

Statusartikel

Ugeskr Læger 2023;185:V05230341

Organisering af sundhedsvæsenet ved multisygdom

Anne Frølich^{1, 2}, Anne Holm^{2, 3} & John Sahl Andersen^{2, 3}

1) Videns- og Forskningscenter for Multisygdom og Kronisk Sygdom, Slagelse Sygehus, 2) Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 3) Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2023;185:V05230341

HOVEDBUDSKABER

- Begrebet multisygdom er dårligt defineret.
- Evidensen for hensigtsmæssig organisering af sundhedsvæsenet ift. patienter med multisygdom er relativt sparsom.
- En patientcentreret tilgang, prioritering og tværsektoriel koordinering og teamsamarbejde ser lovende ud ift. at forbedre behandlingen for patienter med kompleks multisygdom.

Multisygdom defineres ofte som den samtidige forekomst af to eller flere samtidige kroniske sygdomme hos den samme person [1]. Risikoen for udvikling af multisygdom er knyttet til en række faktorer som stigende alder, kvindeligt køn og lav socioøkonomisk status [2].

Forbruget af sundhedsydelse blandt multisyge er betydeligt højere end hos personer uden kroniske lidelser, mest udtalt for almen praksis, hvor antallet af kontakter med multisyge er en faktor 6,7 gange højere [3]. Den stigende specialisering på hospitalerne og silotænkning over de seneste 20 år har kun bidraget til, at det er blevet vanskeligt at skabe sammenhængende patientforløb. Særligt denne gruppe af patienter har behov for, at det samlede sygdomsbillede tages i betragtning i højere grad end enkeltsygdomme.

Den simple definition af multisygdom medfører, at patientgruppen er overordentlig heterogen mht. sygdomme, og patienterne er i meget varierende grad påvirket heraf. På nuværende tidspunkt findes der ikke konsensus for definition af begrebet »kompleks multisygdom«. *Alvarez-Galvez* foreslår følgende definition: Kompleks multisygdom er et mønster, der dannes af flere sygdomme med høj prævalens, som ikke er klart relateret til hinanden [4].

KOMPLEKSITETEN VED BEHANDLING AF MULTISYGDOM

Organisering af sundhedsydelser både på det enkelte behandlingssted og koordinationen mellem flere behandlingssteder er en udfordring vurderet både ud fra patienternes og de sundhedsprofessionelle perspektiver [5, 6]. Patienter med multisygdom beskriver ofte forløbene som fragmenterede, og at de møder mange behandlere. Patientcitater: »Den ene hånd ved ikke, hvad den anden gør«. Patienterne giver udtryk for, at de ses som enkeltsygdomme og ikke som hele mennesker [5]. Hyppigt oplever de, at ingen har det samlede overblik over sygdommene og de ofte komplekse problemstillinger som kroniske smerter eller psykisk sygdom,

f.eks. depression. Informationen følger ikke patienterne automatisk, og patienterne bliver ofte bærere af information i og mellem organisationerne. Det ekstra arbejde, sundhedsvæsenet pålægger patienterne med at passe deres sygdomme og de ekstra belastninger, dette medfører, benævnes ofte behandlingsbyrde [7]. Det kan dreje sig om at administrere medicinen, passe aftaler i sundhedsvæsenet, efterleve sundhedsråd og selvmonitorere sit helbred, f.eks. måle blodtryk og blodsukker.

Ekspertter har udviklet flere modeller med fokus på organisering af de sundhedsfaglige ydelser og forhold i sundhedsvæsenet, der anbefales for at opnå gode patientforløb for multisyge patienter. Det drejer sig om WHO-modellen, Care4You- og Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (CHRODIS)-modellerne [1, 8], mens Sustainable Integrated Chronic Care Models for Multi-morbidity: Delivery, Financing, and Performance (SELFIE)-modellen er en teoretisk model [9]. Grundlæggende hviler modellerne på den evidens, der er blevet skabt gennem den mere simple organisatoriske model for hensigtsmæssig organisering af sundhedsvæsenet for enkelte kroniske sygdomme: »The Chronic Care Model«. Modellerne indeholder en række organisatoriske tiltag og indsatsområder, som de i meget høj grad deler. De foreslåede indsatsområder er samlet i Tabel 1. Der peges i almindelighed på almen praksis som den centrale tovholder for de multisyge.

TABEL 1 Indsatsområder i forbindelse med multisyge patienter.

