

# Hvad vil det sige at være proaktiv i kronikerindsatsen i almen praksis?

Peter Vedsted, Lars Rytter & Frede Olesen

*Der tales i disse år meget om patientforløb, shared care og en bedre kronikerindsats. I den forbindelse tales der om, at praksis foruden bevarelse af sit reaktive arbejde med diagnostik og behandling skal øge sit proaktive arbejde. Denne artikel beskriver tankerne bag en øget proaktiv indsats, og den diskuterer, hvilke ideologiske afklaringer og hvilke praktiske konsekvenser det vil have for almen praksis, hvis vi skal være centrale aktører i en proaktiv forebyggelsesindsats for mennesker med kroniske lidelser og sygdomme.*

## BIOGRAFI:

Peter Vedsted er læge og seniorforsker. Har skrevet ph.d. om hyppige lægebrugere og har beskæftiget sig med almen praksis' funktion i sundhedsvæsenet. Er forfatter til bogen om almen lægepraksis i Danmark, den første af sin slags herhjemme.

Lars Rytter er praktiserende læge og praksiskonulent og har været aktiv i udvikling af shared care og kronikerindsatsen i almen praksis og i sundhedsvæsenet i øvrigt. Frede Olesen er praktiserende læge, professor og leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus. Frede Olesen er desuden redaktør på Månedsskriftet.

## PETER VEDSTEDS ADRESSE:

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

Sundhedsvæsnets indsats i forhold til borgere med kronisk sygdom påkalder sig stor opmærksomhed i forbindelse med implementeringen af kronikermodellen og forløbsprogrammer i det danske sundhedsvæsen (1). Kronikermodellen er af Sundhedsstyrelsen via et bredt samarbejde med alle sektorer i det danske sundhedsvæsen gjort til den model, hvorefter man vil søge at optimere og forbedre resultaterne af indsatsen over for patienter med kronisk sygdom. Målet er, som det tidligere er beskrevet (2), på den ene side at sikre en velinformeret og aktiveret patient og på den anden side et proaktivt, velforberedt behandlerteam. Interaktionen mellem disse to elementer skal føre til, at kronikerindsatsen i højere grad gøres patientorienteret, koordineret, rettidig og effektiv samt evidensbaseret og sikker.

Derved opnås det endelige mål, nemlig at sundhedsvæsenet bidrager til, at alle patienter med en kronisk lidelse får lige og gode muligheder for længst mulig levetid med mindst mulig invaliditet.

Intuitivt har vi nok en god fornemmelse af, hvad det vil sige at have et »velforberedt« behandlerteam. Derimod har ordet »proaktiv« en klang af at være »moderne« og »smart«, og typisk er ordet proaktiv benyttet som et svagt defineret begreb.

Formålet med denne artikel er at definere begrebet proaktiv og sætte det i relation til det konkrete arbejde i almen praksis og i forhold til den indsats, som allerede foregår i frontlinjen af vores sundhedsvæsen.

### Definition af proaktiv

Et sundhedsvæsen skal både være reaktivt og proaktivt, og disse to funktioner supplerer hinanden med hensyn til at opnå en optimal indsats over for patienter med kronisk sygdom. Vi kender alle det klassiske sundhedsvæsen, der reagerer på patientens henvendelse og anmodning om hjælp. For en lang række kroniske sygdomsforløb har man traditionelt afventet, at patienterne har henvendt sig på grund af symptomer eller forværret sygdomstilstand. En proaktiv tilgang skal, i samarbejde med patienten, forhindre en udvikling eller forværring af en kronisk sygdom, som ellers kunne ende med reaktivt at kræve akut indlæggelse uden denne indsats. Ved en proaktiv tilgang forstår man altså, at man i højere grad foregriber eller forebygger, at patienter med en allerede erkendt kronisk sygdom får unødvendig eller forebyggelig forværring eller når til en tilstand, som kræver akut hjælp fra sundhedsvæsenet.

