

En styrket og ændret indsats for kronisk syge patienter

Hvorfor og hvordan?

Vi har fået en ny overenskomst, som styrker mulighederne for at bruge tid på det forebyggende arbejde og den stivende gruppe af kronikere. Der sker en væsentlig øgning i andelen af ældrebefolkningen, og det vil føre til flere patienter med kroniske sygdomme. Man skønner, at op mod 80% af sundhedsvæsenets udgifter i fremtiden vil hidrøre fra behandling af patienter med kroniske sygdomme, og man har vist, at indsatsen kan forbedres væsentligt.

BIOGRAFI:

Peter Vedsted er seniorforsker, læge, ph.d., og Frede Olesen er forskningsleder, alment praktiserende læge, professor, dr.med. ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus,

PETER VEDSTEDS ADRESSE:

Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus,
Vennelyst Boulevard 6, 8000 Århus C.
E-mail: fo@alm.au.dk

Formålet med denne artikel er at beskrive fordelene ved, at sundhedsvæsenet øger og omdefinerer sin indsats over for patienter med kroniske sygdomme, beskrive hovedprincipperne for, hvordan det kan ske, og pege på vigtige områder, det er nødvendigt at se på i det danske sundhedsvæsen, hvis det skal lykkes.

Et centralt omdrejningspunkt for artiklen er »kronikermodellen«. For at få et optimalt indblik i denne models betydning for omsorgen for kronisk syge kan det anbefales at læse vor artikel om kronikermodellen og risikostratifikation i næste nummer af Månedsskriftet (1).

Denne artikel er baseret på litteratur om emnet og på studiebesøg hos initiativtageren til kronikermodellen, *Edward Wagner* på MacColl Institute for Health Care Innovation, Center for Health Studies i Seattle, og hos en stor amerikansk Health Maintenance Organisation (HMO), Kaiser Permanente, som intensivt har anvendt kronikermodellen. Kaiser Permanente er en sygeforsikring, hvor man mod en fast, forudbetalt præmie får total og fri adgang til ydelser i primær- og sekundærsektoren. Samtidig er adgang til sekundærsektoren reguleret gennem en *gatekeeper*-funktion hos primærlægerne. Det vil sige, at forsikringen fungerer efter en dansk amtsmodel i en organisation med 8,2 mio. medlemmer. Kaiser Permanente blev verdensberømt i 2002, da en artikel i BMJ påviste, at organisationen, sammenlignet med National

Health Service i England, havde et tilsvarende eller højere kvalitetsniveau, et betydeligt lavere sengedagsforbrug (ca. 30%) og et omkostningsniveau ca. som det engelske (2). Mange sætter dog spørgsmålstegn ved omkostningsberegningerne. Artiklen har siden givet anledning til voldsom debat om metoder til at effektivisere og højne kvaliteten af et sundhedsvæsen. Samtidig diskuteres det ofte, om Kaiser Permanentes resultater på sundhedsområdet kan skyldes selektion af de mest raske. Det er der ikke umiddelbart noget, der tyder på, idet et så stort antal forsikrede, som typisk er tilmeldt på familiebasis, medfører stor diversitet i patientsammensætningen. Tilmed har Kaiser Permanente traditionelt haft størst tiltrækningskraft blandt såkaldt *blue workers*, idet forudbetalingsordningen og det tilhørende *gatekeeper*-system af mere velhavende grupper er blevet oplevet som indskrænkninger i frihed. Omkring 20% af sygeforsikringens indtægter stammer desuden fra det såkaldte Medicare og Medicaid program, der omfatter ikkeforsikrede, fattige og pensionister. Meget tyder således på, at de reelt præsterer højere kvalitet og stor effektivitet (3). Mange mener, at Kaiser Permanentes succes skyldes en dybere forståelse af betydningen af et sammenhængende sundhedsvæsen, end man ofte ser, og at man systematisk har arbejdet med kronikeromsorgen. Derfor diskuteres begge disse forhold i det følgende.

Definition af kronisk sygdom og kroniske tilstande

Man kan pragmatisk definere en kronisk sygdom som en formodet varig sundhedsmæssig afvigertilstand, som ubehandlet påvirker patientens muligheder for normal fysisk, psykisk eller social livsudfoldelse eller livslængde. Denne og andre definitioner er dog ikke optimale. En del af »sygdommene« vil rettere være risikomarkører for, at sygdomme kan opstå. Fx vil en patient med velbehandlet blodtryksforhøjelse næppe opfatte sig som kronisk syg, og en del læger vil også glemme, at denne patient har en kronisk tilstand, hvor prognosen er afhængig af forhold som egenbehandling, livsvaner, *compliance*, korrekt medicin etc. Andre eksempler på problemer med at definere en kronisk sygdom og/eller tilstand er, at rygning (endnu) ikke anses for en kronisk sygdom, hvorimod svær overvægt er en kronisk sygdom, selvom begge påvirker det forventede antal leveår og antal sygdomsfrie år. Det er derfor vigtigt at bemærke, at når vi i det følgende taler om kronisk sygdom, skal det ikke forstås som et banalt fænomen på en syg-rask-akse. Mange af dem, der i det følgende omtales som kronikere eller kronisk syge, opfatter med rette ikke sig selv som patienter (fx mange med osteoporose). Men fælles for dem alle er, at de har tilstande, der er tilgængelige for en lægefaglig intervention, som kan forbedre chancen for normal livslængde med normale udfoldelsesmulighe-