<i>Sundhedsvæsenets organisering</i>
Kontaktlæge
Koordinere patientens behandling med andre sektorer
Behandlingsmodeller i det nære og det sekundære sundhedsvæsen
De sundhedsprofessionelle arbejder i team i og tværsektorielt
<i>Sundhedsfaglig indsats</i>
Identificere patienter med kompleks multisygdom
Arbejde med individuelle mål sammen med patienten
Regelmæssige kontakter
Håndtering af polyfarmaci
Egenomsorg
Patientuddannelse
<i>Informationsteknologi</i>
Anvende teknologi, der understøtter de sundhedsfaglige indsatser
Anvende it-systemer, der sikrer udveksling af data mellem organisationer

Der findes flere systematiske review om interventioner ved multisygdom og disses organisering [10, 11]. Interventionerne er præget af heterogenitet i patientgrupper, outcomes og de anvendte modeller. Det medfører problemer med gyldigheden og generaliserbarheden af resultater fra forskningen. Konklusioner i reviewene er derfor vage og kun i beskednen grad dækkende for multisyge patienter som helhed. Af enkeltundersøgelser kan

nævnes 3D-interventionen i et RCT fra almen praksis i England og Skotland [12]. Der fandtes ikke effekt i det primære outcomemål, livskvalitet. På en lang række sekundære outcomes fandtes ej heller effekt. Interessant nok bedømte patienterne i interventionsgruppen det dog som positivt, at de oplevede en højere grad af patientcentrering. I et RCT fra et socialt depriveret område i Glasgow, UK, fandt man en effekt på visse negative livskvalitetsmål, men ikke på den samlede livskvalitet [13].

SUNDHEDSVÆSENETS ORGANISERING

Kontaktlæge og kontaktteam

Kontinuitet er vigtigt for at levere god behandling til denne gruppe af patienter. Patienterne bliver ofte bedt om at fortælle deres historie igen og igen. En læge og personale, der kender patienten, giver de bedste vilkår for at levere patientcentreret, individualiseret behandling [14].

Koordinering af patientens behandling med andre sektorer

Patienter med kompleks multisygdom har ofte forløb i sundhedsvæsenet, der inddrager både almen praksis, hospitaler og kommuner [3]. Ved sektorovergange er det væsentligt at få patientens historie noteret i en kort og overskuelig form, så de relevante oplysninger følger med patienten. Alle sektorer må bestræbe sig på at kommunikere beslutninger videre. Så længe der ikke er it-løsninger, der understøtter dette, kan kommunikationen foregå ved, at dagens notat sendes til andre sektorer, når der er aftalt individuelle mål eller ændret i behandlingen. Patienten kan spørges, om de selv vil have dagens notat med, hvis dette ikke kan tilgås elektronisk af den pågældende patient.

Behandlingsmodeller i det nære og det sekundære sundhedsvæsen

Langt hovedparten af multisyge patienter behandles i det primære sundhedsvæsen, og den praktiserende læge har en vigtig rolle som tovholder for patienterne. Styrken er her en patientcentreret helhedsorienteret tilgang, kendskab til patienten og kontinuitet. Det nære sundhedsvæsen synes fremover at blive tillagt en større rolle, se f.eks. kommissoriet til Sundhedsstrukturkommissionen [15], hvor det er udtrykt klart, at borgerne skal have let adgang til sundhedstilbud, og langt flere borgere kan blive mødt og behandlet i eller tæt på hjemmet, hvor det nære sundhedsvæsen styrkes.

Flere organisatoriske modeller er afprøvet i hhv. almen praksis og på Regionshospitalet Silkeborg. En ny behandlermodel blev afprøvet i et feasibilitystudie i almen praksis med fokus på patienter med kompleks multisygdom [16]. I studiet fandt man frem til, at kombinationen af uddannelse af sundhedspersonalet i almen praksis, hospitalet og kommunen i multisygdom, lange konsultationer på ca. 45 minutter samt øget samarbejde mellem organisationerne førte til større tilfredshed blandt personalet og patienterne [16]. Klinik for multisygdom (KM) blev etableret i 2012 på Regionshospitalet Silkeborg [17]. Praktiserende læger kunne henvise patienter med kompleks multisygdom til en samlet grundig klinisk vurdering med forslag til behandling. Formålet med klinikken var både at styrke samarbejdet om komplekst multisyge patienter i almen praksis og multisygdomsklinikken samt fremme sammenhængende patientforløb. Patienter henvist til klinikken blev tilbudt en endagskonsultation, hvor diagnoser, medicin, fysisk og psykisk helbred blev fastlagt. I studiet blev det konkluderet, at klinikken repræsenterer en ny organisatorisk tilgang, som danner bro mellem kliniske discipliner, dvs. den specialiserede behandling i hospitalet og almen praksis for en kompleks patientgruppe.