Den proaktive indsats er særlig aktuel, fordi 30–40% af befolkningen har en eller flere kroniske sygdomme (3–5), og fordi mindst halvdelen af samtlige kontakter til almen praksis skyldes en kronisk lidelse eller sygdom (6). Endelig er der hos langt de fleste kronisk syge patienter særlige karakteristika, der gør, at man kan udtale sig om det prognostiske forløb af sygdommen (7, 8), og prognosen kan påvirkes af sundhedsvæsnets aktive indsats.

Derfor er der mening i at kræve og forvente, at sundhedspersoner har vilje til og formår at agere fremadrettet med forebyggende sigte på denne viden.

At være proaktiv er således ikke et udtryk for, at man skal arbejde hårdere eller mere men derimod, at man bruger viden om patienten og patientens kroniske sygdom til at forebygge, at patienten får behov for en akut henvendelse til sundhedsvæsenet. Man forfølger således strategien: »Do not work harder, work smarter«. At en proaktiv tilgang kan have stor betydning belyses af, at 60–80% af samtlige udgifter til akutte henvendelser i det danske sundhedsvæsen kan relateres til patienters kroniske sygdomme (3, 4) og ikke mindst til reaktive foranstaltninger ved akutte og evt. forebyggelige forværringer af kronisk sygdom.

### Potentialet ved proaktiv tilgang

Som nævnt supplerer det reaktive og proaktive sundhedsvæsen hinanden. Enhver alment praktiserende læge ved, at der i høj grad er mulighed for at forebygge de mange akutte henvendelser til sundhedsvæsenet. Ofte vil man, set i bakspejlet, erkende, at hvis blot patienten, de pårørende, sygehuset eller praksis havde ageret anderledes, kunne et u hensigtsmæssigt forløb være undgået.

Der eksisterer i litteraturen en række eksempler på, hvad der sker, hvis man i højere grad fokuserer på at være proaktiv i indsatsen over for kronisk syge. Især har man vist, at man hos en række kronisk syge patienter kan nedbringe antallet af henvendelser til lægevagt, skadestue og akutte indlæggelser (9–11). Samtidig betyder en proaktiv indsats, at man i højere grad kan følge udviklingen i patienternes

sygdom og løbende kan iværksætte en evidensbaseret behandlingsindsats.

Man arbejder altså ved målet at konvertere et reaktivt arbejde til et proaktivt arbejde. Det kan ofte betyde mindre og ikke mere arbejde i det samlede sundhedsvæsen og evt. konvertering af særligt udgiftstunge ydelser til en mindre omkostningstung arbejdsgang (10–13). Det vil typisk medføre en øget forebyggende, proaktiv indsats i den primære sundheds-tjeneste, som modsvares af mindre aktivitet i det sekundære sundhedsvæsen.

### Forudsætninger for at være proaktiv

Systematisk arbejde med en proaktiv prognoseforbedrende indsats, som ned-sætter behovet for akutte reaktive ydelser, har en række forudsætninger, som er belyst i de forskningsarbejder, som ligger til grund for kronikermodellen.

#### REGISTRERING

Et vigtigt element i den proaktive tilgang er at have registreret, hvilken kronisk sygdom patienten har. Registreringen danner grundlag for, at man kender populationen med en given kronisk sygdom og skal fx understøtte muligheden for påmindelser til patient og sundhedspersonale. Registreringen skal også hjælpe til løbende overvågning af, i hvilken grad man opnår de mål, der er opsat for den enkelte patient. For mindst 50% af patienterne gælder det, at patienten har to eller flere kroniske sygdomme (for personer over 65 år mindst 70%) (3, 5, 14), men det er ingen hindring for at kunne agere proaktivt på den enkelte kroniske sygdom. Blot understreger det behovet for registrering hos en instans, som kan



være tovholder, for at der sker en løbende sammenhængende indsats. I praksis betyder det, at kronikerregistre skal være tilgængelige i almen praksis og evt. være en del af praksis' journalsystem.

