulle en indsats ud i hele regionen er en vanskelig skalering, som kræver, at man forholder sig til nye

og uforudsigelige strukturelle, politiske, kulturelle og personlige udfordringer. Ifølge IHI er det derfor en fordel tidligt i forløbet at holde fokus på og overveje, hvordan skalering af en bestemt indsats kunne se ud, og måske også begynde at bane vej for, hvordan skaleringen kan implementeres praktisk, økonomisk og politisk.

IHI har udarbejdet en model, som visualiserer arbejdet med denne komponent. Modellen kan bidrage til at forstå hvordan denne komponent kan tilrettelægges og afvikles:



Kilde: www.ihl.org og personlig kommunikation med Ninon Lewis, Executive Director, IHI.

Developing a learning system for population management

Den sidste komponent beskriver, hvordan man sikrer at indsatsen forløber smidigt og at den forankres kulturelt og organisatorisk over tid. Nøglen til dette er ifølge IHI at etablere et læringsystem, der kan engagere aktørerne og dermed drive og understøtte det videre arbejde.

Denne komponent rummer mange af de elementer, vi kender fra forbedringsarbejdet som eksempelvis forandringsteori, driverdiagram, PDSA, læring fra forgangspersoner, som kan inspirere til arbejdet med hele populationen, dataindsamling og håndtering af data over tid¹⁷. Det er afgørende for forankringen af interventioner og forbedringer, at læringsystemet fungerer. Det sikrer man ifølge IHI blandt andet ved at have de rette kompetencer involveret i indsatsen, herunder en erfaren leder, der kan stå for daglig opfølgning, sikre systemiseret læring over tid og løbende dataindsamling og i det hele taget drive indsatsen frem med den nødvendige begejstring og opmærksomhed.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har stor ekspertise i forbedringsmodeller og kvalitetsudviklingsarbejde generelt. Derfor skal vi ikke uddybe denne komponent yderligere i nærværende rapport, men henvise til to andre af Dansk Selskab for Patientsikkerheds publikationer²¹: "Et kvalitetsprogram. Fra Patientsikkert Sygehus til forbedringsarbejde på sundhedsområdet" (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2015) og "Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde²²" (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014).

Opsummering af IHIs guide til Triple Aim

Ovenfor har vi kortfattet beskrevet den ex post teori, som skitseres i "*Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years*". Denne artikel vil være reference for Partnerskabets videre arbejde med at udvikle og designe et Triple Aim initiativ. Den vil fungere som opslagsartikel og huskeliste. Men én ting er at have opskriften, en anden er at kunne følge den. Den konkrete tilrettelæggelse og udførelse vil bero på, at

vi tillader læring undervejs og ikke har en forestilling om, at et Triple Aim initiativ kan tilrettelægges og gennemføres – endsige skaleres – efter en lige snor. Det gælder for alle projekter og indsatser, at man bliver klogere undervejs. Men i relation til Triple Aim er det vigtigt at fremhæve, at både tilgangen og processen indebærer en kulturændring og en ny måde at tænke og arbejde på¹⁹.

TRIPLE AIM ELLER QUADRUPLE AIM?

Det har været drøftet om der bør knyttes en fjerde dimension til Triple Aim: Øget medarbejdertilfredshed²³. Baggrunden er, at trivsel blandt sundhedspersonale og andre personer, som borgeren møder på sin vej rundt i systemerne (eksempelvis jobcentermedarbejder, sundhedspersonale, skolelærer oa), har en stor effekt på borgernes almene oplevelse af systemet. Eller sagt med andre ord: Hvis de mennesker, som møder borgeren, mistrives i deres job, er chancerne for at opnå resultater på alle tre dimensioner af Triple Aim mindre. Omvendt vil medarbejdere, der trives i deres arbejde have lyst til at skabe de forandringer, som skal til for at opnå Triple Aim. Deres trivsel vil have en smittende, positiv effekt på borgernes sundhedstilstand samt lyst og evne til selv at være aktiv i forbedringen af egenomsorg.

Forbedringsprojekter i Dansk Selskab for Patientsikkerhed viser, at medarbejdernes motivation og begejstring for forbedringsarbejde er med til at drive det fortsatte arbejde fremad. Og det smitter af på patienterne, som udtrykker øget tilfredshed med behandlingen og øget tillid til personalet²².

Denne fjerde dimension kan eventuelt tænkes med videre i design af Triple Aim indsatsen.

HVAD ER TRIPLE AIM IKKE?

Fordi Triple Aim er et tankesæt under stadig udvikling, har der ifølge IHI været en række indsatser, som har defineret sig som Triple Aim, men som ikke lever op til visionerne for Triple Aim i IHIs terminologi. I oktober 2014 skriver IHI et blogindlæg om hvad Triple Aim ikke er, som

