

Hvidbog om

MULTISYGDOM

Dokumentation af multisygdom i det danske samfund
– fra silotænkning til sammenhæng



Anne Frølich, Frede Olesen, Inge Kristensen

Med støtte fra
TrygFonden

Hvidbog om

MULTISYGDOM

Dokumentation af multisygdom i det danske samfund
– fra silotænkning til sammenhæng

Hvidbog om

MULTISYGDOM

Dokumentation af multisygdom i det danske samfund
– fra silotænkning til sammenhæng

Anne Frølich, Frede Olesen, Inge Kristensen

Hvidbog om
MULTISYGDOM
Dokumentation af multisygdom i det danske samfund
– fra silotænkning til sammenhæng

Med støtte fra
TrygFonden

Produktion og tryk: Fjerritslev Tryk A/S
Trykt i Danmark 2017
ISBN 978-87-92841-52-0
1. udgave, 1. oplag

Alle rettigheder forbeholdes.
Enhver udnyttelse af denne bog eller dele heraf
er kun tilladt med tydelig kildeangivelse.

Innhold

| | |
|---|----|
| Forord | 7 |
| Anbefalinger | 9 |
| Introduktion og generelle forhold, nationalt og internationalt for multisygdom | 15 |
| <i>Af Redaktørerne Anne Frølich, Frede Olesen og Inge Kristensen</i> | |
| Multisygdom er en udfordring for både borger, sundhedsvæsen og samfund..... | 17 |
| <i>Af Søren Brostrøm</i> | |
| Livet skal leves, mens man har det | 21 |
| <i>Af Helle Høstrup og Alexandra Ryborg Jønsson</i> | |
| Multisygdom – hvad er problemet? | 27 |
| <i>Af Finn Breinholt Larsen</i> | |
| Social ulighed i multisygdom | 35 |
| <i>Af Peter Vedsted</i> | |
| Polyfarmaci ved multisygdom..... | 45 |
| <i>Af Mikkel Bring Christensen og Hanne Rolighed Christensen</i> | |
| Primærsektoren og multisygdom..... | 51 |
| <i>Af Karen Nørskov Toke og Mogens Vestergaard</i> | |
| Multisygge i et regionalt perspektiv..... | 59 |
| <i>Af Janet Samuel og Erik Jylling</i> | |
| Er helhedsløsninger i kommunerne vejen frem? | 65 |
| <i>Af Steen Rank Petersen</i> | |
| Nye styringsformer i sundhedsvæsenet..... | 73 |
| <i>Af Inge Kristensen med bidrag fra Sidsel Vinge, Mickael Bech, Andreas Rudkjøbing og Frede Olesen</i> | |
| Multisygdom: Hvad gør de i andre sundhedssystemer? | 81 |
| <i>Af Michaela Schiøtz og Anne Frølich</i> | |

| | |
|--|-----|
| Den politiske arena for multisygdom | 87 |
| <i>Af Christian Harsløf, Anja Mitchell, Jens Winther Jensen og Christian Freitag</i> | |
| Omkostninger og multisygdom..... | 93 |
| <i>Af Kjeld Møller Pedersen</i> | |
| Big Data hvor N=1..... | 103 |
| <i>Af Jakob E. Bardram</i> | |
| Et nyt Kaiser-Permanente | 109 |
| <i>Af Frede Olesen og Anne Frølich</i> | |
| Sammenfatning | 117 |
| Forfatter liste | 121 |

Forord

Ideen til "Hvidbog om MULTISYGDOM Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silo- tænkning til sammenhæng" opstod i kølvandet på den første nationale konference (afholdt af Dagens Medicin) om multisygdom i foråret 2016. På baggrund af oplæg, drøftelser samt forslag til videre national forskning på området på konferencen, kom det til at stå klart, at der er behov for en særlig indsats og bevågenhed, udover den der sædvanligvis er omkring hver enkelt sygdom. Ideen til hvidbogen blev yderligere underbygget ved deltagelse i flere internationale konferencer og møder, som påpegede i hvor høj grad problemområdet bliver aktuelt i de kommende år.

Mennesker med multisygdom er en særlig patientgruppe, der er kendetegnet ved at have komplekse problemstillinger, knyttet til somatiske og også ofte psykiatriske sygdomme, sociale problemer og udfordret arbejdsmarkedstilknytning. Sundhedsvæsenet har svært ved at håndtere disse komplicerede problemstillinger hensigtsmæssigt med den nuværende fokusering på hver enkelt sygdom. Vi mangler viden både vedrørende sygdommenes art og hyppighed, deres kliniske udtryk, medicinske behandlingsmuligheder, effektiv organisation af indsatsen med mere. Vi kan kun i nogen grad finde løsninger internationalt, da området også her er relativt nyt, og fordi en del af indsatsen er afhængig af den nationale kontekst.

Der er derfor behov for at udarbejde en samlet oversigt over mange af de problemstillinger, som knytter sig til multisygdom, og dette er fokus for denne bog. Det er håbet, at opmærksomhed om emnet kan føre til udarbejdelsen af en national strategi på området. Målet skal være, at afdække den viden vi har, og samtidig at sikre en løbende organisationstilpasning og forskningsfokus, som kan tilgode denne patientgruppe og den fremtidige udfordring i sundhedsvæsenet.

I den fortsatte proces med at konkretisere planerne om hvidbogen, etablerede jeg et frugtbart fagligt samarbejde med Inge Kristensen og Frede Olesen, og det er dette samarbejde, som har sikret bogens tilblivelse. Vi var glade for, at Sundhedsstyrelsens direktør sagde ja til at skrive det indledende og problemformulerende kapitel. Vi er meget taknemmelige for alle forfatteres store bidrag til hvidbogen. Intet var lykkedes uden en stor indsats fra alle forfatterne bag bogen, som med taknemmelighed takkes for en særlig engageret indsats under et betydeligt tidspres.

Trygfonden takkes for finansiel støtte til hvidbogens trykning og bearbejdning. Konsulent Line Gade takkes for en meget stor indsats ved den redaktionelle pro-

FORORD

ces og forberedelse af manuskriptet til trykning af bogen. Hertil kommer at mange andre kontakter og samtaler har bidraget til bogens tilblivelse. Jeg og den samlede redaktionsgruppe er dem alle en stor tak skyldig.

*Anne Frølich, overlæge, forskningsleder
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital*

Anbefalinger

Multisygdom, det at have én eller flere samtidige kroniske sygdomme, som kræver en særlig indsats i sundhedsvæsenet, er allerede en kendsgerning for 20 % -30 % af den voksne befolkning i Danmark. Alt tyder på, at andelen vil være stigende i de kommende år. Multisygdom vil øge presset på sundhedsvæsenet og samtidig er tilstandene en stor belastning for den person, der er ramt og for dennes pårørende. Samtidig rammer multisygdom socialt og geografisk skævt.

Vi skylder at indrette sundhedsvæsenet til de, der skal anvende det – fordi det er det rigtige for den enkelte, og fordi det er det rigtige i forhold til ressourceudnyttelsen.

Danmark har et, i international sammenhæng, højt udviklet sundhedsvæsen, unikke sundhedsdata og en tradition for at arbejde systematisk med blandt andet kroniske sygdomme, organisationsudvikling og patientsikkerhed. Der er derfor en unik mulighed for at være blandt de lande, der 'knækker koden', i forhold til forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af personer med multisygdom.

Vi anbefaler overordnet:

- At der udvikles en national strategi for multisygdom, der tager udgangspunkt i en samlet indsats for befolkningen. Strategien skal tage hånd om multisyge borgere og patienters behov, udnytte ressourcerne optimalt, og forskning skal indgå som en væsentlig del af strategien.

Dette vil kræve en række ændringer og tiltag med hensyn til organisation og strukturer og incitamentet i de kommende år, og vi anbefaler, at der som minimum ses på følgende områder:

Patienten

Sundhedsvæsenet er ikke indrettet til at tage udgangspunkt i multisygdom – hverken fagligt eller organisatorisk. Inddragelse af patienten/borgeren og de pårørende er essentielt, og vi anbefaler:

- At fremme den forskning, der afdækker, beskriver og sikrer at patienternes behov og præferencer bedst muligt imødekommes i sundhedsvæsenet.
- At fremme inddragelse af borgere og patienter i tilrettelæggelsen af ydelser, så

den konkrete organisering af sikre og trygge forløb imødekommes, således at borgeren mødes på egne præmisser. Der bør være et særligt fokus på at sikre, at der inddrages personer fra målgruppen, da patientrepræsentation fra gruppen kan være vanskelig at mobilisere.

- At fremme styrkelse af den enkelte borger og patients viden og handlekompetence i forhold til egenomsorg samt kompetencer i at møde og indgå i samarbejde med sundhedsvæsenet.

Organisation, ledelse og styring

Sundhedsvæsenet er opdelt i specialer og i sektorer. Samtidig er mange andre dele, især kommunale dele af velfærdssystemet, potentielt i spil, når en borger bliver en patient med flere samtidige sygdomme. Der er i høj grad behov for, at sundhedsvæsenet organisatorisk, fagligt og styringsmæssigt tilpasses de personer, der har brug for det. Samlet set anbefaler vi:

- At alle organisationsmæssige tiltag i udgangspunkt tager en populationsorienteret tilgang, det vil sige, at overvejelser om den mest hensigtsmæssige indsats for alle patienter i en population indgår i alle organisatoriske overvejelser.
- At der udvikles nye modeller for samme-dags diagnostik på sygehuse og for ambulante kontroller, som er tilpasset patientgruppens behov. Herunder gruppens behov for at få en nær rådgivnings- og behandlingsrelation til så få og så helhedsorienterede fagprofessionelle, som muligt.
- At der skal udvikles og afprøves nye måder at organisere de sundhedsfaglige ydelser på i de tre sundhedsorganisationer: Sygehuse, kommuner og almen praksis, og i deres indbyrdes samarbejde.
- At sikre, at indsatsen for multisygdom indtænkes som del af sundhedsuddannelserne.
- At intensivere forsknings- og udviklingsindsatsen med fokus på, at organisationen af sundhedsvæsenet skal kunne imødekomme patienter med multisygdoms behov for komplekse indsatser, der favner alle patientens sygdomsmæssige behov, og ikke blot enkeltdiagnoser.
- At understøtte forskning, der kan danne baggrund for udvikling af nye specialer, hvor multisygdom indgår. Med tværfaglig og generisk tilgang, med nye sygdomsforståelser og behandlingsindsatser.
- At sundhedsvæsenet aktivt identificerer og anvender internationale vellykkede erfaringer til at identificere organisatoriske principper og best practices, der kan anvendes ved udvikling og reorganisering af det danske sundhedsvæsen.

- At udvikle og afprøve ledelse på tværs af sektorgrænser, for at opnå sammenhængende integrerede patientforløb, herunder at tilvejebringe styrkede rammer for samarbejde mellem sektorerne.
- At ledelser aktivt pålægges at sikre, at borgerens/patientens rolle indtænkes i udviklingen af ny organisering af de sundhedsfaglige ydelser.
- At udvikle og afprøve nye styringsmekanismer og betalingsmetoder, såsom værdibaseret styring og PRO-data.
- At understøtte at sundhedsvæsenet fremover i høj grad bliver transparent og datadrevet, og anvender de allerede mange registrerede data på en helheds- og forløbsorienteret måde, til planlægning og styring og på tværs af sektorer.
- At sammentænke social- og sundhedsområdet, herunder også lovgivningen på området.

Det nære sundhedsvæsen

Selvom en person med flere samtidige sygdomme kan have brug for at komme på hospitalet, så leves livet i hjemmet og i lokalområdet. Der er brug for, at muligheder og tilbud i det nære sundhedsvæsen styrkes og udvikles, og vi anbefaler:

- At styrkelsen af det nære sundhedsvæsen får et særligt fokus med henblik på at imødekomme stigende demografiske, sygdomsmæssige og socialt betingede behov. Der skal være særligt fokus på at sikre en lokal indsats for patienter med flere samtidige diagnoser, og der skal udvikles rammer og værktøjer til at understøtte dette. Kompetencer til implementering af nye rutiner skal vægtes højt.
- At der skabes strukturer, ledelsessystemer og incitament, der understøtter samarbejde i det nære sundhedsvæsen, og at alle parter i sundhedsvæsenet dermed bidrager til, at multisygdom håndteres, så det giver værdi for borgeren/patienterne, at overgange reduceres og at patientsikkerheden styrkes. Herunder bør der etableres forpligtende, populationsbaserede sundhedsplaner for hver region eller 'klynge'.
- At kommuner som led i sundhedsplanlægningen og samarbejdet med regioner regelmæssigt udarbejder eksplicite planer for indsatsen for personer med multisygdom, herunder planer for den populationsorienterede forebyggelse af livsstilsbetingede sygdomme.
- At der udvikles modeller for i højere grad at inddrage almen praksis i ledelsen og udviklingen af det nære sundhedsvæsen.
- At almen praksis fortsat har den centrale rolle i diagnostik, visitering og kontrol af multisygge.

- At almen praksis får mulighed for at styrke den personorienterede forebyggelse, rehabilitering og genoptræning.
- At der i alle kommuner skal være en hjemmepleje, som dels er dimensioneret til at understøtte patienters behandling, og dels er en døgndækkende akut mobiliserbar hjemmepleje, som sammen med almen praksis aktivt kan støtte patienter ved sygdomsforværring og forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.
- At det datamæssige grundlag for at følge udviklingen i indsatsen i det nære sundhedsvæsen styrkes væsentligt.
- At der udvikles modeller og IT, som sikrer, at almen praksis udvikler og vedligeholder en indsats for den samlede population tilmeldt en praksis, og at kommuner tilsvarende styrkes i at tilrettelægge en populations- og behovsorienteret tilgang.
- At udviklingen i det nære sundhedsvæsen understøttes af forskning og udvikling i forhold til sund aldring, rehabilitering, big data og velfærdsteknologi.

Kommunikation, teknologi og data

Kommunikation og informationer mellem afdelinger og sektorerne er essentielt, og bliver stadig vigtigere, samtidig med at der kommer flere og flere muligheder for at understøtte forløb og den enkelte borger/patient med ny teknologi. Vi anbefaler:

- At ny informations- og monitoreringsteknologi udvikles med særlig fokus på samtidigt at understøtte indsatsen ved multisygdom for flere sygdomme. Der skal være fokus på at specialiserede afdelinger, foruden egen indsats, også skal understøtte primærsektoren. Herunder den horisontale indsats i primærsektoren og samarbejdet med patient og pårørende.
- At velfærdsteknologi og brug af big data udvikles sideløbende med udvikling af IT. Udviklingen skal understøtte effektive sammenhængende patientforløb. IT-udviklingen skal støtte patientens mulighed for egenomsorg, og der skal være fokus på udvikling af værktøjer der kan føre til forebyggelse og tidlig opsporing.
- At der indarbejdes mål og indikatorer vedrørende behandling af multisygdom i det nationale kvalitetsprogram, herunder PRO-data.
- At der, under respekt for den enkeltes ejerskab til egne data, sikres bedre rammer for udveksling af data på tværs, også mellem forskellige fagområder, både blandt kommuner, praktiserende læger og hospitaler.
- Udviklingen af informationsteknologi skal drives både af teknologisk forskning og af forskning i informationsteknologiens påvirkninger af patientstrømme

mellem sundhedsvæsnets sektorer. Der skal i den forbindelse særligt evalueres på, om IT-teknologi giver anledning til utilsigtede hændelser og ikke ønskede opgaveglidninger mellem primær- og sekundærsektoren, og de eventuelt afledte sundhedsøkonomiske og personalemæssige konsekvenser skal analyseres.

Forebyggelse og behandling

Forebyggelse er essentiel for at forhindre udvikling af kronisk sygdom og multisygdom og reducere risikoen for udvikling af yderligere komplikationer. Behandlingen med lægemidler er en vigtig del af behandlingen af kronisk sygdom. Men mange sygdomme betyder behandling med mange samtidige lægemidler – polyfarmaci, hvilket udgør en markant risiko for blandt andet lægemiddel-relaterede hospitalsindlæggelser.

Derfor anbefaler vi:

- At fremme den forskning, der afdækker og udvikler viden om forebyggelse af kroniske sygdomme og multisygdom.
- At der både i primærsektoren og kommunalt, fortsat og i intensiveret grad, skal være fokus på at forebygge livsstilsrelaterede sygdomme, herunder forebyggelse af social ulighed i risikoen for at udvikle disse sygdomme.
- At det behandelende sundhedsvæsen i væsentlig grad opprioriterer forskningen i non-medikamentelle indsatser for multisyge.
- At medikamentel og anden behandling af sygdom, og risikofaktorer for sygdom hos denne patientgruppe, i højere grad underkastes kritisk forskning, for om muligt at reducere polyfarmaceutiske indsatser og for at undersøge mulige interaktioner, samt at der sker en væsentlig styrkelse af forskningen i fordele, ulemper og bivirkninger ved polyfarmaceutisk behandling af mange af disse tilstande.
- At medicineringsprocesser i overgange mellem afdelinger og mellem sektorer styrkes.

National overordnet koordinering og styring

Som omtalt i indledningen mener vi, der bør udarbejdes en national strategi for indsatsen for multisyge. Den omstillingsproces, som forestår, kræver en målrettet tilpasning af investeringer i forskning, udvikling og drift. Det foreslås derfor:

- At man i en 10 års periode nationalt afsætter årlige særlige bevillinger til omstillingsprocessen i både sygehusvæsen og i primærsektoren, inklusive særlige puljer til den forskning i sundhedsvæsnets organisation og funktion, som skal

ANBEFALINGER

- støtte udviklingen.
- At der afsættes særlige midler til implementering af nye rutiner og til national vidensspredning.
 - At det overvejes, om der skal ske en styrkelse af de nationale sundhedsmyndigheder, med henblik på at styrke muligheden for fagligt at vise veje og at koordinere indsatsen.
 - At sundhedsstyrelsen årligt skal aflægge en statusrapport om udviklingen i den nationale indsats for multisygdom, og at der i denne afrapportering også sker beskrivelse af væsentlige internationale udviklingstræk og -initiativer inden for området.

De anbefalinger, som er angivet ovenfor, gør ikke krav på at være en udtømmende liste over mulige tiltag, som kan styrke indsatsen for den store og stigende målgruppe. Men vi anbefaler, at de enkelte punkter kan danne udgangspunkt for overvejelser og justering og styrkelse af indsatsen på nationalt, regionalt og kommunalt niveau og i alle sektorer i sundhedsvæsenet.

Introduktion og generelle forhold, nationalt og internationalt for multisygdom

Af Redaktørerne Anne Frølich, Frede Olesen, Inge Kristensen

Der sker store ændringer i det generelle sygdomsmønster i disse år. Vi får flere og flere sygdomme, som kan relateres til vor livsstil. Flere og flere gamle, og rigtig mange borgere i det hele taget, har samtidigt flere sygdomme eller risikofaktorer, som kræver en vedvarende indsats fra vort sundhedsvæsen. Ofte omtaler vi dem som de multisyge med kroniske lidelser. En yderligere udfordring med dette sygdomsmønster er en stor risiko for en social og geografisk skæv fordeling. Chancen for at blive syg, og også at opleve et godt, sikkert forløb og resultat, er social ulig.

Det nye sygdomsmønster kræver, at sundhedsvæsenet tilpasser sig. Fokus for denne bog er derfor at dokumentere, diskutere og analysere denne udvikling og at anvise mulige nye veje mod et sundhedsvæsen, som kan imødekomme behovene.

Hvidbogen gennemgår centrale aspekter af multisygdom i en række kapitler og slutter med et kapitel, der angiver anbefalinger for det videre arbejde.

Der findes kun sparsom generaliserbar viden om, hvordan sundhedsvæsenet skal organiseres mest hensigtsmæssigt for bedst muligt at imødekomme de nye behov. Hvidbogen ønsker at dokumentere problemstillinger i forhold til mennesker med multisygdom i det danske sundhedsvæsen. Vi viser en række eksempler på nye måder at organisere indsatsen på i forhold til levet liv, diagnostik, behandling, kontrol og rehabilitering, og vi giver eksempler på mulige gevinster for samfundet ved at tænke nyt.

Flere steder i landet arbejder man med en styrket indsats for multisyge. På Silkeborg sygehus har man igennem de sidste år drevet Klinik for Multisygdom og Polyfarmaci. Klinikken tilbyder en samlet tværfaglig gennemgang og vurdering af komplicerede multisyge patienter. Patienterne tilbydes også en medicingennemgang. På Holbæk Sygehus er der etableret et Medicinsk Fælles Ambulatorium, der sikrer hurtig udredning og fremmer forløb for patienter med multisygdom. Patienterne henvises i begge ambulatorier fra almen praksis til samme dags udredning. På Bornholms hospital arbejder man også med multisygdom og har etableret et fæl-

INTRODUKTION

lesambulatorium, hvor de medicinske specialer er samlet med inspiration fra Holbæk Sygehus, efter devisen 'samme dag under samme tag'. Målet er blandt andet at konvertere fremmøder til telefon konsultationer, og planlagte besøg konverteres til åbne konsultationer. Flere lignende eksempler fra kommuner, almen praksis og sygehus kunne givetvis findes.

Eksemplerne viser, at omstillingsprocessen er i gang. Det er vort håb, at denne bog kan stimulere til fortsat kreativ tankegang om løsninger for de nye udfordringer, og at den også kan øge forskning og vidensopsamling på området, samt at den kan stimulere til debat og en hurtig omstilling.

1.

Multisygdom er en udfordring for både borger, sundhedsvæsen og samfund

Af Søren Brostrøm, direktør. Sundhedsstyrelsen.
sbro@sst.dk

Resume: I dette indledende kapitel indrammer direktøren for Sundhedsstyrelsen problemkredsen omkring multisyge patienter. De særlige udfordringer for mennesker med samtidig psykiatrisk og somatisk sygdom fremhæves, og vi mindes om, at især mange yngre er ramt af den kombination. Der skal sættes ind i forhold til mange indsatsområder. Både af strukturel karakter og i forhold til mulighederne for individuel forebyggelse. Det understreges, at problemets omfang og kompleksitet kræver kommunikation og koordinering af behandlings- og rehabiliteringsindsatsen mellem afdelinger og mellem primær- og sekundærsektoren, og der er behov for at udvikle præcise ledelsessystemer, der kan understøtte dette. Indsatsen kræver tilige en betydelig intensivering af forskningsindsatsen med fokus på multisygdom og ikke blot enkeltsygdomme.

Bedre levekår, og bedre muligheder for behandling af sygdomme, har betydet, at borgere i Danmark kan forvente at leve længere end tidligere generationer, og at overleve – og leve længe med – lidelser som tidligere var livstruende. Sygdomme, som er langvarige, vedvarende eller tilbagevendende – det, som vi med et lidt slidt ord kalder 'kroniske' sygdomme.

Fremover vil flere og flere borgere i Danmark have to eller flere vedvarende sygdomme. 'Multisygdom' er dog ikke kun en udfordring for den ældre befolkning; formentlig vil halvdelen af multisyge borgere, og to tredjedele af mennesker med psykisk-somatisk multisygdom, være yngre end 65 år.

Multisygdom er altså en voksende udfordring for både borgere, sundhedsvæsen

og samfund. Mennesker med multisygdom har flere kontakter med sundhedsvæsenet, har oftere akutte og forebyggelige indlæggelser, oplever ofte manglende sammenhæng i forløb og de er oftere udsat for fejl. Sundhedsvæsenets udgifter til den enkelte borger stiger med antallet af samtidige lidelser.

På en række store områder er der særlige udfordringer. Overlappet mellem mennesker, der har to eller flere af følgende lidelser er betydelig: psykisk lidelse, metabolisk syndrom, hjertekar sygdom, demens, kræft og obstruktiv lungesygdom. Samtidig er forebyggelsespotentialet betydeligt, og både forebyggelige faktorer (kost, tobaksrøg, alkohol, fysisk aktivitet) og indsatser, der virker (strukturelle tiltag) er veldokumenterede.

Den socialt betingede ulighed i sundhed slår også markant igennem ift. multisygdom: blandt 65 årige vil knap halvdelen af de socialt stærke være multisyge, mens to tredjedele af de svage vil være det. En ganske særlig udfordring ses hos mennesker med samtidig psykisk og somatisk lidelse, hvor utilstrækkelig forebyggelse og behandling af somatisk lidelse bidrager til den store overdødelighed.

Flere samtidige sygdomme stiller store krav til den enkelte patient, der skal indgå i flere forskellige, måske usammenhængende, forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb. Og det stiller krav til sundhedsvæsenet, der skal koordinere og organisere patientforløbet.

Det store paradoks er, at i takt med at multisygdom stiller større krav til helhedsblik og sammenhæng i indsatsen, så arbejder sundhedsvæsenet i stigende grad specialiseret og fragmenteret. Vores vidensgrundlag og teknologiske formåen udvikler sig ikke tilstrækkeligt.

Nye lægemidler udvikles stadig med enkeltindikationer for øje, med evidens fra afprøvning på yngre patienter uden multisygdom eller polyfarmaci. Tilsvarende gælder ofte også, når andre teknologier og indsatser udvikles på sundhedsområdet. Når vi skal overføre vidensgrundlaget i for eksempel kliniske retningslinjer, kommer vi ofte til kort ift. brugbare anbefalinger for den ældre og multisyge patient.

Sundhedsprofessionelle uddannes stadig i overskuelige sygdomsklassifikationer, og sundhedsfaglighedens udgangspunkt er ofte enkelt diagnoser med tilhørende interventioner. Særligt sygehusvæsenet er blevet centraliseret og specialiseret, og i stigende grad også subspecialiseret. På en lang række områder har det givet et betydeligt kvalitetsløft i indsatsen, som det for eksempel ses af de store forbedringer på kræft- og hjerteområdet i Danmark siden årtusindeskiftet.

Specialiseringen og centraliseringen er et vilkår betinget af den stigende kompleksitet af sundhedsfaglig viden, kompetencer og teknologi. Løsningen er ikke despecialisering eller decentralisering. Men vi skal løse udfordringerne, så den multisyge

patient ikke oplever et sundhedsvæsen, der er fragmenteret, usammenhængende, svært tilgængeligt, usikkert, ineffektivt og dyrt, for både samfund og borger.

Organisatorisk er udfordringen at sikre sammenhæng mellem både det almene og det specialiserede – mellem sygehus og primær sektor – og imellem de meget specialiserede fagligheder og indsatser. Det er selvfølgelig væsentligt at afprøve nye organisations- og samarbejdsformer, som fælles ambulatorier, udgående funktioner, team-strukturer m.v., ligesom der også skal være et løbende fokus på balancen mellem 'generalist' og 'specialist'-kompetencer i de enkelte sundhedsfaglige uddannelser, og i sammensætningen af teams.

Jeg tror dog, at den væsentligste udfordring er at sikre et meget stærkt ledelsesfokus og et nødvendigt kulturskifte, i samarbejdet omkring den multisyge patient. Vejen frem er ikke at tro, vi kan (gen)indføre en omnipotent sundhedsfaglig generalist, men snarere at styrke ledelses- og samarbejdskompetencer mere konsekvent på tværs af de forskellige nødvendige specialiserede fagligheder.

Der er samtidig et stort behov for at styrke den multisyge borgers kompetence, både til at tage vare på egen sygdom (egenomsorg), til at navigere i sundhedsvæsenet og til at afveje fordele og ulemper ved de forskellige tilbud. Redskaber til dialog, behovsvurdering, beslutningsstøtte, patientuddannelse med videre skal udvikles med sigte på den multisyge borgers særlige behov, og sundhedsvæsenets informationssystemer og -platforme skal være let tilgængelige for borgeren.

Jeg er sikker på, at denne hvidbog vil bidrage til at afdække udfordringerne for mennesker med multisygdom, og kaste lys på hvilken viden vi har behov for på området, hvilke strukturer og organisationer vi skal udvikle, og hvilke muligheder vi har for at forbedre indsatsen for multisyge i Danmark.

2.

Livet skal leves, mens man har det

*Af Helle Høstrup, sygeplejerske, cand. cur., sundhedsantropolog. Rigshospitalet.
helle.hoestrup@regionh.dk*

*Alexandra Ryborg Jønsson, antropolog, PhD studerende, ViBIS, Forskningsenheden
for almen praksis, KU & Yale University.
alexandraj@sund.ku.dk*

Resumé: *Livet med multisygdom er krævende i et fragmenteret sundhedsvæsen, hvor fagligheden fylder. Forløbene for multisyge har vanskeligt ved at lykkes, og det er ofte enkeltpersoner eller tilfældigheder, der har betydning for, om forløbet går godt. Der peges på, at inddragelse er en nøgle til bedre forløb. Et mere koordineret generalistorienteret fokus på behandling, pleje og rehabilitering af multisyge mennesker vil kunne danne udgangspunkt for bedre forløb, sammen med tiltag som for eksempel regelmæssig og systematisk gennemgang af medicin.*

Hvad ved vi om livet som patient med multisygdom?

Multisygdom påvirker hverdagslivet. Studier viser, at belastningen af sygdomme i form af eksempelvis smerter, fatigue eller nedsat førlighed og belastningen af behandlinger – at møde op til kontroller, følge diæter, tage medicin, holde styr på forskellige behandlinger til forskellige sygdomme – er med til at give fornemmelsen af at mangle autoritet over eget liv og nedsætte den selvoplevede livskvalitet.¹

Multisyge er en gruppe, der utilsigtet ofte kommer til at bære ansvar for overblik over egne behandlinger og andre aftaler. Mens den øgede specialisering i sygehusvæsenet og den diagnosefokuserede specialtænkning betyder høj kvalitet i behandlingen af den enkelte sygdom, kan det forholde sig modsat for multisyge. Det viser en undersøgelse, lavet i et samarbejde mellem DEFACTUM, Folkesundhed og

Sundhedstjenesteforskning og ViBIS, om livet med multisygdom og hverdagslivets betydning i samarbejde med sundhedsvæsenet. En ældre mand med flere forskellige sygdomme siger det ganske enkelt i et interview: "Hjerte-Jens taler jo ikke med Lunge-Hans".¹ Han refererer til de forskellige læger til hans forskellige kroniske sygdomme, hvor ingen af dem taler sammen om den eventuelt gensidige påvirkning af sygdommene. Hvad "Hjerte-Jens" – hans hjertelæge udskriver af medicin, tjekker han ikke op med "Lunge-Hans" – den lungeansvarlige læge. Det kan betyde, at behandlinger forsinkes eller sygdom forværres, og det bliver op til den enkelte patient at gøre opmærksom på igangværende behandlinger for andre kroniske lidelser. De fleste mennesker er ukendte med medicinsk fagterminologi og har ingen viden om behandlings indgriben i hinanden. For mange kan blot det at finde vej på hospitalet være en udfordring.

Det er ikke den eneste udfordring ved at have flere kroniske sygdomme på en gang. Kontrolbesøg, blodprøvetagning og andet planlægges ofte uden inddragelse af patienten, og det kan betyde kontakter med sundhedsvæsenet flere gange ugentligt. Den øgede specialisering medfører, at forskellige behandlinger og kontrolbesøg kan foregå på forskellige hospitaler. Der sker en generel påvirkning af den multisyges hverdagsliv, og eksempelvis arbejdslivet bliver svært påvirket af de mange forømmelser.² Jo flere sygdomme, desto større belastning af sygdom og behandling, der måske kun levner den syge få gode timer om dagen. Hvis de gode timer går med kontakter med sundhedsvæsenet, fordi de ligger spredt, er der mindre energi til at indgå i sociale sammenhænge. Løsningen er ikke automatisk at samle kontroller og aftaler. Der kan være stor variation, om den enkelte trives bedst med samlede aftaler på hele dage eller spredte kortvarige besøg. Svaret må være at inddrage den enkelte i tilrettelægnings af behandling og aftaler.

