

Multisygdom

- rapport fra det midlertidige udvalg
vedrørende multisygdom

Indledning

Baggrund

Optimal håndtering af multisygdom er en vigtig udfordring i det samlede sundhedsvæsen i Region Midtjylland. Det er en problematik, der er stigende blandt andet på baggrund af den demografiske udvikling.

På den baggrund nedsatte Regionsrådet i Region Midtjylland på møde den 17. november 2010 det midlertidige udvalg vedrørende multisygdom. Udvalget er blevet betjent af Nære Sundhedstilbud med bistand fra Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og har fungeret i perioden 1. marts 2011 – 9. januar 2012 med følgende medlemmer:

- Formand: **Henrik Gottlieb Hansen (A)**
- Næstformand: **Susanne Buch Nielsen (F)**
- Medlemmer: **Conny Jensen (A)**
Henrik Fjeldgaard (A)
Olav Nørgaard (V)
Jørgen Nørby (V)
Leif Lund (O)

Udvalgets opgaver og arbejdsform

Udvalgets opgaver er tredelt:

- Udvalgets overordnede formål er at øge fokus på en optimal håndtering af multisygge patienter i det samlede sundhedsvæsen i Region Midtjylland.
- Udvalget skal gennem sin virksomhed bidrage til at identificere udfordringer for multisyge patienter i Region Midtjylland. Dernæst skal udvalget kortlægge/få indblik i (udvalgte) eksisterende regionale, nationale og internationale tiltag til forbedring af vilkårene for multisyge patienter.
- Som afslutning på udvalgets arbejde skal der udarbejdes en redegørelse med anbefalinger til indsatsområder, som kan indgå i en kommende handleplan for Region Midtjyllands fremtidige håndtering af multisygdom samt afholdes en konference om multisygdom.

Udvalget har afholdt seks møder, hvoraf fire har været tematiserede møder med særligt fokus på patientperspektiv og forebyggelse, tværsektorielt samarbejde, hospitalssektoren og polyfarmaci.

Multisygdom

Multisygdom er patientens perspektiv. Multisygdom er den samtidige forekomst af to eller flere kroniske sygdomme hos den samme person, hvor perspektivet er at se på hele patienten. Det ældre udtryk co-morbiditet dækker over fx en diabetiker, der også har hjertesygdom, hvor perspektivet er at se på patienten ud fra ét speciale. En specialist fokuserer på én primær sygdom (fx diabetes) og forholder sig til, om der også skal tages hensyn til andre sygdomme (fx hjertesygdom).

Den seneste opgørelse af forekomsten af multisygdom i Region Midtjylland er baseret på Hvordan har du det? 2010, hvor borgerne i et selvudfyldt spørgeskema er spurgt om 18 kroniske sygdomme. Når man medregner personer, der enten aktuelt har disse sygdomme, eller som tidligere har haft dem, og som stadig har eftervirkninger af dem, har 27% én sygdom, 26% har 2-3 sygdomme, mens 12% har fire eller flere sygdomme. Ud fra denne opgørelse er der således 38% med multisygdom. Det er vigtigt at bemærke at opgørelsen omfatter et bredt spektrum af sygdomme fra allergi til kræft. Det bemærkelsesværdige er imidlertid, at blandt personer med en kronisk sygdom, er det et flertal, der har flere sygdomme. Undersøgelsen omfatter personer fra 16 år og op.

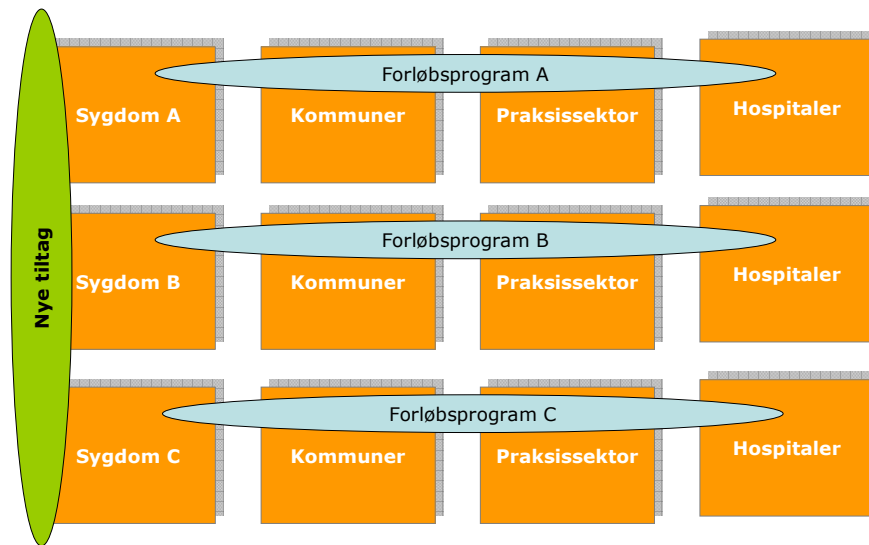
Generelt har multisygdom konsekvenser som forhøjet dødelighed, forøget risiko for indlæggelse, forøget indlæggelsestid, nedsat livskvalitet, nedsat fysisk funktionsevne, øget risiko for depression samt øget risiko for fejlmedicinering.