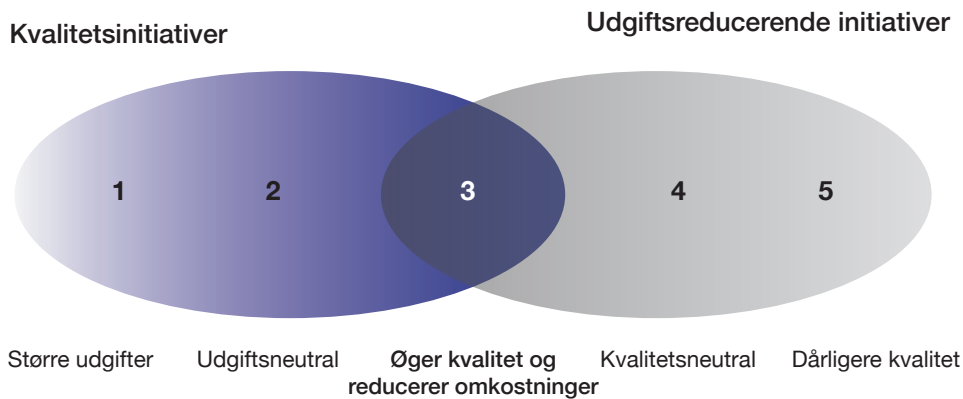
et led i den løbende proces med at definere og udstikke metodiske og praktiske rammer for hvordan man designer sin sundhedsindsats indenfor Triple Aim rammen. I blogindlægget giver IHI nogle eksempler på, hvordan Triple Aim er blevet ukorrekt reduceret eller forenklet, hvorved man undervurderer det omfattende arbejde på alle tre dimensioner, der skal til for succesfuldt at opnå Triple Aim¹⁵.

Eksemplerne på misforståede anvendelser af Triple Aim tilgangen er:

- Indsatsen fokuserer primært på en reduceret forståelse af "patientoplevelt kvalitet", som ikke tager højde for alle 6 punkter af IHIs definition af Patientoplevelt tilfredshed, nemlig sikkert, effektivt, patientcentreret, rettidigt, uden ressourcspild og lighedsbevidst^{VI}

- Indsatsen udelader fokus på populationens sundhed og fokuserer i stedet på kvalitet og udgifter i sundhedssektoren, og udelader at engagere parter udenfor sundhedssektoren
- Indsatsen fokuserer primært på at nedbringe udgifterne til sundhedsydelser, og overser dermed det aspekt, at Triple Aim har som mål at gøre det bedre for samme eller færre penge. Reduktion af udgifter er ikke et mål, der skal stå alene.

Dertil kommer, at der vil være en række interventioner, der ikke vil være aktuelle i et Triple Aim initiativ. Derek Feeley (IHI) har udviklet en model, der viser sammenfald mellem udgiftsreduktion og kvalitet:



Kilde: Derek Feeley, NHS Scotland. 2012

Modellen giver mulighed for at se mere nuanceret på den gængse forestilling om, at forbedret kvalitet i sundhedsydelser altid vil betyde stigende udgifter. Modellen kategoriserer interventioner eller kvalitetsinitiativer i 5 grupper. Et initiativ i gruppe 1 vil være dyrt, men øge kvaliteten markant. Et initiativ i gruppe 5 vil være en markant besparelse, men til gengæld forværre den kliniske og patientoplevede kvalitet. Et Triple Aim initiativ vil således ikke bestå af interventioner i gruppe 1 og 5.

Modellen illustrerer at udgiftsreducerende initiativer kan gå ud over kvaliteten, men i visse tilfælde kan besparelse og øget kvalitet være sammenfaldende. Et Triple Aim initiativ vil udvælge indsatser i gruppe 2, 3 og 4 til sin portefølje, der tilsammen leverer ind til det overordnede mål, således at omkostningerne kan reduceres (eller fastholdes) samtidig med, at kvaliteten øges. Det er samtidig ikke tilstrækkeligt, at initiativerne øger kvalitet og reducerer omkostninger. I et Triple Aim perspektiv skal de også højne den patientoplevede kvalitet og populationens sundhed generelt.

VI: Kravene til patientoplevelt kvalitet defineres oprindeligt af Institute of Medicine (IOM) i bogen *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (IOM, 2001). Heri defineres det at patientsikkerhed kan måles på om den er "safe, effective, patient-centered, timely, efficient and equitable"³⁵

Triple Aim og psykiske lidelser

I partnerskabet mellem TrygFonden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed er det besluttet at lade en population med psykiske lidelser være genstand for Partnerskabets første Triple Aim initiativ. Det sker på baggrund af en forståelse af, at Triple Aim på mange måder ser ud til at matche udfordringerne for disse populationer i særlig grad. Det beskriver vi uddybende i det følgende afsnit:

I oktober 2013 udgiver regeringens udvalg om psykiatri en omfattende rapport med titlen "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser". Udvalget har, siden april 2012, haft til opgave at "komme med forslag til, hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt". Rapporten er særdeles omfattende, og man kan med rimelighed sige at alle eksperter, videnspersoner og interessenter på feltet på en eller anden måde har været involveret i tilblivelsen af rapporten. Rapporten er endvidere grundlaget for arbejdet i den Taskforce på psykiatriområdet, som nedsættes i februar 2014. Udvalget identificerer de 10 væsentligste udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske muligheder:

- Utilstrækkeligt fokus på tidlig indsats og rehabilitering
- Behov for et ligeværdigt, åbent og inkluderende arbejdsmarked og uddannelsessystem
- Ulighed i sundhed og levetid
- Begrænset inddragelse af borger og pårørende som ressource i borgerens forløb

- Utilstrækkelig sammenhæng mellem sektorer og fagområder
- Begrænset (tvær-)faglig konsensus og tendens til fokus på den medicinske behandling
- Behov for fokus på kompetencer og efteruddannelse
- Manglende brug af evidensbaserede metoder og utilstrækkelig forskning, dokumentation og effektmåling af indsatser
- Manglende reduktion i tvangsanvendelse
- Mangelfuld planlægning og styring og grundlag for bedre ressourceanvendelsen i regioner og kommuner.