Den kommunale organisering med adskilte forvaltninger og administrationer udgør endnu en udfordring for mennesker med multisygdom, idet deres støttebehov er komplekse og går på tværs af forvaltningsgrænser. Borgere med en psykiatrisk diagnose hører i kommunale forvaltningssammenhænge sammen med den forvaltning, der varetager handicapområdet, mens ældre- og plejeområdet tager hånd om opgaver i forbindelse med somatisk sygdom. Hertil kommer separat forvaltning af rehabilitering, sociale forhold og børn-ungeområdet.

En anden udfordring adresserer kulturelle og organisatoriske forståelser i sundhedsvæsenet, idet forskellige begreber kan betyde forskelligt i forskellige omsorgssystemer og sektorer. Der kan hermed opstå et skisma mellem at varetage egen sundhedsfaglige kulturelle forståelse, fremfor at have fokus og perspektiv på fællesskab og sammenhæng. De demografiske sammensætninger ændrer sig med større

hastighed end de strukturelle, og det er essentielt, at borgerne skal kunne navigere i det.

Hvordan lærer vi om livet med multisygdom?

Forståelse af og nødvendig indsigt i kompleksiteten af livet med multisygdom nødvendiggør brugerinvolvering. Brugere verificerer så at sige den professionelle udvikling af viden og kompetence. Det er imidlertid ikke uden vanskeligheder. Livet som patient med multisygdom er travlt, og der kan i den organisatoriske brugerinddragelse være en udpræget tendens til at tiltrække bestemte typer af patienter samt patienter med mange ressourcer. Grupper af sårbare patienter er svære at engagere, både fordi de er for syge, og fordi det for dem kan være vanskeligt at indgå i de kulturelle koder i en offentlig organisation. Det er altså vigtigt at tænke inddragelse kreativt og multimethodisk samt at lære af erfaringer fra andre regioner og andre sundhedsvæsenet.¹⁻²

Vi har dog stadig brug for mere viden. Der er derfor iværksat en række studier, der med forskellige metoder, har til formål at undersøge behandlinger, arbejdsliv, livskvalitet og andre aspekter af fænomenet multisygdom.

Dilemmaer og undren i multisyges oplevede liv

Region Midtjylland og Danske Patienter lavede sammen et kvalitativt studie af betydningen af belastning af sygdomme og behandlinger i relation til arbejdsmarkedstilknøytning. Projektet blev støttet af Sundhedsstyrelsens Satspulje og viste, at det krævede menneskelige ressourcer og netværk at forblive på arbejdsmarkedet som multisyg, og at dette over tid oftest blev så kompliceret, at det ikke længere var muligt, trods patienternes ønsker.

”Det jeg allerhelst vil, er at arbejde” siger 36 årige Christine, der arbejder med grafisk design. Men hun fortæller, at sygdom efterhånden har gjort det umuligt at udfylde den halvtidsstilling, hun har haft et par år. I sidste ende, forklarer Christine, er det et spørgsmål om prioritering. For hvis alle kræfter bliver brugt i arbejdstiden, bliver familien forsømt. Og børnene er det vigtigste i Signes liv. Derfor har Christine nu mod sit ønske valgt at gå stærkt ned i tid samt have særlige arbejdsvilkår, fordi hun hellere vil bruge de timer, hvor hun har energi, sammen med sin familie.¹ Det stiller krav til fremtidens organisering af sundhedsvæsenet, hvor det at kunne bibeholde sin plads på arbejdsmarkedet længst muligt, er et ønsket mål for både de fleste patienter og i den politiske dagsorden.

Konklusioner, perspektiveringer og anbefalinger

Når multisygtes forløb går godt, er det i dag mest et tilfælde. Det sker, når behandlingerne ikke er modstridende, og forløbene, tiderne og egenomsorgsopgaverne passer godt ind i den syges hverdagsliv. Men når behandlingerne ikke passer sammen, kræver det overblik og faglige kompetencer at hjælpe den multisyge med at navigere.

Det stigende antal patienter med multisygdom stiller eksempelvis de praktiserende læger over for en stor udfordring i de kommende år.³ Både tidsforbrug og kompleksiteten i kontakten stiger i takt med antallet af langvarige sygdomme,⁴ og ganske ofte modsiger de kliniske vejledninger hinanden. Den praktiserende læge fungerer ofte som tovholder i forhold til den medicinske udredning og behandling, men også i forhold til pårørende og de sociale aspekter af sygdommene.⁵

Foreløbige danske studier peger på, at en målsætning om højere grad af individualisering i tilrettelæggelsen af behandlinger, så der tages hensyn til den enkeltes hverdagsliv, vil bedre ikke kun den multisygtes oplevede livskvalitet,¹ men også gøre monitorering og tovholderrollen lettere for sundhedsprofessionelle. Hvis den multisygtes mange kontakter til forskellige hospitalsafdelinger, til kommunale indsatser og til egen læge planlægges koordineret i samråd med den syge og de pårørende, vil det lette den komplicerede tilrettelæggelse af hverdagen, og det vil lette den tværfaglige koordinering af indsatser. Inddragelse og koordinering ville kunne favne den syges udfordringer i forhold til aktuelle sygdomsdiagnoser og andre tilstande, der griber ind i hverdagen. En regelmæssig og systematisk gennemgang af medicin vil hjælpe den syge til lettere at holde styr på det, og det ville hindre uønskede farmakologiske interaktioner og unødvendig medicinering.

Den store udfordring for sundhedsvæsenet er at finde en balance mellem et specialiseret og et mere koordineret generalistorienteret fokus på behandling, pleje og rehabilitering af multisyge mennesker. Derved skabes større grobund for et succesfuldt forløb, hvor den multisyge har bedre udgangspunkt for at følge behandlinger og anbefalinger, og har en større oplevet livskvalitet. Og der skabes grobund for en langt bedre udnyttelse af sundhedsfaglige kompetencer og indsatser.

Referencer

1. Ørtenblad L, Jønsson AR, Meillier L (2015) Komplekse liv. Patientinddragelse som vej til et bedre hverdagsliv for multisyge? In: *TFSS*, Vol. 22, p. 83-101.
2. Ørtenblad L, Meillier, L, Jønsson A. Multi-morbidity: A user perspective on navigating the health care system and everyday life. Submitted November 2016.

3. Reventlow S, Kragstrup J, Guassora AD, Bjerrum L & Olivarius N (2013) "Multimorbiditet i et sundhedsvæsen, som er indrettet til enkeltsygdomme" In: *Ugeskr. Læger* 2013;175:1093.
4. Moth G, Vestergaard M & Vedsted P (2012) "Chronic care management in Danish general practice – a cross-sectional study of workload and multimorbidity" in *BMC Family Practice*, 2012;13:52.
5. Grøn L, Obel J & Bræmer MH (2007) *Tooholder i praksis* DSI: Rapport 2007.04

Aknowledgement

Tak til Lisbeth Ørtenblad og Lucette Meillier, DEFACTUM for brug af data samt kommentarer og gennemlæsning.

3.

Multisygdom – hvad er problemet?

*Af Finn Breinholt Larsen, programleder, seniorforsker, DEFACTUM, Region Midtjylland.
finn.breinholt@stab.rm.dk*

Resumé: *Multisygdom er ikke en særlig diagnose, men dækker over flere diagnoser. Multisygdom er relevant, fordi flere samtidige sygdomme ofte udgør en stor sygdoms- og behandlerbyrde for patienten. En undersøgelse fra 2013, baseret på selvrapporterede data fra patienter, viser, at 33 % af den voksne befolkning har multisygdom. Der er behov for at sundhedsvæsenet tilpasser sig organisatorisk til en stigende forekomst af multisygdom i befolkningen. Der skal træffes beslutninger på mange niveauer. Det er vigtigt, at være opmærksom på, at der er stærke magt-, prestige og økonomiske interesser, der knytter sig til den nuværende organisering af sundhedsvæsenet, både i den offentlige og i den private sektor.*

Multisygdom som udfordring for patienten

At være multisyg vil sige at have to eller flere samtidige kroniske sygdomme.¹ Multisygdom er ikke en særlig diagnose. De enkelte sygdomme diagnosticeres og behandles, i lægelig henseende, netop som enkelte sygdomme. Når begrebet multisygdom ikke desto mindre er relevant, er det fordi forekomsten af flere samtidige sygdomme ofte er ensbetydende med både en stor sygdoms- og en stor behandlingsbyrde for patienten, jævnfør Burden of Treatment Theory.²

Det kan være belastende at have leddegigt, det kan være belastende at have KOL, men det vil næsten altid være mere belastende – det vil sige øge sygdomsbyrden – at have begge sygdomme end blot én af dem. Ikke sjældent forstærker generne ved sygdommene oven i købet hinanden.

Behandlingsbyrde refererer til de belastninger, som selve mødet med sundhedsvæsenet påfører patienten. Personer med multisygdom bliver ofte behandlet både i

almen praksis og af flere specialister, der indbyrdes ofte ikke kommunikerer særligt effektivt.³ For den multisyge patient kan behandlingsbyrden nå et omfang, hvor den reelt er uoverkommelig.⁴ Udredning af sygdom kan være tidskrævende og undersøgelsesprocedurerne i nogle tilfælde tillige være belastende for patienten. Det samme gælder for behandling. En særlig problemstilling knytter sig til medicinering, fordi den multisyge ofte behandles med adskillige typer af præparater samtidigt (polyfarmaci), hvilket øger risikoen for bivirkninger. Genoptræning og forebyggelse af sygdomsforværring kan desuden betyde, at patienten skal bruge tid og energi på fysiske øvelser, kontrolbesøg osv.

Patientens ressourcer og ressourcerne i det nærmeste netværk (ægtefælle, familie) har stor betydning for, hvordan sygdoms- og behandlingsbyrden påvirker patientens trivsel og dagligdag. Her kommer det sociale aspekt ind: Evnen til at mestre de nævnte udfordringer varierer med indkomst, uddannelsesniveau, samlivssituation og en række andre levevilkår. Multisygdom og social ulighed i sundhed er derfor tæt sammenknyttede problemstillinger.

Hvor udbredt er multisygdom?

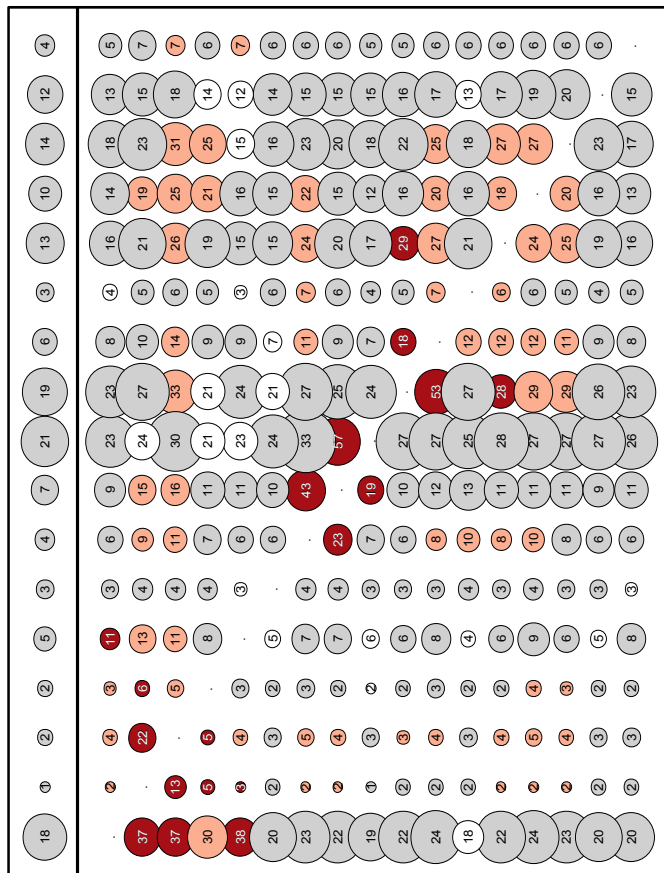
Den første landsdækkende undersøgelse af forekomsten af multisygdom i Danmark viser, at 33 % af den voksne befolkning (16+ år) har to eller flere langvarige sygdomme, mens 29 % har én sygdom, og de resterende 38 % ikke har nogen sygdom.⁵ Mere end halvdelen af dem, der har en langvarig sygdom, er med andre ord multisyge. Undersøgelsen bygger på selvrapporterede data fra den nationale sundhedsprofil Hvordan har du det? fra 2013. Der er spurgt til forekomsten af 17 langvarige sygdomme.

Figur 1. Forekomsten af 17 langvarige sygdomme i den danske befolkning fra 16 år og op viser, hvor hyppigt sygdommene optræder parvist. Der er i alt 272 parvise sygdomskombinationer.⁵

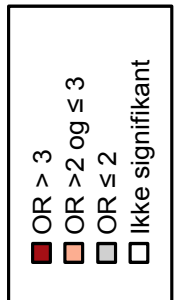
Tallene i boblerne angiver den procentvise forekomst. Det samme gør størrelsen af cirklerne: Jo større cirkel, jo større forekomst. Farven på boblerne angiver, hvor stor forekomsten af en sygdom er hos personer, der i forvejen har en given sygdom, sammenlignet med sygdommens forekomst i hele befolkningen. Dette forhold er udtrykt som en odds-ratio. Forkortelser: KOL, kronisk obstruktiv lungesygdom; OR, odds-ratio.

Personer med denne sygdom...

Forekomsten af sygdom (%) i befolkningen



...som også har denne sygdom (%)



Forhøjet blodtryk
 Blodprop i hjertet
 Hjertekrampe
 Apopleksi
 Diabetes
 Kræft
 KOL
 Astma
 Allergi
 Slidgigt
 Leddegigt
 Knogleskørhed
 Psykisk lidelse
 Migræne, hyppig hovedpine
 Tinnitus
 Grå stær
 Forhøjet blodtryk
 Blodprop i hjertet
 Hjertekrampe
 Apopleksi
 Diabetes
 Kræft
 KOL
 Astma
 Allergi
 Slidgigt
 Leddegigt
 Knogleskørhed
 Psykisk lidelse
 Migræne, hyppig hovedpine
 Tinnitus
 Grå stær

Røde bobler angiver en odds-ratio (OR) på større end 2 for den sygdomsspecifikke forekomst i forhold til forekomsten i befolkningen. Hvide bobler angiver at den sygdomsspecifikke forekomst ikke er statistisk signifikant forskellig fra forekomsten i befolkningen.

Det generelle billede er, at sygdommene ofte forekommer sammen i karakteristiske mønstre. Det vil sige, at har man én sygdom, er sandsynligheden for, at man også har en eller flere andre sygdomme, større, end man skulle forvente, hvis sygdommene optrådte uafhængigt af hinanden.

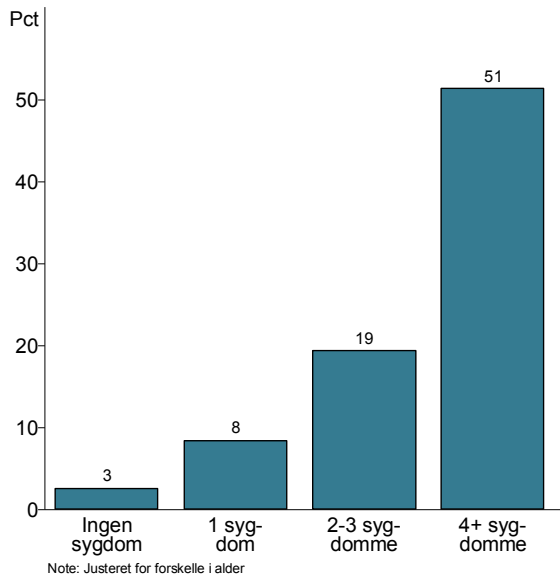
Eksempel: Blandt diabetikere har 38 % forhøjet blodtryk, 3 % har haft en blodprop i hjertet, og 4 % lider af hjertekrampe. De tilsvarende tal for hele befolkningen er 18 %, 1 % og 2 %. I 252 ud af 272 kombinationer er den sygdomsspecifikke forekomst signifikant større end i befolkningen som helhed. Adskillige sygdomme forekommer dobbelt så hyppigt, når de optræder i kombination med andre. Tendensen til samforekomst er særligt udbredt ved nogle sygdomme, eksempelvis har personer med hjertekrampe mere end dobbelt så stor sandsynlighed for at have 12 af de 16 andre kroniske sygdomme (Figur 1).

Personer med diskusprolaps eller psykisk sygdom har en højere sandsynlighed for at have 8 ud af de 16 andre sygdomme. I modsætning hertil har personer med kræft, tinnitus eller grå stær ikke større sandsynlighed for at have de øvrige sygdomme.

Undersøgelsen viser, at de mest almindelige sygdomspar er allergi og astma, slidgigt og leddegigt samt astma og KOL. Særligt iøjnefaldende er den høje forekomst af somatiske sygdomme hos personer med psykiske lidelser. Personer med psykisk sygdom har en markant overdødelighed sammenlignet med resten af befolkningen, og hjertekarsygdomme bidrager væsentligt hertil.

En undersøgelse af multisygdom i Region Midtjyllands befolkning viser, at andelen med multisygdom stiger kraftigt med alderen, men at multisygdom også forekommer i et ikke ubetydeligt omfang hos unge.⁶ Hos de 25-34-årige har 22 % to eller flere langvarige sygdomme, mens det blandt de 75-79-årige er 63 %. I undersøgelsen blev der spurgt til 18 langvarige sygdomme. Fra 65 år og opefter er mere end halvdelen multisyge.

Undersøgelsen viser desuden, at sygdomsbelastningen øges kraftigt med et stigende antal sygdomme (Figur 2).



Figur 2. Andel patienter med dårligt selv vurderet i forhold til antallet af kroniske sygdomme.⁶

Mens der kun var 3 % med dårligt selv vurderet helbred blandt personer uden nogen af de 18 langvarige sygdomme, havde 51 % et dårligt selv vurderet helbred blandt personer med fire eller flere langvarige sygdomme.⁶ Der er tale om en meget markant sammenhæng, også selv om der blot er foretaget en simpel optælling af sygdomme hos den enkelte, uden at der er sondret mellem alvorligheden af sygdommene.

Multisygdom som udfordring for sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet må løbende tilpasse sine ydelser til de ændringer, der sker i befolkningens behov. Aldringen af befolkningen kombineret med udviklingen i udrednings- og behandlingsmuligheder gør, at en voksende andel af befolkningen behandles for to eller flere samtidige sygdomme. Hos ældre er multisygdom reglen frem for undtagelsen. Det er den virkelighed, sundhedsvæsenet skal tilpasse sig. Det er en organisatorisk og faglig udfordring, fordi sundhedsvæsenet i de seneste 100 år har fejret sine største triumfer gennem øget specialisering, og specialisering stadig er en vigtig driver i sundhedsvæsnets udvikling. Den måde det specialiserede sundhedsvæsen er opbygget på i dag, fremmer ikke koordinering og optimering af behandlingen hos personer, der er i behandling for flere sygdomme.

Tilpasning af sundhedsvæsenets organisering til patienter med multisygdom

Hvis man skal undgå usammenhængende behandlingsforløb, en overvældende behandlerbyrde og lægepåførte skader som følge af polyfarmaci, kræver det koordinering på tværs af specialer og sektorer (praksissektor, kommuner, hospitaler). Det kræver udvikling og afprøvning af nye organisations- og samarbejdsmodeller.

Mere patientinvolvering

Hvad er det vigtigste for patienten? Jo mere patienter og pårørende involveres i beslutninger om udredning, behandling og rehabilitering, jo større er chancen for, at de forskellige aktiviteter afstemmes efter patientens ønsker og behov, og at der anlægges en helhedsvurdering. Involvering af patienten muliggør desuden, at der tages højde for forskelle i ressourcer og levevilkår (social differentiering). På den måde kan man modvirke social ulighed i behandlingen.

Bedre evidens

Lægemidler og andre behandlingsmetoder er fortrinsvis afprøvet på patienter med monosygdom. Ligeledes tager kliniske retningslinjer sjældent højde for behandling af multisyge patienter.⁷ Der er derfor behov for evidens for behandlingers effekt, når lægemidler anvendes på multisyge og for kliniske retningslinjer, der tager højde for multisygdom.⁸ Samtidig skal man være opmærksom på, at kliniske retningslinjer kan være problematiske at anvende på patienter, som har det, der med et rammende udtryk er blevet kaldt 'sammenflydende sygdom'.⁹ Her tænkes især på ældre, skrøbelige patienter med komplekse kroniske lidelser, hvor et vigtigt mål for behandlingen kan være at understøtte, at patienten bevarer funktionsevnen i et omfang, der muliggør et aktivt og meningsfuldt liv, frem for helbredelse af de enkelte lidelser.

Økonomiske incitamenter der fremmer helhedstænkning

Aflønning for enkelttydelser er den fremherskende finansieringsform i praksissektoren, mens allokering af ressourcer i hospitalsvæsenet via DRG-systemet ligeledes er knyttet til enkeltprocedurer. De økonomiske incitamenter bidrager til atomisering frem for helhedstænkning. Der er med et økonomudtryk tale om 'perverse incitamenter', der fremmer produktiviteten, men ikke nødvendigvis kvaliteten af ydelserne. Det er derfor vigtigt at tilpasse de økonomiske incitamenter, så fokus på det samlede patientforløb præmieres.

Mere tidssvarende uddannelser

En vigtig faktor i sundhedsvæsenets tilpasning til en befolkning, hvor multisygdom er den ny normalitet, er tidssvarende uddannelser af sundhedsprofessionerne. Viden om udbredelse og konsekvenser af multisygdom bør være en central del af pensum sammen med et forstærket fokus på 'den hele patient'.

Konklusioner og perspektiver

Vi er vant til at tænke på sundhedsvæsenet som en sektor drevet af viden. Kvantitativ og kvalitativ forskning i multisygdom har i de senere år bidraget med relevant viden om multisygdom.¹⁰⁻¹² Handler det ikke bare om at omsætte denne viden i praksis? Det overordnede svar er ja. Man skal imidlertid være opmærksom på, at der er stærke interesser knyttet til den nuværende organisering af sundhedsvæsenet både blandt private og offentlige aktører. Udvikling af et sundhedsvæsen, der egner sig til at tage sig af multisyge patienter, kræver derfor mere end blot at sprede og omsætte viden. Magt, prestige og økonomiske interesser er vigtige medspillere.

Hvis omstillingen skal lykkes, forudsætter det, at der træffes beslutninger på mange niveauer, og at der arbejdes målbevidst på at skabe rammer og nye balancer og alliancer mellem aktørerne for at muliggøre omstillingen. Der skal ske ændringer på det kliniske niveau, eksempelvis implementering af kliniske retningslinjer for multisyge, og nye metoder til patientinddragelse skal anvendes. På det organisatoriske niveau er der eksempelvis behov for skabelse af nye samarbejdsstrukturer mellem specialister indbyrdes og mellem specialister og praksissektoren. På samfunds niveau er der eksempelvis brug for ændring af de økonomiske incitamenter og for krav om, at lægemidler skal være afprøvet på patienter med flere sygdomme. Klinikere, forskere, politikere, administratorer og medicinalindustri må derfor alle yde et bidrag til omstillingsprocessen.

Referencer

- 1 van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *The European Journal of General Practice*. 1996;2:65-70.
- 2 May CR, Eton DT, Boehmer K, Gallacher K, Hunt K, MacDonald S, et al. Rethinking the patient: using Burden of Treatment Theory to understand the changing dynamics of illness. *BMC Health Services Research*. 2014;14:281.
- 3 Doessing A, Burau V. Care coordination of multimorbidity: a scoping study. *Journal of Comorbidity*. 2015;5:15-28.

- 4 Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005 10;294:716-24.
- 5 Friis K, Pedersen MH, Larsen FB, Lasgaard M. A national population study of the co-occurrence of multiple long-term conditions in people with multimorbidity, Denmark, 2013. *Prev Chronic Dis*. 2016 28;13:E12.
- 6 Larsen FB, Friis K, Lasgaard M, Pedersen MH, Sørensen JB, Jakobsen LMA, Christiansen J. Hvordan har du det? 2013 – Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 1. Aarhus: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2014.
- 7 Hughes LD, McMurdo MET, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing*. 2013;42:62-9.
- 8 Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE clinical guideline 56. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016.
- 9 Upshur RE, Tracy S. Chronicity and complexity: is what's good for the diseases always good for the patients? *Can Fam Physician*. 2008;54:1655-8.
- 10 Publications on multimorbidity (updated on November 8, 2016). Usherbrooke, Canada: International Research Community on Multimorbidity; 2016. Tilgængelig fra: https://www.usherbrooke.ca/crmcspl/fileadmin/sites/crmcspl/documents/Publications_on_multimorbidity_01.pdf.
- 11 Mercer SW, Salisbury C, Fortin M, editors. ABC of multimorbidity. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell BMJ Books; 2014.
- 12 Freeman TR. Multimorbidity. In: Freeman TR (revised by). McWhinney's textbook of family medicine. 4th edition. Oxford, UK: Oxford University Press; 2016.

4.

Social ulighed i multisygdom

*Af Peter Vedsted, overlæge, professor, Forskningsenheden for Almen Praksis og Universitetsklinisk for Innovative Patientforløb, Aarhus Universitet.
p.vedsted@ph.au.dk*

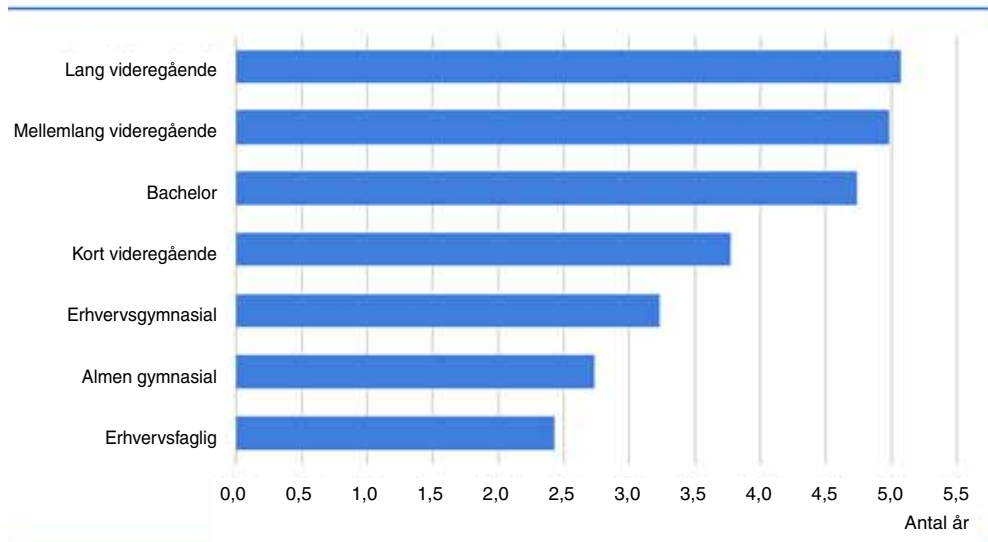
Resumé: *Multisygdom er stærkt knyttet til sociale forhold. Det skyldes, at mange sociale forhold disponerer til sygdom – såvel fysiske som mentale. Dertil er lav social position særligt sammenhængende med livsvaner, der fører til kronisk sygdom. Meget tyder på, at lav social position accentuerer udviklingen af multisygdom. Prognosen for multisygdom er også dårligere ved lav social position. Der ses modsatrettede strukturelle forhold og incitamentet i sundhedsvæsenet, der gør at multisyge med lav social position har dårligere adgang til sundhedsvæsenets ydelser, og de har samtidig en mindre fordelagtig sundhedsadfærd, herunder lægesøgning. Der er behov for et ændret fokus på netop denne gruppe, hvilket vil kræve en bred og sammenhængende indsats.*

Multisyge patienter er ramt af social ulighed i sundhed

Der er en naturlig variation i vores helbred, sygelighed og dødelighed. Grundlæggende er det sundhedsvæsenets opgave at have fokus på denne variation og søge at påvirke vores sundhedstilstand og tilstræbe, at alle opnår lige risiko for at blive syge og samme chance for at blive raske. I Danmark har vi derfor valgt, at alle skal have lige adgang til sundhedstilbud, og at alle bidrager solidarisk til at betale for det.

Når sygdomsbyrden afhænger af sociale forhold er der tale om social ulighed i sundhed. For eksempel er lavere uddannelse og indkomst indikatorer for øget risiko for at blive og være syg og også dårligere mulighed for leve et sundt liv. Det er vigtigt at understrege, at sammenhængen er kompleks, således at sociale forhold kan føre til sygdom og vice versa.¹ Generelt er der dog enighed om, at der for forskellene i voksenlivet er tale om en akkumuleret ulighed i eksponering for faktorer, der leder til dårligere helbred og tidligere død.² Af en række årsager, herunder genetiske,

opvækstmæssige, samfundsmæssige og faktorer ved sundhedsvæsenet, ser man en tydelig dosis-respons i den forventede levetid for 40 årige afhængigt af uddannelsesniveau (Figur 1).

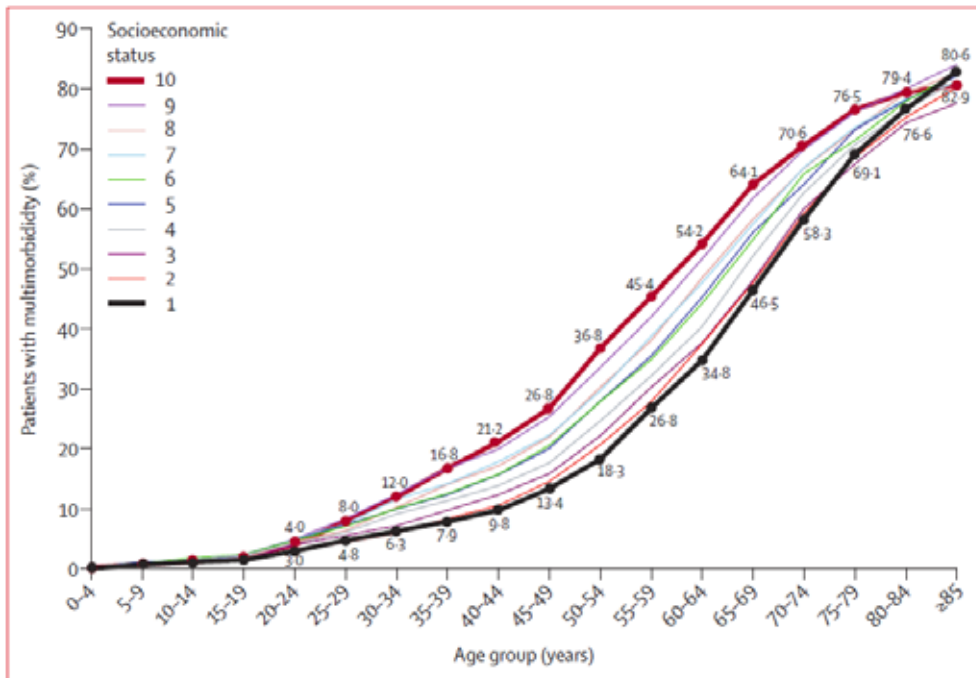


Figur 1. Ekstra levetid for 40 årige afhængigt af deres uddannelsesniveau (2009-2013) (Danmarks Statistik).