Modeller

Sundhedsvæsenet er sektoropdelt og via specialisering fokuseret på behandling af enkeltsygdomme. Der ligger en vigtig ledelsesopgave i at sikre koordinering i et fragmenteret system. Forløbsprogrammer bidrager til at skabe tværsektoriel sammenhæng ved behandling af enkeltsygdomme, men der er behov for yderligere tiltag, der skaber sammenhængende forløb for de mennesker, der har mere end én sygdom – multisygdom (Figur 1).

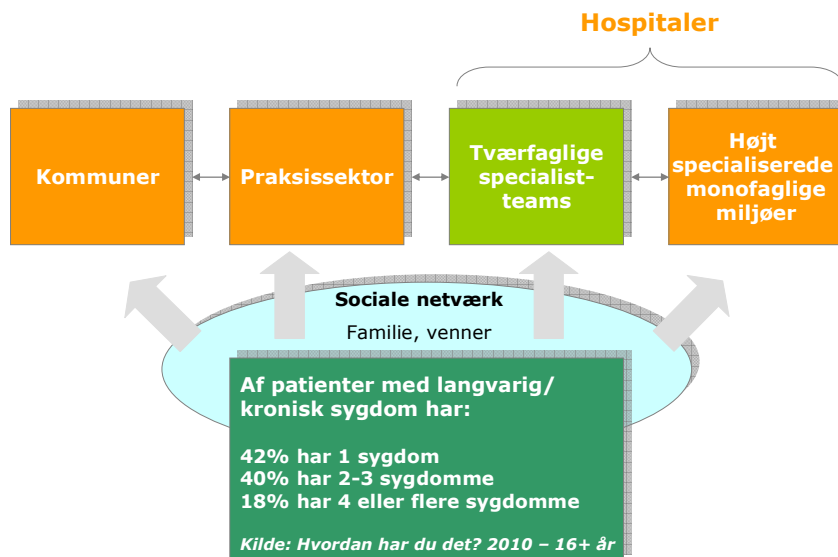
Et sådan tiltag er illustreret ved elementet "Tværfaglige specialistteams" i figur 2. En optimal håndtering af multisygdom kræver et helhedssyn på patienten i *alle* elementer i figur 2, men det er primært elementet "Tværfaglige specialistteams", der skal bidrage til den sammenhængende og helhedsorienterede indsats for patienter med multisygdom. Der vil fortsat være behov for de højtspecialiserede monofaglige miljøer i et moderne sundhedsvæsen, men det favoriserer "diagnosen i centrum" frem for "patienten i centrum". Derfor er det vigtigt at supplere med funktioner, hvor der anlægges et helhedssyn på patienten. I den kommunale sektor bør findes tilbud, der fokuserer på forebyggelse af multisygdom samt håndtering af sociale konsekvenser af multisygdom. Jo længere til venstre i figuren man er, jo større fokus er der på "patienten/borgeren", og jo længere til højre i figuren man er, jo større fokus er der på "sygdommen".

Et sammenhængende sundhedsvæsen



Figur 1. Sundhedsvæsenet er sektoropdelt og via specialisering fokuseret på behandling af enkeltsygdomme. Forløbsprogrammer bidrager til at skabe tværsektoriel sammenhæng ved behandling af enkeltsygdomme. Der er behov for yderligere tiltag, der skaber sammenhængende forløb for de mennesker, der har mere end én sygdom – multisygdom

Et sundhedsvæsen, der tager højde for multisygdom



Figur 2. En optimal håndtering af multisygdom kræver et helhedssyn på patienten i *alle* elementer i figur 2, men det er primært elementet "Tværfaglige specialistteams", der skal bidrage til den sammenhængende og helhedsorienterede indsats for patienter med multisygdom.

Anbefalinger

Udvalget er på møderne blevet præsenteret for konkrete indsatser og erfaringer fra regionalt og nationalt arbejde med at sætte fokus på og håndtere multisygdom. Multisygdom er en kompleks problemstilling, der berører stort set alle dele af sundhedsvæsenet. Det er også en ny problemstilling. Problemafsøgning er et vigtigt led i processen med at finde gode løsninger, og udvalget har derfor identificeret en række problemstillinger, områder og indsatser, som der skal arbejdes videre med ift. at udvikle konkrete løsningsforslag, der understøtter optimal håndtering af multisygdom. Nedenfor gives en kort opsummering af anbefalingerne.

1. At sundhedsvæsenet ved kontakt med en patient altid afklarer, om der er tale om multisygdom, og om det har konsekvenser for det aktuelle forløb

Der bør tilstræbes en struktur af sundhedsvæsenet, der tilbyder én indgang for mennesker med multisygdom og derved mindsker koordineringsbehovet. Hvor dette ikke er muligt, skal patienten sikres støtte til at navigere mellem tilbud, sektorer og fagpersoner, der behandler enkeltdele i patientens sygdomskompleks. Herunder bør der ydes støtte og hjælp til fremme af egenomsorg.

