



LÆGEFORENINGEN

Lighed i sundhed

- læger kan gøre en forskel

Læger kan øge ligheden i sundhedsvæsenet. Lægeforeningen har samlet en række initiativer og erfaringer om de muligheder, som læger har for direkte at styrke ressourcetsvage borgers udbytte af sundhedsvæsenet

Politikpapir 2015

Lighed i sundhed - læger kan gøre en forskel

Lighed i sundhed er en grundsætning for lægers virke og målsætning som læger.
Alle læger afgiver et løfte om at tage lige godt vare på rige og fattige patienter
- i nutidigt sprog - de ressourcestærke og de ressourcesvage patienter.

" ... at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse"

Uddrag af Lægeløftet

Læger kan øge lighed i sundhedsvæsenet

Lægerne er både behandlere og ledere i sundhedsvæsenet. Det giver dem indflydelse på, om patienter får bedst muligt udbytte af den behandling, sundhedsvæsenet tilbyder dem – uanset patienternes sociale baggrund og situation.

Studier af patienters udbytte af sundhedsvæsenet peger på, at mange patientforløb ikke bliver gennemført med hele den planlagte behandling og rehabilitering. Studierne viser også, at socialt dårligt stillede oftere falder ud af det planlagte rehabiliteringsforløb, og dermed får dårligere udbytte af behandlingen¹. Det er baggrunden for, at bl.a. Hvidovre Hospital, der gør en indsats for at styrke ligheden i udbytte af hospitalets behandling, netop sætter fokus på, hvordan rehabiliteringsforløb kan tilrettelægges, så patienterne kan gennemføre forløbet.

Denne politik fokuserer på, hvordan læger kan tilpasse sundhedsvæsenets normale aktiviteter, så de imødekommer behovene hos de socialt dårligt stillede borgere. Denne politik omfatter ikke afgrænsede indsatser for særligt udsatte grupper som f.eks. misbrugere og hjemløse.

Nedenfor er samlet en række initiativer og erfaringer om lægers muligheder for direkte at styrke ressourcesvage patienters udbytte af sundhedsvæsenet. Eksemplerne er ikke udtømmende, men kan give læger i sundhedsvæsenet inspiration til at styrke den sociale lighed i udbyttet af sundhedsvæsenet.

¹ Vibeke Elisabeth Hjortdal i et al. Scandinavian Cardiovascular Journal, Predictors for not completing exercise-based rehabilitation following cardiac surgery* December 2013, Vol. 47, No. 6, Pages 344-351 (doi:10.3109/14017431.2013.859295)

Sundhedsvæsenet bør mindske uligheden i sundhed

Borgere i samfundsgrupper, der er dårligt stillede med hensyn til indkomst, beskæftigelse, uddannelse mv., har større risiko for at blive alvorligt syge og for at dø tidligere end gennemsnittet af befolkningen. De socialt dårligt stillede borgere har også et ringere udbytte af behandlingen i sundhedsvæsenet. Det dokumenterer Sundhedsstyrelsen i rapporten "Ulighed i sundhed - årsager og indsatser fra 2011". Patienternes udbytte af behandlingen i sundhedsvæsenet er i høj grad lægernes ansvar.

Ulighed i overlevelse efter behandling

Ser man på alle kræftformer i årene 1994-2003, var chancen for at overleve i fem år efter behandling 48 procent blandt mænd med lang uddannelse og 37 procent blandt kort uddannede mænd.

For kvindelige kræftpatienter var femårsoverlevelsen 62 procent for kvinder med lang uddannelse og 50 procent for kvinder med kort uddannelse³.

1. Lægen bør kortlægge patientens ressourcer og behov for støtte

Oplysninger om patientens sociale ressourcer og behov for støtte bør indgå i journalen, så oplysningerne indgår i beslutningerne i hele behandlingsforløbet. Det vil øge patientens muligheder for at gennemføre et behandlingsforløb.

Patientens muligheder for at følge et behandlingsforløb afhænger bl.a. af, om patienten har pårørende, der kan hjælpe med medicin og andet praktisk og motiverende støtte til behandlings- og rehabiliteringsforløb. Ved begyndelsen af et behandlingsforløb bør lægen derfor vurdere både objektive fund og de personlige og sociale kompetencer og ressourcer. Det kan f.eks. være:

- Uddannelsesbaggrund
- Sociale ressourcer i form af familie, nære venner, der kan støtte patienten
- Status i forhold til arbejdsmarkedet.

