

## **Resumé af møde i Dansk Selskab for Medicinsk Prioritering den 28. februar 2006: "Hvorfor gør vi ikke, som vi siger?"**

**Indledning:** Torben Jørgensen bød velkommen. Som regel fokuserer "vi" [sundhedspersonalet] på "deres" [patienternes] compliance. Formålet med dette møde var at se på fagfolkenes handlemåde og på samspillet mellem proces, sygdom og patient med særlig vægt på kroniske patienter.

**Hvad siger kvalitetsdatabaserne?:** Torben Jørgensen gjorde status for arbejdet med udvikling og drift af databaser for klinisk kvalitet ([www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk)). Vi har ca. 30 kliniske databaser i Danmark, der varetages for et fast årligt budget på i alt ca. 14 mio.kr. I hver database registreres alle relevante patienter efter en fast skabelon med få udvalgte, kvantificerbare indikatorer for prognose og kvalitet af indsatsen. Efter justering for relevante faktorer sammenlignes afdelinger og amter, og de enkelte afdelinger følges over tiden. En række eksempler på resultater fra de kliniske databaser blev resumeret:

En ph.d.-afhandling om resultaterne af colorectal kræftkirurgi har demonstreret stor variation i 30 dages-dødeligheden – også efter justering (Nickelsen TN. Treatment of colorectal cancer. Ph.d.-afhandling. Glostrup: Research Centre for Prevention and Health, Glostrup University Hospital, 2005).

En ph.d.-afhandling fra 2003 viser væsentlig variation i HbA1C hos 0-15-årige børn – også efter justering.

Patienter med skizofreni skal udredes for psykopatologi ved speciallæge, men standarden på 98 % bliver ikke opfyldt, mens alle amter ligger over standarden på 90 % for den andel af patienterne, der skal være i medicinsk antipsykotisk behandling ([www.nip.dk](http://www.nip.dk)).

Patienter med hjerteinsufficiens skal klassificeres, men alle amter ligger under standarden på 100 %.

To studier (EUROASPIRE) af rehabilitering af hjertepatienter har demonstreret stor variation i medicinering af patienter med forhøjet blodtryk samt i patienternes kendskab til deres blodtryks-status.

En befolkningsundersøgelse i Københavns Amt viste, at ud af 139 personer med kendt diabetes opfyldte kun 4 % alle krav vedr. kolesterol, ikke-ryger-status, blodtryk mv.

**Det generelle indtryk er, at vi har defineret standarder, men de bliver ikke opfyldt. Billedet er dog mere sammensat: NIP-data om skizofreni demonstrerer, at der er nogle opgaver, som klinikerne er gode til, mens man håndterer andre opgaver dårligere.** Nogle af årsagerne kan være, at der reelt ikke er kapacitet til at varetage en funktion, og standarderne kan være for høje.

**Hvordan ser det ud i diabetesbehandlingen?** Cheflæge **Knut Borch-Johnsen**, Steno Diabetes Center, illustrerede manglende faglig compliance med dels et oversat citat af Otto von Bismarck, **"When a man says he approves of something in principle, it means he hasn't the slightest intention of putting it into practice"**, og dels data fra et studie af diabetes-kontrol der viste **stor variation praksis imellem** mht.:

- Måling af blodsukker (5 % i god kontrol og 85 % i dårlig kontrol)
- Gennemførelse af årlig synsprøve v/øjelæge
- Kontrol v/fodterapeut

Der er sket en stor og positiv udvikling på diabetes-området væk fra den terapeutiske nihilisme i 1980'erne, hvor behandlingsmålet var symptomfrihed og "normalt" blodtryk, til de aktuelle flerdimensionelle interventioner (3-stof-behandling, statiner, hjertemagnyl, rygestop og motion) og tilhørende detaljerede mål for både HbA1C (<7,0), blodtryk (<(130/85) og lipider samt screeningsprogrammer for både øjne, nyrer og fødder. Til gengæld er kompleksiteten af diabetes-behandlingen og registreringsopgaven vokset drastisk. Det bliver stadig vanskeligere at varetage behandlingen, registrere målopfyldelsen og opfylde behandlingskravene.