I Danmark, som i mange andre lande, ser vi en stigende ulighed i sundhed. Dels som en stigende gradient mellem brede befolkningsgrupper defineret ved disses uddannelses- og indkomstniveauer. Dels i form af at særligt udsatte grupper klarer sig dårligere end resten af befolkningen. Som eksempel kan de 25 % højest uddannede 30 årige mænd og kvinder forvente at leve henholdsvis 4 og 2,5 år længere end de 25 % mænd og kvinder med lavest uddannelsesniveau. Det er derfor naturligt at se nærmere på multisygdom i relation til social ulighed i sundhed.

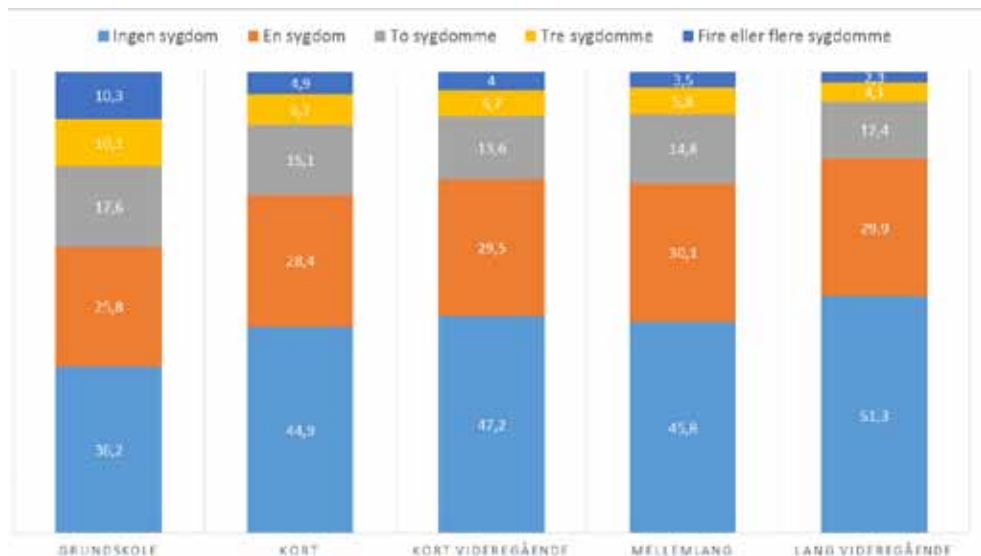
Social position og multisygdom

Ser man på den aldersmæssige udvikling af multisygdom i forhold til social position er det påfaldende, at personer med lav social position udvikler multisygdom flere år før andre. Hvor eksempelvis de 20 % af de 40-44 årige med lav social position er multisyge, er det 10 % af de socialt bedst stillede. Og blandt de socialt bedst stillede er det først ca. 15 år senere, man ser at 20 % har udviklet multisygdom³ (Figur 2).



Figur 2. Forekomst af multisygdom i forhold til alder og social position. Social position er opdelt i 10 grupper, hvor 1=højeste position og 10=laveste position.³

Multisygdom ses oftere hos personer med lavere uddannelse som vist i Sundhedsprofilen fra 2013⁴ (Figur 3). Et særligt kendetegn ved multisygdom er altså, at det ser ud til at ramme tidligere og oftere hos personer med lav social position. Man har øget risiko for at få en kronisk sygdom og samtidig større risiko for at få flere på samme tid, når man bliver kronisk syg. Dette får store konsekvenser for denne gruppe mennesker, idet de ikke kun lever kortere end personer i bedre social position. De har dertil også en endnu længere periode med dårligt helbred, som giver mere stress, smerter, lav livskvalitet og dårligt socialt netværk.⁵



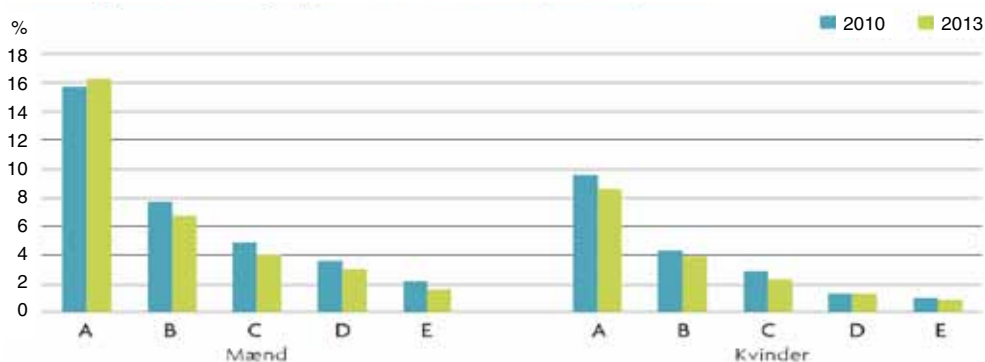
Figur 3. Den aldersjusterede procentvise forekomst af multisygdom i forhold til uddannelsesniveau hos personer med ingen sygdom, en, to, tre, fire eller flere sygdomme tegnet fra.⁷

Risikofaktorer og social position

Grunde til den øgede og tidligere forekomst af multisygdom hos personer med lavere social position hænger for en stor dels vedkommende sammen med to forhold. For det første startede en højere andel af disse personer livet under dårligere kår og med øget forekomst af sygdom gennem barn- og ungdommen. Dernæst er lavere social position associeret til dårligere livsvaner og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Allerede i ungdommen kan man se en markant overdødelighed af mangeartede årsager, hvis personen i barneårene har været på overførselsindkomst. Samtidig får unge, der er vokset op i socialt dårligere stillede familier, sværere ved at få en ungdomsuddannelse, og dermed skabes en sammenhæng mellem lav social position og dårligt helbred.

For alle væsentlige livsvaner af betydning for udviklingen af sygdom er der en markant overvægt hos personer med lav social position.⁶ Af størst betydning er tobaksrygning, alkohol, fysisk inaktivitet, overvægt og kost, hvilket determinerer udvikling og forværring af sygdom og følgerne deraf.⁷ I Figur 4 ses sammenhængen mellem uddannelsesniveau og antallet af flere risikofaktorer på samme tid. En sådan fordeling forklarer en stor del af multisygdom hos personer med lav social position.



- A: Grundskole
 B: Kort uddannelse
 C: Kort videregående uddannelse
 D: Mellemlang videregående uddannelse
 E: Lang videregående uddannelse

Figur 4. Andel med 3-5 risikofaktorer blandt mænd og kvinder (25 år og derover) i forskellige uddannelsesgrupper aldersjusteret (2010-13).⁷

Sundhedsadfærd

Personer med multisygdom har, af en række årsager, en mindre hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Som et eksempel er deltagelse i screeningsprogrammer konsekvent lavere hos personer med multisygdom, hvor lav social position yderligere sænker deltagelsen.⁸ Især kombinationer af somatisk og psykisk sygdom er præget af ændret sundhedsadfærd. Dette gælder også tandlægebesøg samt køb af ordineret medicin på apoteket.⁹ Andre forhold som manglende socialt netværk, lav sundhedskompetence, invaliditet og nedsat mobilitet har vist have betydning for sundhedsadfærden i relation til kroniske sygdomme.¹⁰

Adgang og den omvendte sundhedslov

Personer med lav social position ses lidt oftere i almen praksis.¹¹ Og er oftere indlagte. Multisygdom øger denne sammenhæng, især for kontakter til hospitalsvæsenet, herunder også akutte indlæggelser og skadestue. Som et eksempel er andelen af personer med 1 ambulanskontakt årligt øget 13 % fra 2007 til 2015. Til sammenligning er antallet af personer med 10 eller flere ambulante kontakter på et år øget med 57 % i samme periode.¹²

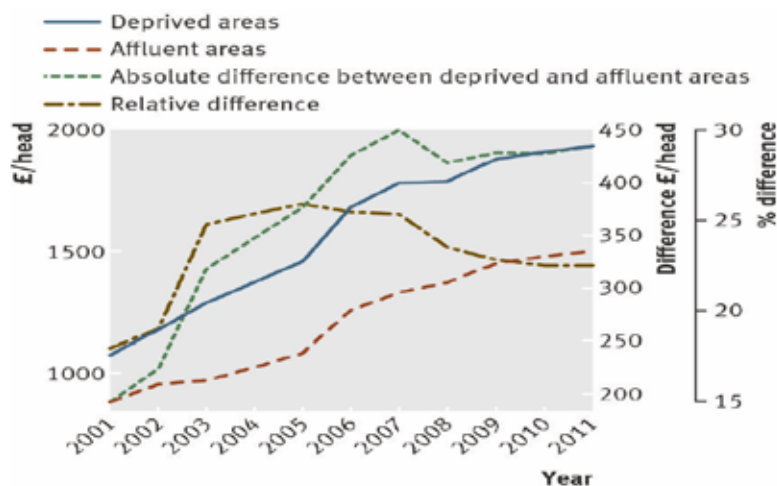
I de områder, hvor behovet for adgang til sundhedsydelser er størst, ses der ofte en såkaldt omvendt sundhedslov, hvor læger og andet sundhedspersonale søger

til andre områder end der, hvor folk med lav social position og komplekse sundhedsbehov lever.¹³ For personer med lav social position og multisygdom betyder det, at de bliver dobbelt ramt i forhold til adgang til sundhedsvæsenets ydelser¹¹. I Danmark er dette nu en realitet.

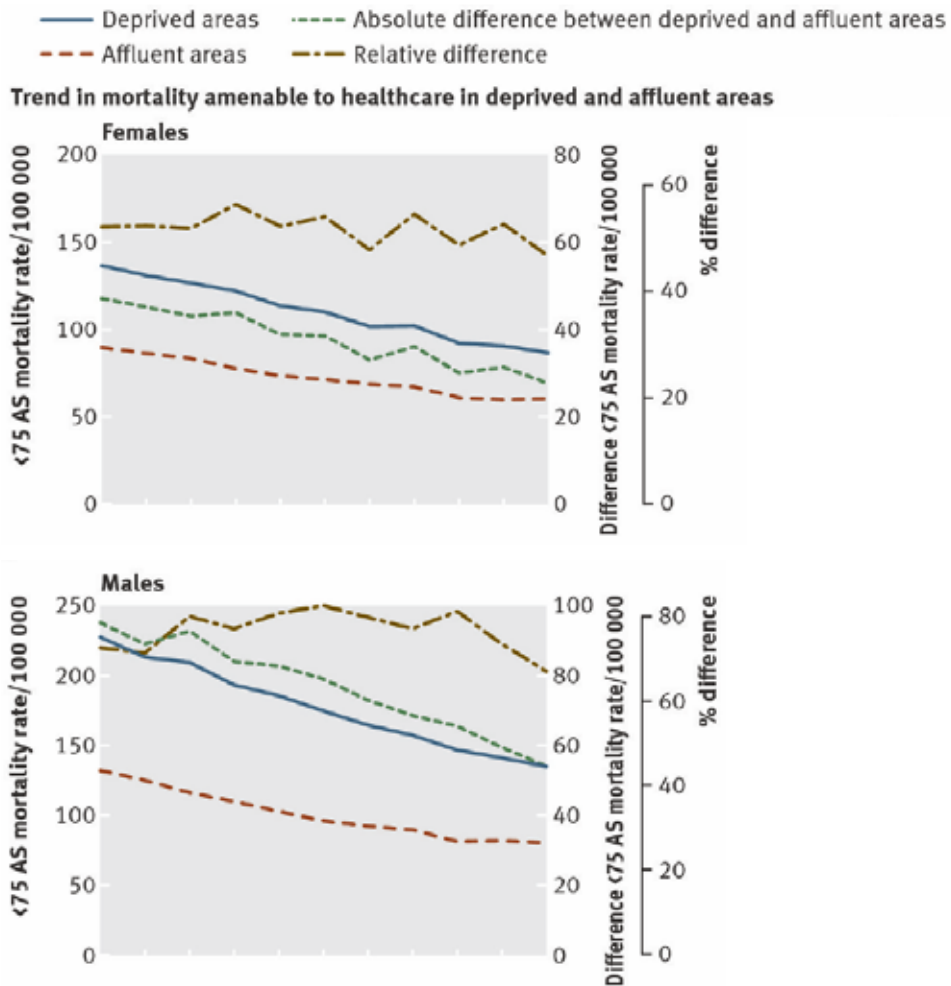
Incitament og differentieret investering i sundhed

Et skotsk studie viste, at mens dødeligheden og graden af multisygdom steg med faldende social position, så steg sygesikringens udgifter til patienterne paradoksalt nok med stigende social position.¹⁵ Sundhedsvæsenets incitament til at tage sig af multisyge og socialt dårligt stillede er altså omvendt og ikke tilpasset det medicinske behov.

I England har man undersøgt sammenhængen mellem en særlig fokuseret investering i indsatser rettet mod socialt dårligere stillede, herunder bedre børne- og ungdomsindsats samt øget adgang til almen praksis.¹⁶ I figurerne 5 og 6 ses disse fund, hvor en absolut og relativ øget investering i områder med lav social position ser ud til at have skabt en mindsket forskel i dødeligheden.



Figur 5. Den engelske sygeforsikrings (NHS) investering i områder med henholdsvis lav og høj social position. Den grønne linje viser den absolutte ekstra investering.¹⁷



Figur 6. Udviklingen i dødelighed der kan tilskrives sundhedsvæsenets indsats. Den grønne linje viser at forskellen mellem høj og lav social position mindskes.¹⁷

På samme vis har man også i England, på basis af den omfattende registrering af kvalitetsindikatorer i Quality and Outcome Framework, fundet at den sociale gradient i behandlingsprocesser og -mål blev formindsket.¹⁷ Det var overraskende, for typisk ville man mene, at praksis i områder med patienter med lav social position ville have sværere ved at opnå gode resultater. Man konkluderer, at disse incitamenter især har haft effekt på de mest syge og derfor understøtter lægerne i primært at arbejde med de kronisk syge med lavest social position.

Multisygdom, prognose og social gradient

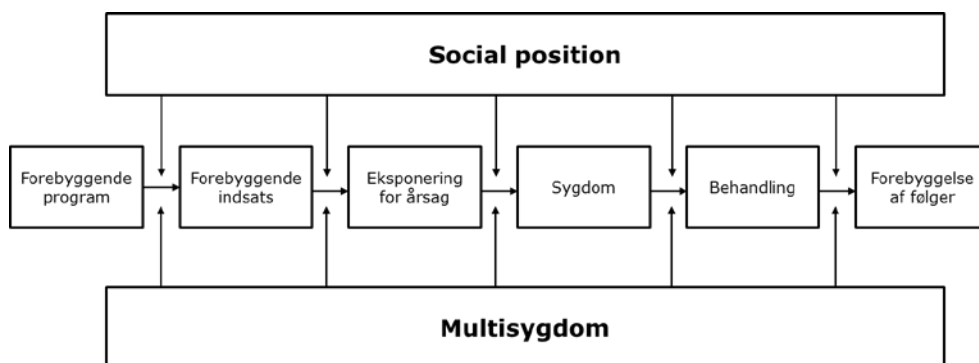
Multisygdom er en særlig prognostisk faktor for en række alvorlige sygdomme. Er man først multisyg, vil efterfølgende sygdomme ramme hårdere i form af sværere påvirkning af helbredet og øget dødelighed. Det kender man for eksempel fra kræft, hvor man groft sagt kan sige, at har man en kronisk sygdom, er det som at få cancer i ét værre stadie. Multisygdom svarer til to stadier værre sammenlignet med ingen kronisk sygdom.¹⁸ Social position har en yderligere selvstændig virkning her ved at betyde en lavere overlevelse efter for eksempel kræft.¹⁹ Samtidig viser det sig, at det reelt set er den sociale position, der har den største betydning for overdødeligheden sammenholdt med kronisk sygdom.

I en opgørelse med danskere i alderen 60 år eller over fandt man, at 10 % af de ældre stod for 65 % af alle sundheds- og plejeudgifter, og at det var sammenhængende med lav social position.²⁰ Det er således også denne gruppe, der senere i livet kommer til at trække på udgifterne til pleje og sundhed.

Konklusioner og anbefalinger

Lav social position fører til øget grad af multisygdom. Multisygdom har en dårligere prognose hos personer med lav social position. Lav social position spiller således en selvstændig og betydelig rolle i både forebyggelsen, behandlingen og opfølgningen af multisygdom (figur 7).

Det er derfor nødvendigt at have fokus på alle dele af forløbet fra tidlig barndom hos personer med lav social position. Det kræver primært andre indsatser end sundhedsvæsenets, især i starten af forløbet og senere en udbygget og integreret indsats fra alle dele af samfundet, som har med denne gruppe at gøre.



Figur 7. Figuren illustrerer vekselvirkningen mellem social position og multisygdom og faktorer med relation til sygdomsudvikling.

Især i den tidlige forebyggelse hos denne gruppe mennesker findes denne indsats vigtig til udskydelse af multisygdom og nedsat livskvalitet. Dette kræver både en strukturel indsats og en individuel indsats for eksempel i almen praksis. Der er behov for forskning, der undersøger muligheden for og effekten af at tage en populationstilgang i almen praksis i tæt samarbejde med kommunale og hospitalsbaserede indsatser. Dette omfatter også, hvordan man simpelt og validt kan identificere gruppen af relevante personer med lav social position. I nogle lande screener man nu for "fattigdom" i almen praksis.²¹

Referencer

- 1 Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Sundhedsstyrelsen 2014.
- 2 Bernstein H, Cosford P, Williams A. Enabling Effective Delivery of Health and Wellbeing. February 2010 (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_111693.pdf)
- 3 Diderichsen F, Habroe M, Nygaard E. At prioritere social ulighed i sundhed – analysestrategi og resultater for Københavns Kommune. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, November 2006.
- 4 Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, Sørensen J, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer.
- 5 Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B, Vestergaard M, Vedsted P. Non-participation in breast cancer screening for women with chronic diseases and multimorbidity: a population-based cohort study. *BMC Cancer*. 2015;15:798.
- 6 Hansen FK, Hussain MA. Konsekvenser af de laveste sociale ydelser – Forsørgelsesgrundlag og afsavn. Sociologisk Institut, Roskilde Universitet, CASA og Aalborg Universitet 2009.
- 7 Blakemore A, Hann M, Howells K, Panagiotti M, Sidaway M, Reeves D, Bower P. Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity: correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:582.
- 8 Arendt et al. Lavindkomst og antal kontakter med almen praksis. *Ugeskr. Læger* 2010.
- 9 Danmarks Statistik. Levekår. Tabel AMB05. Tilgået 2016.
- 10 Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.
- 11 Mercer SW, Guthrie B, Furler J, Watt GC, Hart JT. Multimorbidity and the inverse care law in primary care. *BMJ*. 2012;344:e4152.
- 12 McLean G, Guthrie B, Mercer SW, Watt GC. General practice funding underpins the persistence of the inverse care law: cross-sectional study in Scotland. *Br J Gen Pract* 2015;65:e799-805.
- 13 Barr B, Bamba C, Whitehead M, Duncan WH. The impact of NHS resource allocation policy on health inequalities in England 2001-11: longitudinal ecological study. *BMJ* 2014;348:3231.

- 14 Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet* 2008;372:728–36.
- 15 Lüchtenborg M, Jakobsen E, Krasnik M, Linklater KM, Mellegaard A, Møller H. The effect of comorbidity on stage-specific survival in resected non-small cell lung cancer patients. *Eur J Cancer*. 2012;48:3386-95.
- 16 Louwman WJ, Aarts MJ, Houterman S, van Lenthe FJ, Coebergh JW, Janssen-Heijnen ML. A 50% higher prevalence of life-shortening chronic conditions among cancer patients with low socioeconomic status. *Br J Cancer*. 2010;103:1742-8.
- 17 Fredslund EK, Rasmussen SR. Ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser – betydende socioøkonomiske faktorer. KORA 2015.
- 18 Buchman S. Screening for poverty in family practice. *Can Fam Physician*. 2012;58:709.

5.

Polyfarmaci ved multisygdom

*Af Mikkel Bring Christensen, Overlæge og klinisk lektor ved Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital og Københavns Universitet.
mikkel.bring.christensen@regionh.dk*

*Hanne Rolighed Christensen, Ledende Overlæge og professor, Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital og Københavns Universitet.
hanne.rolighed.christensen@regionh.dk*

Resumé: *Polyfarmaci er en direkte konsekvens af flere samtidige sygdomme. Polyfarmaci er et begreb, og er ikke entydigt defineret, men rent pragmatisk anvendes en grænse på ≥ 5 lægemidler hos ældre hjemmeboende medicinske patienter. Polyfarmaci hos ældre patienter er stærkt associeret til øget risiko for død, lægemiddelrelaterede hospitalsindlæggelser, skadestuebesøg og en større økonomisk byrde for samfundet. Viden om lægemiddelbehandling er overvejende udviklet på baggrund af lodtrækningsforsøg, hvor ældre multisyge stort set ikke er inkluderet. Vi ved, at medicin ofte påvirker ældre mennesker anderledes end yngre, idet de ældre ofte er mere følsomme for medicinens virkninger og bivirkninger. Viden om polyfarmaci hos mennesker med multisygdom er meget sparsom, og der er behov for at opruste såvel læge- som patientperspektivet.*

Polyfarmaci er en direkte konsekvens af flere samtidige lidelser, multisygdom. Polyfarmaci er ligesom multisygdom, ikke et entydigt defineret begreb. I den bredeste og mest nøgterne forstand beskriver begrebet polyfarmaci blot brug af flere lægemidler samtidig.¹⁻² Med til forståelsen af begrebet hører imidlertid også, at polyfarmaci oprindeligt blev anvendt til at beskrive brugen af for mange lægemidler og dermed uhensigtsmæssig medicinering.¹⁻³ De senere år er begrebet polyfarmaci dog som regel mere operationelt defineret, som samtidig anvendelse af flere end et bestemt antal lægemidler, typisk arbitrært sat til over 4 eller 5 lægemidler.⁴⁻⁵ En grænse på ≥ 5

lægemidler er vist, at kunne identificere ældre, hjemmeboende medicinske patienter, der har høj risiko for at få forskellige ikke-favorable tilstande.⁶

Polyfarmaci hos ældre medicinske patienter er stærkt associeret med en øget risiko for død, lægemiddelrelaterede hospitalsindlæggelser, skadestuebesøg⁸⁻⁹ og en større økonomisk byrde for samfundet.¹⁰ Baggrunden for denne sammenhæng bliver ofte begrundet i, at polyfarmaci er markør for en dårlig lægemiddelbehandling. Det illustreres ved association til nedsat compliance og øget risiko for interaktioner og bivirkninger, herunder fald i hjemmet.¹¹⁻¹⁴

Det store problem er imidlertid, at polyfarmaci ofte opstår på baggrund af lægemiddelbehandling, hvor hvert lægemiddel, hver for sig, kan være velindiceret inden for isolerede terapiområder. Polyfarmaci er derved ofte hensigtsmæssig og helt i henhold til kliniske retningslinjer. Det er derfor vigtigt for forståelsen af polyfarmaci som risikofaktor, at polyfarmaci er uløseligt forbundet med multisygdom, og at polyfarmaci i sig selv ikke er negativt, men blot forbundet med flere risikosituationer og negative konsekvenser. Det er uklart, i hvor høj grad underliggende lidelser, som altså har ført til behandling med flere lægemidler, er den egentlige hovedårsag til, at polyfarmaci er associeret med så mange negative konsekvenser.

På trods af, at det er svært at adskille begreberne polyfarmaci og multisygdom, og at behandling med flere lægemidler i mange tilfælde kan være hensigtsmæssigt, så er der alligevel holdepunkter for, at polyfarmaci i mange tilfælde udgør et selvstændigt problem. Et centralt punkt er en udtalt mangel på viden om en given behandling virker i en konkret patientkategori.

Der er stort set ingen lægemidler, hvor effekt-bivirkningsforholdet hos ældre, poly-medicinerede og patienter med multisygdom er undersøgt. Hvis man ser på evidensen af lægemiddelbehandling, så baserer den sig næsten udelukkende på lodtrækningsforsøg, som lægemiddelfirmaerne udfører for at opnå markedsføringstilladelse. I de forsøg er ældre, multisyge patienter stort set ikke inkluderet, og kigger man på de ældre patienter, som oftere også fejler flere ting, så ser effekten generelt ud til at være mindre.¹⁵⁻¹⁶ Samtidig ved vi, at medicin påvirker ældre mennesker anderledes end yngre.¹⁷

Lægemiddeludskillelsen, som er relateret til nyrefunktion bliver nedsat i takt med faldende fysiologisk og eventuelt også sygdomsbetinget nyrefunktionsnedsættelse, hvilket medfører en risiko for overdosering og bivirkninger. Det er også velkendt, at ældre personer med nedsat fysisk formåen og modstandsdygtighed generelt er mere udsatte for uhensigtsmæssige effekter (bivirkninger) af lægemidler. Her kan nævnes en større følsomhed for lægemidler, der påvirker centralnervesystemet og en større risiko for svimmelhed ved blodtrykssænkende lægemidler, blødninger

ved blodfortyndende medicin og for lavt blodsukker ved midler mod diabetes. Det er derfor nærliggende at tænke, at multisygdom per se er den vigtigste risikofaktor for dårligere virkning af lægemidler, død, lægemiddelrelaterede hospitalsindlæggelser mm. Fremtidig forskning indenfor multisygdom bør søge at belyse denne problemstilling.

De fleste kliniske behandlingsvejledninger italesætter ikke den manglende evidens i forhold til ældre multisyge patienter.¹⁸ Tværtimod hersker den opfattelse mange steder, at man ikke må afholde ældre, multisyge en behandling, der virker på en anden og typisk mindre syg patientpopulation. Og det er uanset, at behandlingen altså langt fra er dokumenteret effektivt, set i lyset af de mulige flere bivirkninger og interaktioner (både lægemiddel-lægemiddel og lægemiddel-sygdom). Patientperspektivet mangler ofte i diskussionen vedrørende at behandle eller ikke at behandle. Det kan være svært at sikre sig, at patienten er informeret og medinddraget og således har forstået, hvilke gode og mindre gode effekter, der kan være af at tillægge endnu et lægemiddel til en igangværende behandling. Udfordringen her er tidsforbruget og at finde relevant forståelig viden. Synes den multisyge patient, at den estimerede effekt ved at tillægge endnu et nyt præparat opvejer besværet og bivirkningerne ved at indtage endnu et lægemiddel?

Det kan derfor hævdes, at behandlingen af multisyge, på grund af et ændret og måske endda ikke favorabelt effekt-bivirkningsforhold, bør individualiseres i langt højere grad end det er tilfældet i dag. Der er flere faktorer, der gør det værd i højere grad at individualisere behandlingen af ældre multisyge patienter. Faktorer så som nedsat restlevetid (og dermed typisk kortere tid til at opnå en gavnlig effekt af forebyggende medicin) og patientpræferencer vil typisk være ændret for multisyge, poly-medicinerede patienter – og der kan være mere tungtvejende end eventuelle gavnlige langtidseffekter af en given behandling. Det er også velkendt, at compliance til behandlingen mindskes, jo flere lægemidler der ordineres, og tillæg af ny behandling kan eventuelt gøre, at den i forvejen ordinerede behandling ikke bliver fulgt. Der er stort set ingen viden om eller forskning i at fjerne (seponere) medicin, der er uhensigtsmæssig eller bivirkningstung, i stedet for blot at tillægge et ekstra præparat.

Konklusion

Vi ved meget lidt om farmaci hos multisyge patienter, og der er behov for at opruste såvel læge- som patientperspektivet på behandlingen. Der er behov for, at guidelines begynder at adressere manglen på evidens, således det ikke er i strid med guidelines at undlade behandling til ældre, multisyge patienter. Der er behov for krav fra

de lægemiddelgodkendende myndigheder om, at relevante populationer, herunder multisyge og multimedicerede patienter, skal indgå i de lægemiddelforsøg, der bliver udført og betalt af medicinindustrien. Og der er behov for uafhængige, offentligt finansierede randomiserede forsøg, hvor man fjerner unødvendig eller uhenigtsmæssig medicin hos multisyge, polyfarmaci-patienter. Der er desuden behov for at generere viden om patientpræferencer ved en given lægemiddelbehandling. I den forbindelse bør der udvikles lettilgængelige og forståelige informationsmuligheder, for at sikre patientinddragelse med information i øjenhøjde.

Referencer

1. Friend DG. Polypharmacy; multiple-ingredient and shotgun prescriptions. *N Engl J Med.* 1959;260:1015–8.
2. Mortazavi SS, Shati M, Keshtkar A, Malakouti SK, Bazargan M, Assari S. Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. *BMJ Open.* 2016;6:e010989.
3. Montamat SC, Cusack B. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. *Clin Geriatr Med.* 1992;8:143–58.
4. Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, m.fl. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;:CD008165.
5. Cooper JA, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Bradley MC, Ryan C, m.fl. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. *BMJ Open.* 2015;5:e009235.
6. Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, m.fl. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2012;65:989–95.
7. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, Brørs O, Hilberg T, Svaar H, m.fl. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med.* 2001;161:2317–23.
8. Zed PJ, Abu-Laban RB, Balen RM, Loewen PS, Hohl CM, Brubacher JR, m.fl. Incidence, severity and preventability of medication-related visits to the emergency department: a prospective study. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2008;178:1563–9.
9. Kongkaew C, Hann M, Mandal J, Williams SD, Metcalfe D, Noyce PR, m.fl. Risk factors for hospital admissions associated with adverse drug events. *Pharmacotherapy.* 2013;33:827–37.
10. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP. Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA J Am Med Assoc.* 22. 1997;277:301–6.
11. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, m.fl. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging.* 2014;31:283–9.

12. Obreli-Neto PR, Nobili A, de Oliveira Baldoni A, Guidoni CM, de Lyra Júnior DP, Pilger D, m.fl. Adverse drug reactions caused by drug-drug interactions in elderly outpatients: a prospective cohort study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2012;68:1667–76.
13. Bourgeois FT, Shannon MW, Valim C, Mandl KD. Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010;19:901–10.
14. Ziere G, Dieleman JP, Hofman A, Pols H a. P, van der Cammen TJM, Stricker BHC. Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. *Br J Clin Pharmacol.* februar 2006;61:218–23.
15. Zulman DM, Sussman JB, Chen X, Cigolle CT, Blaum CS, Hayward RA. Examining the evidence: a systematic review of the inclusion and analysis of older adults in randomized controlled trials. *J Gen Intern Med.* 2011;26:783–90.
16. Lindley RI. Drug trials for older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2012;67:152–7.
17. Brøsen K, Jens P, Simonsen U. Basal og klinisk farmakologi. København.: FADL; 2014.
18. Hughes LD, McMurdo MET, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing.* 2013;42:62–9.

6.