Folkesygdom	Forekomst
Aldersdiabetes	300.000
Kræftsygdomme*	200.000
Iskæmisk hjerte-kar-sygdom	200.000
Knogleskørhed	300.000
Muskel- og skeletlidelser (ondt i ryggen)	400.000
Overfølsomhedssygdomme (astma og allergi)**	Hver 4. dansker/år
Psykiske lidelser	500.000
Rygerlunger (KOL)	200.000

*) Ca. 205.000 har været behandlet for kræftsygdom. Det skønnes, at 39% og 23% af kræftsygdomme er forebyggelige hos hhv. mænd og kvinder.

**) Hver fjerde voksne dansker rapporterer at have haft mindst en allergisk lidelse i løbet af et år.

Kilde: Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.

Tabel 1. Forekomsten af de 8 folkesygdomme.

Sygehuse	47 mia. kr.
Primærsektor inkl. medicin	16 mia. kr.
Førtidspension	21 mia. kr.
Handicappede og revalidering	26 mia. kr.
Sygedagpenge	12 mia. kr.
Ældreservice	23 mia. kr.
I alt	145 mia. kr.

Kilder: Ugebrevet Mandag Morgen tema-nummer 2005. Statistisk Årbog 2003, tabel 171.

Tabel 2. Årlige udgifter til social- og sundhedsvæsen.

Boks 1. Kroniske folkesygdomme
– de store tal.

- De otte folkesygdomme er den vigtigste henvendelsesårsag i mere end 50% af konsultationerne i almen praksis
- 50% af gruppen med kroniske tilstande har mere end én kronisk sygdom. Vanskeliggør en ambulatoriemodel
- Kronisk syge står for 60–80% af omkostningerne i sundhedsvæsenet
- 5–7% af de kronisk syge står for 50% af indlæggelserne.

Kilder: Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. Folkesygdomme i almen praksis. APO, Odense, 2004. Towards a European strategy on noncommunicable diseases. WHO, 2004.

der i den resterende levetid. Vi vælger således i mangel af bedre, at bruge termerne »kronikere« eller »kronisk syge«.

Man regner med, at 20–30% af befolkningen i vestlige lande har en kronisk tilstand, svarende til 1–1,5 mio. i Danmark, afhængigt af hvor bredt gruppen defineres. I forbindelse med regeringsprogrammet »Sund hele livet« med øget fokus på folkesygdomme estimerede man forekomsten af otte folkesygdomme som vist i Tabel 1.

Omkostninger til kronisk sygdom i Danmark

Omkostningerne til sundhedsvæsenet og det tilgrænsende socialvæsen er vist i Tabel 2 og omkostningerne til kronisk syge patienter i Boks 1. Det skal fremhæves, at kronisk syge patienter genererer de fleste ydelser og beslaglægger de fleste resurser, og at få procent af patienterne står for halvdelen af alle indlæggelser.

Selv om sygehusvæsenet er dyrt, er det bemærkelsesværdigt, at de samlede omkost-

ninger til primærsektoren, førtidspension, handicapområdet og revalidering m.m. er større.

Sundhedsvæsenets udfordringer
Før en mere detaljeret omtale af indsatsen for såkaldt kronisk syge patienter kan der være grund til at repetere sundhedsvæsenets væsentligste problemer, idet en dyb forståelse af disse synes at være en forudsætning for effektivitetsforbedringer, som vi fx har set i Kaiser Permanente:

- At skabe gode forløb, specielt at skabe gode overgange på grænsefladerne mellem dels hospitalsafdelinger, dels primær- og sekundærsektoren samt på grænsefladen mellem sundhedsvæsenet og socialvæsenet. Dette fordrer god kommunikation mellem sektorer, og at »de mere raske ikke spærrer for de mere syge« med flaskehalse og ventetider til følge.
- Sundhedsvæsenet har meget lange ventetider, men ventetider varierer meget fra sted til sted. Det gælder især til den specialiserede behandling, hvad enten det er specialiseret diagnostik, fx billeddiagnostik, eller det er behandling ambulat eller under indlæggelse.
- Vi har ikke tilstrækkelig indsigt i, om variation i ventetid er forbundet med tilsvarende variation i kvaliteten (4).
- Mange kvalitetsproblemer relaterer sig til, at man ikke gør det, der er evidens

for, at man bør gøre, og til, at der sker svigt i ellers velaftalte medicinske rutiner (3).