Behandlerne har behov for tid, systematiseret indsats, undervisning, vejledning (incl. kliniske retningslinjer!), specialisering og IT-baserede løsninger med opfølgning i hjemmet.

Spørgsmålet er, **om opgaven overhovedet kan varetages i almen praksis, når strukturen er som i Danmark; om der er politisk vilje til at prioritere opgaven højt nok, og om der er administrativ vilje til at gennemføre anbefalingerne i retningslinjerne?** Manglende centralisering af områder som diabetiske kvinders fødsler blev nævnt som et eksempel på det modsatte, og Sverige blev fremhævet som et eksempel til efterfølgelse, idet politikere, administratorer og klinikere dér sammen formulerede en strategi, der blev udmøntet i kliniske retningslinjer, som efterfølgende blev implementeret.

**Hvordan ser det ud med hypertensionsbehandlingen?** Overlæge **Hans Ibsen**, medicinsk afdeling M, Amtssygehuset i Glostrup, beskrev et stort uerkendt og uudnyttet forebyggelsespotentiale inden for dette område: Hvis al hypertension var velbehandlet, ville antallet af slagtilfælde/apopleksier/strokes falde med 50 %. Det er vigtigt at være opmærksom på, at mortaliteten som følge af stroke stiger, allerede før man når den aktuelle indikation for hypertensionsbehandling. I dag er behandlingsmålet et blodtryk på < 140/90, og kun 35 % af kvinder og 25 % af mænd når dette behandlingsmål. I USA opfylder højere andele af befolkningen behandlingsmålet.

Vi mangler evidens om, hvad der udgør barriererne for en bedre blodtryksbehandling men:

**På lægeplan** er der **uenighed om hvad behandlingsmålet** er, læger **mangler viden** om dels kombinationsbehandling og dels patienternes blodtryk, og der kan **mangle aftaler mellem læge og patient** om behandlingen.

**På patientplan** mangler der **forståelse af risici** ved forhøjet blodtryk, der er **uklare aftaler** mellem patient og læge, mange patienter nærer **modvilje mod medicinsk behandling** (især mod kombinationsbehandling med flere præparater af én lidelse), **patienterne reagerer på reelle og indbildte bivirkninger**, **medicinudgiften** er en barriere, og **patienter kan glemme at tage medicinen**.

**På landsplan er manglende viden om risici en barriere.** Der bør iværksættes landsdækkende informationskampagner med slogans som "Du skal ikke finde dig i, at du ikke kender dit blodtryk" og "Du skal ikke finde dig i, at dit blodtryk er over 140/90".

**Hvordan ser det ud fra praktiserende læges synsvinkel?** Alment praktiserende læge og kvalitetsudviklingskonsulent i Storstrøms Amt **Jette Elbrønd**, Rønnede, fokuserede på behandlingen af **kronikere**, der **bruger 70 % af sundhedsvæsenets ressourcer**, mulighederne for at flytte ressourcer fra behandling af akutte til kroniske patienter og på potentialet for at drage fordel af patienternes ressourcer.

**Kroniker-modellen** blev gennemgået og blev fremhævet som **en væsentlig inspirationskilde for almen praksis** – særligt modellens punkt 4 (sundhedsvæsenets organisering) med dette punkts fokus på primærsektor og incitamenter. **"Money talks"** – **det gælder også for praktiserende læger, og incitamentstrukturen må ændres, som den så småt bliver det i den nye overenskomst mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens ForhandlingsUdvalg.** Samtidig lægges der **for lidt vægt på implementering af kliniske retningslinjer**, som i den amerikanske organisation Kaiser Permanente.