Primærsektoren og multisygdom

*Af Karen Nørskov Toke, centerchef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune.*

Mail: ec5a@suf.kk.dk

*Mogens Vestergaard, prof., dr.med., prakt. læge,
Forskningsenheden for Almen Praksis (FEAP).*

mv@ph.au.dk

Resumé: *Det nære sundhedsvæsen spiller en central rolle for sundhed og livskvalitet hos personer med multisygdom – her gennemføres størstedelen af indsatsen i forhold til forebyggelse, diagnostik, behandling, og rehabilitering af multisyge borgere. Indsatsens udgangspunkt skal være en helhedsorienteret tilgang til borgeren, og samarbejdet mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet bør præges af relationel koordinering i stedet for stafetagtig aflevering af patienten fra sted til sted. Indsatsen bør i fremtiden være mere populationsorienteret og proaktiv. Alle parter i sundhedsvæsenet skal forpligtige sig til et fælles ansvar for befolkningens sundhed, og skal kunne regne med hinandens samarbejdsvilje og kompetencer. Der skal være en klar rolle- og ansvarsfordeling, ligesom kommunikation og informationer mellem sektorerne skal glide smidigt. Der bør investeres i det nære sundhedsvæsen, og beslutningstagere, overenskomstparter og faglige organisationer skal påtage sig et ansvar for at skabe optimale rammer – lovgivning, overenskomster, incitamentsstrukturer mv. – for den nødvendige videreudvikling af fremtidens nære sundhedsvæsen.*

Det danske sundhedsvæsen gennemgår markante forandringer i disse år. Antallet af ældre og kronisk syge med flere samtidige lidelser stiger dramatisk. Sygehusene specialiseres og samles på store enheder med færre sengepladser. Det betyder, at indlæggelsestiden falder, og det nære sundhedsvæsen, ikke mindst kommuner og praktiserende læger, skal løse flere og mere komplekse behandlings- og plejeopgaver.

Den danske befolkning har over 23 millioner konsultationer om året hos egen

læge eller vagtlæge. Det svarer til over 4 konsultationer per borger i gennemsnit. Antallet af konsultationer stiger støt med alder og sygelighed (80+-årige har 9 konsultationer per år i gennemsnit, mens borgere med over 4 kroniske lidelser har 11). Det giver samlet set en markant større belastning af det nære sundhedsvæsen i fremtiden. Denne udvikling stiller nye krav til kommuner og praktiserende læger, men rummer også mulighed for nytænkning og kvalitetsløft – sundhedsfagligt, økonomisk og ift. borgernes oplevelse af kvalitet og sammenhæng.

Det nære sundhedsvæsen er borgerens indgang til sundhedsvæsenet. En af styrkerne i det nære sundhedsvæsen er, at borgeren så vidt muligt behandles i eller nær eget hjem. Nærhed og kontinuitet spiller en afgørende rolle for mange, ikke mindst de ældre med flere samtidige lidelser, fordi transport, nye omgivelser og indlæggelser kan være en stor belastning. Det nære sundhedsvæsen har generelt et markant lavere omkostningsniveau og har potentiale til at sikre mere sammenhængende og kontinuerlige forløb end det opdeltede, specialiserede sygehusvæsen. Samtidig må der forventes en udvikling, hvor stadig mere behandling og opfølgning for eksempel af kronisk sygdom varetages af kommuner og praksis i fællesskab. En vellykket omlægning af sundhedsvæsenet kræver dog omprioritering af ressourcer, kompetenceløft og tættere samarbejde mellem kommuner, almen praksis og sygehusvæsenet. Vi vil her fremhæve nogle af de mest iøjnefaldende potentialer og udfordringer, som vi møder i det nære sundhedsvæsen, når det gælder borgere med multisygdom.

Det nære sundhedsvæsen

Kommuner og praktiserende læger er det centrale makkerpar i det nære sundhedsvæsen, og de to sektorer er dybt afhængige af hinanden. I modsætning til det specialiserede sygehusvæsen spiller den praktiserende læge og det kommunale personale en kontinuerlig rolle i den (multi)syge borgers hverdag. Sygehusvæsenets kernekompetence er at levere tidsafgrænset og specialiseret behandling af specifikke diagnoser, mens almen praksis og kommuner skal kunne se mere helhedsorienteret på borgerens situation og hjælpe denne med at samle trådene og navigere i et stadigt mere komplekst og fragmenteret sundhedssystem.

Den praktiserende læge har ofte et tæt og langvarigt kendskab til sine patienter og har kompetencerne til at være den sundhedsmæssige tovholder for personer med multisygdom. Lægen arbejder ud fra en personcentreret tilgang og er en af de få generalister, som er tilbage i det danske sundhedsvæsen. Den praktiserende læge er dermed godt rustet til at skabe gode løsninger for en patient med flere sygdomme.

Kommunerne leverer sundhedsydelse, pleje og rehabilitering til borgeren, følger

op på behandling igangsat i praksis eller på sygehuset samt leverer en række relaterede velfærdsydelser inden for bl.a. social, beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Kommunens personale vil ofte være de sundhedspersoner, som den (multi)-syge borger hyppigst ser i et pleje- og behandlingsforløb. Det gælder særligt ældre borgere, der får pleje og omsorg fra hjemme(syge)pleje eller plejecenter, borgere i genoptræning, kronisk syge i rehabilitering eller borgere i botilbud.

Mange forløb kræver løbende samspil mellem praksis og kommune. Det kan være borgere med multisygdom, herunder de mange ældre medicinske patienter. Kommune og praksis er gensidigt afhængige i leveringen af den daglige behandling, pleje og omsorg af disse ældre borgere. Det er derfor afgørende, at kommunikation og samarbejde mellem disse to centrale parter fungerer glat, effektivt og tillidsfuldt.

Multisygdom og kompleksitet

Det aktuelle multisygdomsbegreb er bredt og uspecifikt. Multisygdom defineres ofte som tilstedeværelsen af to eller flere samtidige kroniske lidelser. Dette begreb dækker over en stor og varieret gruppe af personer med meget forskellige behov, herunder:

- Ressourcestærke borgere med to beslægtede lidelser, for eksempel forhøjet blodtryk og type 2 diabetes, som klarer sig med egenomsorg og rutinemæssige konsultationer hos egen læge.
- Ældre borgere med mange kroniske lidelser og behov for polyfarmakologisk behandling, hyppige konsultationer hos egen læge og på sygehuset og regelmæssige hjemmebesøg af hjemme(syge)plejen.
- Yngre borgere med samtidige mentale lidelser, fysiske sygdomme og misbrug, og behov for fleksible, individuelle og tværfaglige løsninger. De er ofte belastet af yderligere problemstillinger, for eksempel sociale, beskæftigelsesmæssige og familiære, der gør, at de profiterer mindre af behandlings- og plejetilbud.

Der kan imidlertid være stor forskel på borgeres ressourcer og sårbarhed, selvom de har samme grad af multisygdom, og borgernes konkrete behov for ydelser hos sundhedsvæsenet kan dermed være meget forskellige. Borgerne har brug for, at sundhedsvæsenets tilbud bygger på en helhedsorienteret tilgang, og at sundhedspersonalet har blik for borgerens samlede sociale, fysiske og mentale ressourcer og ønsker. Vi mangler forskning i, hvordan sundhedsvæsenet håndterer kompleksiteten i borgernes behov. Samtidig bør forskningen inkludere øvrige kommunale velfærdsområder – eksempelvis social- og beskæftigelsesområdet – i erkendelse af, at sundhedsvæsenet ikke kan imødekomme borgernes behov alene.

Relationel koordinering frem for stafet-tankegang

Multisygdom stiller krav til samarbejdet i det nære sundhedsvæsen, også på et mere dagligdags plan. Når borgerne udskrives hurtigere og med stadigt mere komplekse behov, stiger behovet for et tæt samspil mellem kommune og almen praksis. Det kan for eksempel være samarbejde om medicin, koordinering af behandling, hurtig lægelig vurdering og intensiv sygepleje til akut syge borgere. De nuværende aftaler om samarbejde mellem sundhedsvæsenets sektorer baserer sig i høj grad på en stafet-tankegang. Det lægefaglige ansvar overdrages til sygehuset ved indlæggelse og gives tilbage til almen praksis ved udskrivning.

I det nære sundhedsvæsen varetager kommunen den løbende pleje og rehabilitering af borgerne og giver mange sygeplejefaglige ydelser efter aftale med enten egen læge eller en sygehyslæge. Det kommunale personale er afhængig af et tæt og kontinuerligt samspil, særligt med den praktiserende læge, om borgerens fortsatte behov for behandling, pleje og rehabilitering. Samarbejdet i det nære sundhedsvæsen kan derfor ikke blot ses som en overdragelse af behandlingsstafetten, men bør betragtes som en kompliceret proces, der kræver gensidig indsats i opgaveløsningerne.

Jody Gittells meget omtalte begreb "relationel koordinering" kan være med til at skabe en anden forståelse af samarbejdsbehovene i det nære sundhedsvæsen. Relationel koordinering forstås her som det, at parterne kommunikerer og handler med henblik på at integrere egen opgaveløsning i forhold til et fælles mål på tværs af funktioner og sektorer. Det forudsætter for eksempel god og hyppig kommunikation, gensidig respekt samt viden om hinandens roller og arbejdsgange i forhold til den fælles opgave. Hvis missionen skal lykkes, så borgeren får et sammenhængende og målrettet forløb med optimalt udbytte, stiller det krav på flere niveauer. Både til afklaring af de overordnede rammer (herunder incitament, overenskomster og aftaler), og til de individuelle aktørers kompetencer, samarbejdsvilje og forståelse af egen rolle i et sundhedsvæsen præget af gensidig afhængighed.

Helhedsorienterede samarbejdsmodeller

Siden strukturreformen har kommuner, regioner og almen praksis skabt rammer og redskaber, der skal understøtte samarbejdet mellem sektorerne. Disse rammer fastlægger arbejdsdeling, samarbejdsformer og faglige forventninger. Nogle af redskaberne er overordnede og generelle (for eksempel sundhedsaftaler, praksisplaner og tværgående kommunikationsaftaler). Andre er mere specifikke og omhandler organisering og faglige standarder for specifikke diagnoser (for eksempel kliniske vejledninger og forløbsbeskrivelser og -programmer).

Fælles for mange af disse redskaber er, at de ofte fokuserer på det ideelle forløb for enkeltstående diagnoser. Det gælder eksempelvis forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Forløbsprogrammerne har været et nødvendigt skridt imod en mere systematisk og evidensbaseret kronikeromsorg. Optimal behandling og rehabilitering af en borger med multisygdom kræver imidlertid, at forløbet tager højde for både flere samtidige tilstande og borgernes ressourcer og behov. Næste skridt er at gentænke vores samarbejdsredskaber, så der i højere grad tages højde for borgerens samlede situation (sygdomme, ressourcer og ønsker) og borgernes potentiale som medproducent og planlægger af eget forløb.

Samtidig er der et stort udviklingspotentiale internt i kommunerne i forhold til øget samarbejde mellem sundhedstiltag og tilgrænsende velfærdsområder (for eksempel beskæftigelsesindsats, psykiatri og sociale tilbud), ikke mindst når det drejer sig om at øge ligheden i sundhed. Sundhed og livskvalitet hænger tæt sammen med sociale forhold. For eksempel har personer uden for arbejdsmarkedet langt flere kontakter til primærsektoren end borgere i beskæftigelse. Ligeledes kan problemstillinger som ensomhed, arbejdsløshed eller mentale problemer stå i vejen for succesfuld behandling af for eksempel kronisk sygdom. En integration af indsatsen på tværs af de kommunale velfærdsområder vil kræve en kulturel omstilling i de kommunale forvaltninger samt nye metoder til at styrke organiseringen og samarbejdet på tværs af de kommunale tilbud.

Endelig bør vi se på de muligheder, der ligger i at lade det nære sundhedsvæsen løfte en større del af behandlings- og opfølgingsansvaret og dermed aflaste det specialiserede sygehusvæsen. Det gælder for eksempel behandling af kronisk syge borgere eller ældre med mindre komplekse forløb, hvor det nære sundhedsvæsen kan skabe mere helhedsorienterede forløb i borgerens lokalmiljø, samtidig med at sundhedsvæsenets ressourcer og kompetencer kan udnyttes bedre. En mere systematisk opgaveflytning vil dog kræve en investering i udvikling af det nære sundhedsvæsen; investeringer som formentlig vil være effektive både sundhedsfagligt og samfundsøkonomisk.

Et proaktivt sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet har traditionelt haft en reaktiv tilgang til patientbehandling, hvor kun de borgere, som selv har henvendt sig, har fået behandling. Denne tilgang indebærer en fare for, at muligheden for forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom forpasses. Man risikerer også, at de fleste af sundhedsvæsenets ressourcer går til de ressourcestærke borgere fremfor sårbare grupper med større behov. Hvis sundhedsvæsenet skal leve op til målsætningerne om større lighed i sundhed og mest mulig

sundhed for pengene, er der behov for en mere proaktiv tilgang. Dette gælder ikke mindst for grupperne af multisyge, komplekse og sårbare borgere.

Idealet om proaktivitet gælder både for sundhedsvæsenets individuelle aktører og sundhedsvæsenet som helhed. Mange praktiserende læger har allerede en proaktiv tilgang til dele af deres patientpopulation, for eksempel opsøgende hjemmebesøg til sårbare ældre. Der er stadig plads til forbedring, men det kan kræve, at nogle barrierer nedlægges. Mange praktiserende læger er belastede af travlhed, og den gældende incitamentsstruktur belønner ikke proaktivt arbejde tilstrækkeligt. De proaktive redskaber bør også afprøves på tværs af sektorer, for eksempel ved at den praktiserende læge, kommune og sygehus i fællesskab tager ansvar for alle borgere i deres område og tilbyder et samlet behandlingstilbud på baggrund af borgerens behov. Det kræver, at man kan identificere og inddele de sårbare borgere uden at stigmatisere dem. En mulighed er at kontakte borgerne, når de er i kontakt med det offentlige system af andre årsager (for eksempel i skadestuen, hjemmeplejen eller på jobcentret). En anden mulighed er at benytte information i elektroniske patientjournaler, kliniske databaser og nationale registre til at identificere personer, som med stor sandsynlighed er sårbare. Vi har brug for mere viden om, hvordan vi bedst etablerer et velfungerende proaktivt sundhedsvæsen, som leverer høj behandlingskvalitet og høj patienttilfredshed til de mest sårbare. Det stiller krav til datakvalitet, datadeling, organisering, incitamentsstruktur, ressourcer og kompetencer. Det vil samtidig kræve en helt ny tankegang med fokus på gensidig forpligtelse og sektorernes fælles ansvar over for hinanden og for hele befolkningens sundhed.

I den vestlige verden ses en tendens til, at tilgængeligheden til og kvaliteten af sundhedsvæsenet er dårligere i områder, hvor borgerne har størst behov (the inverse care law). Jo længere man bevæger sig væk fra de store byer, jo dårligere er adgangen til for eksempel egen læge og speciallæger. Problematikken ses også i socialt udsatte boligområder i byerne. Det skaber en geografisk betinget ulighed i sundhed: områder med dårligst lægedækning har samtidig flest ældre, svage og socialt udsatte borgere. De har behov for hyppige og lange konsultationer, som kan være svære at levere for de få tilbageværende praktiserende læger i de mest udsatte dele af landet. Relationel koordinering og en proaktiv tilgang til multisygdom forudsætter tilstrækkelig lægedækning på tværs af landet. Det kan kræve flere praktiserende læger, en opgradering af klinikpersonalet og et tættere samarbejde med kommunen. Hermed kan de praktiserende lægers ressourcer frigives til andre opgaver, der kræver lægefaglige kompetencer, og de sundhedsfaglige opgaver løses på lavest effektive omsorgsniveau.

Konklusion

Det nære sundhedsvæsen spiller en central rolle for sundhed og livskvalitet hos personer med multisygdom. Denne rolle forventes at blive større fremover. Borgerne skal have sundhedstilbud af høj kvalitet – uanset hvilken læge de har, og hvilken kommune de bor i. Vi har brug for en ny måde at tænke samarbejde på, hvis sundhedsvæsenet skal kunne imødekomme de mange multisyge borgeres behov og ønsker i fremtiden. Et proaktivt samarbejde, relationel koordinering og fælles forpligtelse på befolkningens sundhed kan være vejen frem. Det kræver, at kommune, almen praksis og sygehus kan regne med hinandens samarbejdsvilje og kompetencer, at der er klar rolle- og ansvarsfordeling, og at informationer mellem sektorerne i sundhedsvæsenet glider så smidigt og effektivt som muligt. Endelig kræver det, at der investeres i det nære sundhedsvæsen, og at beslutningstagere, overenskomstparter og faglige organisationer påtager sig at skabe optimale rammer – lovgivning, overenskomster, incitament strukturer med videre, for den nødvendige videreudvikling af fremtidens nære sundhedsvæsen.

Anbefalet læsning

1. Multimorbidity: Assessment, Prioritisation and Management of Care for People with Commonly Occurring Multimorbidity. NICE Guideline, No. 56. 2016.
2. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 2015 20;350:h176. doi: 10.1136/bmj.h176.
3. Hilde D, Luijckx, Antoine L.M, Lagro-Janssen, Chris van Weel. Multimorbidity and the primary healthcare perspective. *Journal of Comorbidity* 2016;6:46–4.
4. Nicholson K, Terry AL, Fortin M, Williamson T, Thind A. Understanding multimorbidity in primary health care. *Can Fam Physician*. 2015;61:918, e489-90.
5. Gunn J. Designing care for people with mixed mental and physical multimorbidity. *BMJ* 2015 17;350:h712.
6. Salisbury C. Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *Lancet*. 2012 7;380(9836):7-9. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60482-6.
7. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. 2012 3;345:e5205. doi: 10.1136/bmj.e5205.
8. Gittel, J. Effektivitet i sundhedsvæsenet - samarbejde, fleksibilitet og kvalitet. Munksgaard.2012.

7.

Multisyge i et regionalt perspektiv

Af Janet Samuel, indtil 31/12-16 Centerchef, Danske Regioner.

Pr. 1/1-17, Enhedschef, Sundhedsstyrelsen.

jmas@sst.dk

Erik Jylling, Sundhedspolitisk direktør, Danske Regioner.

ejy@regioner.dk

Resumé: *Sundhedsvæsenet har skabt fantastiske resultater i patientbehandlingen gennem en høj grad af specialisering, men tiden er inde til at udvikle sundhedsvæsenet videre og skabe mere sammenhængende forløb med patienten i centrum. Mennesker med multisygdoms ofte komplekse behov tilgodeses ofte ikke i det meget specialeopdelte sundhedsvæsen, hvor multisygdom kan blive opfattet som en 'forstyrrende' faktor frem for det udgangspunkt, patienten kommer med. Kapitlets forfattere har tre bud på, hvad der skal til for at regionerne og de øvrige aktører i sundhedsvæsenet kan skabe bedre tilbud til multisyge patienter. For det første er der brug for en organisatorisk innovation, der kan skabe strukturer og samarbejder, der sikrer sammenhængende tilbud. Almen praksis bør være en nøgleaktør i tilbudene. For det andet skal patienternes oplevede kvalitet være den fælles driver, støttet af data fra PRO's (Patient Reported Outcome Measures). For det tredje skal der skabes viden om, hvordan vi kan optimere tilbuddene til de multisyge, og her skal forskningsmiljøerne bidrage.*

For omkring 100 år siden begyndte hospitalerne at opdele de kirurgiske og de medicinske patienter i særlige afdelinger. De lægelige specialer har siden da været byggesten og grundlag for den konkrete organisering af hospitalerne i særlige specialiserede afdelinger. Specialiseringen er forsat gennem årene, båret frem af den lægevidenskabelige, teknologiske og medicinske udvikling og innovative kraft. Det er en udvikling, der løbende skaber fantastiske resultater og landvindinger i patientbe-

handlingen. Men det er også en udvikling, der skaber udfordringer for mennesker, der har flere sygdomme på samme tid.

Gennem de senere år har begrebet multisygdom vundet mere og mere indpas. Forekomsten af multisygdom er stigende i befolkningen, og vi er slet ikke gode nok til at håndtere multisyge patienter i sundhedsvæsenet anno 2016.

I et speciale- og sygdomsfokuseret sundhedsvæsen er der en risiko for, at multisygdom betragtes som en slags 'forstyrrende' faktor, frem for det udgangspunkt patienten kommer med. Og at behandlingen af den multisyge patient ender med at være summen af de eksisterende kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer uden, at man i tilstrækkelig grad får taget højde for den store kliniske kompleksitet, der er forbundet med at have flere samtidige sygdomme. Behandlingen af én kronisk sygdom kan have negativ indvirkning på en anden sygdom, og behandlingen er ikke sjældent forbundet med forbrug af mange slags medicin (polyfarmaci) med risiko for bivirkninger – så der er risiko for både over- og underbehandling. Behandlingen bliver dermed heller ikke samlet set målrettet det, der er vigtigst for den enkelte patient ud fra hendes/hans perspektiv. For patienten bliver det i stedet til en karriere som 'fuldtidssyg', der bruger uforholdsmæssig meget tid i venteværelserne på kontrol for snart den ene og snart den anden sygdom. Endelig får vi brugt de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet forkert.

Nedenfor præsenteres tre konkrete bud på, hvad der skal til for at regionerne sammen med de andre aktører i sundhedsvæsenet kan skabe bedre tilbud for den multisyge patient.

Nytænk roller, opgaver og samspil

Den 'produktionstankegang', der har været fremherskende på hospitalerne, er ikke bæredygtig fremadrettet, og den imødekommer heller ikke de behov, borgerne har for målrettede, sammenhængende og tilgængelige tilbud. Vi har brug for organisatorisk innovation, så vi kan skabe strukturer og samarbejder, der giver de multisyge patienter et sammenhængende tilbud.

Der er gode eksempler på organisatoriske nyskabelser på hospitalerne – for eksempel Klinikken for Multisygdom og Polyfarmaci på Regionshospitalet i Silkeborg og Medicinsk Fællesambulatorium på Holbæk Sygehus. Her bryder man markant med den specialeopdelte indsats, hvor patienterne med flere sygdomme oplever at blive sendt på kryds og tværs mellem afdelinger for at blive udredt, behandlet og fulgt op. Andre eksempler er de mange pilotforsøg med udvikling af konceptet for den patientansvarlige læge, der skal sikre patienterne, at der er én læge, der fungerer som et anker i deres samlede behandlingsforløb på hospitalet, også når behandlin-

gen involverer flere afdelinger og herunder afdelinger på andre hospitaler. Tiltag som fællesambulatorier skal vi se meget mere af fremover, og den patientansvarlige læge skal udbredes til alle relevante afdelinger.

Men vi bliver nødt til se bredere på roller, opgaver og samspil i hele sundhedsvæsenet. Helt overordnet er vores budskab, at regionerne skal fokusere mindre på rollen som driftsherrer for hospitalerne og i højere grad påtage sig ansvaret for at udvikle og understøtte et bæredygtigt og sammenhængende sundhedsvæsen og i den sammenhæng også påtage sig ansvaret for at spille de andre aktører endnu bedre.

Der skal skabes en meget større robusthed og styrke i de tilbud, der ligger uden for hospitalerne og i snitfladen mellem hospitalerne og ikke mindst almen praksis, men også i kommunerne. Hospitalernes rolle og opgaver skal generelt nytænkes. Den mindre specialiserede behandling, pleje og opfølgning skal foregå uden for hospitalerne og tættere på borgerne – i deres eget hjem, i almen praksis, speciallægepraksis eller i kommunerne. Teknologien er med til at understøtte denne udvikling, for eksempel kan patienter i dag modtage kemoterapi og dialyse i eget hjem. Ligeledes giver teknologien mulighed for at varetage specialiseret behandling på afstand, via telekonferencer, virtuelle konsultationer med videre. Øget egenomsorg og selvmonitorering skal boostes gennem patientuddannelse og digitale løsninger. Hospitalerne skal generelt udvikle deres rådgivende og konsultative rolle og se den rolle som en kerneopgave overfor almen praksis og kommuner. De ændringer, der er på vej i styringen af hospitalerne, samlet under betegnelsen værdibaseret styring, er en vigtig forudsætning for at hospitalerne flytter deres fokus fra 'klassisk' aktivitet til fokus på de faktorer og aktiviteter, der giver værdi for patienten.

Almen praksis er en nøgleaktør i tilbuddene til mennesker med multisygdom og kronisk sygdom. Definitionen af gatekeeperfunktionen og tovholderrollen i et moderne og komplekst sundhedsvæsen skal nytænkes. Fokus skal være, at almen praksis er den specialist, supergeneralisten, der allermest meningsfuldt kan påtage sig rollen som den multisyges patientansvarlige læge. Regionerne skal styrke og støtte almen praksis i den rolle.

Almen praksis skal varetage rollen som den patientansvarlige læge for hele forløbet i et integreret samspil med specialisterne på hospitalerne om gensidigt at stille viden og kompetencer til rådighed for hinanden. Og i et samspil med de kommunale sundhedstilbud og for nogle af de mest sårbare og komplekse patienter også med de kommunale sociale tilbud.

Det kræver også en styrket robusthed i almen praksis, en stærk anerkendelse af

almen praksis rolle og faglighed og en fokusering på og en tydeligere prioritering af den samlede opgavemængde i almen praksis. Det kræver også en ændret honoreringsform, der bedre end det nuværende meget ydelsesfokuserede system, kan understøtte sammenhæng, kvalitet og værdi for patienten.

Sæt patienten først

At sætte patienten først skal være det fælles perspektiv og den fælles driver, der gør det samlede sundhedsvæsen meget bedre i stand til at tage udgangspunkt i den multisyge patients situation, ønsker, behov og præferencer. I de senere år er der i stadig stigende grad opmærksomhed på behovet for, og værdien af, at inddrage patienten og ofte også pårørende. Der er en kulturændring i gang – hvor tilgangen populært sagt skifter fra, at man spørger patienten: "What is the matter with you?" til at spørge "What matters to you?" – altså hvad er vigtigt for dig?

Det understøttes af udvikling og implementering af konkrete værktøjer til for eksempel fælles beslutningstagen. Værktøjer, det kan være sygdomsspecifikke eller generiske, der har til formål at give patienten viden og realistisk opfattelse af fordele og ulemper ved de forskellige behandlingsmuligheder, samt har til formål at støtte fagpersonerne i dialogen og kommunikationen med patienterne.

Et andet område, hvor der sker en stor udvikling, relaterer sig til opsamling af og måling af den nytte, sundhedsvæsenet skaber for patienterne. I dag måler vi kvalitet ud fra proces- og resultatindikatorer defineret og valgt af de sundhedsprofessionelle og administratorerne, eksempelvis dødelighed, genindlæggelser osv. og indberettet af de sundhedsprofessionelle.

Men hvad opfatter patienten som af værdi? Det er ofte andre parametre, man så skal kigge på, som for eksempel funktionsevne, smerter og bivirkninger. Også når patienterne er afsluttet og går til løbende kontroller, bør man undersøge patientens oplevelse af den værdi, behandlingen giver dem. PRO (Patient Reported Outcomes Measures) giver et godt grundlag for at indrette indsatserne efter, hvad der er vigtigt for patienten, og skal udvikles og bruges i hele sundhedsvæsenet.

Skab viden

Organisatorisk innovation og et patientperspektiv er dog ikke nok – vi har brug for meget mere viden for at kunne optimere vores tilbud til mennesker med multisyge.

Vi ved slet ikke nok om, hvad det er for interventioner og kombinationer heraf, der virker for denne meget heterogene gruppe. Det gælder kliniske, men det gælder også andre former for interventioner. Vi ved heller ikke nok om årsagerne bagved

sygdommene, hvad det især er der skaber kompleksitet og sårbarhed – og hvordan vi hjælper de mest sårbare patienter bedst. Når sundhedsvæsenet samlet set ændrer tilgang til den multisyge patient, kræver det også, at forsknings-, videns og udviklingsmiljøerne bakker op.

Patientforeningerne – kan de ikke samarbejde mere? Deres tilgang er jo også snævert sygdomsfokuseret. Hvorfor ser man ikke dem gå sammen om vidensudvikling, forskningsstøtte, information og rådgivning, fundraising og store tv-shows til fordel for de mange borgere, der har flere sygdomme?

De faglige selskaber skal også inviteres med til at udvikle sundhedsvæsenet, hvis vi skal vide mere om, hvilke kombinationer af multisygdom, der omfatter de fleste, hvilke der er de tungeste at bære for patienten, hvilke der er mest udfordrende behandlingsmæssigt og sværeste at nå. Vi har brug for et meget tættere samarbejde på tværs af specialer og selskaber om forskning, vidensopsamling og -formidling og om udvikling af relevante retningslinjer for behandling.

Til allersidst – de multisyge patienter krydser specialer og sektorer, og de nødvendige indsatser skal udvikles og implementeres i et samspil på tværs. Derfor har vi, ikke mindst for denne store og voksende gruppe af borgere, brug for bedre adgang til relevante data om patienternes forløb og resultater på tværs af sektorer, for at kunne udvikle, forske, planlægge og følge op på kvaliteten af indsatsen.

Konklusioner

Sundhedsvæsenet er en kompleks organisation, der står over for store udfordringer i de kommende år. Udfordringer, som vi kun har set starten på. Vi kan ikke bare blive ved med at gøre, som vi plejer. De multisyge patienter bliver fremtidens 'kernekunder', og derfor skal vi bruge deres behov, ønsker og ressourcer som pejlemærker for at transformere sundhedsvæsenet i en bæredygtig retning.

8.

Er helhedsløsninger i kommunerne vejen frem?

*Af Steen Rank Petersen. tidl. KL, nu Sundhedschef, Glasaxe Kommune.
stepet@gladsaxe.dk*

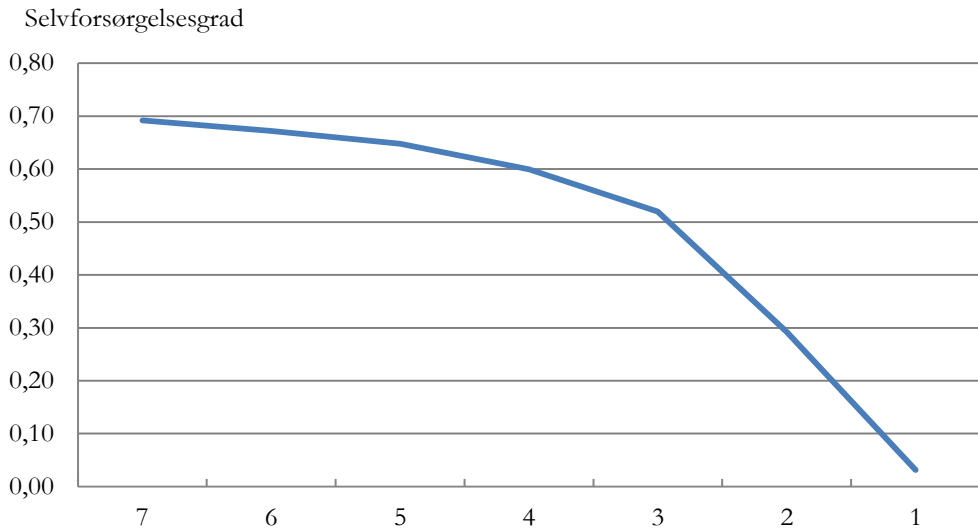
Resumé: *Multisygdom er ikke alene en udfordring på tværs af sygdomme og sektorer, men udgør også en udfordring i kommunerne, idet der er mange faglige og lovgivningsmæssige rationaler i spil. Især multisyge borgere med en løsere tilknytning til arbejdsmarkedet er en betydelig udfordring. I takt med reformerne på arbejdsmarkedsområdet arbejder kommunerne nu med større fokus på rehabilitering og fysisk genoptræning, der i stigende grad koordineres med de arbejdsmarkedsrettede indsatser. Der er et stort behov for at udvikle forskningsbaserede modeller, der kan vise vejen til en effektiv og succesfuld samordning af indsatser for den multisyge borger.*

En brændende platform

Når en borger har en eller flere kroniske sygdomme, har det ofte betydelige konsekvenser for borgerens funktionsevne, især i forhold til dennes fysiske formåen. Hvis borgeren også har en psykisk sygdom, forværres borgerens situation yderligere. Samlet kan det betyde tab af funktionsevne og arbejdsevne, og det fører igen til dårligere livskvalitet og stiller store krav til den kommunale indsats til borgeren. Multisyge borgere er dyre for kommunerne.

