

# Kronikermodellen og risikostratificering

*Chronic Care Model*

*Det er ikke tilstrækkeligt at have et sundhedsvæsen, der primært er organiseret til at levere akutte ydelser. Der skal skabes et proaktivt sundhedsvæsen, der fokuserer på at holde patienten så rask som muligt.*

I artiklen om en styrket og optimeret indsats over for kronisk syge (Månedsskriftet, marts 2006) blev gruppen af kronisk syge defineret og beskrevet, og »kronikermodellen« indtog en central rolle. Den er også central i Sundhedsstyrelsens nye betænkning om en optimeret indsats for kronisk syge (1). Modellen er en guide til at operationalisere de aspekter, der indgår i en optimeret kronikeromsorg, og i denne artikel gennemgår vi modellens opbygning med fokus på de enkelte elementer og deres indhold, hvordan modellen bruges og erfaringer med brugen.

## Kronikermodellens indhold

Kronikermodellen består principielt af to niveauer: et med mål for kronikeromsorgen og et med midler til at opnå disse mål. Fig. 1 viser målene. Fokus for modellens mål er forbedrede resultater af den samlede omsorg. Det opnås ved mødet mellem en informeret og aktiveret patient/familie og et velforberejdet og proaktivt behandlerteam. I interaktionen mellem patient og behandlerteam dannes grundlaget for, at indsatsen bliver:

- *Patientorienteret.* Der fokuseres på patientens behov for omsorg og patientens resurser til selv at tage ansvar for og del i omsorgen for sin sygdom.
- *Koordineret.* Patient og behandlerteam opererer i et felt, hvor patientforløbet er kendt og gensidigt forpligtende.

## 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.

## FORFATTERS ADRESSE:

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

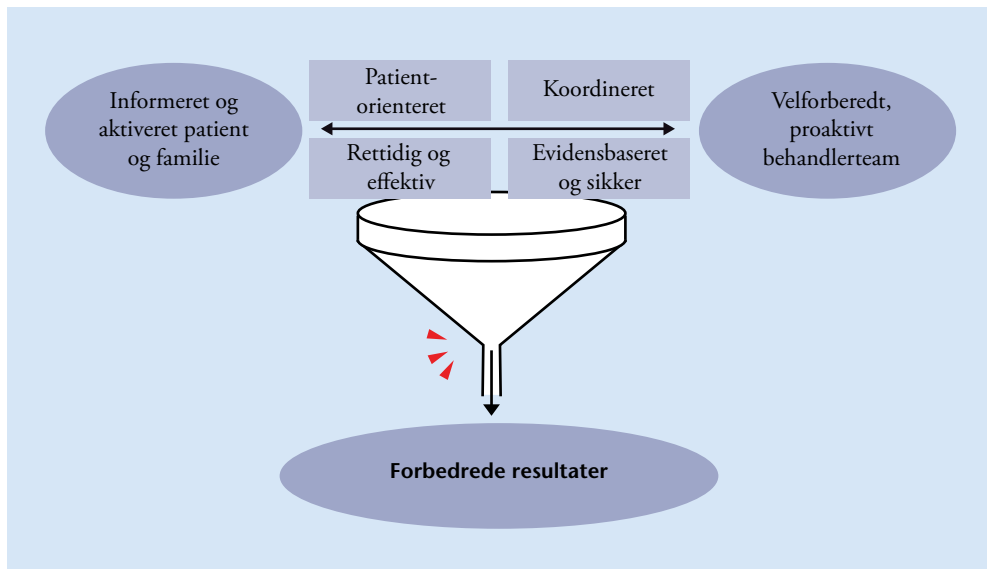


Fig. 1. Målene med kronikermodellen.