Multidisciplinære ambulatorieforløb blev udviklet som en ny organisatorisk intervention for patienter med multisygdom på Regionshospitalet Silkeborg i 2018 [18]. Formålet med interventionen var at tilbyde et sammenhængende forløb med besøg på samme dag i ambulatoriet. Projektet omfattede patienter, der blev fulgt i to eller flere af følgende specialer: kardiologi, lungesygdomme, reumatologi, nefrologi og endokrinologi.

Resultaterne fra projektet viste, at 20% af relevante patienter indgik i projektet, ambulatoriebesøg foregik på samme dag for 15% af patienterne, og blodprøver blev reduceret med 20%. Samlet fandt man, at de organisatoriske indsatser blev tilfredsstillende implementeret, og patientidentifikationen kunne udvikles yderligere.

SUNDHEDSFAGLIG INDSATS

Identifikation af patienterne og kommunikation på tværs af sektorer

For at forbedre indsatsen for den enkelte skal behandlerne være opmærksomme på, om patienten har kompleks multisygdom [19], og dette kan markeres i patientens journal, når man bliver opmærksom på tilstanden. Nogle almen praksis arbejder med »stjernepatienter«, hvor man efter aftale med patienten markerer med en stjerne, når der er behov for en øget indsats. Dette kan forbedre kommunikationen internt i praksis og øge fokus på patientgruppen. Man kan også lave dataudtræk, der identificerer patienter med diagnoser fra forskellige organsystemer, mange receptpligtige præparater eller mange kontakter i sundhedsvæsenet. Det kan være vanskeligt på et hospital at have kendskab til patientens samlede situation og dermed vide, om de har kompleks multisygdom. Ved henvisning fra almen praksis er det relevant at notere oplysninger, der har betydning for vurderingen af, om patienten har kompleks multimorbiditet multisygdom, hvis disse ikke er åbenlyse ud fra medicin- eller diagnoseliste.

Individuelle mål og prioritering

Der er evidens for, at en patientcentreret tilgang ved multisygdom forbedrer patienternes tilfredshed, sociale velbefindende og behandlingskvaliteten [20]. Hvis man følger alle guidelines for patienter med kompleks multisygdom, pålægger man patienten en betydelig behandlingsbyrde og risiko for medicininteraktioner [21]. Guidelines bygger på evidens fra patienter med enkeltsygdomme, og prioritering er en nødvendighed. I praksis kan man aftale individuelle mål med patienten og diskutere, hvilke diagnoser der skal have en særlig indsats.

Regelmæssige kontakter og mere tid

Ved alle kontakter i sundhedsvæsenet med patienter med kompleks multisygdom har både sundhedspersonale og patient behov for tid til at få overblik og prioritere indsatsen. I 2022-overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner blev parterne enige om at afprøve en årlig forlænget konsultation for patienter med kompleks multisygdom i almen praksis, en såkaldt overblikskonsultation, der bl.a. tager afsæt i de erfaringer, der er opnået i et dansk feasibilitystudie [16] og et dansk studie omhandlende patienter med samtidig psykiatrisk og somatisk sygdom [22]. Indholdet i konsultationen tager udgangspunkt i en vejledning udviklet af Dansk Selskab for Almen Medicin og lægger vægt på patientcentrering, overblik, prioritering og tværsektoriel koordinering [23].

Håndtering af polyfarmaci

Patienter med multisygdom er som oftest udsat for polyfarmaci, og en vigtig del af en overblikskonsultation og af mange andre kontakter i sundhedsvæsenet er medicingennemgang. Medicingennemgang er en struktureret og kritisk gennemgang af patientens samlede lægemiddelordinationer og udføres sammen med patientens præparater [24, 25]. Indikationer revurderes, og det samme gør præparatvalg, dosis, forekomst og risiko for bivirkninger og interaktioner samt mulighed for seponering. Guidelines er som regel mangelfulde ift. denne patientgruppe, fordi de videnskabelige studier, de bygger på, ofte har ekskluderet patienter med multisygdom og ikke tager højde for polyfarmaci. Derfor er det altid nødvendigt at individualisere, og ofte indebærer dette afvigelse fra guidelines. Der afsluttes med, at Fælles Medicinkort ajourføres. Følgende værktøjer kan være en god hjælp i prioriteringen [26, 27].