En af metoderne til at undgå de store omkostninger på, er mere fokus på forebyggelse og rehabilitering. Tab af tilknytning til arbejdsmarkedet kan være en konsekvens ved kronisk sygdom, og ved flere samtidige kroniske sygdomme øges sandsynligheden betragteligt, for at komme på førtidspension. Dermed kan multisygdom betyde en udstødelse af fællesskabet, fordi den syge ikke længere magter arbejdslivet.

Forud for en førtidspensionering ses ofte en nedadgående kurve, hvor selvforsørgelsesgraden og tilknytningen til arbejdsmarkedet forringes over en årrække (Figur 1).



Figur 1. Udvikling i selvforsørgelsesgraden for kroniske syge førtidspensionister i årene op til tilkendelse af førtidspension (X-aksen). Selvforsørgelsesgrad (Y-aksen).¹

Figur 1 viser, at for personer, som syv år før havde en relativt stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, sker der en markant acceleration i tab af selvforsørgelsesgrad, de sidste tre år før tilkendelse af førtidspension. I denne gruppe finder man personer med kroniske sygdomme og kræft.

Ser vi endnu nærmere på gruppen af borgere, der tilkendes førtidspension, fremgår det af tabel 1, at psykisk sygdom er den hyppigste årsag til tab af erhvervsevne, sammenlignet med kræft og de traditionelle folkesygdomme såsom KOL, diabetes og hjertekarsygdom (Tabel 1).

| | Kronisk sygdom | Kræft | Psykisk sygdom | |
|-------|----------------|-------|----------------|----------------|
| | | | Psykotisk | Ikke-psykotisk |
| Andel | 7% | 7% | 25% | 13% |

Tabel 1. Andel borgere som i perioden 2007 til 2011 tilkendes en førtidspension fordelt efter sygdomsgruppe.²

Har borgeren også været på overførselsindkomst i kombination med sygdom i perioder gennem livet, stiger sandsynligheden for en førtidspensionering. Flere sygdomme på én gang, og en løs tilknytning til arbejdsmarkedet tidligere i livet, er risikofaktorer, der tilsammen accelererer tabet af funktionsevne.

Kunne kommunen have gjort noget tidligere, der havde forebygget, at borgeren mistede tilknytningen til arbejdsmarkedet fuldstændigt? Svaret er ofte ja, især når forløbene analyseres bagfra. I bagklogskabens klare lys tegner der sig en række udfordringer, i forhold til at få en samlet kommunal indsats i spil så tidligt som muligt, og at få de forskellige indsatser til at spille sammen.

Udfordringen er, at årsagerne til tabet af funktionsniveau ofte er komplekst: Der er ingen fagpersoner, der har et samlet overblik over borgerens situation, eller kompetence til at gribe muligheden for at sætte ind på det rette tidspunkt – og hvad er det rette tidspunkt? Forud for tilkendelsen af førtidspension, udspiller der sig ofte en kompleks historie, hvor sygdom, sociale, psykologiske, uddannelses- og livsstils-mæssige forhold spiller ind. Og over for det, et væsen der består af kommunale, regionale og private sundhedspersoner, der hver især har forskellige mål, metoder og finansieringsforhold, der alt i alt udfordrer helheden.

Et politisk prioriteret område

Det politiske mål i kommunerne er klart: Den rehabiliterende og forebyggende indsats skal sættes i gang rettidigt, så et begyndende funktionstab hos en borger kan reduceres eller stoppes. Hvis det skal lykkes, er det vigtigt, at relevante områder i kommunerne arbejder sammen. Politisk og administrativt er det blevet klart, at kommunernes forskellige forvaltninger må løfte i flok. Silotænkning er en del af problemet, i forhold til ikke at opnå rettidige og samlede indsatser for borgerne.

Fra statslig side er regelgrundlaget for, for eksempel førtidspension og flexjob blevet ændret. Kommunerne har ad den vej fået en bunden opgave i at samtænke rehabiliterende indsatser. Samtidig skal kommunen inddrage borgernes samlede problemfelt i et samarbejde med det regionale behandlingssystem. Presset fra lovgivningen har betydet, at kommunerne i højere grad igangsætter forebyggende indsatser, før borgerne er kommet for langt væk fra arbejdsmarkedet.³

Forskningen peger på, at samlede indsatser har større effekt end enkeltstående, når borgeren både har psykiske og somatiske sygdomme, og ikke længere har mulighed for at arbejde.⁴ Det er imidlertid forskningsmæssigt uklart, hvilken konkret sammensætning af indsatser, der virker på forskellige typer af problemer.⁵

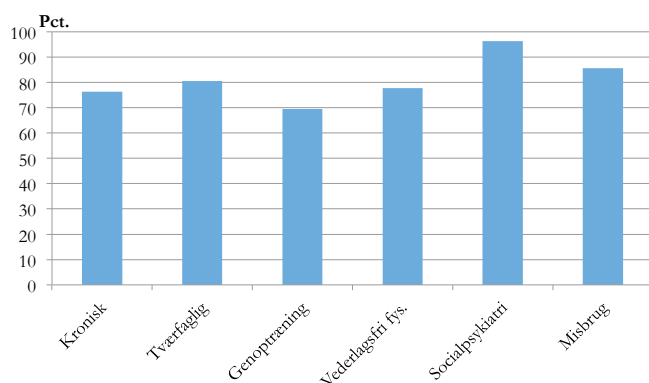
Hvilke borgere kan profitere af helhedsorienterede løsninger?

Multisyge borgere, der modtager indsatser fra flere forvaltninger og samtidig er på offentlig forsørgelse, udgør en særlig gruppe og har et særligt behov for sammenhæng i indsatserne. Mange kommuner arbejder på at skabe et overblik over borgere med flere samtidige forløb, blandt andet for at undgå, at indsatser dubleres eller at indsatser står i vejen for hinanden: Det kan for eksempel være, at borgeren både får fysisk træning i et aktiveringsforløb i regi af jobcenteret, samt i forbindelse med genoptræning efter indlæggelse, der så foregår i et kommunalt genoptræningscenter. Desuden kan aftaler om aktivering konkret stå i vejen for et rehabiliteringsforløb, der er tænkt gennemført i samme tidsperiode.

Ofte opnås den største gevinst ved at kommunen skaber et samlet overblik over indsatserne for borgeren på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet. Det giver samtidig en indsigt i, hvor i kommunen der særligt er behov for samarbejde mellem kommunale medarbejdere. Med den viden kan der sættes et mål i samarbejdet med borgeren, igangsættes relevante indsatser og sikres en sammenhængende opfølgning.

I 2013 gennemførte KL og 7 kommuner en analyse for at vurdere, hvor der er store overlap for forskellige indsatser. Analysen omfattede ca. 21.000 borgere, der både modtog rehabilitering og sociale indsatser, og som samtidig var på overførselsindkomst.⁶

Der fandtes stor forskel på de borgere, der havde samtidige forløb i flere forvaltninger samt i de indsatser, de modtog. Næsten alle borgere, som for eksempel modtog en socialpsykiatrisk indsats, var i kontakt med beskæftigelsessystemet, mens det kun gjaldt for ca. 70 pct. af borgerne, som modtog en genoptræningsindsats (Figur 2).



Figur 2. Andelen af borgere, som modtog en kommunal indsats og var i kontakt med beskæftigelsessystemet.⁷

Definition: Borgeren blev defineret at være i kontakt med beskæftigelsessystemet, hvis borgeren, i løbet af året forinden indsatsen, i mindst fire uger havde modtaget indkomstoverførsel.

For borgere med kroniske sygdomme og kræft findes de lavthængende frugter særligt på genoptræningsområdet og på den patientrettede forebyggelse. Der er en klar tendens til en god effekt for disse grupper opnås, når kommunerne intensiverer kontakten mellem jobcentre og sundhedsområde. Der er mange eksempler på, at socialrådgivere "ind-stationeres", med henblik på at bidrage til "fast track" og mere glidende overgange.

Hvilke barrierer skal oftest overkommes?

KL har sammen med 18 kommuner arbejdet på at skabe bedre rammer for, at kommunerne kan arbejde på tværs omkring borgere med sygdom og som er løst eller slet ikke tilknyttet arbejdsmarkedet. En del af arbejdet har fokuseret på, i hvilke borgerforløb kommunerne særligt skal gøre en indsats for at tilskynde til, at den enkelte kommunale medarbejder skaber overblik over eget område, samt inddrage andre områder i kommunen.⁸

Først og fremmest kræver det et særligt ledelsesmæssigt fokus at gennemføre integrerede indsatser mellem forskellige forvaltningsområder. Det er centralt, at der på ledelsesniveau formuleres fælles mål på tværs af de forskellige fagområder, med udgangspunkt i borgerens situation. Det er vigtigt, at alle fagområder samtidig kan se deres eget faglige fokus. Yderligere er det væsentligt, at der skabes tydelighed omkring, hvordan udgifter og eventuelle gevinster forbundet med samarbejdet skal fordeles mellem de involverede forvaltninger.

Medarbejderne oplever, at der arbejdes efter forskellige målsætninger for borgerne i de forskellige forvaltninger. Målsætningerne påvirkes af, at der er forskellige faglige foci og lovgivningsmæssige rammer på sektorområderne. Dette kommer eksempelvis til udtryk ved, at fysioterapeuterne og ergoterapeuterne i sundhedscentre ikke systematisk tænker borgerens tilbagevenden til arbejdsmarkedet ind i træningsindsatsen, og ved at jobcentret ikke tænker borgerens mere livsstils-mæssige udfordringer ind i indsatserne. Yderligere ses det, at indsatser på det sociale område ikke koordineres med borgerens øvrige igangværende indsatser i job- og sundhedscenter-regi.

Blandt de 18 medvirkende kommuner fortæller sagsbehandlerne fra både beskæftigelses-, sundheds-, og socialområdet, at det er vanskeligt at få et overblik over, hvilke ydelser og tilbud der findes i andre forvaltninger, der kan være relevante for de forskellige målgrupper. En anden væsentlig intern barriere for at etablere tværgående samarbejder, er manglende gensidigt kendskab til sektorlovgivningen i de forskellige forvaltninger.⁹⁻¹⁰

Det er generelt en stor udfordring for kommunerne at dokumentere effekterne af

tværkommunale indsatser. Dette skyldes til dels, at de projekter, der sættes i gang, mangler fokus på målbare effekter, men dokumentationen vanskeliggøres også af, at der anvendes forskellige IT-systemer i forvaltningerne og dermed vanskeliggøres udveksling af data. Yderligere medfører brugen af forskellige IT-systemer dobbelt-registreringer af oplysninger om borgeren i de forskellige systemer. Dette fører til at resultatmålinger for tværkommunale indsatser ofte gennemføres manuelt, hvilket er ressourcekrævende.

Konklusioner

Multisygdom udgør en betydelig udfordring for kommunerne, særligt for gruppen af borgere med en løsere tilknytning til arbejdsmarkedet. Multisygdom i sig selv er også en udfordring, da flere samtidige sygdomme udgør en væsentlig belastning for den enkelte borger og en betydelig trussel for eksempel et velfungerende arbejdsliv. Kommunerne har, i takt med reformerne på arbejdsmarkedsområdet, rettet et betydeligt fokus på rehabilitering og fysisk genoptræning, der i stigende grad igangsættes koordineret med den arbejdsmarkedsrettede indsats. Der er en tendens til, at målene på beskæftigelse, social- og sundhedsområdet konvergerer imod hinanden. Forståelsen af at borgernes mestring af egen situation også er forskellig og ikke skal knyttes snævert til sygdomme, men også til borgerens generelle deltagelse i samfundet, herunder især deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Trods denne klare tendens og et betydeligt politisk fokus på samordning mellem områderne, så er der fortsat udfordringer i, at få de forskellige faglige områder til at arbejde sammen om en fælles indsats for borgerne.

Perspektivering

Den rehabiliterende tilgang har et væsentligt potentiale, i forhold til at forebygge forværring af en borgers sygdom, som typisk vil medføre et større funktionstab, der i sidste ende kan medvirke til tab af arbejdsevne. Begreber som "patient empowerment", "patienten i centrum" og "borgernes egne ressourcer" står centralt på sundhedsområdet. Der er dog betydelige udfordringer i at operationalisere dem. Den rehabiliterende tilgang på sundhedsområdet har ganske meget at tilbyde de øvrige kommunale områder, ikke mindst på arbejdsmarkedsområdet, der er præget af rettidighed og centralt fastsatte krav, der skal overholdes for at opretholde en ydelse. Der er gode perspektiver i, at andre fagområder i kommunen adopterer den rehabiliterende tilgang og arbejder systematisk med at inddrage borgerens motivation og ressourcer, som grundlag for en samlet indsats.

Rehabiliteringen af borgere sker ikke isoleret i kommunen, men foregår i et sam-

spil mellem almen praksis og sygehusene. I takt med at antallet af borgere med multisygdom stiger, vil behovet for samarbejde mellem aktørerne være stigende. Generelt er der et behov for at trække aktørerne tættere sammen om borgere med multisygdom og komplekse problemer.

Der er flere muligheder, blandt andet at vi bliver bedre til at aftale (eksempelvis sundhedsaftaler) fælles mål, hvor ikke kun det kliniske er i centrum, men også borgernes tilbagevenden til hverdagens gøremål. En anden vej er flere fælles initiativer, hvor alle tre parter bliver forpligtet til at sikre fælles forløb for en 'fælles' borger. I stedet for at aflevere borgeren som en stafet, med risiko for, at den tabes i overgangene, kan der etableres flere shared care løsninger, hvor alle tre aktører har et fælles ansvar for, at borgerne kommer i mål. Det vil kræve fælles succeskriterier, fælles ledelse, incitament der vender samme vej og fysiske fællesskaber, der gør det muligt at danne relationer på tværs af faglighed, silo og sektor. Endvidere vil det kræve fælles data, der kan danne udgangspunkt for kvalitetsudvikling knyttet til forløb, frem for til isolerede enkelt ydelser og indsatser.

Anbefalinger

Forskningen peger på, at integrerede løsninger har større effekt end enkeltstående løsninger, når borgerne både har psykiske og somatiske sygdomme, kombineret med tab af arbejdsevne. Det er dog fortsat uklart, hvilke konkrete sammensætninger af indsatser der virker. Det betyder, at kommunerne ikke har et stærkt forskningsbaseret fundament, som basis for at skabe de rette effektive samlede indsatser. Der er behov for at forske og udvikle mere vidensbaserede modeller. Udfordringen er at udvikle designs, der kan rumme de mange indsatskomponenter, der meget hurtigt kommer i spil, når borgerne er udfordret af mange typer af problemer. Det må imidlertid ikke være en sovepude, da de fleste mennesker først opfatter sig selv som raske, når de kan det samme som de tidligere kunne. For eksempel at være sammen med deres kollegaer og bidrage til fællesskabet.

Referencer

1. KL's beregninger pba. Danmarks Statistiks forskerordning.
2. KL's beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks forskerordning. Analysen bygger på en tilfældig stikprøve på 10.000 observationer.
3. Vinther Nielsen C, Maribo T, Genoptræning og rehabilitering i Petersen, Steen Rank, redaktør. Det kommunale sundhedsvæsen, Hans Reitzels Forlag, 2014.
4. Borg V, Nexø MA, Kolte IV, Andersen MF, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø for Arbejdstilsynet. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. 2010.
5. Analyse af fælles borgere på tværs af social, sundhed og arbejdsmarkedsområdet, KL 2013.
6. Borg V, Nexø MA, Kolte IV, Andersen MF, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø for Arbejdstilsynet. Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejdsmarkedet ved muskel- og skeletbesvær, august, 2008.
7. Kronisk syge borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet, KL 2013 http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_79079/cf_202/Analyse_af_kronisk_og_psykisk_syge_borgeres_tilkny.
8. Analyse af fælles borgere på tværs af social, sundhed og arbejdsmarkedsområdet, KL 2013.
9. http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_79080/cf_202/De_kommunale_indsatser.PDF
10. Organisering af integrerede beskæftigelses- social og sundhedsindsatser - Analyse af barrierer og muligheder, Rambøll, 2013 http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_79082/cf_202/Kortl-gning_af_barrierer_og_muligheder.

9.

Nye styringsformer i sundhedsvæsenet

*Af Inge Kristensen, direktør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed
ik@patientsikkerhed.dk*

Med bidrag fra Sidsel Vinge, Mickael Bech, Andreas Rudkjøbing og Frede Olesen

Resumé: *Hospitalerne har i mange år været styret af krav om stigende produktivitet, og takster for aktivitet har været styrende. Nu eksperimenterer sundhedsvæsenet med nye styringsmekanismer, så som værdibaseret styring og som en del heraf: Patient Reported Outcome Measures (PROs). Desuden er begrebet populationsbaseret styring også ved at vinde indpas. I de nye styringsmekanismer er patientens oplevede sundhedstilstand og kvalitet i højere grad i fokus. Samtidig fylder specialer og enkelt-faglighed fortsat meget for tilrettelæggelsen af behandlingsforløb. Trods krusningerne på styringsoverfladen er der derfor behov for at se kritisk på sundhedsvæsenets underliggende strukturer og økonomiske incitament. Der skal ske gennemgribende ændringer af sundhedsvæsenets struktur og styringsmekanismer for at imødekomme, at multisygdom bliver 'den nye normal'. Skal det være hospitalerne, der er omdrejningspunkt?*

Værdibaseret styring

Værdibaseret styring (Value Based Health Care) forudsætter, at der opstilles mål ud fra patienternes perspektiv, og at patienternes vurderinger inddrages i styringen af sundhedsvæsenet og ved planlægningen af behandlingspraksis. Hvis sundhedsvæsenet fremover skal styres ud fra både patienternes perspektiv og ud fra et ønske om sammenhængende patientforløb, vil det kræve en omstilling af alt fra styringsinstrumenter, organisering, ledelse og ikke mindst af kulturen i sundhedsvæsenet.¹

Værdibaseret styring er oprindeligt lanceret af Michael E. Porter fra Harvard Busi-

ness School.² Porter opregner en række elementer, der er helt centrale for værdibaseret styring: Organisering i integrerede enheder, løbende monitorering af outcome og omkostninger, en samlet betaling for patientforløb, integreret behandling på tværs af diagnoser samt en integreret IT-plattform.

Kernen i værdibaseret styring er en ændring af de økonomiske incitamenter. Aktuelt er sygehusene styret på baggrund af DRG/DAGS-taksterne, hvor aktivitet og dermed produktivitet er 'konge-indikatoren'. Der er en stor anerkendelse af, at DRG/DAGS-systemet har været effektivt og sikret store produktivitetsstigninger, samtidig med at kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser er steget. Det er dog tvivlsomt, om der er tale om kvalitet, hvis man måler på sammenhæng og god overdragelse. Faktisk er disse parametre nogle af de områder, der scorer lavest i den årlige Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

Værdibaseret styring harmonerer med og overlapper til en vis grad med tankerne i Triple Aim, som anvendes i en række nationale projektsammenhænge og som har vundet indpas i for eksempel sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Fokus i Triple Aim er, at forbedring af den patientoplevede kvalitet går hånd i hånd med forbedringer i folkesundhed og reduktion af omkostninger per capita.³

Danske Regioner har tænkt værdibaseret styring ind i deres seneste udspil Borgernes Sundhedsvæsen.⁴ Værdibaseret styring er ligeledes tænkt ind i det nye Nationale kvalitetsprogram, som regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (KL) blev enige om i foråret 2016. Kvalitetsprogrammet har blandt andet fokus på en systematisk inddragelse af patienternes vurderinger, oplevelser og behov. I tidsperioden 2016-18 gennemfører alle fem regioner i Danmark flere forsøg med værdibaseret styring.⁵⁻⁶ Projekterne er først og fremmest modelprojekter, og er fra begyndelsen tænkt ind i en regional sammenhæng. Region Hovedstaden har søsat Udviklingshospital Bornholm, hvor en af målgrupperne for projektet er personer med multisygdom. Udviklingshospital Bornholm har fået et rammebudget, som ikke er aktivitetsafhængig, i forsøgsperioden.

Nye økonomiske incitamenter kan ikke stå alene

Mickael Bech fra KORA, siger det på denne måde: - Økonomiske incitamenter virker – og det er en del af problemet! Og peger på, at nye økonomiske incitamenter skal understøtte et nyt styringssystem – men at **både** organisering **og** måleværktøjer også skal være med til at bære udviklingen af de nye styringsformer. I den forbindelse er Patient Reported Outcome Measures (PROs) væsentlige og skal understøtte, at det man styrer efter er det, der rent faktisk har værdi for borgeren, og at indsatsen bliver koordineret og behovsdrivet. For at imødekomme de multisygges behov, skal

der koordineres på tværs af sygdomme, og det skal værdibaseret styring være med til at understøtte.

Mickael Bech finder, at erfaringerne, der opnås fra de projekter, der lige nu gennemføres i det danske sundhedsvæsen omkring organisering ved multisygdom, højst sandsynligt vil være relativt sparsomme. Et af de mest interessante initiativer er indført på Holbæk sygehus. Medicinsk Fælles Ambulatorium samler alle medicinske specialer i et fælles ambulatorium under mottoet "Samme dag under samme tag". Her er der et potentiale i forhold til arbejdet med multisyge. Et andet eksempel på at samle ambulatoriefunktioner er i Silkeborg Sygehus' diagnostiske center. Det diagnostiske Center er bygget på en sammenlægning af de medicinske specialer og radiologi, hvor fokus retter sig mod at skabe hurtige og effektive udrednings- og behandlingsforløb af høj kvalitet.

Koordinering og integration af faglige indsatser for flere sygdomme i samme patientforløb kræver særdeles stærk organisering, og de nuværende økonomiske incitamenter understøtter ofte ikke denne sammenhæng. Multisygdom er ofte kompleks og ressourcekrævende, og derfor er det vigtigt at se på, hvordan man kan anvende elementerne i værdibaseret styring til at sænke omkostningerne ved komplekse patientforløb. Det kan for eksempel ske ved en form for 'sammenhængende betaling' (bundled payment) og ved etablering af rammebudgetter for en afgrænset population eller gruppe af patienter med tilhørende krav og mål, kombineret med belønning for kvalitet. For eksempel kan betaling knyttes til indikatorer, der knytter sig til hele patientforløbet, også den del af forløbet, der ligger i kommunerne. Det tog ca. 10 år, før DRG-systemet fungerede ifølge Michael Bech, og et bud er, at det vil tage 10 år at få etableret værdibaseret styring som et nyt betalingsparadigme.

Integration af sundhedsvæsenet

Modeller til integreret pleje og behandling har været under udvikling og er afprøvet i en række sammenhænge igennem en årrække. Højt besunget er Kaiser Permanente, som mange sundhedsprofessionelle og beslutningstagere har besøgt og ladet sig inspirere af i de seneste 10-15 år. Et eksempel på et systematisk skridt til integration på et område er forløbsprogrammerne for kronisk sygdom, som er blevet implementeret på tværs af sektorer i hver region, på baggrund af en generisk beskrivelse af forløbsprogrammer, udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (første gang i 2008) og udarbejdet med inspiration fra Kaiser Permanente.

Imidlertid er forløbsprogrammerne rettet mod enkelt-sygdomme, om end der i en række kommuner ses at være tiltag til at integrere hele eller dele af forløbene, så der

for eksempel er patientundervisning på tværs af diagnoser. Sundhedsstyrelsen har i efteråret 2016 udgivet nye anbefalinger på kronikerområdet.

Mickael Bech har en pointe i forhold til dette: Koordinering betyder noget for organiseringen – og der skal koordineres på tværs af sygdomsmønstre.

Sidsel Vinge, der er projektchef i KORA og tidligere sundhedschef i en kommune, mener, at de nye anbefalinger på kronikerområdet er de første, der går i en retning, hvor multisygdom reelt er tænkt ind, fordi der er fokus på den enkelte borger og der er tænkt i moduler.

Andreas Rudkjøbing, der er formand for Lægeforeningen, siger: - Det er veldokumenteret, at dårlig koordination har betydning for patientsikkerhed, kvalitet i behandlingen og for patientoplevelser. Men når det gælder indsatser, der skal sikre bedre koordination og integration, så mangler der solide erfaringer og evidens for, om det virker. Det er jo paradoksalt, siger han. Andreas Rudkjøbing peger på, at det med forskning fra andre lande end Danmark dog er velunderbygget, at case management kan give bedre sammenhæng. Det er en model, som indebærer, at tovholderen for forløbet også 'rekvirerer' ydelser. Han tilføjer, at det potentielt er en ressourcekrævende model, fordi én person, udover dem der leverer ydelser, er tilknyttet patienten. - Det er også nogen evidens for, at multidisciplinære teams kan give bedre sammenhæng og kvalitet. Det kan for eksempel konkret betyde, at alle involverede speciallæger sammen mødes med patienten og lægger en samlet plan. Det er der nogen erfaring med herhjemme, og det kan måske være vejen frem for særligt komplicerede behandlingsforløb, siger han.

Sidsel Vinge tror derimod ikke på, at geriatrien skal på fremmarch, og peger på, at det har været en fejl at afskaffe intern medicin. Hun mener, at en speciallæge skal have en bred intern medicinsk og almen medicinsk fundering, samt at alle læger skal være 6 måneder i almen praksis.

Alt i alt peges på et behov for mere 'T-formede' kompetencer hos læger og andet personale: Der skal være faglighed både i bredden og i dybden. Som Sidsel Vinge siger: - Lige nu er T'et meget dybt – det skal være bredere. T'er skal have den form, som T'er skal have. Men også her fylder incitamenterne noget: Sidsel Vinge peger på, at pengene og prestigen i sundhedsvæsenet ligger nogle andre steder, og at det skal ændres, så der bliver langt bedre rekruttering til de (fag)områder, der skal håndtere multisygdom.

Det nære sundhedsvæsen

Spørgsmålet er dog, om svaret på, hvor og hvordan multisygdom som 'den nye normal' overhovedet skal håndteres, er i særlig nærhed til hospitalerne? Det nære sundhedsvæ-

sen, som er det sundhedsvæsen, der udspiller sig i og imellem almen praksis og kommunerne, vil kunne og skulle spille en langt større rolle. Dette er paradoksalt i og med, at der i disse år er et stærkt fokus på etableringen af de såkaldte supersygehuse.

I takt med erkendelsen af, at sygehusindlæggelser skal være sjældne, fordi det meste kan og skal klares i hjemmet eller i lokalområdet, bliver opgaven i det nære sundhedsvæsen større og mere krævende.

Udviklingen i opgaverne for de praktiserende læger og mellem de praktiserende læger og kommunerne har haft en betydeligt mindre bevågenhed. Dette er i den senere tid dels italesat af de praktiserende læger selv, dels accentueret af forhandlingerne mellem praktiserende læger og regionerne om ny overenskomst.

Som det er påpeget, i kapitlet om multisygdom i kommunal sammenhæng, er der mange udfordringer i, at kommunerne er søjleopdelt. Der er et vist fokus på, at der er overgange og dermed opstår utilsigtede hændelser og dårlige forløb på tværs af sektorer og mellem afdelinger på hospitaler, mens der har været mindre bevågenhed omkring, at opdelingen internt i kommunen skaber problemer. Som Sidsel Vinge siger: - Kommunerne er ikke sygdomsopdelte, men der er en tendens til sub-specialisering, hvor man for eksempel finder en koordinator i forhold til hjertesygdomme. Sidsel Vinge peger på, at det fremover fortsat skal være sygeplejersker og stærke generalister, der sidder sammen organisatorisk. De, der arbejder med kronisk sygdom skal forstå, at de er et team. Kommunerne skal således bevare det, som en intern mediciner kunne, og der skal dermed også i kommunerne være fokus på 'T-formede' kompetencer, hvor bredde og dybde er afpasset til, at der både skal være dyb viden om enkeltsygdomme og bred viden på tværs af sygdomsbilleder, om medicin mv. Kommunerne har for manges vedkommende haft vanskeligt ved at etablere et samarbejde med de praktiserende læger, og skaffe den lægedækning, som opgaverne i det nære sundhedsvæsen kræver.

Svaret på spørgsmålet om, hvor de multisyge mødes bedst, burde således være kommunerne – men der er endnu mange udfordringer og strukturelle og kompetencemæssige udfordringer, som skal løses.

Frede Olesen peger også på T, som et vigtigt bogstav i alfabetet: - Vi skal tænke i det omvendte T, det vil sige vi skal tænke på tværs i sundhedsvæsenet og række ud efter lokale samarbejdspartnere og i lidt mindre grad tænke vertikalt op mod de store specialsygehuse. De store sygehuse skal tage på sig at være ledere i sundhedsvæsenet og ikke kun i sygehusvæsenet, sådan at ansvaret er for populationen i et område – ikke bare for produktionen på sygehuset.

Sammenfatning og perspektivering

Nye styringsformer og tilgange er ved at vokse frem på 'bagsiden' af DRG-systemet og rammebudgetter i hospitalerne. Håbet er, at disse styringsformer fremover skal være med til at understøtte forløb for den multisyge borgers komplekse behov. Der afprøves i øjeblikket en række initiativer baseret på værdibaseret styring. Samtidig stadfæster det nye nationale kvalitetsprogram 2015-2018 en populationsorienteret tilgang som et yderligere grundlag for en hensigtsmæssig styring af ressourcer og sundhedsfaglige indsatsers organisering. Flere steder i landet er der etableret ambulatorier, som retter sig mod multisyges særlige behov. Det fragmenterede sundhedsvæsen er ikke kun udtalt i sygehussammenhæng. Det findes også i kommunerne, og når patientforløbet går på tværs af sektorer, bliver kompleksiteten udtalt.

En ny struktur gør det ikke i sig selv. Uanset strukturer vil forskellige fagligheder se forskelligt på 'deres' borger/patient. Det er derfor, i videst muligt omfang, nødvendigt at tænke en opgradering af medarbejderes og lederes generelle kompetencer sammen med de eksisterende specialiserede kompetencer. Måske skal det hedengangne speciale intern medicin genoplives og tænkes ind i sundhedsvæsenet – og måske skal kommunernes begyndende subspecialisering på sundhedsområdet bremses. Almen praksis' rolle i forhold til mennesker med multisygdom skal gøres meget tydeligere.

Forløbsprogrammerne for de enkelte kroniske lidelser er fagligt godt arbejde, men er ikke understøttet af struktur og incitament – og derfor ikke implementeret tilfredsstillende på tværs af sektorer.

Til en start kunne man styrke, at sundhedsaftalerne bliver langt stærkere, og at der udarbejdes forpligtende sundhedsplaner for klynger af kommuner, hospitaler og praktiserende læger.

En anden udfordring i forhold til struktur og multisygdom er, at udfordringerne ikke alene går på tværs af specialer og sektorer, men også på tværs af lovgivninger og IT. I Finland er man i færd med en reform, der lægger socialområdet og sundhedsområdet sammen, ledelsesmæssigt og lovgivningsmæssigt. Det er en enorm reform med store perspektiver og muligheder, og som netop har som mål at imødegå de udfordringer en 'ny normal' med mange multisyge indebærer. I Danmark er der indtil nu kun krusninger på overfladen, og det løser ikke udfordringerne.