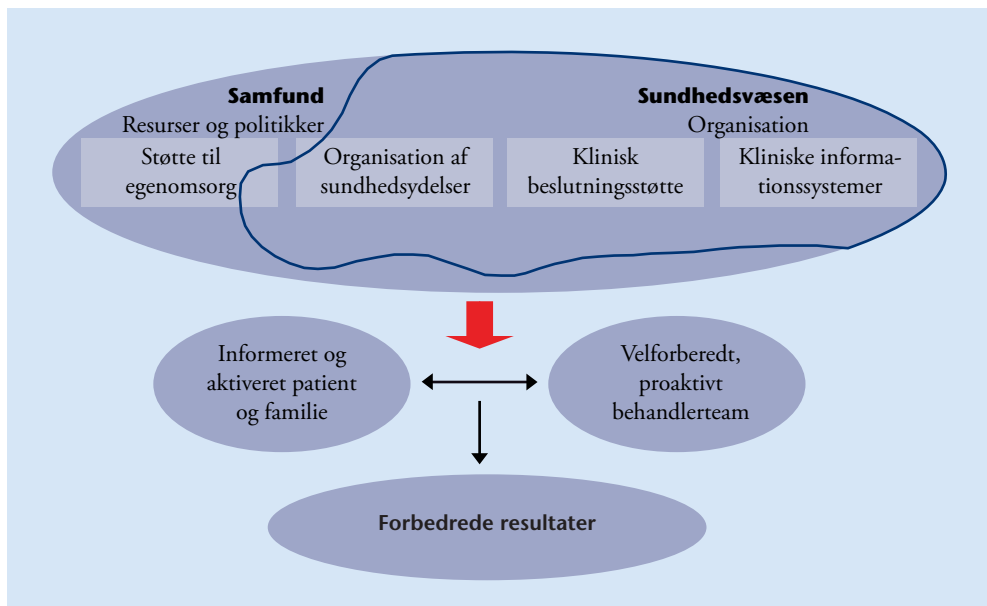


Fig. 2. Midlerne til at nå kronikermodellens mål.

- *Rettidig og effektiv.* Patienten opnår en omsorg, der leveres på rette tid i forløbet og samtidig er effektivt planlagt for både patient og sundhedsvæsen.
- *Evidensbaseret og sikker.* Omsorgen er baseret på den bedst opnåelige viden,

der samtidig er implementeret på en måde, så risikoen for uheld og fejl minimeres.

For at nå disse mål kræves, at en række betingelser er opfyldte (Fig. 2).

Helt overordnet kræver modellen et samfund med tilstrækkelige resurser og politikker og et adækvat organiseret sundhedsvæsen, hvis opgaver er som vist i Boks 1 og 2.

Det er vigtigt for modellens funktion, at samfundet som helhed *vil* kronikeromsorgen og lægger langsigtet politisk vilje, handlekraft og regelsæt bag de nødvendige initiativer. Samfundet kan øge effekten af omsorgen for kronisk syge ved en tidlig forebyggende indsats, programmer til sundhedsfremme og kampagner og kurser for patienter og pårørende. Endelig er velorganiserede patientforeninger en vigtig medspiller med viden om patientgrupper, informationsmateriale, behov etc.

Sundhedsvæsenet skal være motiveret og parat til en omstilling fra akut til kronisk omsorg. Den øverste ledelse må se optimering af omsorgen for kronisk syge som et vigtigt mål og være med til at udmønte befolkningens ønsker og behov i bæredygtige planer for ændring og optimering.

Der er i modellen lagt op til en tæt interaktion mellem samfund og sundhedsvæsen, således at viden og resultater kan danne basis for maksimalt underbyggede initiativer og beslutninger.

Foruden samfund og sundhedsvæsen indeholder modellen yderligere fire aspekter at arbejde med (Fig. 2). Det første er initiativer til at understøtte patientens evne til egenomsorg (i den engelske udgave også kaldet *patient empowerment*) (Boks 3). Med

- Fremme politikker, der støtter og udvikler omsorgen for kronisk syge
- Støtte patienterne i at deltage i forebyggende initiativer
- Udvikle og samarbejde med organisationer med henblik på at forbedre og udbygge bl.a. forebyggende interventioner

#### Boks 1. Samfundets opgaver (ressurser og politikker).

- Yde klar og synlig støtte til optimering på alle niveauer af organisationen begyndende med lederne
- Fremme effektive strategier til optimering af omsorgen med det formål at ændre det samlede system
- Indgå aftaler, der faciliterer koordination af omsorgen inden for og mellem organisationer og sektorer
- Fremme åben og systematisk håndtering af fejl og kvalitetsproblemer for at optimere omsorgen
- Give og indbygge incitamenter, der baserer sig på den opnåede kvalitet

#### Boks 2. Sundhedsvæsenets opgaver (organisation).

- Understrege og anerkende patientens centrale rolle i håndteringen af den kroniske sygdom
- Indføre effektive strategier for egenomsorg, som også omfatter målinger, målsætning, aktionsplaner, problemløsning og opfølgning
- Oprette både patient- og befolkningsorienterede initiativer, der understøtter den kontinuerlige egenomsorg hos patienterne