Egenomsorg og patientuddannelse

Borgere med kroniske sygdomme bør inddrages i forbindelse med beslutninger om deres medicinske behandling og orienteres om muligheden for at deltage i et rehabiliteringsprogram. Borgeren inddrages og opfordres til at tage medansvar for behandlingen af sin kroniske sygdom [28]. Sundhedsvæsenet har et ansvar for i et aktivt samarbejde og samspil med borgeren at understøtte og udvikle borgerens kompetencer til at mestre livet med sygdommen. I den sammenhæng er kommunernes tilbud om rehabilitering en væsentlig ressource, hvor patienten kan deltage i fysisk træning, undervises i egenomsorg, rygestop og hensigtsmæssig diæt, samtidig med de møder ligesindede patienter.

Informationsteknologi

Teknologi bliver ofte fremhævet som vigtig til at understøtte behandlingen af patienter med kompleks multisygdom. Nye løsninger skal optimalt kunne understøtte det hurtige overblik, den tværsektorielle koordinering, identifikation af patienterne og advare ved »dobbeltarbejde« - f.eks. hvis lægen ordinerer en undersøgelse, der er foretaget for nylig, eller genordinerer et præparat, der tidligere er seponeret. Anvendelse af kunstig intelligens i dette arbejde vil formentlig kunne gøre arbejdet lettere [29]. Nye teknologier bør være grundigt undersøgt for at sikre, de ikke interagerer negativt med gode kliniske arbejdsgange. It-løsninger kan også aktivt inddrage patienterne, men det er vigtigt, at disse ikke bidrager til at øge ulighed i sundhed, da ikke alle patienter har de nødvendige kompetencer til at benytte dem [30].

KONKLUSION

Baseret på både nationale og internationale erfaringer er evidensen for hensigtsmæssig organisering af sundhedsvæsenet ift. patienter med multisygdom relativt sparsom. Dette kan bl.a. tilskrives både den manglende konsensus om definition af multisygdom og enighed om, hvorledes kvaliteten af de sundhedsfaglige og organisatoriske indsatsers effekt måles hensigtsmæssigt. Derudover kan den manglende effekt af nye måder at organisere de sundhedsfaglige ydelser på ved multisygdom også skyldes, at de ikke fokuserer på de mest relevante problemer.

Dog er der beskrevet og afprøvet en række modeller, hvor forlængede konsultationer i almen praksis, en patientcentreret tilgang, prioritering og tværsektoriel koordinering ser lovende ud ift. at forbedre behandlingen for patienter med kompleks multisygdom.

Korrespondance Anne Frølich. E-mail: anfro@sund.ku.dk

Antaget 12. september 2023

Publiceret på ugeskriftet.dk 16. oktober 2023

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2023;185:V05230341

SUMMARY

Organisation of care in multimorbidity

Anne Frølich, Anne Holm & John Sahl Andersen

Ugeskr Læger 2023;185:V05230341

Provision of integrated care is a challenge in patients with multimorbidity. Patients describe their pathway in the healthcare system as fragmented and important information is often not shared between sectors. The evidence regarding organisation of healthcare supporting patient-centered care in patients with multimorbidity is scarce. This review finds that longer consultation time, patient-centered care, prioritizing and cross-sectorial coordination seem to be promising organizational methods to improve care in patients with complex multimorbidity.