Kilde: En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser, Oktober 2013.

Rapporten dokumenterer, at mennesker med psykiske lidelser udgør en betydelig udgiftspost i samfundsmæssigt perspektiv. I en hvidbog²⁴ fra det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø antages det i 2009, at de samlede direkte og indirekte samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer i Danmark årligt er 55 mia. kr. De direkte omkostninger til behandling udgør heraf kun godt 10%. Hovedparten af omkostningerne skyldes førtidspensionering, langvarigt sygefravær og nedsat individuel produktivitet. De høje samfundsudgifter til denne befolkningsgruppe underbygges i en OECD rapport fra 2013, hvor det anslås at være på 3,4 procent af BNP.

For den enkelte borger er "omkostningerne" høje, fordi det kan betyde tilbagefald eller en uhensigtsmæssig og langsom recoveryproces, hvis indsatsen ikke opleves sammenhængende. Der er en række strukturelle og politiske retningslinjer for, hvordan regioner og kommuner skal samarbejde om at skabe mere sammenhængende forløb. Ligeledes er der kortlagt 80 igangværende projekter, der forsøger at optimere samarbejde mellem kommuner og regioner. Amerikanske modeller som "Shared Care", "Collaborative Care" og "Integrated Care" afprøves i den sammenhæng i en dansk kontekst, men det er samlet set stadig utilstrækkeligt til at løse de udfordringer, det tværsektorielle samarbejde byder på (jf "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser", 2014).

Ulighed i både sundhed og levetid er betydelig for mennesker med psykiske lidelser. For nogle grupper af mennesker med psykiske lidelser er forskellen i middellevetid på mellem 15 og 20 år i forhold til den øvrige befolkning. I rapporten "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser" (2013) opsummeres følgende kombination af faktorer, der kan forklare den store ulighed set i forhold til baggrundsbefolkningen:

- Højere forekomst af selvmord og ulykker
- Komplikationer og bivirkninger ved nogle psykofarmakologiske lægemidler
- Mindre adgang til somatiske sundhedsydelser end befolkningen i øvrigt
- Højere forekomst af risikofaktorer for mange kroniske sygdomme og nogle former for kræft

Kilde: "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser" (www.sum.dk, 2013)

Udfordringerne i det danske social- og sundhedsvæsen er parallelle til både USA, England og Canada^{25 4}.

I efteråret 2015 tilbyder IHI et undervisningsforløb med overskriften: "Behavioral Health Integration: A Key Step towards the Triple Aim". I introduktionen til kurset kan man på IHIs hjemmeside læse:

"Organizations trying to achieve the Triple Aim for their population will struggle to succeed without an integrated behavioral health strategy", www.ihl.org.

Både danske rapporter og IHIs opsummering af erfaringer fra USA, Canada og England peger på, at den manglende koordinering af sociale- og sundhedsmæssige indsatser for borgere med psykiske lidelser er en del af forklaringen på de store samfundsmæssige og personlige omkostninger. Denne borgergruppe koster dyrt, netop fordi de typisk møder mange forskellige systemer, der ikke taler sammen eller koordinerer indsatser, med deraf følgende konsekvenser for både økonomien og borgernes helbred og oplevede tilfredshed^{3 26}.

I lyset af de amerikanske, engelske og canadiske erfaringer og i lyset af de danske ambitioner om at bedre sundheden for mennesker med psykiske lidelser, synes Triple Aim at være en relevant ramme for en indsats, hvor man forsøger at adressere flere problematikker parallelt.

Erfaringer og resultater – internationalt og i Danmark

Internationalt

Det er vanskeligt at sige noget samlet om de erfaringer og resultater forskellige organisationer har gjort sig med Triple Aim. Artiklen *“Pursuing the Triple Aim: The first 7 years”* er, som beskrevet ovenfor, det mest samlet bud på en opsummering af erfaringer, som så er omsat til en ex-post teori. I artiklen kan man desuden finde tre konkrete eksempler på Triple Aim indsats, som kan vise resultater på alle tre dimensioner af Triple Aim. I 2012 finder man også konkrete eksempler på Triple Aim indsats i bogen *“Pursuing the Triple Aim: Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health and Lower Cost”*²⁷.

Der er eksempler på vellykkede Triple Aim initiativer, hvorfra man kan trække gode råd og retningslinjer for lignende initiativer. IHI refererer også initiativer, hvor det langt fra er gået så godt. Det refereres eksempelvis, hvordan de økonomiske incitamentmodeller står i vejen for at gøre tingene på en anden måde, idet organisationer ikke belønnes for at nedbringe udgifterne. Der refereres også eksempler, hvor parterne i et Triple Aim initiativ modarbejder hinanden på grund af modsatrettede økonomiske interesser. I disse to eksempler skrinlægges forsøget på at tilrettelægge en Triple Aim indsats. Det er for omfattende for denne rapport at gengive hele eksempler på Triple Aim initiativer.