**Forskydninger i
behandlingsgrænser**
betyder meget

Følges 1.000 danske patienter i en måned, vil ca. 750 have oplevet symptomer i en grad, hvor de overvejer kontakt med sundhedsvæsenet; 500 har en eller flere gange i månedens løb taget medicin som led i egenomsorg; 200–250 har søgt egen læge; ca. 10 er henvist til behandling på hospital, og formentlig ca. 1 har været på universitetshospital (4). Disse tal viser, hvor meget sundhed og sygdom fylder i dagligdagen, men det mest interessante er at se på grænsefladen mellem de forskellige niveauer. Ganske små forskydninger kan få overordentlig stor betydning (Fig. 1). Almen praksis færdigbehandler mindst 90% af patienter, der henvender sig med nye problemer, mens 10% henvises. Hvis man forestiller sig, at disse tal ændredes til 91% og 9%, ville det relativt set betyde en ændring i antal henviste på 10%, altså en væsentlig ændring i belastningen af det sekundære sundhedsvæsen (4). Tilsvarende udfører patienterne egenbehandling. Hvis vi antager, at 90% af symptomerne fører til egenbehandling, og at 10% giver anledning til lægehenvendelse, kan vi gennemføre det samme tankeeksperiment. Små ændringer i patientens evne til egenomsorg betyder

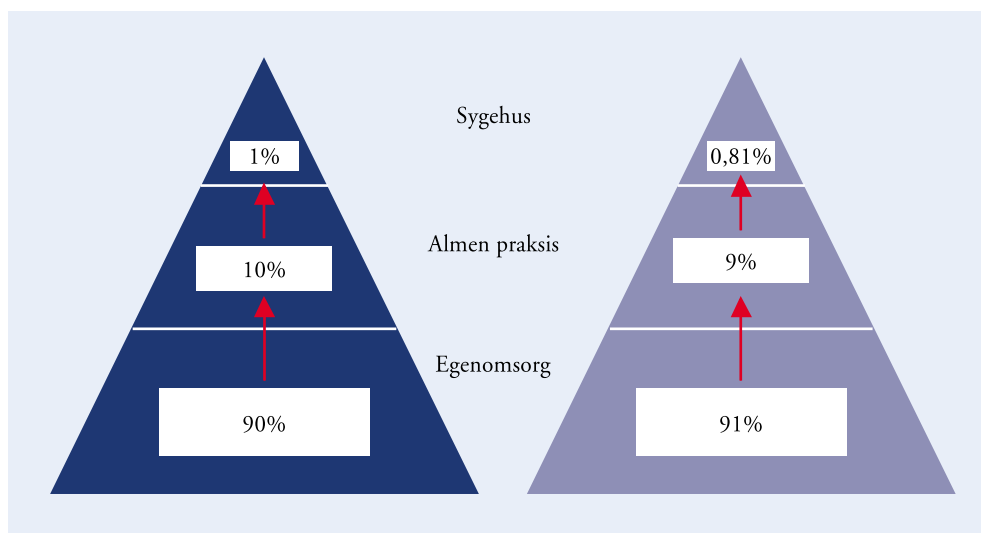


Fig. 1. Grænser og aktivitetsvariation. Den relative fordeling af patienter i det danske sundhedsvæsen. Langt de fleste symptomer klares ved patientens egenomsorg. Ganske små grænsefladeforskydninger betyder meget for sygehusenes belastning. I eksemplet til højre er det forudsat, at egenbehandlingen øges fra 90 til 91%, og at egen læge øger sin behandling fra 90 til 91% af dem, der henvender sig.

store ændringer i efterspørgslen efter almen praksis. Spørgsmålet er imidlertid, om sådanne ændringer er mulige.

Vi ved fra praksis- og hospitalsaktivitetsanalyser, at lægers kliniske aktivitet varierer overordentligt meget, typisk med en faktor 3–10 (4). Nogle læger udfører altså flere gange så mange ydelser som andre læger. Vi har ikke sikre holdepunkter for, at der er afgørende kvalitetsforskelle på den højt og den lavt ydende – og dermed om et højt eller et lavt ydelsesantal er det rigtige. Alligevel ser det ud til, at der kan opnås et resultat, der åbenbart for både patient og kliniker er tilfredsstillende uanset store forskelle i aktivitetsniveauet. Det er derfor rimeligt at forestille sig, at det er muligt at ændre lægers kliniske adfærd.

En stærk primærsektor er vigtig
Midt i de omtalte problemer er der samtidig stigende konsensus og et meget solidt

videnskabeligt belæg for, at et sundhedsvæsen fungerer bedst, hvis der er en stærk frontlinjefunktion, typisk i form af almen praksis, og hvis denne frontlinjefunktion har *gatekeeper*- eller bedre *gate advisory*-organisering (5, 6). Endelig tyder meget på, at et rimeligt fast lægetilknytningsforhold, fx et listepatientsystem, giver anledning til, at lægen lettere kan opretholde et bredt bio-psyko-socialt perspektiv på sundhed og sygdom, hvilket er af afgørende betydning for korrekt visitering og behandling (5, 7, 8). Det sidste er især vigtigt ved håndteringen af kronisk sygdom og funktionelle lidelser. I den forbindelse skal det anføres, at ca. 50% af en dansk alment praktiserende læges konsultationer omhandler patienter med kronisk sygdom i den anførte, brede definition (9), og at 20–30% af alle nyhenvendelser til almen praksis skyldes såkaldt medicinsk uforklarede eller funktionelle lidelser (10).