Målet må være, at en informeret aktiv patient møder et kvalificeret behandlingsteam. Indsatsen skal være evidensbaseret. Konsultationer er ofte ikke planlagte og korte, bl.a. fordi **sundhedsvæsenet tør ikke agere proaktivt.** Man tør ikke indkalde patienterne, og det betyder, at **man kender ikke sin patientpopulation. Der mangler kvalitetsovervågning og teambuilding.**

**De kommunale aktørers nye rolle er det centrale i Strukturreformen – den rolle er glædelig og vil formentlig skærpe fokus på livsstil og rehabilitering. Det er vigtigt at sikre, at der holdes fokus på de mest syge, for der er risiko for, at de kommende sundhedscentre opsøges af stærke patienter.** Derfor kan man gennemføre en risikostratificering af den enkelte patient for at udnytte ressourcerne bedst muligt. Jf. Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt kan data til denne stratificering indsamles ved hjælp af et datafangstmodul, der indrapporterer data om kronikere til en database med fælles

diagnosekoder og indikatorer, og på grundlag af disse data kan lægens tilmeldte borgere inddeles i tre niveauer:

Niveau 1: Patienter med behov for en særlig intensiv indsats (hvor lægen fungerer som en case manager – en tanke der er kendt fra psykiatrien og kan udstrækkes til somatikken – især til patienter med fremskredne sygdomsstadier og patienter med dårlig sygdomsforståelse),

Niveau 2: En mellemgruppe af patienter med periodisk behov for (specialiseret) indsats, og

Niveau 3: Hovedparten af den praktiserende læges tilmeldte.

Sådanne data i en fælles database vil samtidig udgøre et godt grundlag for faglig refleksion, en lærende kultur, benchmarking og efteruddannelse.

**Hvordan ser det ud fra et patientperspektiv?** Næstformand i Diabetsforeningen, Ib Brorby, beskrev forskellige syn på diabetes type 2, og konsekvenser af de forskellige holdninger:

**Der er fokuseret meget på klinisk viden** om bl.a. medicin **og ikke på psykiske aspekter**, herunder hvad der skal til for at man ændrer livsstil. **I stedet for indlevelse har man brugt skræmmebilleder:** "Hvis du ikke tager dig sammen, kommer du på insulin".

En anden indstilling til har været, at "diabetikere er nogen, der bliver blinde og taber tæerne". Det er en holdning, der har begrænset åbenheden om sygdommen.

Disse holdninger har haft negative konsekvenser for diabetes-patienternes selvværd, og har dermed svækket diabetes-patienters bestræbelser på at ændre livsstil – et arbejde der tager tid og er svært nok i forvejen, selv om man begynder med overskuelige mål for at få "de lette sejre".

**Det generelle problem med at behandlere tænker i medicinsk behandling og systemer i stedet for patienternes psyke bevirker, at det ikke bør være læger der varetager behandlingen men sygeplejersker, der er bedre til at kommunikere, har bedre tid til den enkelte og opnår større kontinuitet i behandlingen.**

I Vallensbæk Kommune har man undervist hjemmesygeplejersker i opsporing af symptomer på diabetes type 2. Det har medført, at 70 % flere blev opdaget, og behandling af sent opsporet diabetes type 2 koster!

Det er glædeligt, at man bruger betaling som motivationsfaktor for almen praksis, men **man skal:**

**Være opmærksom på hvad der sker med selvværdet for patienter, som det ikke lykkes at ændre livsstil**

**Fokusere på de psykiske faktorer**

**Fokusere på de patienter der har de største behov**

**Huske at det er en etisk problemstilling, om man skal bruge skræmmebilleder.**

**Hvordan er de kommunale perspektiver, når forebyggelsesinitiativerne skal foregå her fra 1. januar 2007?** Socialdirektør **Ruth Christensen**, Herlev Kommune, indledte med at gennemgå de kommunale opgaver efter Strukturreformens gennemførelse, incl. den kommunale medfinansiering på ca. 20 % af sundhedsvæsenets udgifter i form af dels et grundbidrag og dels en aktivitetsafhængig finansiering med forskellige takster for de forskellige ydelser. Medfinansieringen skal tilskynde kommunerne til at etablere tilbud, der erstatter sundhedsvæsenets ydelser med billigere tilbud.