Lægerne er uddannet til at vurdere "hele patienten", og alle behandlingsrelevante oplysninger fremgår af journalen.

Oplysninger, der supplerer den direkte årsag til, at patienten kommer til lægen, bidrager til, at lægen kan vurdere patientens behov for støtte eller særlig indsats for at kunne gennemføre forløbet som planlagt. Dermed styrkes patientens muligheder for at gennemføre sin behandling⁴. Det er erfaringerne fra bl.a. de indvandrermedicinske klinikker i København og Odense.

³ "Social ulighed i incidens og overlevelse efter kræft i Danmark, Ugeskrift for læger, 2010 172/9, s. 691-696

⁴ ugeskriftet.dk/nyhed/lægedage-loesningen-paa-ulighed-er-social-ikke-medicinsk

2. Brug fælles beslutningstagning - Shared decision making

Læger bør systematisk inddrage patienternes og de pårørendes viden, ønsker og ressourcer i beslutninger om behandlingsforløbet, så behandlingen så vidt muligt sker på patientens betingelser.

Når diagnosen er klar, og patienten og lægen skal beslutte, hvilken behandling der skal sættes i gang, har samtalen om de forskellige behandlingsmuligheder betydning for, hvor vellykket behandlingen bliver.

Læger kan øge sandsynligheden for, at patienten gennemfører behandlingsforløbet ved at inddrage patienterne systematisk i beslutninger om behandling. Gennem samtalen om patientens forventninger til behandlingen og præferencer vedrørende behandlingsforløbet bliver det tydeligt, hvilke hensyn lægen skal tage ved valget af behandling – herunder organiserin-

gen af behandling og rehabilitering. Et konkret redskab til at afdække patientens ønsker er "shared decision making", som er dokumenteret effektivt i forhold til, at patienterne følger behandlingsplanen og får større udbytte af behandlingen.

Shared decision making er en systematisk metode, der giver patienten en forståelse af sin sygdom, og lægen en bedre indsigt i patientens situation. Metoden gør patienten bedre i stand til at træffe såvel valg som fravalg af behandling i samråd med lægen. Lægen benytter pædagogisk gennemarbejdet materiale til at beskrive behandlingsmuligheder, alternativer og konsekvenser ved de forskellige valg. Det er en samtalemåde, der vinder frem, og som især er relevant for ikke-akutte og længerevarende behandlingsforløb⁵.

3. Giv læger hjælpemidler til kommunikationen

Det er en forudsætning for al lægelig behandling, at læge og patient forstår hinanden.

Hvis de ikke forstår hinanden eller taler forbi hinanden, risikerer patienten, at symptomer bliver overset, eller at lægen overfortolker patientens beskrivelse af sin sygdom og behandler for meget.

Professionel formidling til patienter

Læger bruger meget skriftligt materiale til at inddrage patienterne i beslutninger om sygdom og behandling før, under og efter behandlingen.

Al skriftlig information til patienter bør tilpasses patienternes læsefærdigheder og situation. Det bør ikke indeholde fagord. Det skriftlige materiale kan supple-

res med f.eks. film og lydfiler til de patienter, der enten er analfabeter, eller har en bedre auditiv eller visuel opfattelsesevne. Desuden er informationsmateriale på andre sprog end dansk også nødvendigt.

Adgang til tolke

Når læger behandler patienter, der ikke med sikkerhed taler eller forstår dansk, er professionel tolkning vigtig for, at læge og patient forstår hinanden. Det bør være en forudsætning, at der ved ambulante og ikke akutte besøg medvirker en professionel tolk med relevant uddannelse - herunder kendskab til sundhedsvæsenet, da det styrker behandlingen af patienter, der ikke er sikre i dansk. Tolkningen kan være ved fremmøde eller via video.

⁵ Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status Psychother; Psychosom 2008;77:219-226

4. Indret sundhedstilbud, afdelinger og klinikker efter patienternes behov

Inddrag patienterne i, hvordan klinikker, ambulatorier og sundhedsydelser imødekommer deres behov for information og støtte

Sundhedsvæsenets organisation matcher ikke de resourcesvage patienters behov⁶. Sundhedsvæsenet er i høj grad organiseret ud fra en forventning om, at patienterne henvender sig, når de har behov.