CINCINNATI CHILDRENS HOSPITAL

– FOREBYGGE SKADER BLANDT BØRN I UDSATTE BOLIGOMRÅDER

På Cincinnati Childrens hospital opdagede man, at mange af de børn, som kom ind på akutmodtagelsen med traumer, kom fra samme boligområde. Man tilrettelagde en kampagne i samarbejde med lokalsamfundet, myndigheder og sociale initiativer i området, hvor man tilbød familier et sikkerhedscheck af deres hjem samt en gratis “sikkerhedspakke” med blandt andet vindueshasper, trappegitter, førstehjælpskasse osv. Efter nogle års lokal indsats i byen Norwood, fortsatte hospitalet sit arbejde i andre boligområder, hvor det lokale samarbejde blev tilrettelagt med de kræfter, der var tilgængelige lige netop dér eksempelvis “Bloc Captains” (lokale beboere der nyder særlig respekt og tillid blandt de lokale), brandmænd og offentlige institutioner. I nogle områder var der særligt fokus på forebyggelse af spædbarnsdød blandt gravide kvinder, andre steder ekstra interesse for sikkerhed “på gaden”. Resultatet af dette tværsektorielle og lokale samarbejde medførte reduktion af en række uhedsrelaterede skader på børn, færre besøg på akutmodtagelsen, færre skadede og syge børn, socialt løft i boligområderne på en række områder samt oplevelse af øget sammenhold og sikkerhed i lokalområderne.

Kilde: personlig kommunikation samt www.cincinnatichildrens.org

I denne 90-dages cyklus har vi interviewet Göran Henriks (Sverige) og Jason Leitch (Skotland), som vurderes som Triple Aim eksperter i deres respektive hjemlande. For at nuancere billedet af Triple Aim i praksis, beskriver vi kort Triple Aim initiativer fra de to lande nedenfor:

Triple Aim i Sverige

Jönköping Len i Sverige er kendt som et af de områder, vi kigger til, når vi skal skabe forbedringer af sundhedsvæsenet. Jönköping er også hjemby for Qulturum; et internationalt anerkendt center ledet af Göran Henriks for forbedringsarbejde og udvikling af sundhedsvæsenet og sundhedsydelse.

I Triple Aim litteraturen er Jönköping beskrevet som et af de steder, hvorfra begrebsliggørelsen af Triple Aim er opstået, vokset og praktiseret. Tilbage i 2001 arbejdede Göran Henriks og Landstinget i Jönköping med at gentænke sundhedsydelse i regionen og sætte nye visioner for arbejdet. For at imødekomme det pres på sundhedsydelse og udgifter, som også byggede sig op i Sverige og Jönköping på det tidspunkt, valgte man "patientcentreret behandling" og "kvalitet" som overordnet strategi. Dette valg og de deraf følgende prioriteringer og tiltag er siden blevet opsummeret som "Triple Aim", og udgør en af grundstenene i Triple Aim som tilgangen begrebsliggøres.

Triple Aim er den gennemgående røde tråd i al udviklings- og kvalitetsarbejde i regionens arbejde indenfor såvel sundhedsområdet som øvrige regionale og nationale serviceydelser²⁸. Derudover udvikles alle konkrete tiltag i lyset af Triple Aim. Et eksempel er "Dialysehuset" hvor omkring 30 dialyse patienter selv låser sig ind, tager udstyr frem og sætter sin egen dialyse op, pakker udstyret ned og låser sig ud. Dette initiativ har blandt andet medført, at samtlige patienter, som før ikke var i arbejde, nu er i beskæftigelse og har "fokus på livet" fremfor deres sygdom. Et eksempel på øget sundhed for populationen, øget oplevet kvalitet og tilfredshed samt fald i udgifter til populationen i et helhedsperspektiv.

Resultatet af at lade Triple Aim være rettesnor for udvikling og kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet taler sit eget tydelige sprog: Jönköpings hospital har de seneste tre år ligget på førstepladsen sammenlignet med samtlige hospitaler i Sverige opgjort på 60 indikatorer herunder patienttilfredshed, kliniske resultater og økonomi. Derudover har regionen samlet set ligget i toppen på øvrige sundhedsydelser siden 2006. Regionen har den absolut højeste befolkningstilfredshed og ligger, sammen med tre andre regioner, nummer 1 i nationale opgørelser i forhold til patientsikkerhed.

Triple Aim i Skotland

I Skotland er Triple Aim den overordnede ramme for regeringens lancering af visionerne for social- og sundhedssektoren, som den skal se ud i 2020. Der er desuden defineret 12 indsatsområder, som skal bidrage til den overordnede, samlede vision: *"Our vision is that by 2020 everyone is able to live longer healthier lives at home, or in a homely setting"*. Ifølge Jason Leitch (National Clinical Director for "Healthcare Quality and Strategy" i den skotske Sundhedsministerium), som er en af hovedarkitekterne bag visionen, er Triple Aim den guidende ramme for udviklingen af sundhedssektoren frem mod 2020. Derudover er en række andre nationale og regionale initiativer tilrettelagt efter Triple Aim, eksempelvis "Early Years Collaborative", som er et omfattende og nationalt samarbejde mellem alle organisationer, institutioner og frivillige der arbejder med børn og unge.