Referencer

1. Bech M. Altinget, 2. september 2016: Kora: Kom i gang med værdibaseret styring. KORA.2016.
2. Porter, Michael E., Teisberg, Elisabeth O. Redefining Health Care, Harvard Business Press, 2006.
3. Institute for Healthcare Improvement, The triple Aim, webside <http://www.ihl.org/engage/initiatives/tripleaim/pages/default.aspx>
4. <http://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/vaerdibaseret-styring>.
5. Region Hovedstaden, 2016: Projektgrundlag for Bornholms Udviklingshospital. <https://www.bornholmshospital.dk/udviklingshospital-bornholm/Documents/Udviklingshospital%20Bornholm%20Projektgrundlag%20160825%20samlet.pdf>.
6. Højgaard, Betina, Wolf, Rasmus T., Bech, Mickael: Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring - En kortlægning af regionale forsøg og ordninger KORA 2016.

10.

Multisygdom: Hvad gør de i andre sundhedssystemer?

*Af Michaela Schiøtz, seniorforsker, Forskningsenheden for Kroniske Sygdomme, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.
michaela.louise.schioetz@regionh.dk*

*Anne Frølich, overlæge, forskningsleder, Forskningsenheden for Kroniske Sygdomme, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.
anne.froelich@regionh.dk*

Resumé: Når vi skal udvikle tiltag rettet mod personer med multisygdom i Danmark, er der rig mulighed for at hente inspiration fra andre sundhedssystemer med lignende problemstillinger. Forekomsten af multisygdom i Danmark er sammenlignelig med forekomsten i andre europæiske lande. Vi kan med fordel bruge internationale vellykkede erfaringer til at identificere organisatoriske principper og best practices, der kan anvendes i arbejdet med at udvikle og omorganisere det danske sundhedsvæsen. Inspiration kan hentes fra både amerikanske og europæiske sundhedssystemer, der har udviklet velfungerende organisationsmodeller med det formål at optimere behandlingen for personer med multisygdom og komplekse behov. Fællestræk for de amerikanske modeller er en teambaseret tilgang til behandlingen, samarbejder på tværs af fagligheder med patienten som udgangspunkt, en patientansvarlig sundhedsperson og brug af fælles IT-systemer.

Forekomsten af multisygdom er stigende og udgør en udfordring for sundhedsvæsenet globalt.¹ Sammenligner vi forekomsten af multisygdom i Danmark med andre europæiske lande, finder vi, at forekomsten i Danmark er sammenlignelig med andre europæiske lande.²⁻⁴ Internationale sammenligninger af sundhedssystemer har

i mange år været brugt som metode til at identificere organisatoriske principper og best practices med betydning for kvaliteten af sundhedsydelser og omkostninger forbundet hertil.⁵⁻⁷ Når vi ser efter indsatser eller måder at organisere sundhedssystemet på, der har til formål at optimere indsatsen for personer med multisygdom, kan der således være inspiration at hente fra andre sundhedssystemer. I kapitlet vil eksempler på modeller og kliniske metoder fra sundhedssystemer i USA og Europa blive præsenteret.

Eksempler på organisationsmodeller fra andre sundhedsvæsen

Flere amerikanske sundhedsorganisationer har gennem de seneste år udviklet nye organisationsmodeller, der har til formål at optimere behandlingen for personer med multisygdom og komplekse behov. Ligeledes har blandt andet tiltag i Finland vist sig at optimere behandlingen for personer med multisygdom. I det følgende præsenteres eksempler på organisationsmodeller fra det offentlige amerikanske sundhedssystem Veteran Health Administration, de private amerikanske sundhedsorganisationer GroupHealth og Partners Healthcare samt indsatser fra Finland og Tyskland. Hensigten er, at eksemplerne kan inspirere udviklingen af indsatser målrettet personer med multisygdom i det danske sundhedsvæsen.

Veterans Health Administration

Et eksempel på en tilgang til behandlingen af personer med flere kroniske sygdomme og komplekse behov, kommer fra det amerikanske nationale sundhedssystem the Veterans Health Administration (VHA). VHA leverer sundhedsydelser til cirka otte millioner amerikanske krigsveteraner og deres familier. VHA behandler patienter med kroniske sygdomme, herunder patienter med flere kroniske sygdomme og komplekse problemstillinger, i såkaldte *Patient Aligned Care Teams* bestående af en praktiserende læge, sygeplejersker og en *pharmacist* (svarer til en blanding mellem en farmaceut og en klinisk farmakolog). Desuden har teamet mulighed for at trække på diætister, socialrådgivere og andre faggrupper, der kan være tilknyttet flere teams. VHA har et fælles IT-system for hele sundhedsorganisationen, der gør det let for behandlerne at danne sig et overblik over *patientens* problemstillinger og medicin forbrug. IT-systemet har indbyggede beslutningsstøtteværktøjer, checklister med tilhørende reminders, samt en chat funktion, som de sundhedsprofessionelle bruger til at kommunikere med hinanden. Evalueringer viser, at modellen øger brugen af det primære sundhedsvæsen og forbedrer kliniske mål som blodtryk og HbA1c.⁸

TEAMcare - GroupHealth

Den amerikanske sundhedsorganisation GroupHealth og University of Washington, USA har i samarbejde udviklet TEAMcare modellen. Modellen er målrettet personer med depression og andre samtidigt forekommende kroniske sygdomme. Behandlerteamet består af en praktiserende læge og en sygeplejerske, der løbende rådfører sig med speciallæger fra hospitalet. Der fokuseres særligt på opstart og justering af medicin, opnåelse af behandlingsmål og at motivere patienter til at deltage aktivt i behandlingen og selv monitorere deres sygdomme. Modellen har vist sig at forbedre behandlingskvaliteten, at fremme både kliniske og psykologiske resultater, samt at være omkostningsreducerende.⁹⁻¹⁰

The Integrated Care Management Program – Partners Healthcare

Et andet eksempel på en model, målrettet personer med multisygdom, er the Integrated Care Management Program, der benyttes i sundhedsorganisationen Partners Healthcare, Boston, USA. Modellen fokuserer på patienter med et højt forbrug af sundhedsydelser inden for de sidste 12 måneder og høj risiko for indlæggelse. Patienterne får udviklet en individuel behandlingsplan. Modellen har *care managers* i form af sygeplejersker tilknyttet patienter i almen praksis, og bruger IT og *real time data* i stor udstrækning. Sygeplejerskerne sørger for at koordinere behandlingen mellem de involverede behandlere og faciliterer kommunikationen og støtter ved overgange i behandlingsforløbet. Desuden faciliterer sygeplejerskerne samarbejdet med speciallæger, et *mental health team*, *pharmacists*, misbrugsbehandlere og socialrådgivere. Sygeplejerskerne modtager sammen med resten af behandlerteamet løbende uddannelse og træning. Modellen har vist sig at reducere antallet af indlæggelser, reducere antallet af skadestuekontakter og reducere dødeligheden hos de patienter programmet omfatter.¹¹

PIRRKU-POTKA

I Finland har man iværksat flere tiltag målrettet personer med multisygdom. Et af tiltagene er en omfattende indsats baseret på *The Chronic Care Model* og et underprogram til dette er programmet PIRRKU-POTKA, der har særlig fokus på at udvikle og implementere behandlingsforløb for personer med multisygdom. Det primære formål med programmerne er at øge patientinvolvering, forbedre koordination af og sammenhæng i forløbet. Sekundære formål inkluderer at forebygge og reducere over-, under- eller misbrug af sundhedsydelser og dermed reducere omkostninger. En central del af programmerne er at øge sundhedsprofessionelles viden om multisygdom. Interne evalueringer af indsatsen PIRRKU-POTKA viser, at programmet

har øget integrationen af sundhedsydelser, samarbejdet mellem sundhedsudbydere, patient centring, patient involvering, involvering af uformelle plejere, brug af *e-health* værktøjer samt øget omkostningseffektiviteten.¹²

Gesundes Kinzigtal

I Tyskland er der adskillige programmer på regionalt og lokalt niveau målrettet personer med multisygdom. Et program, der fremhæves som succesfuldt, og hvor både interne og eksterne evalueringer viser effekt, er *Gesundes Kinzigtal* programmet.¹³⁻¹⁴ Programmet er en populationsbaseret sammenhængende indsats, hvor behandlingen organiseres på tværs af samtlige sundhedssektorer og aktører. Programmet er målrettet personer med multisygdom. De involverede behandlere er alment praktiserende læger, andre speciallæger, socialrådgivere, fysioterapeuter, diætister og psykologer. Patienter der indgår i programmet gennemgår en omfattende helbredsundersøgelse. For patienter i risikogrupper, som personer der bor på plejehjem, personer der ryger, personer i risiko for osteoporose og personer med depression, udarbejdes individuelle behandlingsplaner, og læge og patient indgår aftaler om patientens målsætninger. Organisationen 'Gesundes Kinzigtal GmbH' videregiver erfaring med forløbskoordination til lægerne, giver lægerne betaling for ekstra ydelser knyttet til programmet og tilbyder ekstra ydelser til patienterne såsom støtte til egenomsorg og patientuddannelses programmer. Opfølgning og forløbskoordination sikres ved at hospitaler samarbejder med de øvrige sundhedsudbydere. Sammen har de udviklet forløbsprogrammer, og oplysninger om medicin og patientjournaler synkroniseres på tværs af sektorer. Et andet element i programmet er at reducere ventetiden til psykoterapi og psykiater, således at det er muligt for patienter med akut behov at få adgang til disse ydelser. Programmet har vist sig at forbedre koordinationen af behandlingen, samarbejdet mellem sundhedsudbydere, patienttilfredshed, patient outcomes, samt øget patientinvolveringen, ændret forbrugsmønstre og reduceret omkostninger.¹³⁻¹⁴

Konklusioner og perspektiver

Som de præsenterede eksempler illustrerer, varierer eksisterende modeller målrettet personer med multisygdom både med hensyn til formål og form. Modellerne inkluderer alle en patientcentreret tilgang med fokus på patientinvolvering, koordination af behandlingsforløb og omkostningseffektivitet. Flere af modellerne indbefatter også kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle. Fællestræk for de amerikanske modeller inkluderer desuden en teambaseret tilgang til behandlingen og brug af fælles IT-systemer. I udviklingen af tiltag rettet mod personer med multisygdom i

Danmark, er der således rig mulighed for at hente inspiration fra sundhedssystemer i andre lande med lignende problemstillinger. Studier af, hvordan indsatser virker i praksis, har dog vist, at effekten af en indsats er afhængig af den kontekst, hvori den bringes til anvendelse.¹⁵ Således er det vigtigt, at tiltag testes og videreudvikles til brug i en dansk kontekst.

Referencer

1. Boyd CM, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health system Design? *Public Health Reviews* 2011;33:451–74.
2. Robinson K, Bonnerup A, Jeppesen M, Lau C, Glümer C. Kroniske sygdomme - forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelse i Region Hovedstaden. Region Hovedstaden 2012.
3. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37–43.
4. Struckmann, V; Shoeijs, S; Melchiorre, MG; Hujala, A; Rijken, M; Quentin, W; Ginneken E. Caring for People with Multiple Chronic Conditions in Europe. *Eurohealth* 2014;20:35–40.
5. Ginsburg JA, Doherty RB, Ralston Jr. JF, Senkeeto N, Cooke M, Cutler C, et al. Achieving a high-performance health care system with universal access: what the United States can learn from other countries. *Ann.Intern.Med* 2008;148:55-75.
6. Nolte, E; Wait,S; Mckee M. Investing in health. Benchmarking health systems. London: The Nuffield Trust; 2006.
7. Vallgarda S. Folkesundhed som politik - Danmark og Sverige fra 1930 til idag. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag; 2003.
8. O’Toole TP, Pirraglia PA, Dosa D, Bourgault C, Redihan S, O’Toole MB, et al. Building care systems to improve access for high-risk and vulnerable veteran populations. *J Gen Intern Med* 2011;26 Suppl 2:683–8. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3191220&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
9. Katon W, Russo J, Lin EH, Schmittdiel J, Ciechanowski P, Ludman E, et al. Cost-effectiveness of a multicondition collaborative care intervention: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:506-14.
10. Von KM, Katon WJ, Lin EH, Ciechanowski P, Peterson D, Ludman EJ, et al. Functional outcomes of multi-condition collaborative care and successful ageing: results of randomised trial. *BMJ* 2011;343:d6612.
11. McCall N, Cromwell J,Smith K UCC. Evaluation of Medicare Care Management for High Cost Beneficiaries (CMHCB) Demonstration. Washington DC; 2011.
12. Hujala A, Rissanen S, Taskinen H, Holmberg-Marttila D, Lehtovaara K, Oksman E, Ruoraneb M, Siefen L. Caring for people with multiple chronic conditions in Finland: policy and practices. ICA-RE4EU 2014. http://www.icare4eu.org/pdf/Country_Factsheet_Finland_ICARE4EU.pdf

13. Struckmann V, Quetin W, van Ginneken E. Caring for people with multiple chronic conditions in Germany: policy and practices. ICARE4EU; 2014. http://www.icare4eu.org/pdf/Country_Factsheet_Germany_ICARE4EU.pdf
14. Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, Richter-Reichhelm M, Siegel A, Witzenrath W. Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *Int J Integr Care* 2010;10:e046.
15. Latour B, Woolgar S. *Laborator life: social construction of scientific facts*. Beverly Hills: Sage Publications; 1979.

11.

Den politiske arena for multisygdom

*Af Christian Harsløf, direktør for Social, job og Sundhed, Roskilde Kommune.
E-mail: christianhar@roskilde.dk*

*Anja Mitchell, formand. Overlægeforeningen.
aumitchell@dadlnet.dk*

*Jens Winther Jensen, direktør, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.
jwj.rkkp@rm.dk*

*Christian Freitag, formand. Praktiserende Lægers Organisation.
cfreitag@dadl.dk*

Resumé: *Det eksisterende sundhedsvæsen har vanskeligt ved at opfylde behovene hos borgere med multisygdom. Situationen forværres, jo mere komplekse borgerens medicinske og sociale forhold er. Håndteringen af den multisyge borger kan ses som billedet på det samlede sundhedsvæsens to store udfordringer. For det første ser hospitalssektoren på sundhed med ensidige 'sygdomsbriller'. Sygdomsbrillerne indsnævrer opmærksomheden på de primære årsager til, at nogle grupper af multisyge patienter klarer sig skidt. For det andet oplever multisyge borgere, at der mangler sammenhæng og overblik over deres behandlingsforløb. Der er ikke nogen, der har et entydigt ansvar for indsatsen, der som oftest går på tværs af sektorer. Det er helt centralt, at de rammer, der skal understøtte udviklingen af et samlet sundhedsvæsen, skal på plads. Det betyder i praksis, at politikerne skal være med til at skabe incitamenter for aktørerne på social- og sundhedsområdet til at højne det tværgående samarbejde og herved øge kvaliteten i indsatsen. Det må forventes, at især kommuner og praksissektoren vil spille en stor rolle i håndteringen af personer med multisygdom i fremtiden. Hvis organiseringen af indsatsen skal udvikles og forbedres, skal vi ud på et meget praksisnært niveau.*

Ansvarsfordeling og udfordringer forbundet med indsatsen for multisyge borgere i regioner, almen praksis og kommuner: Sundhedstrekanten

Flere end hver syvende dansker¹ lider af mere end én kronisk sygdom. For mange indebærer det, at de modtager behandling og rehabilitering over livslange forløb. Forløbene er oftest kendetegnet ved hyppige kontakter med sundhedsvæsenet fordelt mellem hospital, praksissektor og kommune. Som for mange andre patientgrupper er der ikke én instans, der har det fulde ansvar for borgere med multisygdom. Det eksisterende sundhedsvæsen har vanskeligt ved at opfylde behovene for disse borgere, og meget tyder på, at situationen kun forværres, jo mere kompleks borgerens medicinske og sociale forhold er. Sammenlignet med mange andre patientgrupper er den multisyge borger desuden kendetegnet ved at være interesseløst hjemløs. Der er ikke en dedikeret patientforening, som taler gruppens sag.

På mange måder er den multisyge borger et billede på det samlede sundhedsvæsens største udfordringer. For det første ser især hospitalssektoren på sundhed med 'sygdomsbriller'. Der er definerede og beskrevne tilbud til demenspatienten, patienten med diabetes, hjerteinsufficiens og så videre. De store kroniske sygdomme beskrives i forløbsprogrammer, og der tages for sjældent hensyn til, at mange af patienterne har to eller flere kroniske sygdomme. Primært er sygdommen og diagnosen i fokus, og det gør os blinde for de primære årsager til, at nogle grupper af multisyge patienter klarer sig dårligt. F.eks. at der kan være meget store udfordringer relateret til angst, isolation og depression. Desuden er sektorernes indsatser fragmenteret og ikke ensartet. Sundhedsvæsenet mangler et program og et sprog for, hvordan vi kan tale om de multisyge patienter, som falder igennem i vores nuværende system på grund af andre forhold end de kendte kroniker-sygdomsgrupper.

Den anden store udfordring, som sundhedsvæsenet står overfor, er at den multisyge borger ofte oplever et stort antal viderehenvísninger. Der mangler sammenhæng og overblik over behandlingsforløbet både hos patienten og de pårørende. Men også blandt det sundhedspersonale, som skal varetage behandlingsopgaven, når en multisyg borger træder ind ad døren.

Silotænkning er en stor udfordring, både inden for de enkelte sundhedsorganisationer og også mellem organisationerne og mellem sundheds- og sociale sektoren. I primærsektoren er der generelt fokus på at have en helhedsorienteret tilgang til borgeren og dennes behov, men lige præcis den multisyge borgers problemstillinger bliver ofte så komplekse, at borgeren risikerer, at sundhedspersonalet også i primærsektoren begrænser sig til at fokusere på én diagnose per konsultation. Det har nogle oplagte ulemper for den enkelte borger.

Hertil kommer, at de indsatser, som leveres i de tre sektorer kun er ringe data-mæssigt forbundet. Regionerne anvender forskellige elektroniske patientjournaler, og det samme gør de praktiserende læger. Endelig anvender kommunerne forskellige IT-systemer, der desuden anvendes i forskellige versioner, som igen gør det besværligt at dele data. Dermed er der risiko for, at relevante informationer går tabt, og/eller at der spildes tid på gentagelse af anamneseoptagelse, undersøgelser og rådgivning.

De politiske processer på området i forhold til sundhedstrekanten

Det er helt centralt, at rammerne der skal understøtte udviklingen i det samlede sundhedsvæsen er på plads.²⁻⁵ Hvis vi skal forbedre forholdene for borgere med multisygdom, er det nødvendigt at kunne gennemføre løsninger, der understøtter kontinuitet for disse patientgrupper. De har sygdomsforløb, der strækker sig over både 10 og 20 år. Derfor skaber det forvirring, især for disse sårbare patienter, hvis forløbene ændres hvert andet eller tredje år. Det betyder i praksis, at politikerne skal være med til at skabe nye incitamenter for aktørerne i sundhedsvæsenet. Desuden skal der udvikles faglige tidsvarende kompetencer hos sundhedspersonale- og ledere, og der skal skabes stabile rammer for primærsektorens organisatoriske indretning, således at de imødekommer de bedste løsninger for patienterne.

Der er både lovgivning og aftaler på sundhedsområdet, der er tiltænkt det formål at understøtte samarbejdet omkring patientforløb mellem sundhedsvæsenets aktører:

- Sundhedsaftalerne er det politiske ophæng, der skal fremme samarbejdet mellem kommuner og regioner og er i alle fem regioner udmøntet i konkrete aftaler om samarbejde på tværs af sektorerne. Siden 2013 har praksisplanerne været bragt i spil i forhold til udmøntningen af de dele af den politiske sundhedsaftale, som omfatter praktiserende læger.
- Hver kommune i landet har et kommunalt lægelaug, som varetager kommunikationen med kommunen vedrørende samarbejde mellem kommune og almen praksis.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er sundhedsaftalerne sat i verden for at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af regionernes sygehuse, kommunerne og almen praksis. Formålet er, at aftaler om fordeling af ansvar mellem myndigheder og sektorer skal bidrage til at borgere/patienter modtager en sammenhængende indsats af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, borgeren har behov for. Aftalerne fokuserer i

høj grad på faglige og organisatoriske forhold, mens rammerne og betingelserne for at levere arbejdet aftales ved et andet bord.

Denne struktur har vist sit værd i forhold til en række opgaver, blandt andet for de grupper, som passer ind i kronikerforløbsprogrammerne. Tænkningen er i høj grad bygget op omkring en 'stafetmodel', hvor én sundhedsaktør afslutter sit arbejde og afleverer borgeren videre til den næste i rækken. For de multisyge er stafetmodellen imidlertid utilstrækkelig, da denne patientgruppe ofte har flere samtidige forløb i flere sektorer.

Borgerens møde med det opdelte sundhedsvæsen

Der er generelt enighed om, at multisygdom fortsat er og bliver en udfordring i sundhedsvæsenet mange år fremover. Både nationalt og internationalt har der været gennemført projekter og forsøg, med det formål at løse opgaven ved at sikre, at social- og sundhedstilbuddene integreres. Dette var ligeledes et af formålene med kommunalreformen fra 2007, og for mange grupper har dette også fungeret.

En erklæret målsætning med strukturreformen var, at den skulle beskrive en entydig ansvarsfordeling af opgaverne på velfærdsområdet. Der kan argumenteres for, at man aldrig nåede i mål på sundheds- og socialområdet. Kommunerne har ansvar for forebyggelse, genoptræning og rehabilitering, mens regionerne tager sig af behandling. Det fungerer på en del områder ikke godt nok. For eksempel er behandling og støtte til mennesker med psykisk sygdom blevet mere fragmenteret og usammenhængende. Kommunalreformen har således langt fra løst alle problemerne.

Det må forventes, at det især er i kommunerne og i praksissektoren, at opgaven med de multisyge vil blive forankret fremover. Disse borgere har behov for en integreret indsats på social- og sundhedsområdet. Hvis organiseringen af indsatsen for multisyge skal udvikles og forbedres, skal vi ud på et meget praksisnært niveau. Dertil er det essentielt, at kommunerne og de praktiserende læger bliver rustet til at kunne klare en stor del af opgaven i eget hus. Med andre ord kræver det, at arbejdsdelingen er meget klar, og at grundkompetencerne er til stede i den organisation, der skal varetage indsatsen for disse komplekse borgere med mere end én kronisk sygdom. Herved kan vi sikre, at den nødvendige kommunikation og det nødvendige samarbejde kun drejer sig om de områder, hvor det er nødvendigt at gå på tværs af sektorerne.

Endelig skal det i højere grad end i dag være muligt at koordinere indsatsen mellem det behandlende sygehus, almen praksis og kommunernes sociale indsatser. Der skal opbygges et samarbejde om udvalgte opgaver og særlige patienter. Samarbejdsprocesserne handler langt hen af vejen om at forbedre muligheden for relevant kommunikation i og mellem sektorerne.

Flere bud på hvordan vi kommer videre

En ny vision for det nære sundhedsvæsen: For det nære sundhedsvæsen er der behov for en struktur tættere på patienterne end de kendte samarbejder på sundhedsaftaleniveau og sygehusklyngeniveau. En cluster skal kunne rumme det primære sundhedsvæsen fra almen praksis i tæt samarbejde med den lokale hjemmesygepleje og de sociale indsatser.⁶ Der vil være behov for tydelig ledelse, og at arbejdet baseres på valide data. Mest af alt skal der være en fælles vision, der er delt af alle deltagere.

En patientansvarlig læge: En læge der har ansvaret for patienten i hele forløbet. Det skal være tydeligt, når ansvaret går fra den ene patientansvarlige læge til den næste, mellem afdelinger, sygehuse eller mellem sekundær- og primærsektoren.⁷

IT-understøttelse og tidstro data: Der er behov for real-time dataudveksling for de multisyge borgere og bedre dataunderstøttelse af forløb både internt i primærsektoren og i samarbejdet mellem de tre sektorer. Dette skal skabe grundlaget for at borger og behandler sammen kan træffe de rette beslutninger. Samtidig kan disse data være med til at bringe en større viden om patientforløbene og derigennem forbedre indsatsen i hele sundhedsvæsenet for patientgruppen med multisygdom.

Styringsreform og nye incitament: Der er brug for økonomiske styringsmekanismer, som tilskynder til rationelle og sammenhængende forløb og belønning for kvalitet frem for ren produktion.

Referencer

1. Statens Serum Institut 2015
2. Det hele sundhedsvæsen. Danske Regioner 2012.
3. Sammen om sundhed. KL udspil. Kommuners Landsforening 2015.
4. På Patientens vegne. PLO's udspil til bedre sammenhæng, større tilgængelighed og højere kvalitet i sundhedsvæsenet. Praktiserende Lægers Organisation 2016.
5. Tæt på Patienten. 16 forslag til et stærkt og sammenhængende sundhedsvæsen. Lægeforeningen 2016.
6. Improving together: A National Framework for Quality and GP Clusters in Scotland. Scottish Government 2017.
7. Politisk aftale om national model for patientansvarlige læger
<http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2016/November/~-/media/Filer%20-%20dokumenter/2Politisk%20overligger%20om%20aftale%20om%20national%20model%20for%20patientansvarlig%201%C3%A6ge.ashx>

12.

Omkostninger og multisygdom

Af Kjeld Møller Pedersen, professor Syddansk Universitet, Aalborg Universitet
kmp@sam.sdu.dk

Resume: *Omkostningerne ved multisygdom er betydelige og vil stige i de kommende år i takt med at befolkningen bliver ældre. Hvis den nuværende lave vækst i de samlede sundhedsudgifter fortsætter i de næste 5-10 år, vil gruppen af multisyge blive en økonomisk udfordring. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at give et troværdigt præcist skøn over, hvor stor en andel af de samlede sundhedsudgifter, der går til multisyge borgere. Vi ved dog, at 10 pct. af borgerne med én eller flere kroniske sygdomme står for 59 pct. af de samlede sundhedsudgifter. Der præsenteres danske tal for KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1 og type 2 diabetes, hjertesvigt og astma.*

Omkostninger ved multisygdom

Undersøgelser viser, at multisygdom er forbundet med dårlig livskvalitet, dårligt mentalt helbred og nedsat fysisk funktionsevne samt øget mortalitet. Endvidere har personer med multisygdom øget risiko for at blive indlagt, og for at indlæggelsen bliver af længere varighed.¹⁻² En dansk undersøgelse³ viste, ikke overraskende, at patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) har mere end tre gange så stor risiko for også at have astma. Men ganske overraskende viste undersøgelsen også, at KOL patienter har dobbelt så høj sandsynlighed for rygsygdomme og psykiske lidelser.⁴ Behandling af patienter med multimorbiditet er ofte kompleks.

Multisygdom rejser mange vigtige spørgsmål for praktisk sundhedspolitik. De to vigtigste økonomiske lyder: Hvad er scenarierne for fremtidens omkostninger i forbindelse med multisygdom og, hvordan kan man påvirke udgifterne? Samlet set ved man ikke meget om hverken størrelsen af omkostningerne, eller hvordan man kan påvirke dem. Det er imidlertid åbenbart, at med befolkningens aldring og dermed øgede prævalens af kroniske sygdomme, vil antallet af borgere med multisygdom stige. Praktisk og metodisk bliver spørgsmålet derfor, om der er synergi-effekter, der kan reducere omkostningerne? Altså koster tre samtidige sygdomme mere eller mindre, end hvis det var tre monosygdomme?

De økonomiske aspekter

I lyset af det foregående ville man derfor forvente højere behandlingsomkostninger ved multisygdom sammenlignet med monosygdom. Hvis man for eksempel er interesseret i de samfundsøkonomiske omkostninger ved KOL, får man ikke et korrekt estimat for omkostningen, hvis man ikke medtænker relevante co-morbiditeter, som for eksempel astma og hyppige lungebetændelser. En KOL-patient med astma bliver måske behandlet for begge dele i forbindelse med en enkelt konsultation hos den praktiserende læge – men hvor der kun afregnes for én konsultation.

Der er to væsentlige økonomiske problemstillinger i forbindelse med multisygdom. Vurdering af den samlede samfundsøkonomiske byrde og den økonomiske evaluering af indsatsen mod multisygdom, det vil sige omkostnings-effektiviteten af indsatserne mod multisygdom. Forskningsmæssigt er området multisygdom og de sundhedsøkonomiske aspekter ret nyt og med en række ikke helt afklarede metodiske problemstillinger.⁵⁻⁶ Der foreligger ikke definitive resultater vedrørende omkostninger og kun få danske resultater.

De samfundsøkonomiske omkostninger ved multisygdom

De samfundsøkonomiske omkostninger ved en kronisk sygdom, herunder også multisygdom, beregnes ofte i cost-illness-studier, (COI).⁷ Omkostningerne opdeles i to grupper, hvor den ene gruppe er de direkte omkostninger, behandlingsomkostninger i social- og sundhedsvæsenet, medtaget personligt afholdte udgifter i analyseåret. Den anden gruppe er de indirekte omkostninger, der er relateret til arbejdsmarkedet, i form af sygefravær, førtidspensionering og for tidlig død. COI-beregningerne baseres på forekomsten af andre samtidige kroniske sygdomme, men beregningsmetoden er ikke standardiseret.^{6,8-15}

Dansk eksempel på omkostninger ved KOL

I Sundhedsstyrelsens 2015-publikation omhandlende sygdomsbyrde, har man beregnet den samfundsøkonomiske byrde ved KOL.¹⁶ Tabel 1 viser, at de direkte behandlingsomkostninger beløber sig til ca. 1,3 mia. kr. De arbejdsmarkedsrelaterede omkostninger beløber sig til ca. 1,2 mia. kr. (Tabel 2). Man skal erindre, at gennemsnitsalderen blandt KOL-patienter er høj og dermed har gruppen tilsvarende lavere indirekte omkostninger.

| Mio. kr., 2012-prisniveau | | | | | | |
|---------------------------|-----------------|-----------------|---------------|---------|-------------|---------|
| Indlæggelser | Ambulante besøg | Skadestudebesøg | Lægekontakter | Medicin | Hjemmehjælp | I alt |
| 486,8 | 147 | 0,6 | 39,7 | 333,7 | 285 | 1.292,8 |

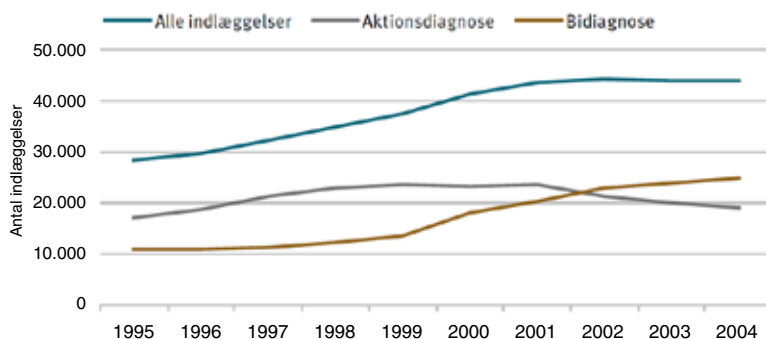
Tabel 1. De direkte behandlingsomkostninger ved KOL.¹⁶

| Sygedage | Førtidspension | Tidlig død | I alt |
|----------|----------------|------------|--------|
| 44,3 | 679,8 | 475,4 | 1199,5 |

Tabel 2. Indirekte omkostninger ved tabt produktion.¹⁶

Astma er en hyppigt forekommende co-morbiditet ved KOL³. Opregner man tallene fra en analyse baseret på 2000-tal¹⁷ til 2012-niveau ved hjælp af Danmarks Statistiks prisberegner, findes de direkte omkostninger i 2012 kroner at være på cirka 1,4 mia. kr. og de indirekte omkostninger cirka 1,0 mia. kr. Det er ikke så simpelt, så man blot kan lægge omkostningerne sammen og dermed få et udtryk for omkostninger med co-morbiditet. Det er endvidere usikkert, hvilke co-morbiditeter der skal medtages i beregningerne.

