

## Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2021;183:V205073

# Multimorbiditet – sundhedsvæsenets allerstørste udfordring

Jens Søndergaard & Susanne Reventlow

Ugeskr Læger 2021;183:V205073

I et nyligt publiceret Cochranereview om effekter af interventioner mod multimorbiditet har man vurderet case management, samarbejde på tværs af specialer og faggrupper samt patientuddannelse med styrkelse af patienternes egenomsorg [1]. Desværre var effekterne målt på kliniske, organisatoriske og patientrapporterede mål yderst beskedne.

Der er mange grunde til, at multimorbiditet er en stor udfordring for sundhedsvæsenet og for patienterne. Vi er blevet bedre til at behandle mange flere kroniske, enkeltstående sygdomme end tidligere, befolkningen lever længere, og kliniske vejledninger omfatter typisk alene håndteringen af en enkelt sygdom uden hensyntagen til patientens øvrige sygdomsbillede. Komplexiteten og sygdomsbyrden varierer betydeligt fra patienter med svær sygdom til »raske« med flere risikofaktorer, og social ulighed har væsentlig betydning [2, 3]. Mange patienter med multimorbiditet behandles med mange forskellige lægemidler og oplever derfor polyfarmaciens besværligheder. Endelig er sygehusvæsenet tiltagende højt specialiseret, og den enkelte sygehusspeciallæge har et fagligt stærkt, men også snævert indblik i lige præcis det område, vedkommende er speciallæge i, mens generalistkompetencerne er beskedne. Udfordringerne med multimorbiditet vil vokse i fremtiden, og drastiske tiltag er påkrævet: 1) Lægeuddannelserne bør styrkes inden for multimorbiditet, samarbejde mellem specialer og ledelse af patientforløb. Generalistviden må prioriteres, og klinikopholdene i almen praksis, hvor patienter med multimorbiditet jo ses og følges, bør være betydeligt længere end nu. 2) Multidisciplinære konferencer bør prioriteres, og patienterne bør deltage og medinddrages i videst muligt omfang. Det bør være patientens praktiserende læge, der leder den multidisciplinære konference, dels pga. dennes brede viden om mange sygdomme og tilstande samt typisk dybe indsigt i patientens sygehistorie, dels pga. muligheden for at følge op på patientens generelle helbredstilstand. En forudsætning for, at de multidisciplinære konferencer fungerer, er, at patientens data præsenteres på en overskuelig og relevant måde, hvor også patientens status, ønsker og præference fremgår. 3) Omsorgsmodeller skal tilpasses den enkelte patient. Jo bedre patienten inddrages i valg af behandling, jo bedre adhærens til behandlingen og jo mere tilfredse patienter. Medinddragelse af patienterne i behandlingsvalg er dog ikke ligetil. Der er behov for mere

uddannelse i kommunikation på alle niveauer fra lægeuddannelse til specialist, herunder uddannelse i hvordan vi allerbedst får inddraget patienterne i valg af udredning, behandling og rehabilitering.

Patienternes situation, sygdomsbillede og behandlingsbyrde ændres over tid, hvorfor der er behov for løbende vurdering med inddragelse af patienterne i, hvad der er det vigtigste mål for behandlingen. Delt ansvar er vanskeligt at håndtere. Det er at foretrække, at én sundhedsfaglig person har ledelsen af patientens behandlingsforløb i tæt dialog med patienten. Og det bør være den speciallæge, der følger patienten fra vugge til grav, nemlig den praktiserende læge. Det kræver kompetenceopbygning og ledelsesansvar til almen praksis og ekstra tid til patienter med multimorbiditet.

Organiseringen og de strukturelle rammer i sundhedsvæsenet bør gentænkes. Patienternes flow på tværs af søjlerne er tit unødigt besværligt og ikke tilstrækkeligt koordineret. Sundhedsklynger til at skabe bedre sammenhæng i patientforløb er en oplagt mulighed. Opgaverne i den primære sundhedstjeneste bliver større, hvorfor der bør være langt flere praktiserende læger i Danmark. Incitamentstrukturen skal tilgodese multimorbiditetsproblematikker, så der er en fordeling af ressourcer mellem dem, som udøver en ekstra indsats, og der, hvor indsatsen giver gevinst. Og man bør sikre, at en betydelig andel af fremtidens lægelige topledere i sundhedsvæsenet har en baggrund som speciallæge i almen medicin og derved har dokumenteret dyb indsigt i patienternes samlede forløb på tværs af sektorerne.

Ovenstående forslag kan opfattes som en revolution af sundhedsvæsenet – og hvorfor ikke?

Udfordringernes alvorlighed og omfang fordrer drastiske tiltag. Tiden er forpasset til småjusteringer og lappeløsninger!

**Korrespondance** *Jens Søndergaard*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet. E-mail: [JSoendergaard@health.sdu.dk](mailto:JSoendergaard@health.sdu.dk)

**Interessekonflikter** Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

## REFERENCER

1. 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:CD006560.
2. Willadsen TG, Bebe A, Køster-Rasmussen R et al. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity – a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2016;34:112-21.
3. Pathirana TI, Jackson CA. Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Public Health* 2018;42:186-94.