Hvordan kan man effektivisere? De omtalte kendsgerninger giver anledning til overvejelser om, hvorvidt sundhedsvæsenet kan etablere initiativer, der kan øge dynamikken på grænsefladerne mellem sundhedsvæsenets forskellige delelementer, og som kan skabe sammenhængende forløb, specielt sammenhæng over grænsefladerne.

Dynamikken kan øges, hvis man effektiviserer produktionen og/eller øger kapaciteten i eventuelle flaskehalse på patientrejser. Det vil dreje sig om fx kapacitet til billeddiagnostik, sygehussenge, ambulatorier etc. Selvom effektivisering altid er attraktiv, kan denne vej ikke stå alene, og ofte er kapacitetsøgning ikke umiddelbart farbar, dels fordi der ikke er politisk vilje til at betale mere til sundhedsvæsenet, dels fordi der ikke er faguddannet personale til at besætte en eventuelt øget kapacitet.

Desuden er der meget, der tyder på, at denne vej kan have svære bivirkninger, idet øget kapacitet under alle omstændigheder giver anledning til øget aktivitet, fx ved et uheldigt skred i indikationer for givne indsatser og behandlinger (6). Tilsvarende har enhver praktiserende læge oplevet, hvordan et nystartet hospitalsinitiativ hurtigt sander til med lange ventelister. Aktivitet, øget sundhed og kvalitet hænger ikke entydigt sammen.

Derfor er der stor interesse for initiativer, der kan øge dynamikken inden for de eksisterende resurserammer, blandt andet overvejelser om ændring i 90/10%-forde-

lingen, og meget tyder på, at denne vej reelt er farbar (11). Det er dels set i udlandet, dels gælder det erfaringer fra større eller mindre forsøg i Danmark. Det er fx en bredt accepteret kendsgerning, at »Løkkeposen« gav anledning til øget aktivitet, selvom den varige effekt på venteliste-problematikken endnu ikke er bevist. Mange enkeltforsøg, ofte opbygget omkring praksiskonsulenter eller ildsjæle blandt overlæger, som har søgt intensivt samarbejde med praktiserende læger, viser også, at man kan øge sammenhængen i sundhedsvæsenet og optimere opgavefordelingen. Tilsvarende ved vi fra variationsforskningen i almen praksis, at nogle læger tilsyneladende opnår deres kliniske resultater med et meget lavere aktivitetsniveau end andre, uden at der er ført bevis for tilsvarende behandlingsmæssige kvalitetsforskelle (4).

Hvorfor fokus på kroniske sygdomme?

Mindst tre forhold, foruden en naturlig interesse i at gøre det bedst muligt, har øget interessen for en intensiveret indsats over for patienter med kroniske sygdomme.

For det første sker der en væsentlig øgning i andelen af ældrebefolkningen, og selv om man ikke umiddelbart kan antage, at fremtidens ældre vil have samme sygdomsprofil som nutidens, vil det med sikkerhed føre til flere patienter med kroniske sygdomme. Det bliver det 21. århundredes

største udfordring for sundhedsvæsenet at kunne omstille sig til det ændrede behov som følge af den ændrede demografi (12).

Det andet forhold er de tidligere omtalte omkostningsanalyser, hvor WHO m.fl. skønner, at op mod 80% af sundhedsvæsenets udgifter i fremtiden vil hidrøre fra behandling af patienter med kroniske sygdomme (13).

Det tredje forhold, som har øget interessen for en revideret indsats over for kronisk sygdom, er de førnævnte interessante sammenligninger mellem det engelske sundhedsvæsen og fx Kaiser Permanente-organisationen (3, 14, 15). Disse sammenligninger antyder, at indsatsen kan forbedres væsentligt (3). De fleste, som har analyseret sagen, konkluderede, at Kaiser Permanentes og tilsvarende organisationers resultater var mulige som følge af tre forhold (14):

- 1) En mere effektiv brug af hospitalerne og en løbende, målrettet indsats for at effektivisere brugen af hospital. Resultatet har været lavere sengedagsforbrug pr. 1.000 indbyggere.
- 2) En integration mellem arbejdet i primærsektoren og i sekundærsektoren, herunder en kulturel integration og afstemning af incitamenter således, at man havde fælles mål og fælles interesse i effektivisering.
- 3) Intensiv brug af informationssystemer, dels til produktionsovervågning, dels til

kvalitetsmonitorering og kvalitetsforbedring.

Fælles for systemerne er målrettet brug af primærsektoren, der fungerer som *gatekeeper* (eller måske snarere *gate advisor*). Mere afgørende er måske en målrettet, total og regional ledelsesmæssig satsning på en forbedret indsats for alle kroniske patienter i regionen.