#### VIDEN OG INFORMATION

Man skal på et evidensbaseret grundlag være proaktiv ved at have en sikker viden om de prognostiske indikatorer for den pågældende kroniske sygdom, som udsiger noget om risikoen for komplikationer. Et eksempel er HbA<sub>1c</sub>-niveauet hos diabetespatienter eller rygestatus hos en KOL-patient. Det betyder, at man ud over at registrere den grundsygdom, som patienten har, registrerer oplysninger om de prognostiske nøgleindikatorer hos patienten. Det er netop disse faktorer, som skal være i fokus i en proaktiv indsats.

En systematisk proaktiv indsats kræver også en systematisk tilrettelagt, individu-

aliseret plan for den enkelte patient. Med andre ord skal den praktiserende læge have en viden om, hvilke tilbud der eksisterer i samarbejdet omkring patienten. Det er fx tilgængelighed og viden om, hvortil patienten kan henvises vedr. råd og vejledning i livsstilsændringer eller særligt tilrettelagt patientuddannelse. Ved at sikre, at dette sker systematisk og rettidigt, forebygges forværring, og man sikrer en tidlig bedring af tilstanden. Realiteten er dog i dag, at almen praksis i høj grad mangler adgang til den hjælp og de hjælpemidler, der er nødvendige for at agere proaktivt.

Det er velkendt i almen praksis, at to i øvrigt fuldstændig sammenlignelige patienter kan have meget forskellige forventninger, ønsker og muligheder for, hvordan forløbet skal arrangeres. Nogle patienter med et stort behov for en indsats fra mange forskellige sundhedspersoner ønsker slet ikke denne, men udelukkende at få hjælp fra egen læge. For at være proaktiv er det derfor også væsentligt, at den praktiserende læge har oplysninger om patientens forventninger, ønsker og muligheder i forbindelse med den pågældende kroniske sygdom og samtidig får mulighed for at tilrettelægge forløbet herefter. En aktiv brug af vores psykosociale viden om patienten kan bidrage til individualiserede og realistiske planer for den enkelte patient, men forudsætter en fremadrettet dialog med patienten og en rimelig præcis løbende indsamling og arkivering af viden.

### **Proaktiv indsats bygger på kontinuitet**

De fleste patienter ændrer i et forløb holdning til deres kroniske sygdom, fx

mht. motivation til livsstilsændringer eller i forhold til patientuddannelse. Samtidig kan der ske forbedringer eller forværringer i den kroniske sygdoms tilstand. For at være proaktiv er det derfor nødvendigt, at den alment praktiserende læge løbende laver en revurdering af de oplysninger, som lægen har indsamlet med hensyn til betydende prognostiske faktorer, sygdommens sværhedsgrad og patientens ønsker.

Det er derfor selve substansen af det at være proaktiv, at den relationelle kontinuitet via en god læge-patient-relation og informationskontinuitet er veludviklet og højt prioriteret. Derfor er almen praksis så central i den proaktive indsats.

### **Behovene for at være proaktiv**

I forvejen er der en lang række proaktive aktiviteter i almen praksis, både eksplicit formulerede og beskrevne aktiviteter samt aktiviteter, der mere har karakter af usagt »tavs viden«. Men der er stor variation i omfanget af forebyggende proaktivt arbejde i praksis.

Der er flere forudsætninger for at øge og systematisere den proaktive indsats i almen praksis. Den første er af principiel karakter og de øvrige af strukturel karakter:

- *Ideologisk afklaring:* En proaktiv indsats for patienter med kronisk sygdom forudsætter, at man, og det vil sige faget og standen i bred forstand, i almen praksis ønsker at tage opgaven på sig (15). Hvis den traditionelle reaktive adfærd delvist skal erstattes af en proaktiv adfærd, vil det kræve en præcisering af, hvad den praktiserende læge

»må«, og hvad det øvrige sundhedsvæsen og patienterne kan »forvente« af almen praksis-sektoren. En proaktiv indsats vil bl.a. omfatte identifikation og registrering af kronikere, brug af påmindelser til patienterne, målrettet forebyggelse, patientuddannelse og øget inddragelse af andet sundhedspersonale. Det udfordrer almen praksis' holdning til årtiers traditioner og debat i forhold til screening, registrering, opsøgende initiativer og dermed diskussionen om sygeliggørelse og nogle lægers opfattelse af, at der kan være tale om unødvendig behandling eller nogle lægers ligefrem nihilistiske holdning til forebyggende arbejde. Der er således behov for en organisatorisk og individuel stillingtagen til almen praksis' fremtidige forpligtende deltagelse i et proaktivt sundhedsvæsen, og hvordan almen praksis ser sin rolle i et sammenhængende sundhedsvæsen med mere fokus på en forebyggende proaktiv indsats i forhold til kroniske patienter.