OPSUMMERING INTERNATIONALE ER-FARINGER

"Pursuing the Triple Aim: The first 7 years" afsluttes med et citat fra Donald Berwick, som kan tjene som opsummering af de internationale erfaringer med Triple Aim:

"The Triple Aim has proven to be one of the most widely accepted frameworks developed in IHI's 25-year history. Health care leaders, organizations, and even governments appar-

ently feel that it is valuable and relevant as a guide to their detailed priorities. Of particular significance, the framework unites the pursuit of lower cost with the pursuit of better health and care, which is totally consistent with the modern definitions of "quality" in most sectors of the economy. (...) If the past 5 years have witnessed the embrace of the Triple Aim as the proper way-finder, the next 5 years ought to be the time of real implementation and spread of "Triple-Aim-Capable" delivery system designs. (Personal communication, Donald Berwick, February 19, 2015)" (Whittington, Nolan, Lewis og Torres, 2015)¹⁹.

Berwicks opsummering peger på, at Triple Aim er en måde at tænke på, som nok har vundet indpas i visioner for fremtidens social- og sundhedsydelser og som en intuitiv oplevelse af, at Triple Aim giver umiddelbar og næsten indiskutabel god mening. Men at arbejdet med at udvikle, hvordan Triple Aim gøres i praksis, og hvordan man bedst opnår resultater på alle tre dimensioner, langtfra er færdigt. Og at det til enhver tid kræver tilpasning til en specifik lokal kontekst.

Triple Aim i Danmark

I april 2015 skrives Triple Aim ind som en hjørnesten i regeringens oplæg til et nyt nationalt kvalitetssprogram for Sundhedsområdet, som skal erstatte Den Danske Kvalitetsmodel. Triple Aim indgår også som strategisk udviklingsramme for fremtidens sundhedsydelser i to sundhedsaftaler (Region Midtjylland 2015-2018³⁰, Region Nord 2015-2018³¹). Desuden har Region Sjælland igangsat en langsigtet indsats på Lolland Falster baseret på Triple Aim (se nedenfor). Alt i alt har tre af de fem regioner i Danmark på forskellig vis gjort sig tanker og erfaringer med Triple Aim. Samlet set får man indtryk af, at Triple Aim langsomt vinder indpas i Danmark, og at der er en voksende opfattelse af, at Triple Aim udgør en relevant tankemåde til at designe løsninger på en række af fremtidens udfordringer i sundhedsvæsenet. Både praktisk i relation til de konkrete arbejder

med at udvikle og tilrettelægge tidssvarende sundhedsydelser. Men også fordi Triple Aim opsummerer den tankegang, de fleste er enige om bør danne grundlag for fremtidens social- og sundhedsvæsen.

I det følgende beskrives de danske erfaringer kortfattet.

Region Nordjylland

I et interview med kontorchef Jane Pedersen, region Nordjylland, fortæller hun, at det aftalt, at Triple Aim skal afprøves på mindst én population i aftaleperioden for Sundhedsaftalen 2015-2018. Grundet organisationsændringer er det endnu ikke besluttet hvem, der skal designe og gennemføre indsatsen og heller ikke hvilken population, indsatsen skal tilrettelægges til. Det er dog ambitionen, at tankegangen i Triple Aim på sigt skal indlejres i regionens arbejde generelt. "Aktiv patientstøtte" eller rygere i regionen forventes af blive omdrejningspunktet for en Triple Aim-organiseret indsats i regionen.

Region Midtjylland

Regionen har arbejdet med Triple Aim siden 2012 og har løbende samarbejde med IHI. Triple Aim er skrevet ind i regionens sundhedsaftale for perioden 2015-2018, og det er et krav fra regionens side, at nye projekt-initiativer bygges op i en Triple Aim ramme. Region Midtjylland har sat en lang række projekter i søen, hvor Triple Aim metoden anvendes som analyseredskab. Fx: Tidlig opsporing af begyndende sygdom blandt ældre medicinske borgere (TOBS-screening^{vii}), opfølgende hjemmebesøg og udgående geriatrisk team. En indsats mod sårbare gravide er på trapperne. Region Midtjylland er den region i Danmark, som har mest omfattende erfaring med at designe Triple Aim initiativer og arbejder i øjeblikket med at skalere de interventioner, som projekterne har givet anledning til. Indsatsen "Aktiv patientstøtte" er genstand for skaleringsøvelsen og gennemføres bl.a. i tæt sparring med IHI.

I Region Midtjylland fremhæves det, at de visioner for bruger- og borgerinddragelse, som ligger i Triple Aim, langt fra er udnyttet – både i relation til borgere og i relation til pårørende og lokale netværk af eksempelvis frivillige.