»Kronikermodellen«

Kronikermodellen (Chronic Care Model) er nærmere gennemgået i en anden artikel i næste nummer af Månedsskriftet (1). Målet med modellen er, at samspillet mellem en informeret, aktiveret patient og et velforberedt, proaktivt sundhedsvæsen fører til forbedrede resultater i omsorgen for kronisk syge. Det sker gennem øget fokus på politikker og resurser rettet mod egenomsorg, optimeret organisation af sundhedsydelse, optimeret brug af klinisk beslutningsstøtte og udvidet brug af fælles informationssystemer.

Det væsentlige i modellen er, at man vidtgående har omdefineret sundhedsvæsenets arbejdsopgaver væk fra alene at reagere på patientens henvendelse om behandling til at være proaktiv med initiativer omkring forebyggelse, øget viden om kroniske sygdomme blandt patienter og sundhedspersoner, fast aftalte kontroller, fast aftalte patientforløb på tværs af sektorer og en løbende overvågning af resultaterne.

For at modellen kan fungere optimalt, skal der dels være et velfungerende sygehusvæsen i tæt samspil med primærsektoren, dels et principfast omgivende samfund, hvor der er politisk vilje, handlekraft og regelsæt bag de nødvendige initiativer.

Et karakteristisk princip i kronikermodellen er, at man tilstræber at tilrettelægge sundhedsvæsenets indsats baseret på befolkningens behov, dvs. rettet mod alle i regionen med en given sygdom. Det betyder, at alle løsningsmodeller er baseret på, at man vil løse problemet for den samlede population, og ikke blot for de patienter, der måtte komme i kontakt med sundhedsvæsenet. Det indebærer bl.a., at man laver løbende registreringer af patienternes diagnoser, medicinforbrug, risikoprofiler mv. Dermed får man, til forskel fra den nuværende situation i det danske sundhedsvæsen, kontakt med patienterne inden en henvendelse pga. akutte symptomer og forværringer.

Egenomsorgen understøttes ved bevidste strategier med PR-kampagner om sund livsstil, brochuremateriale, patientorienterede websider, e-mail-adgang til behandlere, selvmonitoreringsskemaer, sundhedsoplysende bøger, understøttelse af patientgrupper og patientstøtteordninger mv.

Denne »udbredelse« af sundhedsvæsenets indsatsområde betyder også, at især primærsektoren, med almen praksis i front, i dialog og samarbejde med patienten skal udrede og registrere befolkningen mht.

forekomsten af risikofaktorer og allerede manifesterede kroniske sygdomme. Desuden skal den proaktive indsats hvile på en kultur, der anerkender fx almen praksis' rolle i opsporing frem for en nihilistisk holdning til opsporing og behandling af kroniske sygdomme, som kan komme af et (misforstået?) ønske om hensyn til patientens autonomi og bevarelse af et læge-patientforhold, som er præget af en tildækkende holdning til usund livsstil.

I kronikermodellen udarbejder alle involverede aktører og specialer i fællesskab fælles aftalte og forpligtende behandlingsstrategier og vejledninger for et givet problem i sundhedsvæsenet. Der er it-baseret beslutningsstøtte, fx i form af »pop op«-skærme og aktionskort, der for definerede situationer viser, hvad der er enighed om, er god klinisk praksis. Systemet kan på mange måder svare til en udgave af det, vi i Danmark er ved at udvikle i form af »linkportalen« på sundhed.dk til praktiserende læger, hvor en given diagnosekode medfører, at man direkte kan linke til en vejledning. Ideelt set giver modellen mulighed for at have en for alle fælles web-journal, hvor behandlere og patienter kan følge en sygdoms nøgletal. Samtidig kan en del af fx de økonomiske incitamenter, der skal understøtte ordningen, være afhængige af information om, om de krævede kvalitetsmål er opnået. Disse kvalitetsmål er tredimensionale i form af biomedicinske mål (fx HbA_{1c}), patienttilfredshed og mål for

organisationens målopfyldelse (fx ventelister, effektivitet, udgifter etc.).

I sundhedsvæsenet med en systematisk tilgang til kronisk sygdom foretager man ofte en risikostratifikation af patienterne. Ud fra en eksplicit aftalt algoritme baseret på de løbende indsamlede informationer, inddeles patienterne typisk i tre grupper:

En gruppe hvor egenomsorg og kontrol i almen praksis fører til optimerede resultater af indsatsen. Det kan fx gælde en astmatiker eller diabetiker, der har god viden om sin sygdom, forebyggelse og behandling og forstår at regulere egen behandling.

En mellemgruppe bestående af patienter, hvor der er behov for yderligere intens undervisning af patienten og øget indsats fra behandlere i form af at motivere patienten til intensiverede livsstilsændringer, øget kontrol af blodprøver med regulering af medicinsk behandling, indsats fra særligt uddannede sygeplejersker, fysioterapeuter, farmaceuter, psykologer mv. (*care manager*) og dertil evt. inddragelse af rådgivning fra speciallæger.

Den sidste gruppe patienter er dem, der har højest risiko for komplikationer eller svigtende behandling. Det er patienter med komplicerende sygdomme eller med psykiske, sociale eller aldersmæssigt betydende faktorer. Her kræves speciallægebehandling, og en *case manager* følger patientens behandlingsforløb med henblik på, at den sker efter fastlagte planer og aftaler.