- *Diagnoseregistrering:* Almen praksis skal have mulighed for at diagnoseregistrere relevante kroniske lidelser, og man kan overveje, om der skal være mulighed for kontinuerligt at indsamle diagnoseregistreringer fra fx Landspatientregistret og andre registre via et såkaldt »kronikerregister«. Der er også behov for at se på mulighederne for at sikre en fuldstændig og valid registrering i almen praksis.
- *Støtte til at indsamle oplysninger om patient og sygdom:* Ud over at registrere konkrete diagnoser skal der være mulighed for at indsamle oplysninger af behandlingsmæssig og prognostisk

værdi for patientens kroniske sygdom, som det fx kan ske i forbindelse med det nye datafangstmodul til praksis' edb-systemer, men også oplysninger om patientens ønsker, forventninger og muligheder for at deltage i et konkret forløbsprogram. Det kunne støttes af kliniske vejledninger, der præcis foreslår, hvilke data det er relevant at indsamle og hvornår.

- *Forløbsprogrammer (organisation og ansvar):* Almen praksis skal deltage på lige fod med andre behandlere og sektorer i udformningen af forløbsprogrammer, hvor det bestemmes præcist, hvem der har ansvar for patienten på hvilke tidspunkter, og hvordan samarbejdet mellem de forskellige behandlere og sektorer skal foregå. Deltagelse i et sådant arbejde indebærer omvendt en forpligtelse til, at vi i praksis påtager os den rolle, vi har indvilliget i at ville løfte.
- *Kontinuitet i den proaktive indsats:* Det er overordentligt vigtigt, at almen praksis gør sig tovholderrollen for den enkelte patient klar, idet det er tovholderen, der kontinuerligt vurderer oplysningerne om patientens sygdom og ønsker.
- *Feedback og monitorering:* For at sikre, at almen praksis løbende kan udvikle indsatsen over for den enkelte patient og over for grupper af kroniske sygdomme, er det nødvendigt, at der gives mulighed for, at praktiserende læger får feedback med henblik på, hvordan det går med at opfylde målet for den enkelte patient og gruppen af patienter med den enkelte sygdom, som det er muligt via datafangst. Det indebærer, at det øvrige sundhedsvæ-

sen skal forpligte sig til systematisk og præcist samarbejde med praksis inklusive rettidig omhu i sin levering af information.

- *It*: En væsentlig del af den proaktive rolle vil kunne understøttes betydeligt af it. Her står praksis i forvejen stærkt, og der er store muligheder for at satse på en udbygning af lægesystemer, kommunikation og innovativ brug af informationsdeling. Det betyder fx også, at der skal arbejdes på at have fælles data om patienterne på tværs af behandlere og sektorer og at tilbyde patienterne adgang til relevante og patientegnede informationer via fx sundhed.dk. Der er behov for i samarbejde med systemhusene at lette en række funktioner, fx muligheden for automatiserede påmindelser.

### **Almen praksis i en proaktiv indsats**

Almen praksis er både i kronikermodellen og i forløbsprogrammer det centrale omdrejningspunkt i indsatsen over for kronisk syge (12). Der er således store muligheder for, at almen praksis ved at have en proaktiv tilgang til indsatsen over for kronisk syge vil være den enkeltfaktor, som vil have den største betydning for at opnå en forbedret kronikerindsats og dermed størst betydning for at flytte sundhed. Dette falder i tråd med international forskning, som påpeger behovet for, at et sundhedsvæsen har en stærk frontlinjefunktion og praksissektor. Som tovholder for langt de fleste patienter med en kronisk sygdom er almen praksis ideelt med til at sikre, at indsatsen bliver optimalt koordineret og er med til at evaluere, at det sker på den bedst mulige måde.