#### Boks 3. Støtte til egenomsorg.

egenomsorg menes en styrkelse af patientens kræfter og muligheder for selv at øve indflydelse på sin kroniske sygdom støttet af sundhedsvæsenet (2, 3). Kronisk syge patienter påvirkes ved deres livsstil og adfærd deres sygdom. Derfor spiller patient-

tens egenomsorg en meget stor rolle i den kroniske sygdoms udvikling. For at motivere til øget grad af egenomsorg og høj *compliance* skal patienten kende formålet med egenomsorg og behandling, have viden om sygdommen, om hvad der kan gøres og ikke gøres og kende resultaterne af behandlingen og på den måde få ansvar for sit eget helbred. Det omfatter brug af evidensbaserede undervisningsprogrammer, viden om at leve med en kronisk sygdom, kampagner om sunde livsvaner, brochurer, hjemmesider, selvmonitoreringsskemaer, sundhedsoplysende bøger, patientgrupper mv. (4).

Det andet aspekt er organiseringen af sundhedsydelserne (Boks 4). Her er det ikke tilstrækkeligt at have et sundhedsvæsen, der primært er organiseret til at levere akutte ydelser. Der skal skabes et proaktivt sundhedsvæsen, der fokuserer på at holde patienten så rask som muligt. Dette kræver en effektiv ledelsesmæssig prioritering af fx en almen praksis' eller sygehusafdelings indsats for kronisk syge, idet de dagsaktuelle, akutte problemstillinger kan skubbe effektive kronikerstrategier til side. Det betyder også, at man i højere grad skal kende hele befolkningens (og ikke kun den fremmødte eller kendte patients) behov for sundhedsvæsenets indsats. Når man kender behovet, kan man lave strukturer og planer for, hvilken del af sundhedsvæsenet skal tage sig af hvilke opgaver (»rette patient på rette sted på rette tidspunkt«). Strategien retter sig således mod alle i en

- Definere behandlerteam samt roller og opgaver for de enkelte medlemmer
- Benytte strukturerede planer for interaktion til at understøtte evidensbaseret omsorg
- Benytte specifik klinisk håndtering (*case manager*) ved komplekse patienter
- Garantere opfølgning af patienterne
- Give omsorg, der giver mening for patienten, og som passer med patientens kulturelle baggrund

Boks 4. *Organisation af sundhedsydelser.*

- Gøre evidensbaserede vejledninger til en del af daglig klinisk praksis
- Give patienter indblik i evidensbaserede vejledninger og information for at tilskynde dem til at deltage
- Benytte evidensbaserede uddannelsesmetoder over for sundhedspersoner
- Integrere omsorgen fra det primære og det sekundære sundhedsvæsen

Boks 5. *Klinisk beslutningsstøtte.*

region med en given kronisk sygdom, og ikke blot mod dem, der er kendt på en afdeling eller i en praksis. Samtidig kræver det, at sundhedsvæsenet sikrer opfølgning på de enkelte tiltag. Risikoen for, at en patient »tabes« i systemet, øges med graden af kompleksitet, og derfor skal man hos de mest syge patienter tilknytte en *case manager*, der følger patienten (se senere) gennem hele forløbet.

Det tredje aspekt omhandler den kliniske beslutningsstøtte (Boks 5). Her finder vi meget af det, vi kender fra den traditionelle kvalitetsudvikling. Modellen fokuserer på, at diagnostik, behandling, kontrol og rehabilitering sker på basis af den bedst opnåelige evidens. Derfor skal den kliniske

beslutningsproces støttes af kliniske vejledninger, der giver fælles strategier og mål for alle aktører i sundhedsvæsenet, der tager sig af et givet problem i fx en hel region. Desuden skal en stor del af beslutningsstøtten omfatte effektiv træning og uddannelse af sundhedspersoner i at arbejde korrekt efter vejledningerne. Det er med andre ord ikke nok at lave vejledninger for håndteringen af patienter i praksis eller på en afdeling. Der skal være en fælles strategi for alle patienter i målgruppen, og der skal være aftalt hensigtsmæssige arbejdsfordelinger – planlægningsfokus skifter altså fra afdelingsansvar til regionsansvar. En anden vigtig del af beslutningsstøtten er feedback, påmindelser, praksisbesøg etc., så der hele tiden findes opdateret viden om, hvordan man klarer sig i forhold til vejledningen.