Ifølge kontorchef Jens Bejer Damgaard og AC-fuldmægtigtig Pia Wiborg Astrup er de største gevinster ved at arbejde indenfor Triple Aim rammen, at det bringer parter sammen, som førhen sad med hver deres perspektiv og datamateriale. Det har haft stor værdi, at man, allerede da Triple Aim blev introduceret, har arbejdet med den organisatoriske kultur omkring Triple Aim. Dette arbejde har været med til at skabe en voksende opfattelse blandt parterne af, at det er relevant og attraktivt at samarbejde om udvalgte populationer, også selvom den økonomiske gevinst i første omgang måske ligger i en anden sektor eller hos en anden aktør. Efterhånden som de gode eksempler på både samarbejde og resultater på tværs af sektorer bliver synlige, vokser også viljen til at samarbejde på tværs. Eksempelvis viser det sig i TOBS-indsatsen, at der ikke er nogen væsentlig ændring i antal forebyggelige genindlæggelser, men at antal henvendelser og besøg hos praktiserende læge er faldende. Den fokuserede intervention og arbejdet med data i Triple Aim rammen giver således anledning til at drøfte om de forskellige aktører i sundhedsvæsenet kan allokere ressourcer til andre opgaver, nu hvor der kan ses en besparelse fra denne patientgruppe.

Endelig viser erfaringerne fra Region Midtjylland også, at både frontpersonale og borgere udtrykker øget tilfredshed.

Region Sjælland: Broen til bedre sundhed – udviklingsprojekt Lolland Falster

I Region Sjælland arbejder man med Triple Aim rammen i "Broen til bedre sundhed²⁰"; et udviklingsprojekt, der dækker hele den geografiske population på Lolland Falster. Det overordnede mål er at forbedre befolkningens sundhedstilstand. Indtil nu har man arbejdet med at etablere organisationen omkring projektet,

indsamle baseline-data og analysere eksisterende indsatser i området. Der er også lavet en meget varieret projektportefølje, hvor projekterne på forskellige vis føder ind til det overordnede mål. Projekterne er eksempelvis både fællesspisning i lokale forsamlingshuse for at skabe sunde spisevaner og etablere lokalt netværk samt rekruttering af sundhedspersonale og praktiserende læger for at sikre adgang til sundhedsydelse i området i fremtiden.

Foreløbigt er der ikke kommet konkrete, målbare resultater fra indsatsen. Erfaringerne er, at det tager tid at samle og opbygge det netværk af aktører, som skal drive indsatsen. Eksempelvis afholder man i efteråret 2015 et lokalt "topmøde" for politikere med henblik på at skabe fælles fodslag for det videre arbejde. På samme måde har man etableret 6 tænketanke bestående af lokale kræfter, der skal bidrage til at udvikle de rette social- og sundhedsindsatser i området.

OPSUMMERING DANSKE ERFARINGER

Fælles for de forskellige danske initiativer er, at Triple Aim ses som en løsningsmodel og tankemåde, der synes oplagt og relevant at anvende til de udfordringer regioner og kommuner arbejder med. Alle tre regioner har kontakt til IHI i læringsøjemed og bruger IHI som sparringspartner og vejleder til at tilrettelægge og udføre de konkrete initiativer. De tre regioner fortæller også, at det af og til kræver en del arbejde at anskueliggøre for IHI, hvordan det danske sundhedssystem fungerer. Det er tydeligt, at Triple Aim er udviklet i en amerikansk kontekst, og at der derfor er både muligheder og barrierer i Triple Aim, som skal tilpasses en dansk sammenhæng. Eksempelvis giver vores CPR-nummer register os en relativ nem adgang til at følge borgere. En væsentlig forskel er også, at sundhedsydelser er gratis i Danmark.

Fælles for de danske erfaringer med Triple Aim er også, at regionerne, med læring og inspiration fra IHI, arbejder med metoder og redskaber til forbedringsarbejde som eksempelvis

forbedringsmodellen, opstille indikatorer og udvikle driverdiagrammer osv.

De danske Initiativer adskiller sig dog ved at være meget forskellige i omfang. Hvor "Broen til bedre sundhed" er meget langsigtet og slutdato i 2040, er initiativerne i Region Midt skarpt afgrænsede tid og målrettet en mindre og meget specifik population. Region Nordjyllands konkrete Triple Aim er stadig på tegnebrættet, men forventes at anvende Region Midts tilgang til arbejdet med Triple Aim.

Udover Region Midtjylland, som kan vise konkrete resultater i 2 indsatser, er der stadig ikke danske eksempler på, hvordan Triple Aim "virker" eller i hvilket omfang der faktisk skabes bedre sundhed for populationen, bedre patientoplevelset kvalitet og reduktion af udgifter (eller besparelspotentialer).

De danske erfaringer ser derfor ud til at illustrere IHIs pointer: Dels at der stadig er meget at lære i forhold til at designe, måle og skalere Triple Aim-tilrettelagte indsatser. Og dels at Triple Aim udmønter sig meget forskelligt alt efter lokal kontekst.

Det er vigtigt at fæstne sig ved, at det er *måden at tænke på*, rammerne for det tværsektorielle samarbejde, som Triple Aim sætter, samt forventningerne til hvad Triple Aim som tankesæt kan bidrage til, som tiltaler organisationer i Danmark og internationalt. Det er Triple Aim som løftestang for de aktuelle og fremtidige udfordringer, der vinder genklang. Ikke kun de konkrete og målbare resultater. Interessen for Triple Aim går hånd-i-hånd med erkendelsen af, at det tager tid at ændre måden at tænke på, og at den ændring i tilrettelæggelsen af social- og sundhedsydelser, som Triple Aim er udtryk for, skal foregå over en længere periode. Triple Aim er en kulturændring, og det tager tid at ændre kulturer.