Det sker i tæt samarbejde med den praktiserende læge.

Overordnet er formålet med risikostratifikation, at flest patienter skal skubbes mod det laveste niveau. Det kan støttes af incitament, der belønner behandlingsresultater af denne type.

Ledelse og

sundhedstjenesteforskning

Flere ledelsesmæssige forhold bliver tydelige, når man sammenligner sundhedsvæsenet, der arbejder efter kronikermodellen, med danske forhold. Det første, og mest slående, er et intensivt arbejde med udvikling af klinisk beslutningsstøtte baseret på evidensbaseret medicin og den målbevidste implementering af vejledninger. Således er den ledelsesmæssige udmelding fra Kaiser Permanente, at en klinisk vejledning er 20% arbejde med at oparbejde viden, mens 80% af ressourcerne allokeres til arbejdet og omstændighederne med at få vejledningen implementeret. Og det til trods for at man arbejder intensivt med moderne implementeringsteorier og efteruddannelsessystemer, fx baseret på nyeste indsigt i komplekse adaptive organisationssystemer (16).

Der er også store forskelle i den måde, hvorpå ledelsen arbejder med at opnå fælles forståelse i hele personalegruppen af, hvilke værdier man sigter mod at opbygge. Ledelsen i Kaiser Permanente arbejder meget bevidst værdiorienteret ved klart at melde værdigrundlag, kultur og målsæt-

ninger ud på alle niveauer og på tværs af sektorer. I Kaiser Permanente kunne ledere på alle niveauer holde et oplæg om disse forhold og relatere dem præcist til den måde, man planlagde, udførte og evaluerede sin del af arbejdet. Denne struktur blev ledelsesmæssigt understøttet af en målbevidst brug af målinger på udvalgte indikatorer for kvalitet og ved brug af incitamenter, der alle entydigt pegede mod givne mål og værdier. Værdier, kultur, målsætninger og incitamenter var således afstemte og rettet mod samme fokus: bedre sundhed for alle i regionen med en given lidelse. I den forbindelse var det vigtigt, at det var ledelsesprincipper, som blev støttet af alle niveauer i ledeshierarkiet. Vi fandt således ingen overlæge-mod-DJØF'er- eller praksis-mod-sygehuse-tankegang.

Ledelsesapparatet i Kaiser Permanente bliver understøttet af det selv samme informationssystem, som ligger til grund for den daglige klinik. Der foregår et meget aktivt, professionelt udført analysearbejde, som ofte har et komparativt sigte, hvor man sammenligner en del af organisationen med en anden (hvordan klarer sygehus A sig sammenlignet med sygehus B?). Man efterligner med andre ord princippet i klinisk forskning, hvor man jo typisk i klinisk kontrollerede forsøg sammenligner, om behandling A er bedre end behandling B, hvorefter man tager konsekvensen og indfører den bedste af de to.

Synergien mellem ledelse og sundheds-

tjenesteforskning blev gjort mulig af en bevidst investering i det oprettede Care Management Institute. Det er en relativt stor, veldemandet organisation, der vha. omfattende it og videnskabelige principper for analyser og for evidensbaseret medicin udarbejder behandlingsplaner, søger dem implementeret, monitorerer og løbende justerer indsatsen for højere kvalitet, bedre effektivitet og større patienttilfredshed. Kaiser Permanentes topledelse gør således deres formulerede værdigrundlag til genstand for sundhedstjenesteforskernes videnskabelige metode og drager dermed fordel af deres planlægnings-, monitorerings- og analyse-mæssige indsigt (3).

En dansk model

Den danske kommunalreform er bygget op omkring tre hovedkomponenter: et velfungerende sygehusvæsen, en velfungerende almen praksis og en styrket kommunal indsats, som især forventes opnået ved etablering af sundhedscentre. En fremtidig opgavefordeling kan fx være som skitseret i Fig. 2.

Der er dog stor usikkerhed om, hvad man mener med begrebet »sundhedscentre«. Et bedre begreb ville have været »primærkommunale centre for befolkningsmæssig og individrettet forebyggelse, behandling og rehabilitering af kroniske sygdomme«. De kunne måske bedre kaldes »kronikercentre«. Kommunerne udfører allerede nu en række generelle, primærprofy-