Sidste aspekt i modellen er kliniske informationssystemer (Boks 6). Disse systemer er helt centrale i brugen af kronikermodellen, idet en række initiativer afhænger af adgangen til data. Informationssystemerne skal integrere en række funktioner såsom journal, vejledninger, patientinformation, tidsbestilling, administration og aktivitetsregistrering til fx kvalitetsudvikling og incitamentsstyring.

Det er en forudsætning for en effektiv kronikeromsorg, der foregår i et behandlerteam, at alle behandlere har adgang til patientens samlede data og, som nævnt, styringsredskaber som påmindelser og resuméer. Endelig skal patienten have ad-

- Benytte rettidige og symptom- eller problemrelevante påmindelser for patienter og sundhedspersoner
- Identificere relevante subpopulationer egnede til proaktiv omsorg, fx i form af påmindelsesbreve og målrettet information
- Facilitere individuel omsorgsplan
- Benytte fælles information mellem patient og sundhedsperson til at koordinere omsorgen
- Monitorere aktiviteten og udbyttet af indsatsen i dele af og i hele sundhedsvæsenet

Boks 6. *Kliniske informationssystemer.*

gang til relevante data om egen behandling som fx resultater af undersøgelser og resumé af konsultationernes indhold og aftaler. Samtidig giver informationssystemerne grundlag for at monitorere populationen af kronisk syge og dermed justere den populationsrettede indsats og sammenligne resultaterne mellem regioner og sygehusoptageområder.

### **Hvorfor er denne model måske enestående?**

Man kan mene, at kronikermodellen er logisk og anvendelig, eller at den aldrig vil komme til at fungere i sin helhed. Begge dele er måske rigtigt, men modellens fordel er, at selvom den er en teoretisk ramme for en optimal kronikeromsorg, er delelementerne til modellen teoretisk og empirisk underbyggede og afprøvede i praksis. Det betyder, at hvert enkelt element af modellen vil kunne give positive resultater i kronikeromsorgen, og at modellens funktion derfor ikke er afhængig af en komplet implementering.

Modellen er overordnet udsprunget

af sundhedstjenesteforskningen, der sigter mod at beskrive og anvise veje til optimering af sundhedsvæsenets organisation, funktion og resultater. Men samtidig er modellens delelementer bygget op omkring kliniske problemstillinger. Der kan derfor fokuseres på aspekter fra forskning over udvikling til daglig klinisk praksis. Desuden omfatter modellen problemstillinger gående fra folkesundhed med primær forebyggelse til avanceret, individuel kronikeromsorg med rehabilitering og palliativ omsorg.

En anden egenskab er, at modellen understreger betydningen af både en individorienteret og en populationsorienteret tilgang. Modellens mål er forbedrede resultater for den enkelte patient og for den samlede population med en given sygdom. Desuden har modellen en bred systemtilgang med fokus på udvikling, ledelse og drift, idet den indregner aspekter fra viden- skab til politik som væsentlige elementer i opbygningen af en god kronikeromsorg. Der er således tale om en komplet model, uden at det ene element udelukker det andet. Det vil sige, at modellen både kan bruges som ramme for store nationale initiativer og for regionale eller lokale overvejelser, og modellens delelementer kan også være en god ramme for en praksis' overvejelser om metoder til at forbedre kronikeromsorgen.

## Grundlaget for modellens opbygning

Modellen for kronikeromsorg har således en bred teoretisk og praktisk tilgang bl.a. med egenomsorg, forebyggelsesstrategier, netværk, implementering, kvalitetsudvikling, organisation og beslutningsteori. En række studier viser, at delelementerne har effekt (5).

Kronikermodellen forbindes i høj grad med læge og epidemiolog *Edward H. Wagner*. Han var da også den første til at publicere en mere systematiseret præsentation af modellen (6). Desuden var især to artikler i JAMA sammen med ledere i førende tidsskrifter om modellens effekt med til at sætte gang i udbredelsen af modellen (7–10).

Kronikermodellen bygger i øvrigt på et arbejde af medarbejderne på MacColl Institute for Healthcare Innovation. Takket være en større bevilling fra The Robert Wood Johnson Foundation udviklede man, anført af *Wagner*, modellen ved at fokusere på tilgængelig videnskabelig litteratur omkring kronikeromsorg, som blev systematiseret ud fra, hvilke af de afprøvede strategier der resulterede i bedre kronikeromsorg. På den måde fandt man frem til elementerne i kronikermodellen. Ved hjælp af yderligere fondsdonationer blev modellen herefter revideret, bl.a. med inddragelse af et stort ekspertpanel i USA. Modellen blev desuden benyttet som teoretisk ramme til at indsamle litteratur, der kunne belyse

de enkelte elementer for specifikke kroniske sygdomme. Velkendt er fx gennemgangen af 39 interventionsstudier fra diabeteslitteraturen, hvor det klart blev vist, at modellen kunne understøtte optimering af kronikeromsorgen (8).