Konklusion og anbefalinger til det videre arbejde

På baggrund af litteratursøgninger, interviews og snowballing kan følgende konkluderes: Triple Aim har vundet international udbredelse de seneste 7 år. Triple Aim opfattes generelt som en måde at tænke og tilrettelægge social- og sundhedsydelse på, der tilbyder løsninger på såvel nuværende som kommende udfordringer.

Triple Aim er et koncept i sin vorden. Artiklen *“Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years”* er det bedste bud på, hvordan man operationaliserer Triple Aim. Artiklen vil fremadrettet være en guide og huskeliste for, hvilke komponenter vi skal tænke ind og tage højde for, når partnerkabet skal designe en indsats.

I artikel understreges det, at Triple Aim er under udvikling begrebsligt, metodisk og erfaringsmæssigt. At litteraturen og erfaringerne med Triple Aim er sparsomme, bør imidlertid ikke afholde fra at udvikle danske initiativer med Triple Aim som vision. I det Triple Aim er en måde at tænke på og en anvendelig optik, der giver os mulighed for at finde innovative og nye løsninger på social- og sundhedsydelse, bør vi oplagt gøre os erfaringer med rammen.

Både internationale og danske erfaringer beskriver, hvordan vejen mod Triple Aim og succes på alle tre parametre (Bedre patientoplevelse, kvalitet, højnet sundhedstilstand for populationen og reducerede eller fastholdte social- og sundhedssomkostninger pr. person) er brolagt med strukturelle og politiske udfordringer.

Der er, trods 7 års samarbejde i IHIs Triple Aim kollaborativ, ikke udviklet rammer for, hvordan vi designer Triple Aim initiativer, som er fuldt mål- og skalérbare. Det er den lokale kontekst, der afgør hvordan Triple Aim visionen omsættes til praksis, hvorfor Triple Aim som tænkemåde ikke kan sættes på fast formel eller passe ind i fuldstændigt forudsigelige strukturer. Samlet set er det centralt at Triple Aim er en måde at tænke og tilrettelægge på, som vi skal arbejde videre med under hensyntagen til den lokale kontekst. Triple Aim er også udtryk for en kulturændring, som er undervejs og ikke har fundet (eller skal finde?) sin helt faste form – fordi en fast form ikke giver de muligheder for løbende justeringer, som Triple Aim rammen også lægger op til.

I lyset af de danske erfaringer med Triple Aim er det vigtigt at huske på, at Triple Aim er udviklet i en amerikansk sammenhæng, og at erfaringer og gode råd derfra ikke altid kan overføres direkte til en dansk kontekst. En væsentlig forskel er eksempelvis, at alle danskere i princippet har gratis og lige adgang til sundhedsydelse, hvilket ikke er tilfældet i USA. I USA er store dele af sundhedsvæsenet finansieret af private midler via sundhedsforsikringer, som skaber andre finansieringsmodeller og incitamentstrukturer, der skal tages højde for i Triple Aim initiativer. Også på mange andre områder er der betydelige forskelle på de amerikanske og danske udfordringer af både økonomisk, organisatorisk og social karakter. Det tilsiger, at vi også fremadrettet

har en opmærksomhed på disse forskelle, når vi anvender guides af viden og erfaringer fra amerikanske organisationer.

For at få erfaring og kendskab til Triple Aim i praksis skønnes det hensigtsmæssigt at designe en indsats, der kan afgrænses meget præcist i forhold til population, intervention, tidshorisont og mål. Med inspiration og læring fra arbejdet i Region Midt, kan det første skridt i det fremtidige arbejde med Triple Aim i Partnerskabets regi være, at prøve tilgangen af i en relativt lille skala med henblik på at kunne skalere læring, viden og interventioner. Med dét afsæt kan Partnerskabet opnå erfaringer og derfra arbejde videre med at finde løsninger og kvalitetsudvikle fremtidens social- og sundhedsydelser i Danmark, som kan skaleres og anvendes i flere sammenhænge.

Ifølge IHI er det helt centralt at de mennesker, der skal modtage en bestemt ydelse, er involveret i at designe den. Ydelsen skal baseres på de behov populationen kan pege på og kombineres med den viden, vi har om, hvad

der virker. Potentialet i bruger- og borgerinddragelse er stort og har en vigtig dimension i Triple Aim-guidede initiativer, hvorfor Partnerskabet fortsat skal sætte fokus på dét. I relation til en population med psykiske lidelser er det ydermere relevant at være opmærksom på, om der er særlige forhold der gælder, når man inddrager brugere med psykiske lidelser i processen omkring udvikling og design af et Triple Aim initiativ. Her kan Patricia Deegans bog "Barrierer for brugerinddragelse"³² være en være til støtte for det videre arbejde med denne dimension.

De nuværende og fremtidige udfordringer i det danske sundhedsvæsen er omfattende og komplekse. Løsningerne er mange og tilsvarende komplekse. Udfordringerne kalder på løsninger og handling, som nødvendigvis også må foregå udenfor Sundhedsvæsnets net. Partnerskabet ser Triple Aim som et relevant bud til at bane vej for det paradigmeskifte indenfor sundhedsvæsnets net, som er nødvendigt for at imødekomme udfordringerne.