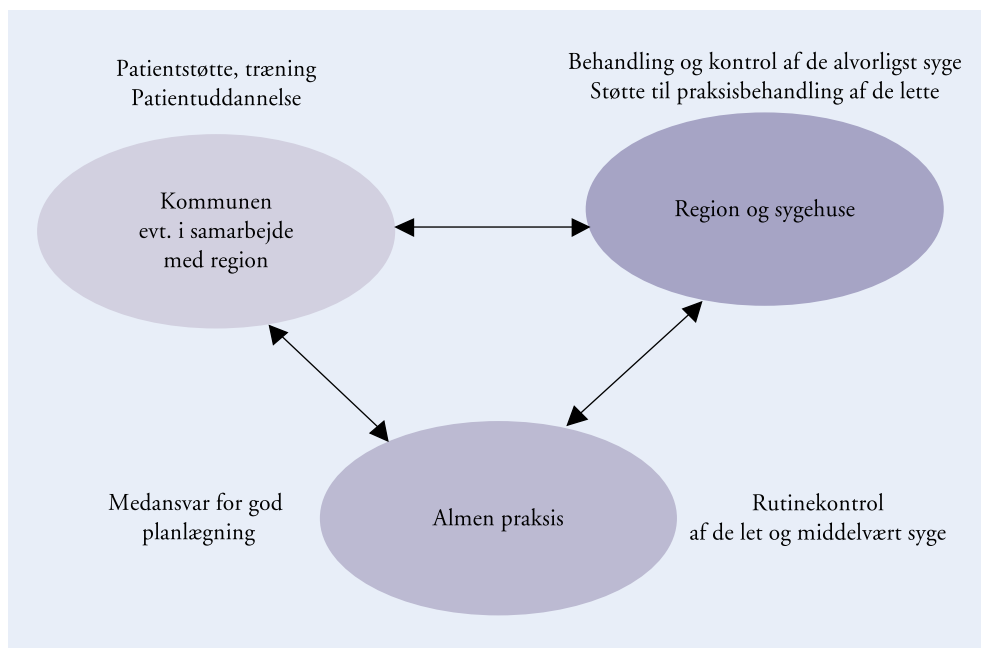


Fig. 2. Mulig fremtidig arbejdsfordeling vedrørende kroniske patienter mellem kommuner, sundhedscentre, regionens sygehuse og almen praksis.

laktiske ordninger (især på børne- og ungeområdet), og det ville være interessant og naturligt, hvis fokusområdet for kommunernes nye ekstra indsats blev at understøtte en optimeret indsats over for kroniske sygdomme, som omfatter både en forebyggende og behandlende indsats, hvor sidstnævnte udvikles i tæt samarbejde med almen praksis og sygehuse. Et kronikercenter indeholder altså hele spektret fra fx undervisningsfaciliteter og selvhjælpsgrupper til faciliteter til kontrol af den enkelte patients behandling.

Det vil som anført kræve et tæt samarbejde med almen praksis, der sammen med sygehusene skal være den lægefaglige part i denne optimerede kronikerindsats. Forskellen mellem de udenlandske systemer og det danske er, at almen praksis i Danmark er meget mindre. I de amerikanske HMO'er har en almen praksis ofte et tocifret antal

alment praktiserende læger og har adgang til eget røntgenudstyr og laboratorium, superviseret af sygehuse. Samtidig er praksis' funktioner i højere grad hjulpet frem af et betydeligt hjælpepersonale i form af fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, diætister, rygestopinstruktører etc.

Det er næppe realistisk at se disse hjælpefunktioner indført i driften af dansk almen praksis, medmindre kommunernes muligheder inddrages. Men med kommuners og sygehuses støtte kan disse hjælpefunktioner etableres i lokalsamfundet i tilslutning til kronikercentrene. Et argument *mod* en lokal forankring vil være, at de omtalte undervisnings- og aktivitetstilbud efter dansk tradition er tilknyttet hospitalsambulatorierne. Flere forhold taler dog for den decentrale kommunale strategi. For det første viser brugen af selvhjælpsgrupper i kronikermodellen, at langt hovedparten

af indsatsen for kroniske patienter er fælles på tværs af sygdomme. Det drejer sig om brug af motivationsteori, livsstilsændringer, motion, *compliance*, diæt, rygning mv. Kun en mindre del af indsatsen er diagnosespecifik. Dernæst er det et grundlæggende princip i kronikermodellen, at indsatsen er patientorienteret. Hvis en patient har behov for en øget indsats i en periode (dvs. rykker fra egenomsorg til *care management* i risikostratifikation), bør den iværksættes, hvor patienten befinder sig, har sit netværk og andre resurser. Den intensiverede indsats sker altså i lokalsamfundet, og man tager med andre ord ikke patienten ud af lokalsamfundet. Det giver færre barrierer mod, at almen praksis og kronikercentret aktiverer en ekstra indsats, og man undgår risikoen for, at patienterne bliver hængende i et sygehusambulatorium og dermed spærres for de mere syge.

De amerikanske initiativer omkring kronikermodellen har i høj grad vist, at sygehusvæsenets udadgående funktioner løbende kan understøtte kompetenceudviklingen i primærsektoren frem for at »overtage« patienterne. I en dansk sammenhæng kan man til tider se, at udadgående funktioner giver anledning til kompetencedbrud i primærsektoren, idet praktiserende læger og hjemmeplejen trækker sig og overlader scenen til de udadgående team. Alligevel er der enighed om, at disse sygehusteam aldrig kan få et volumen, som kan dække behovet i primærsek-

toren. Derfor skal der mere fokus på, at sygehusenes udadgående funktioner aktivt skal understøtte kompetenceudviklingen blandt primærsektorens personale, som er de eneste, der kan fastholde princippet om lokale, lige tilbud til alle med givne behov.