I de senere år har man i USA oprettet forsknings- og udviklingsinitiativet Improving Chronic Illness Care (ICIC), der arbejder videnskabeligt med kronikermodellen. Det førte bl.a. til en udvidet model i 2003, der afspejler yderligere fremskridt inden for optimering af kronikeromsorgen. Samtidig har ICIC et omfattende samarbejde med en række universiteter, forskningscentre og sygeforsikringer i USA, hvor der foregår en stadig stigende vidensopbygning omkring evidensen for kronikermodellen (11).

### Brug af kronikermodellen

Til forskel fra flere andre sundhedsvidenskabelige teorier er kronikermodellen i sin teoretiske udvikling i høj grad empirisk underbygget. Desuden har man i det centrale arbejde tidligt taget fat på det typiske problem med, hvordan man forbereder og konkret implementerer modellen og overfører teori til praktiske initiativer i forskellige sundhedsvæsen, og der er nu udviklet en række instrumenter (11). Bl.a. findes der skemaer, der kan benyttes til at identificere områder, som er egnet til forbedring, og en eventuel effekt heraf (Assessment of Chronic Illness Care, ACIC) og til vurde-

ring af patientevalueret grad af egenomsorg (The Patient Assessment of Chronic Illness Care, PACIC). Instrumenterne findes ikke på dansk, og ved indførelse af kronikermodellen i det danske sundhedsvæsen vil det være naturligt at oprette en funktion til at oversætte og validere disse instrumenter i Danmark. I organisationer, hvor man har indarbejdet kronikermodellen, har man oprettet centre, enheder og/eller institutter til denne funktion. Det gælder fx i den amerikanske sygeforsikring Kaiser Permanente, som med succes har indarbejdet kronikermodellen. Her har man oprettet Care Management Institute, som er et stort institut, der fokuserer på at understøtte brugen af kronikermodellen blandt de 8,2 mio. medlemmer.

Der skal findes en stærk, regional ledelse med fælles mål, ligesom de konkrete tiltag i relation til kronikermodellen skal iværksættes regionalt. Derfor skal der også oprettes regionale institutioner med stor viden og erfaring. Samtidig skal der regionalt kunne foretages løbende dataindsamling til at understøtte fælles journaldata, kvalitetsmonitorering og -udvikling, incitamentbrug samt forskning og udvikling.

### Erfaringer med modellen

En række sygeforsikringer i USA, Nederlandene og England har implementeret kronikermodellen. Herfra kommer der i stigende grad erfaringer og videnskabelige resultater, der bekræfter, at brugen af kro-