2. At det helhedsperspektiv på patienten, som bl.a. anlægges ved Diagnostisk Center i Silkeborg, udbredes i regionen og udvides til diagnosticering og behandling af multisygdom

Diagnostisk Centers opbygning med samling af de ni intern medicinske specialer under én ledelse og daglige tværfaglige konferencer er målrettet udredning for okkult cancer men også velegnet til både diagnosticering og behandling af multisygdom. Funktionen er et eksempel på et tværfagligt specialistteam (jf. figur 2). Derfor anbefales det at systematisere og udbrede erfaringer herfra til også at omfatte multisygdom og udover diagnosticering til også at omfatte behandling.

3. At de praktiserende lægers tovholderfunktion for patienter med multisygdom understøttes af mulighed for at inddrage et tværfagligt specialistteam og få råd om diagnostik og behandling

Der bør udarbejdes og afprøves nye modeller for samarbejde mellem praktiserende læger og tværfaglige specialistteams. Dette kan understøtte almen praksis' mulighed for at beholde behandlingsansvaret for multisyge længere tid – og dermed rykke grænsen for hvornår patienterne overgår fra almen praksis til behandling i en række højt specialiserede monofaglige miljøer (jf. figur 2). De tværfaglige specialistteams kan være en indskudt funktion imellem disse to yderpunkter.

4. At incitamentsstrukturer ikke må modvirke helhedssyn på patienten

Der bør etableres incitamentsstrukturer – økonomisk, kvalitetsmæssigt og ledelsesmæssigt – der understøtter sammenhængende patientforløb for mennesker med multisygdom. Herunder bør afregning både i praksis- og hospitalssektoren fremme fokus på patienten frem for sygdommen.

5. At der udvælges særlige grupper til medicingennemgang

Polyfarmaci er en særlig problematik for mange mennesker med multisygdom. Medicingennemgang har til formål at optimere den medicinske behandling, under hensyntagen til blandt andet patientens alder, tilstand og samlede sygdomsbillede.

6. At der sikres dataunderstøttelse af tværsektorielt og tværfagligt samarbejde

Der bør etableres let tilgængelig adgang til fælles tværsektorielle data på både patient- og populationsniveau. Dette understøtter, at sundhedsfaglige kan identificere patienter eller grupper af patienter med multisygdom og yde en proaktiv indsats ift. disse.

7. At der kommer fokus på ledelse på tværs i sundhedssektoren

Der bør arbejdes med udvikling af ledelsesformer, der ikke er knyttet til organisatoriske og faglige siloer. Der bør afprøves alternative ledelsesmodeller og strukturer på de udførende niveauer.

8. At sundhedsfaglige uddannelser indeholder viden om multisygdom

Viden om håndtering af multisygdom bør indarbejdes i såvel sundhedsfaglige grunduddannelser som i efter- og videreuddannelse af de færdiguddannede sundhedsfaglige, der er i kontakt med mennesker med multisygdom.

9. At der skabes mere viden om udfordringer og løsningsmuligheder ift. håndtering af multisygdom

Der bør fortsat skabes viden om omfanget og konsekvenserne af multisygdom via epidemiologisk og sociologisk forskning samt afprøves løsningsmuligheder via interventionsforskning.

Perspektivering

Det er udvalgets forventning, at der fremadrettet vil være fokus på anbefalingerne i såvel regionens strategiske arbejde som i det daglige arbejde, der hver dag udføres på hospitalerne og i praksissektoren. Det er udvalgets opfattelse, at de konkrete anbefalinger for den videre indsats vil bidrage til, at regionen – i tæt samarbejde med kommunerne, andre regioner og nationale parter – kan udvikle løsninger, der fremmer håndtering af multisygge i det danske sundhedsvæsen.

Planarbejde

Udvalgets anbefalinger bør indarbejdes i det samlede plangrundlag for regionen – og herigennem konkretiseres.

Anbefalingerne er udarbejdet med fokus på håndtering af multisygdom. Flere af anbefalingerne vil endvidere kunne gavne andre patientgrupper, som fx den ældre medicinske patient.

Konference

En af udvalgets opgaver er at sætte fokus på området multisygdom. Udvalget planlægger at gøre dette blandt andet ved afholdelse af en konference om emnet i foråret 2012. Region Midtjylland planlægger og udbyder konferencen i et samarbejde med nationale parter. Dette for også at øge fokus på området nationalt.

Formålet med konferencen er tre-delt:

- At sætte multisygdom på dagsordenen
- At udvikle indledende bud på konkrete udfordringer og mulige løsninger
- At skabe basis for fælles indsats i det fremadrettede arbejde med at løse udfordringerne på tværs af regioner og sektorer

Konferenceprogrammet består af en formiddag med internationale oplægsholdere og en eftermiddag, hvor der i en række workshops gives nationale oplæg efterfulgt af deltagernes arbejde med at identificere udfordringer og udpege mulige løsninger.