Næste skridt

Denne rapport er den første i en række af fem. De kommende fem rapporter udarbejdes i 2015 og 2016. Disse rapporter vil samlet set danne fundamentet for et Triple Aim initiativ.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden I Danmark. Sundhedsstyrelsen; 2015.
2. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke Mental Sundhed. 2012:36.
3. Kanton W, Unützer J. Consultation Psychiatry in the Medical Home and Accountable Care Organizations: achieving the Triple Aim. Gen Hosp Psychiatry Author manuscript;. 2012;Juli:997-1003. doi:10.1016/j.biotechadv.2011.08.021. Secreted.
4. Kanton W, Unützer J. Health reform and the Affordable Care Act: The importance of mental health treatment to achieving the triple aim. J Psychosom Res Author Manuscr. 2013;November:997-1003. doi:10.1016/j.biotechadv.2011.08.021. Secreted.
5. Park S, Takahashi S. 90-Day Cycle Handbook. Carnegie Found. 2013:1-32.
6. Institute for Healthc. 90-Day Learning Cycle. www.ihl.org.
7. Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. 2013.
8. Board TE. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive , coordinated response from health and social sectors at the country level. World Health. 2012;(January):6-9. [http://www.who.int/libaccess.lib.mcmaster.ca/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf](http://www.who.int/libaccess/lib.mcmaster.ca/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf).
9. Oecd. Mental Health and Work: Denmark.; 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264188631-en>.
10. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, et al. Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS One. 2013;8(1). doi:10.1371/journal.pone.0055176.
11. Lange, Peter, Nordentoft, Merethe, Moltke A. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. Vidensråd Forebygg. 2012.
12. McCarthy D, Klein S. Case Study. 2010;45(July).
13. Systems C, Mccarthy D, Klein S, Cohen A. Case Studies of Accountable The Road to Accountable Care: Building Systems for Population Health Management. 2014;(Exhibit 1):1-12.
14. Stiefel M, Nolan K. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. Inst Healthc Improv. 2012;Innovation:40.
15. Lewis N. A Primer on Defining the Triple Aim What Do the Different Terms Mean? Do I Need Permission to Use These Terms? IHI Blogindlæg. 2014.
16. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. Health Aff. 2008;27(3):27, 759-769. doi:10.1377/hlthaff.27.3.759.
17. Gerald J. Langley, Ronald Moen, Kevin M. Nolan, Thomas W. Nolan, Clifford L. Norman LPP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance.; 2009.
18. Institute for Healthcare Improvement. The Breakthrough Series: IHIs Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. Innovation. 2003:1-20.

- 19.** Whittington JW, Nolan K, Torres T. Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years. *Milbank Q.* 2015;93(No. 2):263-300.
- 20.** Region Sjælland. Broen til bedre sundhed.
- 21.** Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Et kvalitetsprogram: Fra Patientsikkert Sygehus til forbedringsarbejde på Sundhedsområdet. 2015.
- 22.** Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Acceleration af sundhedsvæsenets forbedringsarbejde. 2014:36.
- 23.** Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient. *Ann Fam Med.* 2014;12(6):573-576. doi:10.1370/afm.1713.Center.
- 24.** Borg V, Nexø MA. Hvidbog om Mentalt Helbred, Sygefravær og Tilbagevenden til Arbejde.; 2010. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Boeger-og-rapporter/hvidbog-mentalt-helbred.pdf>.
- 25.** Laderman M, Mate K. Integrating behavioral health into primary care. *Healthc Exec.* 2014;29(2):74, 76-77. doi:10.1037/14441-014.
- 26.** Laderman M. Behavioral Health Integration: A Key Component of the Triple Aim. *Popul Health Manag.* 2015;0(0):150618123001008. doi:10.1089/pop.2015.0028.
- 27.** Bisognano M, Kenney C. Pursuing the Triple Aim. Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health and Lower Costs.; 2012.
- 28.** Landstinget. Budget Med Verksamhetsplan 2015. Flerårsplan 2016-2017.; 2015.
- 29.** The Scottish Government. A Route Map to the 2020 Vision for Health and Social Care. 2011. <http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/Policy/2020-Vision>.
- 30.** Midtjylland R. Mere sundhed i det nære. 2015.
- 31.** Nord R. Administrative Sundhedsaftale. 2015.
- 32.** Deegan P, Anderson D. Barrierer for Brugerinddragelse –i Bestyrelser, Udvalg og Arbejdsgrupper. Dansk Selvskab for Psykosocial Rehabilitering [http://www.slvidensbank.dk/da/Articles/Adults/Psykiatri/Barrierer for brugerinddragelse.aspx](http://www.slvidensbank.dk/da/Articles/Adults/Psykiatri/Barrierer%20for%20brugerinddragelse.aspx).
- 33.** Det Ethiske Råd. Etik og Prioritering i Sundhedsvæsenet - Hvorfor Det Er Så Svært.; 2013. <http://www.etiskraad.dk/~media/bibliotek/misc/2013/Etik-og-prioritering-i-sundhedsvaesenet-hvorfor-det-er-saa-svaert.pdf>.
- 34.** Porter, Michael E, Lee TH. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harv Bus Rev.* 2013.
- 35.** Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. 2001.

Bæredygtig udvikling af fremtidens sundhedsvæsen

Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Danish Society for Patient Safety

T 36 32 21 71
E info@patientsikkerhed.dk

www.patientsikkerhed.dk