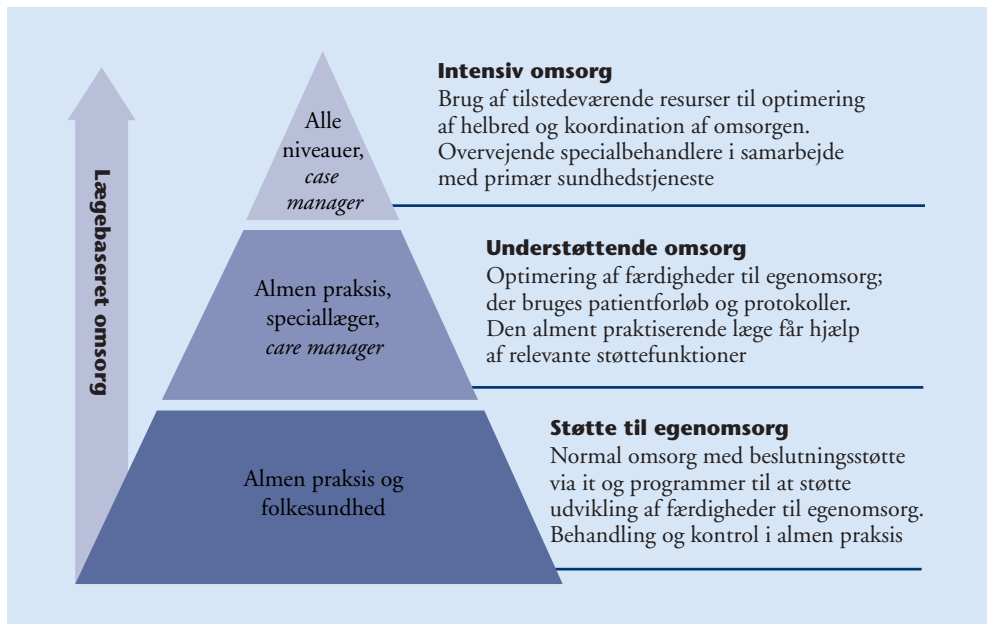


Fig. 3. Risikostratificeringens tre niveauer, hvor den lægebaserede indsats øges mod toppen af pyramiden.

nikermodellen fører til forbedringer. Det er uden for denne artikels formål at beskrive den foreliggende videnskabelige evidens for modellens effekt (det gør forfatterne i en anden planlagt artikel), men vi vil alligevel gennemgå risikostratifikation, som er en praktisk udbygning af arbejdet med kronikere, og som er udsprunget af erfaringerne fra især Kaiser Permanente i USA.

#### RISIKOSTRATIFIKATION

Det har vist sig at give vanskeligheder, at kronisk syge med samme sygdom var meget forskellige mht. sygdomsgrad, nødvendig behandlingsintensitet, netværk, psyke mv. Det førte til et behov for at kunne gruppere kronisk syge afhængigt af behov for indsats fra sundhedsvæsenet. I bl.a. Kaiser Permanente har man løst det vha. risikostratificering. Denne metode har vundet så stort indpas, at flere betragter risikostratificering som en del af kroniker-

modellen. Risikostratificering er i sig selv ikke et element i modellen, men derimod et redskab til at øge kronikermodellens gennemslagskraft i hele populationen med en kronisk sygdom, og den er en klar følge af noget af det centrale i modellen, nemlig at man tilrettelægger indsatsen for alle i et område med en given sygdom.

Grupperingen af de kronisk syge patienter kaldes risikostratificering, fordi det er patientens risiko for komplikationer mv., man stratificerer på, og ikke nødvendigvis risikofaktorer for udvikling af den kroniske sygdom. Nogle foretrækker at kalde det stratificering for sygdomsgrad, men det kan være vildledende. Fx kan en meget syg person have så gode resurser, at man ikke bør sætte ind med omfattende kronikeromsorg. Så vi benytter ordet risikostratificering også i Danmark (1).

Risikostratifikationen sker ved, at de kroniske patienter inddeles systematisk ef-



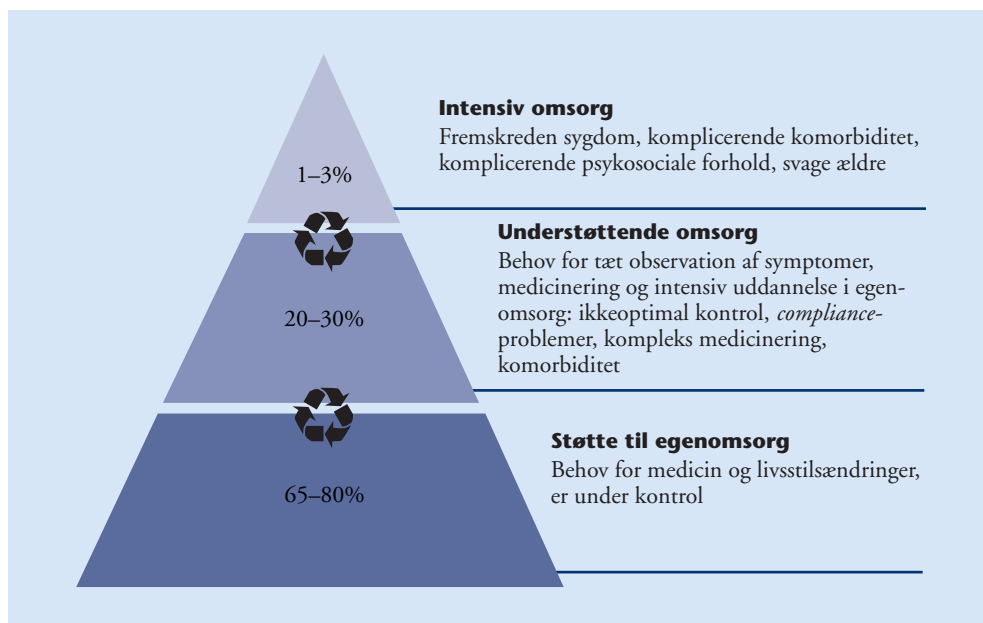


Fig. 4. Fordelingen af kronisk syge patienter i risikopyramiden. Stratificeringen er dynamisk med bevægelse mod det nederste niveau som mål.

ter fastsatte og målbare variable, men samtidigt dynamisk, således at en patient kan skifte niveau. I Fig. 3 ses den metode illustreret, som benyttes i Kaiser Permanente.