Følg op på indkaldelser til forebyggende undersøgelser
De socialt dårligt stillede grupper benytter sundhedsvæsenets forebyggende tilbud mindre, end andre borgere. Det viser undersøgelser af bl.a. tilbud om børneundersøgelser og undersøgelse for brystkræft⁷.

Sundhedsvæsenet kan skabe mere effektiv forebyggelse for de socialt svage grupper ved at følge op på indkaldelser til forebyggende undersøgelser, screeningsundersøgelser og kontroller. Dette kan f.eks. ske på baggrund af parametre som sociale eller økonomiske indikatorer eller risikoadfærdsparametre (f.eks. rygestatus), som er kendt af sundhedsvæsenet. Også praktiserende læger kan eventuelt inddrages yderligere i forbindelse med særlige indsatser af forebyggelsesinitiativer og -undersøgelser samt tidlig opsporing i risikogrupper via screeningsprogrammer.

Skab sammenhæng for patienterne på tværs af specialer

Sundhedsvæsenet bliver stadig mere specialiseret. Det medfører bl.a., at behandlingsprogrammer bliver stadig mere specialiserede, og afdelinger bliver mere funktionsopdelte. Patientforløbet bliver standardiseret til en "stafet-model", hvor opgaver og ansvar skifter mellem afdelinger og læger i et standardiseret (pakke-)forløb. Patienten skal derfor ofte selv navigere mellem afdelinger og kommunikere med flere forskellige læger i det komplekse samarbejde mellem specialer. Det kan give en oplevelse af, at ingen i behandlingssystemet har ansvaret for behandlingen. Det kan skabe utryghed og resultere i, at patienten falder ud af udredning og behandling.

Sundhedsvæsenet bør blive bedre til at skabe sammenhængende forløb, når patienten møder op, så patienten ikke bliver tabt i overgangen mellem de sub-

specialiserede afdelinger og mellem sektorerne. På kræftområdet sker op mod halvdelen af fejl i patientforløb i overgange, hvor ansvaret for patienten skifter. Det dokumenteres i Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

Formalisér samarbejdet mellem afdelinger - samt praksis og afdelinger - efter patienternes behov

Når resourcesvage patienter indlægges, har de ofte umiddelbart behov for undersøgelser og behandling af flere symptomer og sygdomme, end alene indlæggelsesdiagnosen. Dette er en udfordring for de fleste ambulatorier og afdelinger, hvor tiden til hver patient er nøje afmålt efter det, man forventer, der skal ske ved mødet med en velfungerende patient.

En kronisk syg patient, der præsenterer sig med flere lidelser, vil således ofte have behov for, at lægen kan afse ekstra tid og involvere de relevante specialer, uanset, at der kun er afsat kortere tid til den egentlige henvendelsesårsag.

Det lægefaglige behov for at håndtere nye symptomer og involvere andre specialer kan derfor være svært at håndtere for nogle af de socialt udsatte patienter. Afdelingerne bør styrke samarbejdet om disse patienter for at skabe kontinuitet og støtte patienterne gennem forløbet med en patientcentreret tilgang, så patienterne ikke afstår fra udredning og behandling.

På kliniskniveau i hospitaler og i praksissektoren kan læger med ledelsesansvar tage initiativer, der imødegår nogle af de problemer, som de resourcesvage patienter oplever ved organiseringen af sundhedsvæsenet:

- Indføre påmindelser efter patientens ønsker og behov f.eks. via sms eller e-mail
- Kontakte patienter, der udebliver fra behandling med henblik på at fastholde dem i behandlingsforløb
- Undlade gebyrer for at udeblive fra aftaler
- Skabe "åbne ambulatorier" hvor patienter kan møde op hos lægen, når de oplever behov for samtale eller kontrol, i stedet for, at patienten skal aftale tid (lang tid) i forvejen

⁶ Ulighed i sundhed, årsager og indsatser, Sundhedsstyrelsen, 2011, s. 117-118

⁷ Ulighed i sundhed, årsager og indsatser, Sundhedsstyrelsen, 2011, s. 117-118

- Tilbyde individuelle behandlingsforløb som supplement til standardforløb f.eks. tilbyde støtte til standardforløb
- Differentiere kontakthyppeghed med patienterne, så patienter med færrest ressourcer og størst behov får ekstra bevågenhed
- Systematisk undersøge årsager til frafald i behandling frem for alene at konstatere at patienten udebliver
- Implementere en effektiv og faktisk fungerende ordning med kontaktlæge og kontaktsygeplejerske til patienter med behov – f.eks. tildele kontaktlæger, der har ambulatorietid den dag, der passer patienten
- Etablere formaliseret samarbejde mellem psykiatriske afdelinger/ambulatorier og relevante somatiske afdelinger/ambulatorier for at mindske effekterne af co-morbiditet – både for psykiatriske patienter og for somatiske patienter med risiko for psykisk co-morbiditet.