Sundhedsloven opdeler forebyggelsen i borgerrettet forebyggelse, der er en kommunal opgave, og patientrettet forebyggelse, der er en regional opgave. Allerede i dag gennemføres der mange forebyggende initiativer, men **borgere og politikere nærer store forventninger om opprioritering af den forebyggende indsats efter gennemførelsen af Strukturreformen.**

Kommunernes medarbejdere kommer i borgernes hjem – det gælder særligt sundhedsplejerskerne - og **kommunernes mange kontakflader til borgerne sikrer muligheder for dialog.** F.eks. kan skolerne påvirke forældrene via børnene.

Det blev understreget, at **kommunerne skal tænke i specifikke tiltag. De borgere der lytter til generelle informationskampagner kender og følger budskaberne i forvejen.**

**Den største risiko ved den ændrede opgavefordeling er, at de stærke patienter får opmærksomheden og ressourcerne på de svage patientgruppers bekostning.** Der er ulighed i sundhed, og denne ulighed er ikke blevet mindre i de senere år. Kommunerne kender de svage borgere, og kombinationen af det kendskab og de udgående funktioner giver et særligt potentiale for forebyggelse. Sundhedsprofiler er en meget bred pensel at bruge som arbejdsredskab, og foreløbig har kommunerne fået for få data stillet til rådighed. Persondatalovgivningen forhindrer adgang til data på CPR-nummer-niveau, og det umuliggør en meget målrettet indsats. Nogle kommuner vil prøve, om man kan aftale med det lokale sygehus, at man indhenter samtykke fra patienterne, så kommunerne kan bruge data til at målrette indsatsen.

Etablering af kommunale sundhedscentre er en mulighed, der vil blive brugt af mange, men indholdet er uklart. Det vil være en uskik at etablere 2. klasses mini-sygehuse, men det vil næppe heller ske i Københavns-området med de korte afstande.

Både en dialog med sygehusvæsenet er vigtig og direkte borgerkontakt er vigtig for kommunerne, og der er behov for en række forskellige faggrupper for at styrke forebyggelsen – f.eks. diætister og psykologer.

**Det kan let tage 10-20 år før effekten af forebyggende tiltag viser sig. Derfor skal man ikke regne med, at den forebyggende indsats i sig selv vil frigøre yderligere ressourcer til opprioritering af forebyggelsen. Store forventninger til den langsigtede effekt kan lette tilførslen af ressourcer, men der er behov for solstrålehistorier som "Tour de Udsat", som flytter mennesker og deres syn på sig selv. Dagpenge-modtagere er et spændende indsatsområde i den forbindelse.**

**I dag er forebyggelsen ikke gearret til aktivitetsregistrering og kvalitetsudvikling. Der er behov for at ændre kulturen på dette område.**

**Debat v/ordstyrer sygeplejefaglig vicedirektør, MPM Bente Drachmann, Storstrø-  
mens Sygehus.**

På baggrund af flere oplægsholderes fokus på kliniske retningslinjer rejste **Bente Drachmann** spørgsmålet, om et vist anarki ikke er en forudsætning for løbende udvikling?