De letteste tilfælde af kronisk syge patienter kan overvejende klare sig ved egenomsorg, hvor behandlingen af sygdommen sker i almen praksis. Det kan gælde en astmatiker, der med viden om astma, dens behandling og aktionsplan ved forværring forstår selv at regulere behandlingen. Det kan også være patienten med velreguleret hypertension og med god forståelse for tilstanden. På dette niveau finder man også »selvhjælpsgrupper«, hvor patienterne støtter og underviser hinanden.

En mellemgruppe af patienter tilhører andet niveau (*care management*-niveauet). Her har patienten måske tilfredsstillende viden til passende egenomsorg, men denne og den medicinske behandling er ikke tilstrækkelig til, at patienten er velbehandlet.

På dette niveau optimeres derfor patientuddannelsen (viden om forebyggelse, egenomsorg mv.), og kontrollen i almen praksis intensiveres med evt. brug af støttefunktioner som *care manager* (sygeplejerske, farmaceut mv. med specifik viden om den pågældende sygdom). Niveaulet understøttes af speciallæger, der rådgiver primærlæger og deltager i planlagte patientforløb, fx med delt kontrol efter princippet om løbende kontrol i almen praksis og årskontrol i et ambulatorium (12). Desuden er der adgang til andre specifikke hjælpefunktioner (fx fysioterapeuter ved rehabilitering, diætister ved vægtproblemer, rygestopvejledere, patienter som ledere af selvhjælpsgrupper etc.). I *care management* er evt. udadgående hospitalsfunktioner ofte rettet mod at understøtte sundhedspersonerne i primærsektoren og har i disse tilfælde kun i mindre grad fokus på direkte patientkontakt.

Det øverste niveau udgøres af de svære-

ste tilfælde af patienter med kroniske sygdomme. Det er patienter med en sygdom, der overvejende kræver speciallægebehandling alene pga. sygdommens alvor. Det kan også være patienter med flere alvorlige, komplicerende sygdomme. Endelig kan det være patienter med komplicerende psykologiske, sociale, kognitive eller aldersmæssige forhold. Her vil patienten typisk få tilknyttet en særlig *case manager*, der sikrer, at patienten forstår, indvilger i og følger det fastsatte patientforløb, og som støtter primærlægen i praksis i at være tovholder for patienten, fx ved aktivt at arbejde med at etablere og vedligeholde kontakten mellem patienten og alle relevante dele af sundhedsvæsenet. Risikostratificeringen betyder, at graden af den lægebaserede omsorg for den kronisk syge øges i takt med kompleksiteten af patientens helbredstilstand (Fig. 4). På den måde allokeres lægeresurserne gradueret, og man søger at undgå, at patienter med et bedre helbred tager pladsen i den mest specialiserede del af sundhedsvæsenet fra patienter med et dårligere helbred.

Samtidig er risikostratificeringen dynamisk og incitamentsstrukturen rettet mod at skubbe patienten mod det laveste niveau. Det betyder, at patienten modtager den mest effektive omsorg på det lavest mulige omkostningsniveau. I Fig. 4 ses endvidere den kvantitative fordeling, man typisk finder på de enkelte niveauer i Kaiser Permanente. Stratificeringens succes afhænger dog ikke af denne fordeling, men

af at patienten befinder sig på det niveau, hvor den rette indsats findes.

Risikostratifikation kræver som nævnt, at der løbende indsamles information om den enkelte patients behandling. Det indebærer bl.a., at alle kronisk syge patienter i almen praksis ICPC-kodes, og at praksis deltager i risikostratifikation. Dette understreger nødvendigheden af et velfungerende og *real time*-informationssystem med data om alle ydelser. Det gavner fx ikke patienten at få oplyst sine behandlingsresultater efter måneder, hvis der skulle have været grebet ind med det samme.