På det praktiske plan, det vil sige ved beregninger, hvor man for eksempel bruger landspatientregisteret, er det vigtigt at skelne mellem hoveddiagnose (aktionsdiagnose) og bidiagnoser. Aktionsdiagnosen er den diagnose, der ved afslutningen af en indlæggelse bedst angiver den sygdom, som indlæggelsen drejede sig om. En bidiagnose er de andre sygdomme, som patienten lider af ved indlæggelsen. Figur 1 illustrerer dette og viser, at det fører til for lave beregnede omkostninger, hvis man ikke medregner co-morbiditeten ved KOL.

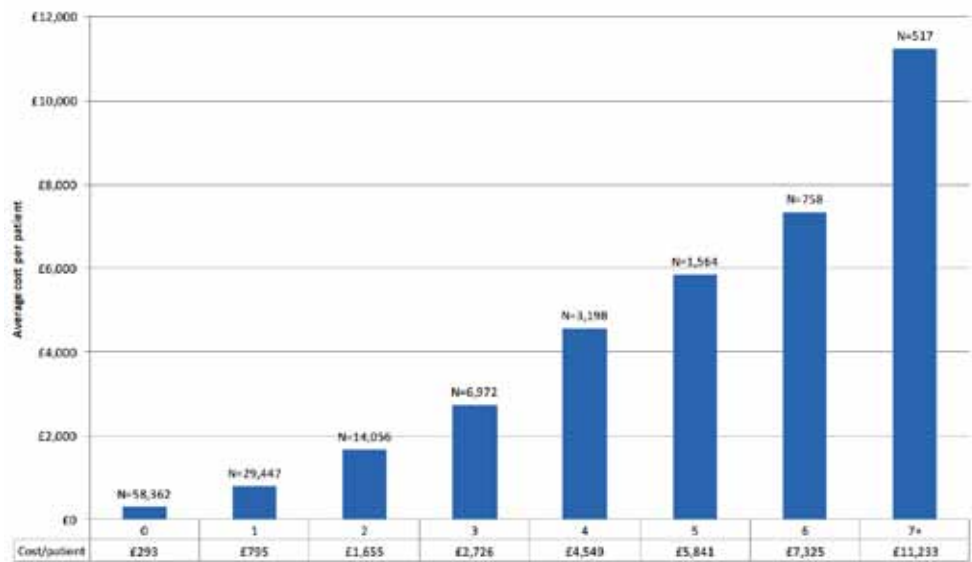
Figur 1. KOL-indlæggelser (både aktions- og bidiagnoser) for mænd og kvinder i Danmark, 1995-2004.¹⁸

Svenske data

I et større svensk studie har man undersøgt diagnoser og omkostninger for befolkningen i et len og betydningen af co-morbiditet. I forbindelse med tre diagnoser: depression, rygsmerter og gigt fandtes ikke éntydigt meromkostninger ved co-morbiditet.¹³

Engelske data

En forskningsrapport fra universitetet i York¹⁸ har set på de direkte omkostninger i sundheds- og socialvæsenet i Somerset i England. Baseret på registersamkørte data for godt 110.000 borgere kunne man beregne omkostningerne for 0, 1, 2, 3 osv. samtidige sygdomme. Studiet arbejdede med i alt 49 kroniske tilstande, hvoraf dog ikke alle var lige indlysende, for eksempel frakturer, brok og blindtarmsbetændelse, hvor man må formode, at der i givet fald var tale om varige eftervirkninger. Figur 2 viser hovedresultater fra forskningsrapport fra universitetet i York¹⁸. Som ventet stiger de gennemsnitlige omkostninger i sundheds- og socialvæsenet per patient med antallet af multisygdomme.



Figur 2. Gennemsnitlige omkostninger per patient med antal sygdomme i næstsidste linje.¹⁹

Det er umiddelbart overraskende, at den marginale forøgelse af de gennemsnitlige omkostninger stiger med antallet af multisygdomme. For eksempel ser man, at de

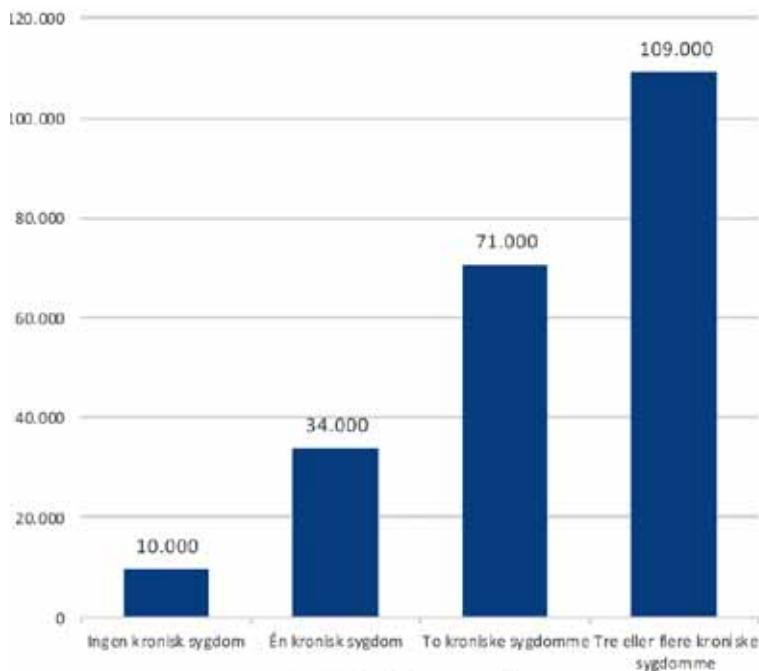
gennemsnitlige omkostninger for personer med to sygdomme er 860 £ højere end for gruppen med 1 sygdom. Forskellen mellem gruppen med 3 henholdsvis 2 sygdomme er på £ 1071, og ser man på gruppen med henholdsvis 4 og 3 sygdomme er forskellen £ 1.820. Derefter bliver den marginale forøgelse i omkostninger mindre.

Desværre indeholder rapporten ikke en underopdeling af omkostningstallene i Figur 2 fordelt på sektorer: somatisk og psykiatrisk sygehusvæsen, almen praksis, hjemmehjælp mm. Ved en række sygdomme, for eksempel demens, vil de største udgifter ligge i socialektoren.

Danske data

Staten Serum Instituts afdeling for sundhedsanalyse offentliggjorde ved udgangen af 2015 en analyse af omkostningerne ved multisygdom - dog begrænset til KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1 og type 2 diabetes, hjertesvigt og astma¹⁹ (Figur 3).

Der er alene tale om omkostninger i sundhedsvæsenet - *ikke* i socialektoren, det vil sige et snævert kasse økonomisk perspektiv, in casu de regionale kasser. De regionale sundhedsudgifter er opgjort som DRG-omkostninger ved somatisk sygehusbehandling, værdien af sengedage og besøg i det psykiatriske sygehusvæsen, ydeshonorarer ved behandling i praksissektoren samt regionale tilskud til receptpligtig medicin. Udgifterne dækker imidlertid over samtlige regionale sundhedsudgifter knyttet til en person og ikke kun specifikke udgifter, som kan henføres til den kroniske sygdom. Dette sidste fører utvivlsomt til en overvurdering af omkostningerne, ligesom udeladelsen af egenbetalingen for medicin betyder, at man ikke ser på de samfundsøkonomiske omkostninger, som kræver medregning af patienternes udgifter, og også bør inkludere for eksempel transport.



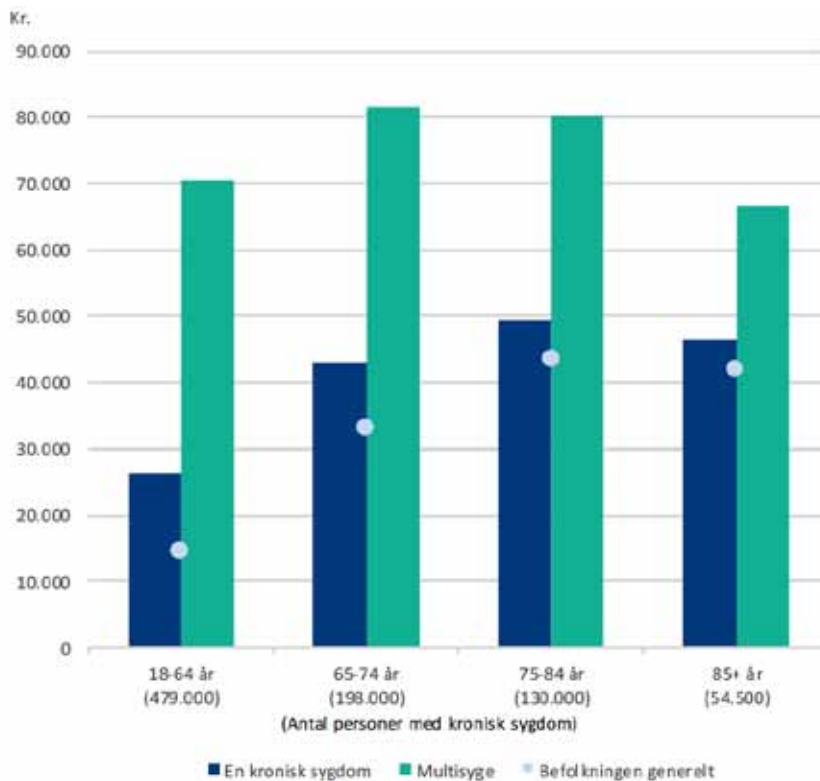
Figur 3. Gennemsnitlige regionale sundhedsudgifter pr. borger med udvalgte kroniske sygdomme fordelt efter antallet af sygdomme, som borgeren lever med, 2014 kr.¹⁹

Når en borger får en kronisk sygdom, er det forbundet med en årlig gennemsnitlig merudgift på ca. 24.000 kr. i det regionale sundhedsvæsen. Merudgiften ved at gå fra én kronisk sygdom til to kroniske sygdomme, eller fra to til tre kroniske sygdomme, er gennemsnitligt ca. 38.000 kr. Med andre ord et lidt andet mønster end det engelske. Har man én af de udvalgte kroniske sygdomme, er de gennemsnitlige regionale sundhedsudgifter ca. 34.000 kr. Har man to kroniske sygdomme er den gennemsnitlige udgift på 71.000 kr. om året, mens den gennemsnitlige udgift til personer med tre eller flere kroniske sygdomme er på 109.000 kr. om året. Til sammenligning er de gennemsnitlige årlige regionale sundhedsudgifter til en voksen borger ca. 20.000 kr.

De gennemsnitlige udgifter til borgere med multisygdom er på ca. 240.000 kr. årligt. Der er et stort spænd i de gennemsnitlige udgifter blandt personer med kronisk sygdom. 10 pct. af borgerne med én eller flere kroniske sygdomme står for 59 pct. af de samlede udgifter til kronisk sygdom. Til sammenligning er der en lille gruppe borgere (10%) med kronisk sygdom, der blot koster 600 kr. årligt. Den gennemsnitlige regionale sundhedsudgift relateret til den dyreste ene pct. med én eller flere

kroniske sygdomme er godt 688.000 kr. Denne ene pct. står for 17 pct. af de regionale sundhedsudgifter til denne gruppe.

Multisygdom ses i højere grad blandt den ældre del af befolkningen, og forekomsten afspejler generelt stigende levealder og ændrede sygdomsmønstre. Dette forhold har betydning for det højere udgiftsniveau for personer med udvalgte kroniske sygdomme. Figur 4 viser, at udgifterne stiger jo ældre borgeren er, når man ser på mennesker med en kronisk sygdom og befolkningen generelt. For befolkningen generelt stiger udgifterne og er højest i aldersgruppen 75-84 år.



Figur 4. Gennemsnitlige regionale sundhedsudgifter pr. borger med udvalgte kroniske sygdomme fordelt efter alder, kr., 2014.¹⁹

Afslutningsvis skal det noteres, at co-morbiditet kan være et problem i forbindelse med de økonomiske evalueringer og omkostnings-effektanalyser,⁶ som ofte bruges, når man overvejer at indføre nye behandlinger.

Grunddata vedrørende kliniske effekter kommer som hovedregel fra randomiserede forsøg, hvor inklusionskriterierne ofte er fravær af andre sygdomme. Spørgsmålet er, hvordan de kliniske og økonomiske resultater ville være, hvis der også indgik patienter med co-morbiditet i forsøgene.

Konklusion

Omkostningerne ved multisygdom er betydelige og vil stige i de kommende år i takt med at befolkningen bliver ældre. Hvis den nuværende lave vækst i de samlede sundhedsudgifter holder ved i de næste 5-10 år, vil gruppen af multisyge blive en økonomisk udfordring. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at give et troværdigt præcist skøn over, hvor stor en andel af de samlede sundhedsudgifter, der går til multisyge borgere. Det er vigtigt at notere det store spænd i de gennemsnitlige udgifter blandt personer med kronisk sygdom. 10 pct. af borgerne med én eller flere kroniske sygdomme står for 59 pct. af de samlede udgifter. De gennemsnitlige udgifter per borger i denne gruppe er ca. 240.000 kr. årligt, mens de gennemsnitlige årlige udgifter til de 10 % med laveste udgifter, er på 600 kr. per person. Den gennemsnitlige regionale sundhedsudgift relateret til den dyreste ene pct. med én eller flere kroniske sygdomme er på godt 688.000 kr. Denne ene pct. står for 17 % af de regionale sundhedsudgifter til gruppen.

Den praktiske betydning af sådanne tal er, at det er vigtigt at finde frem til de 'dyreste' patienter, for eksempel ved hjælp af en stratificeringsmodel og målrettet vurdere, hvad der evt. kan gøres anderledes. Hvad der ville være et optimalt behandlingstilbud.

Referencer

1. Prados-Torres A, Calderón-Larrañaga A, Hanco-Saavedra J, Poblador-Plou B, van den Akker M. Multimorbidity patterns: a systematic review. *Journal of clinical epidemiology* 2014;67:254-66.
2. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, et al. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies: e102149. *PloS one* 2014;9.
3. Friis K, Pedersen MH, Larsen FB, Lasgaard M. A National Population Study of the Co-Occurrence of Multiple Long-Term Conditions in People With Multimorbidity, Denmark, 2013. *Preventing chronic disease* 2016;13:E12.
4. Defactum. Ny stor undersøgelse af multisygdom i Danmark. DEFACUM hjemmeside. Aarhus 2016.
5. Rizzo JA, Chen J, Gunnarsson CL, Naim A, Lofland JH. Adjusting for comorbidities in cost of illness studies. *Journal of Medical Economics* 2015;18:12-28.
6. Kahle-Wroblewski K, Fillit H, Kurlander J, Reed C, Belger M. Methodological Challenges in Assessing the Impact of Comorbidities on Costs in Alzheimer's Disease Clinical Trials. *European Journal of Health Economics* 2015;16:995-1004.

7. Pedersen K. Sundhedsøkonomi. København: Munksgaard; 2013.
8. Huber MB, Wacker ME, Vogelmeier CF, Leidl R. Excess costs of comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *PloS one* 2015;10:e0123292.
9. Lafeuille M-H, Dean J, Fastenau J, et al. Burden of schizophrenia on selected comorbidity costs. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 2014;14:259-67.
10. Nikkel LE, Fox EJ, Black KP, Davis C, Andersen L, Hollenbeak CS. Impact of Comorbidities on Hospitalization Costs Following Hip Fracture. *The Journal of Bone & Joint Surgery* 2012;94:9-17.
11. Charlson RE, Charlson ME, Peterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *Journal of Clinical Epidemiology* 2008;61:1234-40.
12. Johnson DJ, Greenberg SE, Sathiyakumar V, et al. Relationship between the Charlson Comorbidity Index and cost of treating hip fractures: implications for bundled payment. *Journal of Orthopaedics and Traumatology* 2015;16:209-13.
13. Carstensen J, Andersson D, André M, et al. How does comorbidity influence healthcare costs? A population-based cross-sectional study of depression, back pain and osteoarthritis. *BMJ open* 2012;2:e000809.
14. Engström SG, Carlsson L, Ostgren C-J, Nilsson GH, Borgquist LA. The importance of comorbidity in analysing patient costs in Swedish primary care. *BMC public health* 2006;6:36-.
15. Norlund A, Apelqvist J, Bitzén PO, et al. Cost of illness of adult diabetes mellitus underestimated if comorbidity is not considered. *Journal of Internal Medicine* 2001;250:57-65.
16. Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbryde i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
17. Mossing R, Nielsen GD. De samfundsøkonomiske omkostninger ved astma i Danmark i 2000. *Ugeskrift for læger* 2003;165:2646.
18. Kasteridis PSAea. The Importance of Multimorbidity in Explaining Utilisation and Costs Across Health and Social Care Settings: Evidence from South Somerset's Symphony Project York2014.
19. Sundhedsanalyser SSIAf. Store udgifter forbundet med multisygdom. København 2015.

13.

Big Data hvor N=1

*Af Jakob E. Bardram, Professor, Danmarks Tekniske Universitet,
Direktør, Copenhagen Center for Health Technology.
jakba@dtu.dk*

Resumé: *Forskningen vedrørende anvendelsen af 'big data' indenfor sundhed er kun lige begyndt, og kan på sigt blive en stor hjælp i forhold til at tilrettelægge en mere personlig og helhedsorienteret sundhedsindsats for multisyge. Personlig sundhedsteknologi, som kort præsenteres i dette kapitel, rummer et stort potentiale for at gennemføre 'big data' analyser for den enkelte person, det vil sige hvor N=1. Der er store teknologiske udfordringer i at få lavet teknologier og metoder til at indsamle og håndtere personlige data, som kan deles, på tværs på en standardiseret, forsvarlig, robust, sikker og ikke mindst anonym facon.*

Indsigt i multisygdom gennem analyse af personlige digitale spor

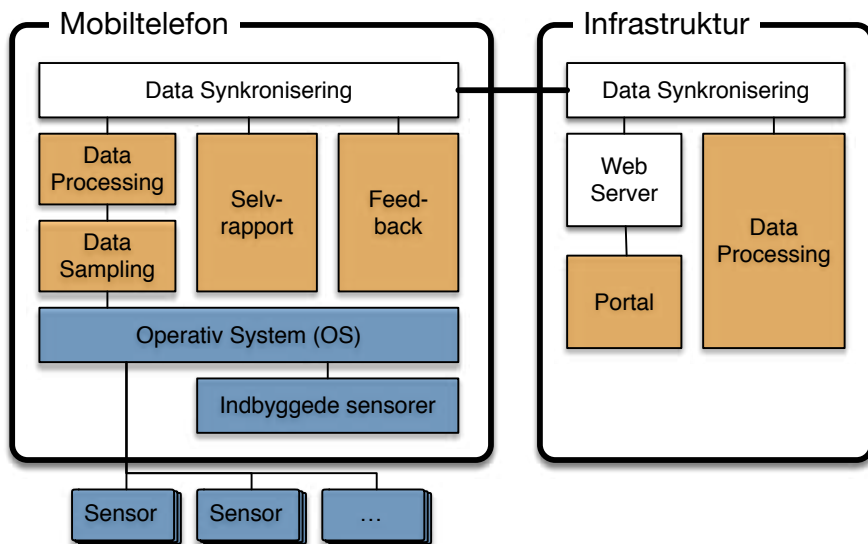
Vi hører meget om, hvordan 'big data', 'visual analytics' og alle de mange '-omics' (for eksempel genomics, proteomics, metabolomics, etc.) vil transformere og 'personalisere' fremtidens sundhedsvidenskab og måden vi behandler sygdomme på. Og der er ingen tvivl om, at det vil ske. Men der er en anden teknologi, som kan få mindst lige så stor indflydelse på personlig behandling. Det er vores personlige adfærdsdata, digitale spor knyttet til den enkelte person og dennes handlinger, adfærd, vaner, sociale forhold, etc.

I disse år sker der en intensiv forskning i personlig sundhedsteknologi, som kombinerer en lang række moderne teknologier i en samlet teknologi, til indsamling af data fra en person. Disse data kan anvendes til at levere rådgivning, undervisning, behandling og pleje. Personlig sundhedsteknologi bygger på tidligere forskning i medico-teknisk udstyr, telemedicin, mHealth, mobil teknologi, dataanalyse og mange andre sundhedsteknologier, men forener disse i en samlet løsning, der har en moderne 'Smartphone' som centralt omdrejningspunkt for data opsamling og levering af den rette ydelse til den rette patient.

Personlig sundhedsteknologi

Som vist i Figur 1, så består personlig sundhedsteknologi af en række hovedkomponenter som kontinuerligt kan indsamle data og behandle, analysere og visualisere data; fremkomme med prognoser om sundhed og sygdom; være platform for en række interventioner og kommunikation med patienten.

Mobiltelefonen er omdrejningspunktet for indsamling af personlige data. Moderne mobiltelefoner rummer en lang række sensorer og kan give oplysninger om personens fysiske aktivitet (accelerometer og skridttæller), social aktivitet (taleopkald, SMS, sociale medier) og mobilitet (GPS). Derudover har flere studier vist, at ved blot at analysere data fra generel brug af telefonen, kan man sige meget om en persons adfærd, eksempelvis søvnrytmer og nervøsitet. Data kan endvidere indsamles fra sensorer koblet op på mobiltelefonen, som indsamler både generelle adfærdsdata og mere specifikke biologiske og medicinske data. Eksterne adfærdssensorer kan være aktivitetsarmbånd, søvnsensor i sengen og en vægt. Af mere biomedicinske sensorer kan nævnes blodtryksmålere, blodsuktermålere, samt en række bioelektriske sensorer såsom elektrokardiografi (EKG), elektroencefalografi (EEG) og elektromyografi (EMG).



Figur 1 – Et overblik over personlig sundhedsteknologi. Der indsamles kontinuerligt data fra en række sensorer, som behandles og analyseres til et samlet 'adfærbillede' af personen. Data analyse leder til prognoser som igen kan lede til intervention.

Indsamlet data fra mobiltelefonen gemmes 'i skyen', det vil sige, opbevares på store databaseservere på internettet. Databehandlingen består i at 'rense' data for 'støj' og sørge for, at de mange forskellige datakilder og formater bringes sammen i et samlet billede. Ofte gennemføres der avancerede datavisualiseringer som enten kan vise historiske oversigter over data eller beskrive et samlet billede af den nuværende sundhedstilstand for en person. Disse datavisualiseringer er tilgængelige både via en webportal og ofte også på mobiltelefonen. På baggrund af den indsamlede data over tid, kan der gennemføres forskellige data analyse modeller, som er i stand til at finde mønstre i data – typisk mellem adfærd og sygdomsforløb. Man kan således se en sammenhæng mellem for eksempel fysisk aktivitet, vægt og blodsukkerniveau over tid.

En moderne mobiltelefon er ikke kun en fantastisk god sensorplatform, men er i høj grad også en kraftfuld multimedie platform. Interventioner i form af vejledninger og uddannelse kan således leveres direkte til telefonen, og der er rige muligheder for at lave 'apps' der kan hjælpe med at holde styr på behandling og medicin. Ydermere, så kan interventionen 'personaliseres' og tilpasses til den enkelte person og dennes kontekst, idet telefonen kender til den nuværende sundhedstilstand og hvor personen befinder sig. Opfordringer til at begrænse rygning kan for eksempel vises på tidspunkter og steder, hvor man erfaringsmæssigt er mest tilbøjelig til at ryge.

Viden om personlig adfærd og sammenhængen med sundhed og sygdomsforløb er specielt relevant for kroniske og multisyge personer. Personers adfærd kan være en væsentlig faktor i sygdomsudviklingen – både positivt og negativt. Vi ved, at moderat fysisk aktivitet er vigtig for håndtering af stort set alle former for kroniske lidelser, at rygning og alkohol forværre alle lidelser, og at regelmæssig søvn er en vigtig faktor i mange kroniske lidelser og specielt psykiske lidelser. En detaljeret forståelse for og viden om daglig adfærd for en multisyg patient, vil derfor være helt central i både den kliniske behandling, men i høj grad også i patientens egen indsats i sygdomsbehandlingen. Det er 'hypotesen', at denne meget personlige indsigt i sammenhængen mellem adfærd og helbred/sygdom over tid vil kunne opbygge stor forståelse hos den enkelte person, som dermed tilpasser og ændrer sin adfærd frem mod en sund livsstil.

Indsamling af så detaljerede og følsomme personoplysninger over lang tid sætter meget høje krav til håndtering af datasikkerhed- og beskyttelse. Dette skal ske både på et juridisk og teknologisk niveau. Persondatalovgivningen er under revision i disse år, og EU er ved at udrulle den nye persondata forordning, som træder i kraft i 2018. Denne nye forordning – som harmoniserer på tværs af EU – stiller større krav til, hvilke data der må indsamles, informeret samtykke, samt rettigheder til at

redigere sine data og få dem slettet igen. For eksempel, så kan data indsamling om en patients adfærd kun ske efter informeret samtykke. Samtidig sker der en teknologisk udvikling som gør, at man kan sørge for at data indsamling og opbevaring sker krypteret og/eller anonymiseret, således at det ikke er muligt for uvedkommende at tilgå disse data.

Personlig sundhedsteknologi for multisyge med mentale problemer – et eksempel

Som et eksempel kan vi se på depression i relation til multisygdom. Fra det store WHO World Health Survey (WHS) studie ved vi, at depression ofte er comorbid med andre kroniske sygdomme, og at op til 23 % af personer med en fysisk kronisk sygdom også lider af depression.¹ I det såkaldte MONARCA projekt² har vi vist, hvordan indsamling og analyse af personlige digitale adfærdsdata kan spille en rolle i monitorering, diagnosticering og behandlingen af affektive lidelser såsom depression. MONARCA systemet indsamler både selv-rapporterede data fra patienten omkring stemningsleje, stress, oplevet aktivitetsniveau samt automatisk genereret data fra mobiltelefonen og giver information om fysisk aktivitet (accelerometer data og skridttællere), social aktivitet (telefoni og SMS), mobilitet (GPS) samt generel anvendelse af telefonen.³⁻⁴ Vores studier har indtil videre vist flere interessante sammenhænge. For eksempel har vi kunnet vise, at der er en stærk korrelation mellem patientens vurdering af eget stemningsleje, som angivet på en mobiltelefon, og en klinisk vurdering ifølge Hamilton depressionsskalaen (HDRS). Dette betyder, at man kan bruge data om stemningsleje indsamlet på en mobiltelefon ved vurdering af patientens tilstand. Studierne viste også, at der er en omvendt korrelation mellem mobilitet – altså hvor meget personen bevæger sig rundt mellem GSM sendemaster – og graden af depression; jo mindre mobil en person er, jo mere deprimeret. Omvendt var der en signifikant positiv korrelation mellem antal og længde på telefonsamtaler og graden af depression; det vil sige jo mere en person talte i telefon, jo mere deprimeret. Studierne har vist, at man blot ved at kigge på automatisk genereret data er i stand til at se, om en person er i en depressiv tilstand.

Disse resultater bygger på to studier med henholdsvis 17 og 61 patienter, som anvendte systemet i 6 måneder. Det skal understreges, at disse patienter ikke var multisyge, men eksemplet tjener til at illustrere, at depression kan monitoreres og 'fanges' tidligt gennem indsamling af personlige adfærdsdata. I mødet med patienten kan behandleren – både lægen og psykologen – anvende denne historiske indsigt i sammenhængen mellem adfærd og sygdom i en dialog om, hvordan sygdommen udvikler sig, og hvad patienten kan og skal gøre for at få det bedre.

Næste skridt i denne forskning er at bygge et kognitivt adfærdsterapi (KAT) system, som kan levere terapi på mobiltelefonen og som er tilpasset den enkelte patient og dennes situation. Denne form for kontekst-sensitiv KAT vil for eksempel kunne hjælpe personen til at gennemføre en adfærdsaktivering (det vil sige planlægning og registrering) direkte på telefonen, som også vil kunne give forslag til passende øvelser og aktiviteter.⁵

Konklusion

Forskningen vedrørende anvendelsen af 'big data' indenfor sundhed er kun lige begyndt, og der ligger mange muligheder og udfordringer foran os. Men en væsentlig del af en mere personligt og helhedsorienteret sundhedsindsats ligger i at få en bedre forståelse for den enkelte persons daglige adfærd. Personlig sundhedsteknologi, som kort præsenteret i dette kapital, rummer et stort potentiale for at lave 'big data' analyser for den enkelte person, det vil sige hvor N=1.

Men vi er stadig i en meget tidlig fase i denne forskning, og de fleste studier omfatter meget få personer og over ret kort tid. Der er nogle store teknologiske udfordringer i at få lavet teknologier og metoder til at indsamle og håndtere personlige data, som kan deles på tværs på en standardiseret, forsvarlig, robust, sikker og ikke mindst anonym facon. Dette er forskningsmæssigt en indsats, som er på lige fod med den forskning, som foregår indenfor indsamling og analyse af genomics data, som jo nyder en stor bevågenhed i disse år.

Note

Titlen for dette kapitel er inspireret af D. Estrins indlæg i Communication of the ACM med titlen 'Small data, where n=me'.⁶ Yderligere litteratur om mulighederne for anvendelsen af personlige digital adfærdsdata i sundhed og sygdomsbehandling omfatter 'The Rise of People-Centric Sensing',⁷ 'Mobile Health: Revolutionizing Healthcare Through Transdisciplinary Research',⁸ 'The Smartphone Psychology Manifesto',⁹ samt 'Pervasive Healthcare: Paving the Way for a Pervasive, User-centered and Preventive Healthcare Model'.¹⁰

Referencer

1. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. Elsevier; 2007;370:851–8.
2. Gravenhorst F, Muaremi A, Bardram J, Grünerbl A, Mayora O, Wurzer G, et al. Mobile phones as medical devices in mental disorder treatment: an overview. *Pers Ubiquitous Comput*. Springer; 2015;19:335–53.

3. Bardram JE, Frost M, Szanto K, Marcu G. The MONARCA self-assessment system: a persuasive personal monitoring system for bipolar patients. In: Proceedings of the 2nd ACM SIGHT International Health Informatics Symposium. New York, NY, USA: ACM; 2012. p. 21–30. (IHI '12).
4. Bardram JE, Frost M, Szanto K, Faurholt-Jepsen M, Vinberg M, Kessing LV. Designing mobile health technology for bipolar disorder: a field trial of the monarca system. In: Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems. New York, NY, USA: ACM; 2013.
5. Bardram JE, Frost M, Tuxen N, Faurholt-Jepsen M, Kessing L V. Designing context-aware cognitive behavioral therapy for unipolar and bipolar disorders. In: Proceedings of the 2016 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing: Adjunct. 2016. p. 1162–70.
6. Estrin D. Small Data, Where N = Me. *Commun ACM*. New York, NY, USA: ACM; 2014 Ar;57(4):32–4.
7. Campbell AT, Eisenman SB, Lane ND, Miluzzo E, Peterson RA, Lu H, et al. The rise of people-centric sensing. *IEEE Internet Comput. IEEE*; 2008;12(4):12–21.
8. Kumar S, Nilsen W, Pavel M, Srivastava M. Mobile health: Revolutionizing healthcare through transdisciplinary research. *Computer (Long Beach Calif)*. IEEE; 2013;(1):28–35.
9. Miller G. The smartphone psychology manifesto. *Perspect Psychol Sci*. Sage Publications; 2012;7(3):221–37.
10. Arnrich B, Mayora O, Bardram J, Tröster G. Pervasive healthcare: paving the way for a pervasive, user-centered and preventive healthcare model. *Methods Inf Med*. 2010;49(1):67–73.