**Torben Jørgensen** fandt, at der er rige udfoldelsesmuligheder for et frugtbart anarki, men det er **vigtigt at holde fast i den evidens, der er tilvejebragt.**

**Hans Ibsen** understregede, at faglig uenighed fører til et uklart billede. De konfliktende vurderinger af værdien af sænkning af lipidindholdet i blodet er et eksempel på, at **uklare udmeldinger fører til en langsom implementering af indsatsen.**

**Knut Borch-Johnsen** pointerede, at de dage, hvor lægevidenskab er en kunst, må være slut. Når opinionsdannerne er uenige, skaber det forvirring: "Når fyrtårnene slås, ved fyrbøderne ikke hvad de skal gøre". Ansvarlighed består ikke i at skabe anarki men at prøve at skabe klarhed.

**Jette Elbrønd** tilsluttede sig behovet for en evidensbaseret indsats – selve lægekunsten kommer ind i billedet via dialogen med patienterne.

**Ruth Christensen** pointerede, at det giver anledning til forvirring, når fagfolkene præsenterer deres konklusioner i dagspressen i stedet for hinanden.

**Ib Brorly** efterlyste klare udmeldinger til patienterne om, hvad de skal gøre.

Under debatten kommenterede flere oplægsholdere betydningen af Strukturreformen, herunder forventningerne til Sundhedsstyrelsens funktion:

**Knut Borch-Johansen** opfordrede til at sikre klare spilleregler for opgavefordelingen mellem regionernes og kommunernes arbejde på sundhedsområdet for at undgå et sundhedsvæsen, der er lige så ineffektivt som det amerikanske.



**Nina Berrig** fandt, at forløbet omkring fedmekirurgi-rapporten fra en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen har svækket forventningerne til Sundhedsstyrelsens faglighed.

**Ruth Christensen** efterlyste vejledning fra Sundhedsstyrelsen om sundhedsaftalerne mellem kommuner og region.

En tilhører spurgte til, om ikke man kan styrke compliance og dermed forebyggelsen vha. en poly-pill? **Torben Jørgensen** bemærkede, at der foreligger mange konkrete forslag til forebyggende indsats, og der er behov for evidens for den faktiske effekt. "Motion på recept" indebærer, at man sygeliggør almindelig bevægelsesaktivitet, og det er uklart, om man faktisk udnytter det kort til et motionscenter, som man i øvrigt er glad for at få.

**Ruth Christensen** fandt, at kommunerne skal understøtte motion, men **hvis man indfører en generel kommunal finansiering af motion, får man et godt eksempel på flytning af ressourcer til de stærke borgere.**

En tilhører fra almen praksis spurgte, hvordan der kan skaffes personaleressourcer til at løfte endnu en opgave i almen praksis, når patienternes tærskel for henvendelse i forvejen sænkes, og der bliver færre praktiserende læger.

**Jette Elbrønd** vurderede, at man kan nå langt ved en ændret organisation med mere hjælpepersonale, og at det dels kan gøre arbejdet mere vedkommende og dels kan føre til en bedre struktur i opgavevaretagelsen med færre hovsa-løsninger. Forventningerne til almen praksis varierer og vil fortsat variere geografisk. Man kan regne med, at der vil blive ansat mere hjælpepersonale men ikke endnu flere faggrupper end i dag.

**Knut Bech-Johnsen** pegede på mulighederne for at give hjælpepersonale en mere betydningsfuld rolle ved hjælp af risikostratificering med klare vejledninger til personale, der ikke er speciallæger. Forsøg hermed har ført til bedre strukturerede forløb pga. bedre kendskab til forløbene generelt. De enkelte konsultationer blev en smule længere (10 %), men både praktiserende læger og patienter oplevede konsultationerne, som om man fik væsentlig længere tid til rådighed efter indførelsen af vejledningerne.

**Ib Brorly** sluttede debatten af med forslag om at:

Differentiere indsatsen til patienterne mere

Gøre mere ud af at motivere patienterne (særligt patienter med diabetes type 2)

Udnytte andre ressourcer bedre ved at lade patienter tale med andre patienter og bruge de frivillige som en ressource.

Som afslutning resumerede amtsrådsmedlem **Nina Berrig** de emner der blev drøftet ved mødet