### **Perspektiver for det danske sundhedsvæsen**

Kronikermodellen er fortrinsvis udviklet i det amerikanske sundhedsvæsen og i dettes kultur, ledelsestradition og finansielle struktur. USA er kendt for at have verdens dyreste sundhedsvæsen og en række incitament, som vi ikke har i vores sundhedsvæsen. Her tænkes specielt på markedskræfternes og det juridiske systems påvirkning. Alligevel har modellen kunnet bruges i de nederlandske og engelske sundhedsvæsener, som minder om det danske, og man kan derfor med rette antage, at principperne i kronikermodellen også vil kunne indføres i Danmark. Det understreges af, at kronikermodellen har haft størst succes i en særlig gruppe amerikanske sygeforsikringer, hvor man typisk har fri adgang til egen primærlæge og fri adgang til

speciallæger gennem en *gatekeeper* – de såkaldte *health maintenance organizations* eller *managed care organizations*. I Danmark har vi tradition for omfattende administrativ dataindsamling, hvilket kan støtte en nyetablering af en mere klinisk orienteret dataindsamling. Samtidig er der gennem en årrække arbejdet med initiativer vedrørende berøringsfladerne mellem primær- og sekundærsektor (fx patientforløb, indikatorer, praksiskonsulenter) og vedrørende en national plan for kvalitet. Mange af modellens elementer er derfor kendte inden for forskning og udvikling i sundhedsvæsenet, og det er derfor også naturligt, at modellen er kernen i Sundhedsstyrelsens anbefaling til en styrkelse af den danske kronikerindsats (1).

Derimod har vi ikke tradition for stærk, tværgående ledelse og koordination som et planlæggende og kvalitetsovervågende element i opbygningen og funktionen af et samlet sundhedsvæsen. Vi har heller ikke tradition for en samlet national indsats, hvor indsats, kvalitet og effekt følges på tværs af sektorer og regioner. Ved fokuseret at udvikle ledelsesformerne, incitamentstrukturen og finansieringsformerne i det danske sundhedsvæsen vil man kunne nå langt mht. at skabe grundlaget for et ændret sundhedsvæsen, hvor almen praksis er et helt centralt element. En del af arbejdet med at indføre kronikermodellen kan blive, at sundhedsvæsenets incitamentstruktur i højere grad må baseres på opnået

kvalitet og i mindre grad på aktivitetspræmiering. En del af honoreringen til afdelinger og til almen praksis må med andre ord afhænge af de opnåede kvalitetsmål og ikke af antal ydelser. En konsekvens vil også være, at man i højere grad må udvikle en fælles vision og kultur i primærsektoren og sygehusvæsenet, hvor almen praksis og sygehuse skal have fælles mål og dermed ens incitamenter til at gøre det rigtige for patienternes skyld.

Alt i alt må en stille og velplanlagt reform af incitamentsstrukturen, sammen med optimering af ledelsesstrukturen, anses for at være en af de vigtigste udfordringer i de kommende år. Målet er et proaktivt sundhedsvæsen, der indretter sig efter at håndtere patienter med kroniske sygdomme, samtidig med at vi bevarer et vel fungerende og ofte højt specialiseret reaktivt sundhedsvæsen til at håndtere akut sygdom.

*Interesskonflikter:* ingen angivet.

#### LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
2. Hvas AC, Thesen J. At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: »Empowerment« i et medicinsk perspektiv. Ugeskr Læger 2002; 164: 5361–5.
3. Dørfler L, Hansen HP. Egenomsorg – en lit-

- teraturbaseret udredning af begrebet. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
4. Willaing I, Folman NB, Gittelsohn A. Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
  5. Frølich A, Hendriksen C, Jørgensen SJ. Optimering af indsatsen ved kroniske sygdomme. Model for en sammenhængende indsats. Ugeskr Læger 2005; 167: 266–8.
  6. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1: 2–4.
  7. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775–9.
  8. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002; 288: 1909–14.
  9. Wagner EH, Groves T. Care for chronic diseases. *BMJ* 2002; 325: 913–4.
  10. Wagner EH. Chronic disease care. *BMJ* 2004; 328: 177–8.
  11. [www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org)
  12. Dahler-Eriksen K, Nielsen JD, Lassen JF, Olsen F. Tværsektorielle behandlingsprogrammer – et eksempel på det samarbejdende sundhedsvæsen. *Ugeskr Læger* 1998; 160: 5021–4.