REFERENCER

1. Mercer S, Furler J, Moffat K et al. Multimorbidity: technical series on safer primary care, 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511650> (10. apr 2023).
2. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D et al. Social disparities in the prevalence of multimorbidity – a cross-sectorial study. *BMC Public Health*. 2017;17(1):422. doi: 10.1186/s12889-017-4314-8.
3. Frølich A, Schiøtz M, Glümer C et al. Multimorbidity and healthcare utilization and socioeconomic status: a register-based study in Denmark. *PLOS ONE*. 2019;14(8):e0214183. doi: 10.1371/journal.pone.0214183.
4. Alvarez-Galvez J, Vegas-Lozano E. Discovery and classification of complex multimorbidity patterns: unravelling chronicity networks and their social profiles. *Sci Rep*. 2022;12(1):20004. doi: 10.1038/s41598-022-23617-8.
5. Schiøtz ML, Høst D, Frølich A. Involving patients with multimorbidity in service planning: perspectives on continuity and care coordination. *J Comorb*. 2016;6(2):95-102. doi: 10.15256/joc.2016.6.81.
6. Schiøtz ML, Høst D, Christensen M, Domínguez H et al. Quality of care for people with multimorbidity – a case series. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):745. doi: 10.1186/s12913-017-2724-z.
7. Van der Heide I, Snoeijs S, Melchiorre MG et al. Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe: an overview, 2015. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-State-of-the-Art-ICARE4EU.pdf> (27 okt 2016).
8. Rodriguez-Blazquez C, Forjaz MJ, Gimeno-Miguel A et al. Assessing the pilot implementation of the integrated multimorbidity care model in five European settings: results from the Joint Action CHRODIS-PLUS. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5268. doi: 10.3390/ijerph17155268.
9. Leijten FRM, Struckmann V, van Ginneken E et al. The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: development and description. *Health Policy*. 2018;122(1):12-22.
10. Eriksen CU, Birke H, Heding SAL et al. Organization of care for people with multimorbidity: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Integr Care*. 2021;20:60. doi: 10.5334/ijic.s4060.
11. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;1(1):CD006560. doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub4.
12. Salisbury C, Man MS, Bower P et al. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet*. 2018;392(10141):41-50. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31308-4.
13. Mercer SW, Fitzpatrick B, Guthrie B et al. The CARE Plus study – a whole-system intervention to improve quality of life of primary care patients with multimorbidity in areas of high socioeconomic deprivation: exploratory cluster randomised controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Med*. 2016;14(1):88. doi: 10.1186/s12916-016-0634-2.
14. Prior A, Vestergaard CH, Vedsted P, Smith SM et al. Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. *BMC Med*. 2023;21(1):305. doi: 10.1186/s12916-023-03021-3.
15. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen, 2023. https://sum.dk/Media/638155858694707988/Final_kommissorium.pdf (10. maj 2023).
16. Birke H, Jacobsen R, Jønsson AB et al. A complex intervention for multimorbidity in primary care: a feasibility study. *J Comorb*. 2020;10:2235042X20935312. doi: 10.1177/2235042X20935312.
17. Bell C, Vedsted P, Kraus DGA et al. Appel, CW. Clinic for multimorbidity: an innovative approach to integrate general practice and specialized health care services. *Int J Integr Care*. 2023;23(2):25. doi: 10.5334/ijic.7015.
18. Bell C, Appel CW, Frølich A et al. Improving health care for patients with multimorbidity: a mixed methods study to explore the feasibility and process of aligning scheduled outpatient appointments through collaboration between medical specialties. *Int J Integr Care*. 2022;22(1):17. doi: 10.5334/ijic.6013.

19. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B et al. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 2015;350:h176. doi: 10.1136/bmj.h176.
20. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):13.
21. Du Vaure CB, Ravaud P, Baron G et al. Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity: a systematic analysis. *BMJ Open*. 2016;6(3):e010119.
22. Rozing MP, Jønsson A, Køster-Rasmussen R et al. The SOFIA pilot trial: a cluster-randomized trial of coordinated, co-produced care to reduce mortality and improve quality of life in people with severe mental illness in the general practice setting. *Pilot Feasibility Stud*. 2021;7(1):168.
23. Dansk Selskab for Almen Medicin. [Overblikstatus og årsstatus](https://vejledninger.dsam.dk/statuskons/?mode=visKapitel&cid=1359), 2020. <https://vejledninger.dsam.dk/statuskons/?mode=visKapitel&cid=1359> (10. apr 2023).
24. Nord-KAP, Kvalitetsenheden for almen praksis i Nordjylland. Vi piller ved pillerne - medicinsamtale ved farmaceut i almen praksis, 2020. https://mcusercontent.com/3740c8a556c3566a661f285f4/files/fa939d3e-8b35-49eb-a09e-Ocead0e4b137/Rapport__Vi_piller_ved_pillerne.pdf (10. jun 2023).
25. Dalin DA, Vermehren C, Jensen AK et al. Systematic medication review in general practice by an interdisciplinary team: a thorough but laborious method to address polypharmacy among elderly patients. *Pharmacy (Basel)*. 2020;8(2):57. doi: 10.3390/pharmacy8020057.
26. Sundhedsstyrelsen. Seponeringslisten 2023, 2022. www.sst.dk/seponeringslisten (10. jun 2023).
27. Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til medicingennemgang, 2022. www.sst.dk/da/viden/laegemidler/medicingennemgang (10. jun 2023).
28. Paukkonen L, Oikarinen A, Kähkönen O, Kaakinen P. Patient activation for self-management among adult patients with multimorbidity in primary healthcare settings. *Health Sci Rep*. 2022;5(4):e735. doi: 10.1002/hsr.735. Erratum in: *Health Sci Rep*. 2022;5(5):e825.
29. Sahni NR, Carrus B. Artificial intelligence in U.S. health care delivery. *N Engl J Med*. 2023;389(4):348-358. doi: 10.1056/NEJMra2204673.
30. Campanozzi LL, Gibelli F, Bailo P et al. The role of digital literacy in achieving health equity in the third millennium society: a literature review. *Front Public Health*. 2023;11:1109323. doi: 10.3389/fpubh.2023.1109323.