

## Multimorbiditet i et sundhedsvæsen, som er indrettet til enkeltsygdomme

Sundhedsvæsenet har i mange år målrettet forbedret behandlingen betydeligt af en lang række kroniske sygdomme. Der er bl.a. udarbejdet kliniske retningslinjer (KR) og forløbsprogrammer, og sygehusbehandlingen er blevet tiltagende specialiseret og effektiviseret – alt sammen byggende på et stadig større volumen af god forskning. Denne forskning retter sig imidlertid næsten altid imod enkeltsygdomme, og den tiltagende specialisering gør det ikke lettere at behandle patienter med mere end én kronisk sygdom, multimorbiditet (MM). Disse patienter har en betydelig overdødelighed, nedsat livskvalitet og hyppig kontakt med sundhedsvæsenet [1].

MM bliver hyppigere med stigende alder. En befolkningsundersøgelse baseret på data fra almen praksis i Skotland viste, at mere end halvdelen af de 65-årige havde MM, men samtidig var mere end halvdelen af patienterne med MM under 65 år [2]. MM er således blevet reglen, snarere end undtagelsen, for patienter med kronisk sygdom.

De lægelige udfordringer ved at behandle patienter med MM, f.eks. kombinationen af diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom, psykisk sygdom og osteoporose, er indlysende. Behandlingen af én kronisk sygdom kan have negativ indflydelse på en anden sygdom, og den behandlende læge må sammen med patienten afveje fordele og ulemper ved flere rekommanderede behandlinger. Optimal behandling af MM medfører ofte polyfarmaci med risiko for interaktioner. For patienten med MM er det krævende både at tage så mange farmaka og følge behandling og kontrol af de forskellige enkeltsygdomme, ligesom overgangen og koordineringen imellem forskellige dele af sundhedsvæsenet opleves som problematiske. Hvis behandlingen af patienterne med MM skal hænge sammen, må der være en instans, som koordinerer behandlingsindsatsen. I Danmark er det den praktiserende læge, som kan påtage sig denne funktion, men samtidig må patienten selv inddrages, og kommunikationen imellem alle involverede parter må styrkes. Ikke alle patienter har resurser hertil. MM med en betydelig sygdomsbyrde er meget hyppigere hos personer med svag social baggrund end hos socialt og økonomisk velstillede personer [3], hvilket er

en vigtig årsag til, at uligheden i sundhed øges, selv i Danmark, og det kræver en særlig indsats.

Internationalt er der kommet mere fokus på forskning i MM, men det har vist sig at være vanskeligt at øge kvaliteten af behandlingen af patienter, der har MM. Vi mangler i høj grad evidens på området. I Danmark er det naturligt at begynde med at beskrive denne patientgruppes epidemiologi, men endnu vigtigere er forskning, hvor man involverer patientperspektiver, og konsultationsforskning, hvor man undersøger, hvordan patient og læge sammen kan træffe de nødvendige valg. Kommende interventioner må inddrage patienten som en aktiv deltager, KR må operationaliseres i forhold til MM, ligesom organisatoriske og kommunikative udfordringer må tages op, f.eks. vha. it.

Det er ikke muligt at udarbejde KR for hver af de mange mulige kombinationer af kroniske sygdomme. Der er behov for, at MM i højere grad medtænkes i KR for de enkelte sygdomme, ligesom der må kunne refereres på tværs af KR i deres elektroniske format, således at synergier og modsætninger ved forskellige behandlingsregimer tydeliggøres, og behandlinger, som gavner, afvejes mod dem, som skader, på både kort og lang sigt.

MM sætter det specialiserede sundhedsvæsen under pres. Disse patienter har brug for et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor patienten er i centrum. Vi må arbejde med nye løsninger, hvis fremtidens patienter skal have den optimale behandling. Vi behøver ikke at afvente en detaljeret problemafdekning, før vi begynder at arbejde med tiltag, der kan afhjælpe åbenlyse mangler i det eksisterende system.

### LEDER

Susanne Reventlow,  
Jakob Kragstrup,  
Ann Dorrit Guassora,  
Lars Bjerrum &  
Niels de Fine Olivarius

### LITTERATUR

1. Mangin D, Heath I, Jamouille M. Beyond diagnosis: rising to the multimorbidity challenge. *BMJ* 2012;344:e3526.
2. Barnett B, Mercer SW, Norbury M et al. The epidemiology of multimorbidity in a large cross-sectional dataset: implications for health care, research and medical education. *Lancet* 2012;380:37-43.
3. Mercer SW, Guthrie B, Furler J et al. Multimorbidity and the inverse care law in primary health care. *BMJ* 2012;344:e4152.