### **Konsekvenser for almen praksis**

Proaktiv indsats i fuldt omfang betyder, at almen praksis som fag skal være indstillet på i fællesskab at tage rollen på sig. Den proaktive indsats er ikke ukendt for alment praktiserende læger. Opgaven bliver således i højere grad at arbejde på at understøtte denne funktion og at forske og udvikle i, hvor det bedst gøres, ligesom det muligvis skal understøttes med passende incitamenter og delegering af opgaver til andre faggrupper. Samtidig skal det sekundære sundhedsvæsen forstå at samarbejde med almen praksis på en ligeværdig og forpligtende måde.

Almen praksis kommer til at skulle deltage i udvikling og implementering af fælles forløbsprogrammer for de enkelte kroniske sygdomme, herunder udvikle og implementere de kliniske vejledninger for den indsats, som skal foregå i almen praksis. Det kan fx ske ved, at man udpeger regionale ansvarlige for dette arbejde, der typisk vil ske på basis af nationale og tværsektorielle initiativer. Hvordan man reelt skal etablere disse ledelsesfunktioner i almen praksis, er dog stadig uklart. Meget tyder på, at de nye sundhedsaftaler mellem praksis, sygehuse og kommune kan blive et vigtigt instrument i dette arbejde.

Almen praksis vil også skulle deltage i udviklingen af systemer til beslutningsstøtte. Vilklårene for dette er meget gode, idet dansk almen praksis er ledende i verden mht. udvikling af edb-journaler, og idet alle praksis er computeriserede. Det betyder, at man fx vil kunne lave automatiske påmindelser til patient og behandler og lave støtte til at følge vejledninger i klinikken. Dette arbejde vil kunne inddrage nationale og regionale

initiativer, herunder fx datakonsulenter og web.

En systematisk og videnskabelig tilgang til udviklingen af den proaktive kronikerindsats vil for almen praksis i fremtiden betyde, at man er med til at præge den generelle tovholderfunktion for den kronisk syge patient (12). Det er den alment praktiserende læge, som sidder inde med muligheden for at diagnoseregistrere, indsamle relevante oplysninger om sygdom og patient, koordinere og delegerer indsatsen for patienten i forhold til forskellige behandlere og sektorer samt at overvåge, om patienten opnår tilfredsstillende resultater af den samlede indsats.

*Økonomiske interessekonflikter:*  
ingen angivet.

#### LITTERATUR

1. Jørgensen SJ, ed. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
2. Vedsted P, Olesen F. Kronikermodellen og risikostratificering. *Chronic care model*. Månedsskr Prakt Lægegen 2006; 84: 357–67.
3. WHO. Towards a European strategy on noncommunicable diseases. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 2004.
4. Olesen F, Vedsted P. En styrket og ændret indsats for kronisk syge patienter. Månedsskr Prakt Lægegen 2006; 84: 245–58.
5. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA* 1996; 276: 1473–9.
6. 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.
7. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775–9.
8. Davis RM, Wagner EH, Groves T. Managing chronic disease. *BMJ* 1999; 318: 1090–1.
9. 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.
10. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J. Return on investment in disease management: A review. *Health Care Financing Review* 2005; 26: 1–19.
11. Halvorsen I, Meland E, Baerheim A. Bruk av legevakt før og etter fastlegeordningen. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007; 127: 15–7.
12. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med* 2003; 138: 256–61.
13. Bodenheimer T, Fernandez A. High and rising health care costs. Part 4: can costs be controlled while preserving quality? *Ann Intern Med* 2005; 143: 26–31.
14. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002; 162: 2269–76.
15. Vedsted P, Olesen F. Kronikeromsorg i sundhedsvæsenet. Hvor kan almen praksis starte? *Ugeskr Læger* 2006; 168: 2588.