Der er således alt i alt et grundlæggende sundt potentiale i den danske regionalreform med hensyn til at udvikle en dansk kronikermodel, hvor almen praksis, kommuner og sygehuse arbejder snævert sammen. Den danske sundhedslov lægger da også op til dette samarbejde med kravet om, at der skal indgås bindende sundhedsaftaler mellem de tre parter med godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

Incitamentsproblemer i Danmark
En afgørende forskel mellem danske og udenlandske muligheder for succesfuld implementering af kronikermodellen er incitamentsstrukturen, hvor Danmark har svære aktuelle problemer. I dag præmieres sygehusene med DRG-honorering, som er en ren aktivitetshonorering. De mindst syge er de hurtigste og nemmeste patienter, og dermed repræsenterer de nemmest tjente penge. Med andre ord er det en fordel at beholde ukomplicerede patienter (gerne med flere diagnoser) i sygehusregi frem for at skubbe de mindst syge patienter mod laveste niveau i risikostratifikationen og dermed mod den mest effektive omsorg. Samtidig er det i høj grad »spild af tid« for speciallæger på sygehusene, hvis de under

de nuværende forhold vælger at fungere som konsulenter i forhold til kommuner og primærsektoren. Tværtimod er det med den nuværende danske incitamentsstruktur en god forretning for sygehusene at udføre forebyggelse i ambulatorier med brug af speciallægetid, og det er en dårlig forretning at udøve konsulentvirksomhed og -støtte til primærsektoren.

Almen praksis' incitamentsstruktur kan ligeledes forekomme problematisk. I almen praksis honoreres et højt aktivitetsniveau, uden at der samtidig skal føres bevis for, at et højt aktivitetsniveau giver anledning til bedre sundhed. I dansk almen praksis honoreres med andre ord aktivitet, uden at vi ved, om høj aktivitet leder til høj kvalitet.

Trods et ønske blandt danske sundhedspersoner om at dokumentere effekten af den kliniske praksis og investering i forskning, er der intet i vores nuværende struktur, der belønner opnåelse af høj klinisk kvalitet, høj patienttilfredshed og bedste økonomiske effektivitet. Umiddelbart ville en samlet incitamentsstruktur, som præmierede kvalitet frem for aktivitet, forekomme mere hensigtsmæssig, og alt i alt peger meget i retning af, at en af de mest påtrængende reformer i Danmark er en gennemgribende incitamentsreform både i primær- og i sekundærsektoren.

En døgnflue?

Mange har ment, at talen om kronikermødeller er en døgnflue. Vi mener, efter in-

tensive litteraturstudier og besøg hos sundhedsvæsenet, der bruger modellen, ikke, at det er tilfældet. Vi mener, at den danske kommunal- og regionsreform indebærer muligheden for et ganske betydeligt kvalitetsløft i behandlingen af kronisk syge.

Forudsætningen er, at man ledelsesmæssigt holder fokus på området, og at man i tilstrækkeligt omfang understøtter området, herunder i langt højere grad end nu understøtter med nødvendig sundheds-tjenesteforskning og it. En del af den ledelsesmæssige udfordring er at etablere en passende grad af fælles forståelse og fælles kultur for varetagelsen af opgaverne mellem kommuner, almen praksis og sygehuse.

Næste vigtige forudsætning er, at almen praksis på forpligtende vis kan medinddrages i en kronikermødel således, at almen praksis medinddrages i en veldefineret opgavefordeling.

Sidste og måske mest afgørende forudsætning for, at det skal lykkes under danske forhold, er, at vi stille og uden unødige konflikter, konfrontationer og spændinger indfører en incitamentsreform, som sigter mod integration, koordination og kvalitet.

Interessekonflikter: ingen angivet

LITTERATUR

1. Vedsted P, Olesen F. Kronikermødel og risikostratificering »Chronic Care Model« *Månedsskr Prakt Lægegerm* 2006; 84: (i trykken).
2. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting

- more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002; 324: 135-41.
3. Lomas J. Health services research (editorial). *BMJ* 2003; 327: 1301-2.
 4. Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, Bro F, Kamper-Jørgensen F. Almen lægepraksis i Danmark. København: Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, 2005.
 5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.
 6. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Ann Intern Med* 2005; 142: 691-9.
 7. Olesen F. Kernen i klinisk almen praksis og krav til forskning og undervisning I. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2004; 82: 149-54.
 8. Olesen F. Kernen i klinisk almen praksis og krav til forskning og undervisning II. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2004; 82: 391-8.
 9. Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver. Odense: Audit Projekt Odense, Syddansk Universitet og Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2005.
 10. Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms (editorial). *BMJ* 2005; 330: 4-5.
 11. Kjellberg J, Sogaard J. Ventelister – hvorfor opstår de, og hvad kan der gøres ved dem? *Ugeskr Læger* 2004; 166: 4237-40.
 12. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
 13. Towards a European strategy on noncommunicable diseases. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 2004.
 14. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Can the NHS learn from US managed care organisations? *BMJ* 2004; 328: 223-5.
 15. Wagner EH, Groves T. Care for chronic diseases (ed.). *BMJ* 2002; 325: 913-4.
 16. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ* 2001; 323: 746-9.