5. Styring af sundhedsvæsenet bør understøtte lægers fokus på ulighed

Regioner og hospitaler bør give lægerne råderum, redskaber og rammer, der giver dem mulighed for at fremme socialt lige udbytte af sundhedsvæsenet og forebygge genindlæggelser, der skyldes manglende compliance.

Sundhedsvæsenet styres i dag ud fra mål om effektivitet og produktivitet, der bl.a. påvirker adgangen til tolke og støttefunktioner. Hvert enkelt besøg hos lægen eller hospitalet skal tilrettelægges mest effektivt. Derfor er ambulante besøg f.eks. planlagt med nøje afmålt tid pr patient.

Giv lægen lov til forskelsbehandling

På afdelingsniveau og i praksis bør lægerne have myndighed, redskaber og tid til at skønne over den enkelte patients behov og tilpasse behandlingen herfter. Ved at afsætte mere tid i ambulatorier til patienter med særlige behov efterlader ledelsen et skøn til lægen over hvem, der har behov for særlig indsats, og hvem, der kun behøver en kort konsultation.

Det er også nødvendigt at give både primær og sekundær sektoren arbejdsvilkår, der gør det muligt f.eks. at kontakte patienter, der ikke følger deres kontrolforløb for f.eks. diabetes eller KOL.

Skab stabilt samarbejde mellem sektorer

Lægerne på hospitaler og i praksissektoren bør have nem mulighed for at samarbejde med hinanden eller inddrage forløbskoordinatorer, da veletableret samarbejde er nødvendigt for at styrke visse patienters com-

pliance og gennemførelse af behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Tag sociale hensyn i ressourcefordeling inden for regionen

Regionernes fordeling af ressourcer mellem hospitaler bør tage højde for, at hospitaler har forskellige sociale profiler på deres optageområder. F.eks. er forskellen mellem den sociale profil på Gentofte Hospital og Bispebjerg Hospital i Region Hovedstaden måske landets største, men taksterne er de samme. Tilsvarende kan gælde for regionernes aftaler med primærsektoren vedrørende ressourcefordeling og lægedækning.

Mål på gennemført behandling

Hospitalsledelsen kan fokusere på gennemførte behandlingsforløb, når den måler afdelingernes præstationer. Det kan ske som led i kvalitetsmålinger af den organisatoriske kvalitet, eller som en del af en samlet vurdering af ledelsen af et område. Herved kan fokus drejes ind på kvaliteten af patientforløbet frem for antallet af forløb og behandlinger.

Gør lighed til et ansvarsområde

Sygehuse og afdelinger kan indføre funktioner som f.eks. "forløbsansvarlig læge", der har ansvar for, at patienter gennemfører udrednings- og behandlingsforløb. Det kan skabe et fokus i hele organisationen på at indrette sygehuse og afdelinger, så de samlet understøtter tilgængelighed og compliance, der er forudsætninger for ensartet udbytte af sundhedsvæsenet.



Fordel ressourcer efter patienttyngde

Indvandrermedicinsk klinik på Odense Universitets-hospital har indført to interne DRG-takster, der tager højde for kompleksiteten i patienternes sygdom og behov: "Case mix komplekst compliance svigt", "Væsentlige psykosociale barrierer". Dette er sket for at anerkende, at den ordinære DRG-afregning er ind-

rettet efter en gennemsnitsberegning på en bred skare af meget forskellige patienter, mens den indvandrermedicinske klinik kun har patienter med særligt komplekse somatiske problemstillinger eller patienter med særlige psykosociale problemstillinger, hvorfor tidsforbruget pr. patient er højt.

6. Mere forskning i fremme af lighed

Regering og regioner bør sikre forskning i sociale og etniske uligheder i brug af sundhedsvæsenets forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser. Forskningen bør også belyse organisationsformer, der understøtter compliance i alle led af sundhedsvæsenet.