14.

Et nyt Kaiser-Permanente

Hvad skal der til, for at alle kommer tilrejsende for at lære af os, når det gælder indsatsen for multisyge mennesker?

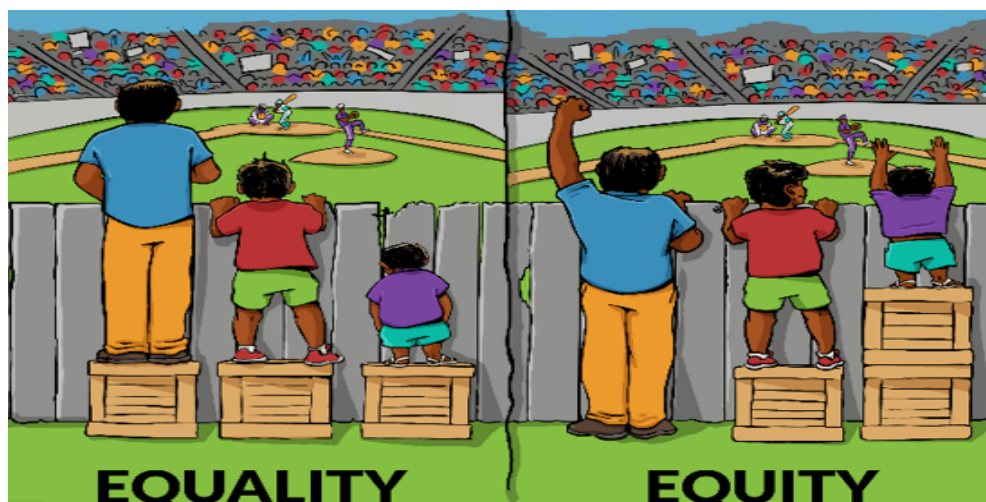
*Af Frede Olesen, prof., dr.med., fhtv. prakt. læge.
Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet
fo@feap.dk*

*Anne Frølich, overlæge, forskningsleder, Ph.d. Forskningsenheden for Kroniske Sygdomme,
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden
anne.Froelich@regionh.dk*

Resume: *Det danske sundhedsvæsen har behov for at udvikle sig, for at imødekomme både dagens og morgendagens behov for sundhedsfaglige ydelser, i en aldrende befolkning. Der er behov for en innovationsbaseret udvikling og nytænkende reformer med en populationsbaseret tilgang. Den demografiske udvikling, med en stigende forekomst af komplekse sygdomsbilleder, fordrer nye sygdomsforståelser og behandlingsindsatser, og i denne udvikling er patientens stemme helt central. Sygehusenes rolle skal gentænkes og udvikles. Almen praksis skal styrkes, ligesom samarbejdet mellem praksis og kommuner skal fremmes. En reform af økonomistyringen og ledelse på tværs af sektorgrænser bør udvikles. Det bør overvejes, om det vil være hensigtsmæssigt, at den samlede betaling af patientforløb i fremtiden samles på én betalingskilde. Sundhedsvæsenet er blandt andet kendetegnet ved at producere store mængder data, og udviklingen vil fremover i høj grad være datadrevet, og anvendelsen af de allerede registrerede data skal ske på en intelligent måde. Den globale udvikling fordrer et stærkt fokus på forskning og internationalt udsyn. Der er fortsat et stort behov for (videre)udvikling af sundhedsfagligheden, hvilket blandt andet kan fremmes ved en styrket Sundhedsstyrelse og styrkede sundhedsmyndigheder.*

Lige muligheder og lige resultater

Når vi taler om et nyt dansk Kaiser Permanente, er det en metafor for at stræbe efter et sundhedsvæsen, som i sin funktion er ægte populationsorienteret, og hvor alle har lige muligheder for at få hjælp fra sundhedsvæsenet (equality), og så langt som overhovedet muligt opnår lige resultater (equity). Det danske sundhedsvæsen er karakteriseret ved, at der principielt er lige adgang, men der er stadig for mange, der oplever snubletråde på vejen frem til hegnet ind til sundhedsvæsenet. For endnu flere er der behov for en skammel eller to for at kunne se over hegnet til sundhed og opnå et godt resultat. Som vist her i bogen gælder det især de multisyge.



Figur 1. Figuren viser hvad lige adgang indebærer i praksis og hvorledes lige resultater kan opnås i sundhedsvæsenet

Hvis vi skal løfte de udfordringer, som er beskrevet i denne bog på en sådan måde, at andre vil valfarte til Danmark for at blive inspireret af vor tilgang, skal udviklingen styres af både en kombineret bevarelse af de funktioner, der fungerer, samt i høj grad en nødvendig justering, udbygning og udvikling af sundhedsvæsenet.

Vi mener, at der er en række centrale bærende principper, som over de kommende år er centrale, for at vise vejen for en nødvendig udvikling. Disse gennemgås detaljeret i de følgende afsnit, og der afsluttes med en sammenfatning og konklusion.

En reform af økonomistyringen og sammenhængende ledelser

En betalingskilde

Det er en styrke, at sundhedsvæsenet i Danmark kun har én skattefinansieret betalingskilde. Af historiske grunde har vi alligevel opdelt anvendelsen af sundhedsvæsenets ressourcer i tildelinger til kommuner og regioner. Fragmenteringen i betalingssystemet øges yderligere ved at regionerne har sat uforholdsmæssigt tætte skotter mellem sygehus- og praksisøkonomi. Dette betyder desværre ofte en styring af patientforløb, som præges af kasseøkonomi frem for rationel sammenhæng, der tilgodeser patientens behov.

Der skal sikres budgetmekanismer, som muliggør et smidigt pengeflow. Et pengeflow, der følger den samlede indsats for en given patient, der tilgodeser løbende ændringer i sygdomsmønster og derfor løbende ændringer i opgavefordelingen. Desuden skal der være muligheder for lettere omfordelinger af pengeflow mellem kommunale indsatser, almen praksis og sygehuse. Fokus skal være, at al indsats, der tager udgangspunkt i én borgers patientstatus, skal samles i et forløb. Ultimativt bør det overvejes, om det vil være hensigtsmæssigt, at al individuel behandling af patienter i fremtiden samles på én betalingskilde. Det kan ske enten ved at regionerne tildeles det samlede ansvar inklusive ansvar for hjemmesygeplejen eller ved at nedlægge regionerne og tildele kommunerne det samlede ansvar inklusive ansvaret for driften af sygehuse – det sidste kunne for eksempel ske via et statsligt samarbejde med kommunalt valgte regionale sygehusbestyrelser.

Uanset hvordan man vælger at samle den individuelle patientrettede behandlingkæde på én ansvarlig instans, skal kommuner fortsat iværksætte flere af de generelle borger- og patientrettede forebyggende og rehabiliterende initiativer, eksempelvis gruppeinitiativer med fokus på, at der skal være tilbud til hele målpopulationen i en kommune og gerne på tværs af kommunegrænser.

Sammenhængende ledelser

Udnyttelse af de muligheder, som beskrives ovenfor, kræver udvikling i sundhedsvæsenet. Blandt andet med tværgående ledelser mellem de tre organisationer, der får et samlet budgetansvar for patient forløb. En mere overordnet populationsbaseret styring af ressourcer og sundhedsfaglige indsatser i patientforløb, kræver høj faglig indsigt i hvilke faktorer, der er determinerende for resultatet af patienters forløb i sundhedsvæsenet. De fremtidige ledelser skal derfor være en stærk kombination af medicinsk uddannede ledere og DJØF uddannede ledere. Ledelseslagene skal i højere grad inddrage personer med et folkesundheds- og populationsperspek-

tiv, og det skal sikres, at fagligheden i almen praksis og kommuner i højere grad får en stemme i ledelsen af det samlede sundhedsvæsen.

Det skal overvejes, om de nuværende politisk valgte regioner er det rette politiske forum til at styre denne rebalancering af den samlede ledelse af sundhedsvæsenet.

En populationsbaseret tilgang, med nye roller for sygehuse, styrkelse af almen praksis og kommunen, og med patienten i fokus for sammenhængende forløb

Sygehuse skal have nye roller

Den samlede ledelse af sundhedsvæsenet skal rebalanceres, så sygehuse – foruden deres centrale højt specialiserede behandlingsindsats – ser det som sin opgave at være et servicerende og understøttende organ, som bidrager til kapacitets- og vidensopbygning i primærsektoren og i kommuner. Sygehusene skal således på maksimal vis understøtte og servicere primærsektorens behov for hjælp i det diagnostiske, behandlende, indlæggelsesforebyggende, rehabiliterende samt palliative arbejde. Samtidig findes det hensigtsmæssigt, at mange udgående funktioner fra hospitalet, der møder patienten i eget hjem, i højere grad fremover skal tage udgangspunkt i primærsektorens personale. Personalet her er uddannet specielt til funktioner i primærsektoren. Det samme gælder også i høj grad for samarbejdet mellem kommune og hospital. Der er stort behov for løbende vidensoverførsel fra hospitalet til kommunen og også tilbage fra kommune til hospital med samtidigt fokus på udvikling af integrerede patientforløb.

Almen praksis skal styrkes og samarbejdet udbygges

Almen praksis skal dække to hovedansvarsområder. For det første skal almen praksis fortsat være det diagnosticerende, behandlende og visiterende første henvendelsessted for borgeren. For det andet skal almen praksis vedkende sig et populationsansvar med forpligtelse for den samlede behandlende og forebyggende indsats for borgerne i nærområdet. Almen praksis skal sikres rammebetingelser, som muliggør varetagelse af begge opgaver.

Almen praksis skal sikre, at alle ca. 2200 driftsenheder forpligter sig til at give en gennemgående passende ensartet behandling. Almen praksis anbefales at opbygge ledelsesstrukturer, som styrker dialoger med det øvrige sundhedsvæsen. Almen praksis skal bidrage med fagpersoner, som kan indgå i den strategiske udvikling af et samlet sundhedsvæsen. Fagpersoner skal også indgå i den daglige samlende driftstilrettelægning og overvågning, i et samarbejde med de to andre sundhedsorganisationer, for at skabe sammenhæng for de multisyge patienter.

Organisering af almen praksis i forpligtigende klyngesamarbejde kan hente inspiration fra modeller, som for tiden udvikles i Holland, England og Skotland og andre steder, der kan være et omdrejningspunkt for denne udvikling.

Kommunerne skal arbejde populationsorienteret

Kommunerne har en væsentlig opgave i at sikre generelle sygdomsforebyggende rammer for den samlede raske befolkning, samtidig med at de sikrer en særlig indsats for særligt socialt udsatte. Dette gælder også for personer, som er afsluttede i sundhedsvæsenet. Den generelle kommunale forebyggende indsats skal styrkes og baseres på populationsbaserede principper, hvor der afsættes tilstrækkelige økonomiske rammer til dette. Kommunernes sociale tilbud og samarbejde med arbejdsmarkedet skal integreres i højere grad og styrke hele patientforløbet for den enkelte patient. Kommunernes samarbejde med patienterne, både omkring de sundheds-, sociale og arbejdsmarkedsorienterede indsatser skal også række ud mod sygehuse og almen praksis. Det skal ske dels gennem styrket lovgivning med præcis afgrænsning af opgaveportefølje og dels ledsaget af en tættere overvågning af indsatsen fra sundhedsstyrelsen.

En styrkelse af patientens stemme

Ideelt er de politisk valgte ledere repræsentanter for patienterne. Erfaringerne om, hvorvidt dette reelt er tilfældet, er blandede, og derfor skal udviklingen i høj grad fremmes af aktive brugerpaneler og medinddragelse af borgerne i udviklingen af sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet skal i langt højere grad levere de patientprioriterede dele af indsatsen. Det kræver løbende brug af resultaterne fra patientrelaterede og forløbsorienterede outcome-measures. Denne udvikling bør understøttes af en mere intensiveret produktudvikling af og brug af såkaldte systematiske PRO – patient oriented outcome measures. Disse skal bruges dels i daglig ledelse og dels være offentligt tilgængelige på en måde, som tillader sammenligning mellem steder.

Datadrevet udvikling

De tre hovedleverandører af ydelser – kommuner, praksis og sygehuse – skal forpligtiges til, på passende ensartet og transparent vis, at bidrage til en datamæssig dokumentation af indsatsen. Det skal være en statslig opgave at sikre den tekniske, standardiserings- og mandskabsmæssige infrastruktur, som skal muliggøre de beskrevne mål.

Indsatsen i sundhedsvæsenet bør monitoreres sådan, at man kan følge og analysere patienters, og ikke blot enkeltdiagnosers, samlede forløb i hele sundhedsvæsenet.

Data skal i aggregeret form kunne anvendes både som et ledelsesværktøj, der skaber transparens mellem ydelser og outcome, og til understøttelse af sundhedsfaglig kvalitet. Data skal danne grundlaget for en videns- og populationsbaseret planlægning og udvikling i et stærkt samarbejde mellem de tre organisationer i sundhedsvæsenet. Data skal derudover indgå i klinisk kvalitetsudvikling og forskning og danne grundlaget for udvikling af de sundhedsfaglige indsatser og den kliniske organisering. Som et led heri er data en naturlig del af beslutningsgrundlaget for overvejelser om alternative måder for organisering af patientforløb. Lovgivningen og aftalerammer skal indrettes, så dette er muligt,

Forskning og internationalt udsyn

Der skal ske en styrkelse af de forskningsmiljøer, som via datadrevet forskning kan understøtte den ledelsesmæssige og organisatoriske udvikling af sundhedsvæsenet. Der skal sikres mandskabsmæssige og fysiske rammer, som muliggør et udviklingsarbejde omkring dette krav, og forskningen skal – med bevarelse af behørig forskningsfrihed – være i løbende dialog med den daglige kliniske ledelse og uddannelse af klinik- og ledelsesnært personale.

En vigtig del af at styrke de omtalte forskningsmiljøer er en intensivering af det internationale forskningssamarbejde om en populations- og folkesundhedsmæssig udvikling af sundhedsvæsenets samlede indsats, således at den danske udvikling hele tiden i maksimal grad inspireres af den internationale udvikling.

Fokus på den kliniske indsats og organiseringen ved multisygdom med fokus på patienten

Vi har en fornem og forskningsmæssig stærkt understøttet tradition for gode kliniske indsatser for afgrænsede diagnoser. I det fremtidige udviklingsarbejde skal der sideløbende med fortsættelse af denne tradition også tages udgangspunkt i det nye demografi- og sygdomsmønster, med stigende prævalensrater af multisygdom, i en stedse ældre befolkning. Det vil sige, at sygehuse skal gentænke deres ambulante indsatsområder. Både i forhold til primær diagnostik af patienter, som henvises, og i form af den samlede ambulante aktivitet, som tilbydes syge. Med andre ord skal multisygdomsorienterede diagnostiske og ambulante funktioner gentænkes sideløbende med, at der fortsat udvikles rammer for det nødvendige specialiserede kliniske arbejde.

Arbejdsbetingelser i almen praksis, herunder personalesammensætning og – uddannelse, skal fremover afspejle den fremtidige demografi og de sygdomsmæssige udfordringer. Det vil i praksis betyde, at der skal ansættes mere hjælpepersonale i

form af sygeplejersker mv., og at der skal sikres uddannelsesforløb for dette personale, som understøtter arbejdet i primærsektoren med mange multisyge og med stort krav om samarbejde, både horisontalt og vertikalt i sundhedsvæsenet.

Tilsvarende skal ske i kommuner, hvor der skal sikres et basalt generalist tilbud, som formår at arbejde stærkt individ-, helheds- og kontinuitetsorienteret på tværs af enkeltdiagnoser, men med fokus på borgernes samlede behov, hvor også sociale ydelser og arbejdsmarkedet indgår.

En populations- og personcentreret telemedicinsk og IT udvikling

Meget af den hidtidige telemedicinske udvikling har haft fokus på, at linke højt specialiserede diagnose orienterede specialafdelinger sammen med patientens hjem. Udviklingen af digitale løsninger skal fremover orienteres, så de i højere grad får fokus på personens samlede sygdomsbillede. Den professionelle personkreds, som omgiver patienten i det nære sundhedsvæsen, skal også inddrages. Det skal ske på en måde, så patientens netværk og patientens egen handlekompetence i lokal miljøet og patientens samarbejde med professionelle understøttes i videst muligt omfang. Nye samarbejdsformer mellem patienter og sundhedsprofessionelle skal udvikles. Man skal gentænke, om udviklingen kan styres og reorienteres i retning af at anvende simple og mere generelt udbredte IT-teknologier. Helt nærliggende er det at bruge borgernes iPhones og iPads, det vil sige de simpleste teknologi løsninger frem for komplekse løsninger.

En styrket sundhedsstyrelse og styrkede sundhedsmyndigheder

Kravet om lighed i adgang til ydelser, samt kravet om lige geografiske muligheder, stiller øgede krav til sundhedsmyndighederne og til en statslig, tværregional og populationsorienteret overvågning.

Der er i de senere år igen sket en vis styrkelse af Sundhedsstyrelsens muligheder for at inspirere, monitorere og kontrollere udviklingen. Dette bør yderligere styrkes med fokus på at være individ- og ikke alene diagnoseorienteret og med fokus på de demografiske udfordringer, det nye sygdomsmønster og sygdomsforløb. Indsatsen skal omfatte både primær-, sekundær- og tertiær forebyggelse.

Hvordan når vi visionen – sammenfatning og konklusion

Vi har mulighederne! De grundlæggende strukturer er til stede, og vi har et højt uddannelsesniveau blandt de sundhedsprofessionelle. Relevante og nærliggende justeringer af kulturer og af tankemåder blandt de sundhedsprofessionelle og i sundhedsvæsnets ledelseslag, er blandt de væsentligste forudsætninger, for at vi

kan blive et ledende land. Uanset dette er der en generel stigende erkendelse af, at vi skal rebalancere og udvikle vort sundhedsvæsen. Der skal skabes en ny balance mellem sygehus og primærsektor, der imødekommer kravet om effektive sammenhængende patientforløb baseret på viden om og erkendelse af den nye demografi og det nye sygdomsmønster og de behov, det afføder. Hertil kommer, at der er behov for nytænkning og udvikling af incitamenter og pengestrømme, så man styrker sammenhængende patientforløb med et stort patientfokus og med ambition om kliniske ydelser af høj kvalitet på tværs af specialer og sektorer.

Kort sagt er der gode muligheder for, at Danmark kan indtage en ledende position i udviklingen af et sundhedsvæsen, som på et højt kvalitetsniveau kan løfte fremtidens udfordringer med multisyge. Den afgørende forudsætning for at dette vil lykkes er, at der udvises et fagligt og politisk lederskab, som tager udgangspunkt i de udfordringer, som er beskrevet i denne bog.

Sammenfatning

Multisygdom forekomsten ligger på mellem cirka 20-30 % i den voksne befolkning i Danmark. Multisygdom er ikke en særlig diagnose, men dækker over flere diagnoser. Multisygdom er relevant, fordi flere samtidige sygdomme ofte udgør en stor sygdoms- og behandlerbyrde for patienten. Multisygdom er stærkt knyttet til alder og sociale forhold. Det skyldes, at mange sociale forhold disponerer til sygdom, både fysiske som mentale. Meget tyder på, at lav social position accentuerer udviklingen af multisygdom og prognosen for multisygdom findes dårligere ved lav social position.

Patienten

Livet som patient med flere sygdomme er vanskeligt. Sundhedsvæsnet tilrettelægger ikke behandlingen med udgangspunkt i den multisyges situation. Det danske sundhedsvæsen er fragmenteret og patienten må selv tage ansvaret for at navigere mellem undersøgelser og behandlinger, der hver især er målrettet én sygdom. Meget tyder på, at ændret organisering af indsatsen og inddragelse af patienten og pårørende i forløbet, er nøglen til et bedre forløb.

Organisation

Sundhedsvæsenet har skabt fantastiske resultater i patientbehandlingen gennem en høj grad af specialisering. Meget tyder på at tiden er inde til, at udvikle sundhedsvæsenet videre og skabe mere sammenhængende forløb med patienten i centrum. Mennesker med multisygdoms ofte komplekse behov tilgodeses ikke i tilstrækkelig grad i det meget specialeopdelte sundhedsvæsen, hvor multisygdom kan blive opfattet som en "forstyrrende" faktor frem for det udgangspunkt, patienten kommer med. Der er således behov for at sundhedsvæsenet tilpasser sig organisatorisk, men også fagligt, til den stigende forekomst af multisygdom i befolkningen.

Det nære sundhedsvæsen spiller en central rolle for sundhed og livskvalitet hos personer med multisygdom – her gennemføres den kvantitativt største indsats i forhold til forebyggelse, diagnostik, behandling, og rehabilitering og almen praksis er nøgleaktør i tilbuddene. Der er brug for en organisatorisk innovation, der kan skabe strukturer og samarbejder, der sikrer sammenhængende tilbud. Det er vigtigt, at patienternes oplevede kvalitet bliver den fælles driver, støttet af data fra PROMs (Patient Reported Outcome Measures). Samtidigt skal der tilvejebringes viden om,

hvordan vi kan optimere tilbuddene til de multisyge, og her skal forskningsmiljøerne bidrage.

Det er helt centralt, at rammerne, der skal understøtte udviklingen i det samlede sundhedsvæsen, er på plads. Samtidigt skal alle parter i sundhedsvæsenet forpligte sig til et fælles ansvar for befolkningens sundhed. Der er behov for at udvikle præcise ledelsessystemer, der kan understøtte dette. Det betyder i praksis, at politikerne skal være med til at skabe incitamenter for en samlet og sammenhængende indsats. Der skal træffes beslutninger på mange niveauer. Her er det vigtigt, at være opmærksom på, at der er stærke magt, prestige og økonomiske interesser, der knytter sig til den nuværende organisering af sundhedsvæsenet. Det gælder både i den offentlige og i den private sektor, og de kan være en barriere for forandring.

Kommunikation

Kommunikation og informationer mellem sektorerne skal glide smidigt. Der skal være en klar rolle- og ansvarsfordeling. Ny informations- og monitoreringsteknologi skal udvikles med særlig fokus på samtidigt at understøtte indsatsen for flere sygdomme og med fokus på, at specialiserede afdelinger også skal understøtte den horisontale indsats i primærsektoren, herunder samarbejde med pårørende. Det gælder både den teknologi som knytter patient og behandler sammen, og den teknologi som understøtter tværsektorielt og tværfagligt samarbejde mellem de professionelle aktører.

Styringsmekanismer

Hospitalerne har i mange år været styret af krav om stigende produktivitet. Nu eksperimenterer sundhedsvæsenet med nye styringsmekanismer, så som værdibaseret styring og PROMs. Desuden er begrebet populationsbaseret styring også ved at vinde indpas. Der er behov for at se kritisk på sundhedsvæsenets underliggende strukturer og økonomiske incitamenter, for at imødekomme at multisygdom bliver 'den nye normal'.

Polyfarmaci

Polyfarmaci er en direkte konsekvens af flere samtidige sygdomme. Polyfarmaci hos ældre patienter er stærkt associeret til øget risiko for død, lægemiddel-relaterede hospitalsindlæggelser, skadestuebesøg og en større økonomisk byrde for samfundet. Viden om polyfarmaci hos mennesker med multisygdom er meget sparsom, og der er behov for at opruste såvel læge- som patientperspektivet og forskningen omkring samtidig brug af en række lægemidler.

Internationalt

Når vi skal udvikle tiltag rettet mod personer med multisygdom i Danmark, er der rig mulighed for at hente inspiration fra andre sundhedssystemer med lignende problemstillinger. Vi kan med fordel bruge internationale vellykkede erfaringer til at identificere organisatoriske principper og best practices, der kan anvendes i arbejdet med at udvikle og omorganisere det danske sundhedsvæsen. Fællestræk for internationale modeller er en teambaseret tilgang til behandlingen, samarbejder på tværs af fagligheder med patienten som udgangspunkt, en patientansvarlig sundhedsperson og brug af fælles IT-systemer.

Økonomi

De resultater der findes for omkostninger for multisygdom viser, at de gennemsnitlige årlige omkostninger for mennesker med multisygdom er højere end forventet. Beregningerne er baseret på viden om omkostningerne for hver enkelt sygdom. Der er et stort spænd i omkostningerne for multisygdom mellem de højest og de lavest forbrugende patientgrupper. Vi har brug for, at der bliver forsket i, hvordan vi bedst muligt kan tilrettelægge en sundhedspolitik der tager godt hånd om multisyge i Danmark, med bedst mulig udnyttelse af ressourcerne.

Visioner for det danske sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen har behov for at udvikle sig, for at imødekomme både dagens og morgendagens behov for sundhedsfaglige ydelser, i en aldrende befolkning. Den demografiske udvikling, med en stigende forekomst af komplekse sygdomsbilleder, fordrer nye sygdomsforståelser og behandlingsindsatser, og i denne udvikling er patientens stemme helt central. Sygehusenes rolle skal gentænkes og udvikles, og deres service til og understøttelse af indsatsen i primærsektoren skal styrkes. Der er behov for en innovationsbaseret udvikling og nytænkende reformer med en populationsbaseret tilgang. Der bør være en betydelig intensivisering af forskningsindsatsen med fokus på multisygdom og organisationen af sundhedsvæsenet.

Almen praksis skal styrkes, ligesom samarbejdet mellem praksis og kommuner skal fremmes. En reform af økonomistyringen og ledelse på tværs af sektorgrænser bør udvikles. Det bør overvejes, om det vil være hensigtsmæssigt, at den samlede betaling af patientforløb i fremtiden samles på én betalingskilde.

Sundhedsvæsenet er blandt andet kendetegnet ved at producere store mængder data, og udviklingen vil fremover i høj grad være datadrevet. Anvendelsen af de allerede registrerede data skal ske på en helheds- og forløbsorienteret måde, snarere end den nuværende episode- og enkeltdiagnoseeorienterede måde. Forskningen

SAMMENFATNING

vedrørende anvendelsen af 'big data' indenfor sundhed, er kun lige begyndt. Den kan på sigt blive en stor hjælp, i forhold til at tilrettelægge en mere personlig og helhedsorienteret sundhedsindsats for multisyge. Den globale udvikling fordrer et stærkt fokus på forskning og internationalt udsyn. Der er fortsat et stort behov for (videre)udvikling af sundhedsfagligheden, hvilket blandt andet kan fremmes ved en styrket Sundhedsstyrelse og styrkede sundhedsmyndigheder.

Forfatter liste

1. Line Gade, konsulent og partner CloserConsulting.
E-mail: lga@closerconsulting.dk
2. Søren Brostrøm, direktør. Sundhedsstyrelsen.
E-mail: sbro@sst.dk
3. Helle Høstrup, sygeplejerske, cand. cur., sundhedsantropolog. Rigshospitalet.
E-mail: helle.hostrup@regionh.dk
4. Alexandra Ryborg Jønsson, antropolog, PhD studerende, ViBIS,
Forskningsenheden for almen praksis, KU & Yale University.
E-mail: alexandraj@sund.ku.dk
5. Janet Samuel, enhedschef, Sundhedsstyrelsen.
E-mail: jmas@sst.dk
6. Erik Jylling, Sundhedspolitisk direktør, Danske Regioner.
E-mail: ejy@regioner.dk
7. Karen Toke, Centerchef, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune.
E-mail: ec5a@suf.kk.dk
8. Christian Harsløf, direktør for Social, job og Sundhed, Roskilde Kommune.
E-mail: christianhar@roskilde.dk
9. Anja Mitchell, formand, Overlægeforeningen.
E-mail: aumitchell@dadlnet.dk
10. Jens Winther Jensen, direktør, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.
E-mail: jwj.rkkp@rm.dk
11. Christian Freitag, formand. Praktiserende Lægers Organisation.
E-mail: cfreitag@dadl.dk
12. Frede Olesen, prof., dr.med., fhv. prakt. læge.
Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.
E-mail: fo@feap.dk
13. Anne Frølich, overlæge, forskningsleder, Ph.d. Forskningsenheden for Kroniske Sygdomme,
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden.
E-mail: Anne.Froelich@regionh.dk
14. Finn Breinholt Larsen, programleder, seniorforsker, DEFACTUM, Region Midtjylland.
E-mail: finn.breinholt@stab.rm.dk
15. Mogens Vestergaard, professor i almen medicin og praktiserende læge.
E-mail: mv@ph.au.dk

FORFATTERLISTE

16. Peter Vedsted, overlæge, professor, Forskningsenheden for Almen Praksis og Universitetsklinik for Innovative Patientforløb, Aarhus Universitet.
E-mail: p.vedsted@ph.au.dk
17. Mikkel Bring Christensen, Overlæge og klinisk lektor ved Klinisk farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital og Københavns Universitet.
E-mail: Mikkel.bring.christensen@regionh.dk
18. Hanne Rolighed Christensen, Ledende Overlæge og professor, Klinisk farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital og Københavns Universitet.
E-mail: hanne.rolighed.christensen@regionh.dk
19. Kjeld Møller Pedersen, professor Syddansk Universitet Aalborg Universitet.
E-mail: kmp@sam.sdu.dk
20. Steen Rank Petersen. tidl. KL, nu Sundhedschef, Glasaxe Kommune.
E-mail: stepet@gladsaxe.dk
21. Jakob E. Bardram Professor, Danmarks Tekniske Universitet, Direktør, Copenhagen Center for Health Technology Richard Petersens Plads, 2800 Kgs. Lyngby, Denmark.
E-mail: jakba@dtu.dk
22. Michaela Schiøtz, seniorforsker, Forskningsenheden for Kroniske Sygdomme, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.
E-mail: michaela.louise.schioetz@regionh.dk
23. Inge Kristensen, direktør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed
E-mail: ik@patientsikkerhed.dk
24. Sidsel Vinge, projektleder KORA.
E-mail: sidselvinge@gmail.com
25. Mickael Bech, direktør, professor, KORA.
E-mail: mibe@kora.dk
26. Andreas Rudkjøbing, Post.doc, Læge, Ph.d. Københavns Universitet, formand, Lægeforeningen.
E-mail: anru@sund.ku.dk

"Hjerte-Jens taler jo ikke med Lunge-Hans".

Så enkelt og så svært er det ... citatet stammer fra en mand med flere samtidige sygdomme.

Han refererer til de forskellige læger til hans forskellige kroniske sygdomme, hvor ingen af dem taler sammen.

20-30 % af den voksne befolkning i Danmark er multisyge. Den demografiske udvikling, med en stigende forekomst af komplekse sygdomsbilleder, fordrer nye sygdomsforståelser og behandlingsindsatser, og i denne udvikling er patientens stemme helt central. Det danske sundhedsvæsen har behov for at udvikle sig, for at imødekomme både dagens og morgendagens behov for sundhedsfaglige ydelser i en aldrende befolkning.