Der eksisterer ikke en dansk kortlægning af sociale og etniske uligheder i brug af sundhedsvæsenets forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i sin rapport "Ulighed i sundhed - årsager og indsatser", at der igangsættes monitorering af indsatser over for sårbare grupper, herunder psykisk syge, som ofte falder ud af lange patientforløb med genoptræning og rehabilitering.

Der er behov for, at sundhedsvæsenet gennemfører frafaldsanalyser, der kortlægger omfanget og årsagerne til, at patienter udebliver eller falder fra behandlings- og rehabiliteringsforløb. Denne viden kan bruges til at indrette tilbuddene, så flere gennemfører behandling. Herved skabes større lighed i udbyttet af sundhedsvæsenets indsats.

Kliniske databaser giver ikke overblik over, hvorfor mange patienter fravælger eller udebliver fra behandling. En analyse af frafald vil give vigtige oplysninger om, hvorvidt en given behandling er effektiv i forhold til hele patientpopulationen – eller der er behov for særlige indsatser.

Tilsvarende måler de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser (LUP) alene tilfredsheden blandt de patienter, der modtager behandlingen, men ikke hos de, der falder ud af behandlingsforløbene, eller aldrig møder op til behandlingen.

I forlængelse af frafaldsanalysen er der behov for at undersøge, hvordan behandling bedst tilrettelægges, så den understøtter høj grad af compliance i alle led af sundhedsvæsenets kontakt med patienter – hos egen læge, ved forebyggende screeninger, undersøgelser, behandling, rehabilitering og efterfølgende medicinsk efterbehandling.



7. Særlige indsatser

Nogle grupper af patienter med komplekse psykosomatiske og sociale problemer har behov for en samlet udredning, der involverer flere specialer og evt. også sociale myndigheder og jobcentre. Som svar på disse udfordringer har nogle regioner etableret særlige enheder, der samler kompetencer på tværs af specialer og faggrupper i tilbud til bl.a. patienter med særlige somatiske, psykiske og sociale forhold.

Nedenstående er eksempler på, hvordan regioner har tilrettelagt særlige indsatser.

Indvandrermedicinsk Klinik

Der er oprettet indvandrermedicinske klinikker på Odense Universitetshospital og Hvidovre Hospital. Klinikken ser patienter med anden etnisk baggrund med komplicerede helbredsproblemer. I klinikken gennemgås patienternes somatiske, psykiske og sociale problemer. Klinikken iværksætter og koordinerer udredning og behandling, hvor det er relevant, og hvor det er en fordel, at det foregår i sygehusregi frem for i almen praksis.

Klinikken søger at tilrettelægge udrednings- og behandlingsforløbet hensigtsmæssigt, hvorved unødigt belastning af involverede sygehusafdelinger og speciallæger undgås, ligesom patienterne lærer at bruge sundhedsvæsenet hensigtsmæssigt fremover.

Klinikken rådgiver desuden afdelinger i regionen med afsæt i klinikkens ekspertise og erfaringer.

Klinik for multisygdom

Patienter med multisygdom er en voksende og kompleks patientgruppe, og dermed også en stadigt større udfordring for både patienterne og for sundhedsvæsenet. Multisyge patienter karakteriseres ved at have mindst to veldefinerede og langvarige lidelser.

Klinik for Multisygdom i Region Midtjylland er et tilbud til patienter med en kombination af medicinske, kroniske og psykiatriske sygdomme, hvor de forskellige sygdomme og behandlingen af sygdommene påvirker hinanden.

Disse patienter vil ofte have behov for flere forskellige speciallæger. I klinikken samarbejder specialisterne, så de i fællesskab kan vurdere patientens sygdomme og lave en samlet behandlingsplan. Hermed bliver patienten ikke sendt rundt mellem flere afdelinger, men bliver udredt og behandlet i sammenhæng med egen læge som tovholder. Klinikken har en klinisk farmaceut tilknyttet, som gennemgår patientens medicin, og desuden en fysioterapeut og en ergoterapeut til vurdering af patientens funktionsniveau.

Udvalget bag politikken takker nedenstående for inspiration:

Indvandrermedicinsk Klinik Odense Universitetshospital v. professor Morten Sodemann og Lighedstjek af Hvidovre Hospital v. overlæge Ole Snorgaard.
Professor Torben Jørgensen, Glostrup Hospital