



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 19-05-2017
Enhed: AELSAM
Sagsbeh.: DEPSSNI
Sagsnr.: 1702221
Dok. nr.: 361747

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 16. marts 2017 stillet følgende spørgsmål nr. 666 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares endeligt. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Flemming Møller Mortensen (S).

Spørgsmål nr. 666:

”Ministeren bedes redegøre for, hvad dansk eller udenlandsk forskning viser om, hvilken effekt manglende sammenhæng i behandlingen og/eller ringe kendskab mellem læger med forskellige specialer kan have på dødeligheden?”

Svar:

Til brug for min besvarelse har ministeriet indhentet bidrag fra Sundhedsstyrelsen.

Jeg kan henholde mig til Sundhedsstyrelsen som oplyser følgende:

”Sundhedsstyrelsen bemærker indledningsvist, at begrebet ”manglende sammenhæng i behandlingen” er mere velbeskrevet i forskningen end ”manglende kendskab mellem læger med forskellige specialer”. Vi vurderer desuden, at manglende kendskab mellem forskellige specialer og/eller institutioners læger vil være et udtryk for manglende sammenhæng i behandlingen i organisatorisk forstand. Det kan derfor være svært at vurdere den isolerede effekt af lægernes manglende indbyrdes kendskab, der ofte vil udgøre et af flere bidrag til en manglende sammenhæng i behandlingen sammen med manglende kontinuitet i relationen mellem patienten og dennes behandlere, manglende koordinering af den samlede behandlingsindsats og manglende kommunikation mellem de øvrige behandlere/behandlerteams. Endelig skal det bemærkes, at det er vist, at patientens oplevelse af at have en og samme tovholder, dvs. patient-læge relationen gennem et forløb, er central for oplevelsen af sammenhæng og tryk i forløbet og for dødeligheden.

Sundhedsstyrelsen finder, at især tre typer af forskning er relevante og bør fremhæves: Retrospektive befolkningsstudier (kohortestudier), kvalitative undersøgelser af patientoplevelt sammenhæng og randomiserede samt kontrollerede studier med intervention (lodtrækningsstudier).

Kohortestudierne er typisk baseret på retrospektive datatræk fra indlæggelser, praksisbesøg eller i udlandet på sundhedsforskningsdatabaser. Disse studier har et stort, repræsentativt patientgrundlag og god statistisk styrke, og der er udviklet en række værktøjer, som kan måle sammenhængen i patientforløb, bl.a. *continuity of care index*. Kohortestudierne kan være begrænset af, at datagrundlaget enten er mono-sektorielt, eller at man har kombineret forskellige slags data fra flere sektorer. Dette kan være problematisk, bl.a. fordi der ofte er stor forskel på diagnoseregistreringen, og/eller fordi man ofte kun kan kortlægge den del af patientens behandlingsforløb, som foregår i den ene sektor.

De kvalitative brugerundersøgelser er gode til at illustrere patientens oplevelser af problemet (f.eks. at der er for mange lægebesøg, eller at den ene læge ikke taler med den anden), men kan være begrænset af, at man kun fokuserer på den del af problemet, som er synligt for patienten, således at de ikke nødvendigvis identificerer underliggende årsager, sammenhæng eller løsninger.

De prospektive, randomiserede studier kan være gode i kraft af, at man kan planlægge patientgrupper, interventioner og dataindsamling fremadrettet og trække lod mellem interventionerne og derigennem opnå data for hele patientforløb på tværs af sektorer på en mere objektiv og ensartet måde. Til gengæld er disse studier ressourcetunge, har ofte et lille deltagerantal og kan derved have begrænset styrke og generaliserbarhed.

En række store, observationelle kohortestudier har påvist en stærk sammenhæng mellem manglende sammenhæng i behandlingen og dødelighed (engelsk: low continuity of care /care fragmentation) inden for kroniske medicinske sygdomme¹², psykiske sygdomme³ og postoperativt⁴⁵. Der er således tale om, at forskning udført i forskellige lande, patientgrupper, behandlingsforløb og med forskellige metoder, som samstemmende har vist, at manglende sammenhæng i behandlingen, f.eks. i form af hyppige skift i behandlerkontakten (bl.a. i almen praksis, kontaktsygeplejersker, psykiatere), genindlæggelser på andet hospital, og generelt fragmenteret behandling er stærkt associeret med en øget dødelighed, øget sygelighed og øget brug af sundhedsvæsenets ressourcer. Selvom der her er tale om observationelle studier, med disses mulige metodebegrænsninger, vurderes den samlede evidensmængde at være stor og entydig.

En metaanalyse af en række kvalitative studier har vist, at patienter generelt oplever sammenhæng som tryghed og tillid, dvs. baseret på relationen til og partnerskabet med en enkelt behandler/læge, som patienten modtager information fra og stoler på. Koordinering og kommunikation mellem behandlerne tages generelt for givet, indtil patienten oplever det modsatte (fragmentering, fejl, huller i forløbet)⁶.

En Cochrane metaanalyse af 18 mindre randomiserede studier af komplekse interventioner for multisygdom, hvoraf 12 studiers interventioner omhandlede øget/bedre organisering af behandlingsforløbet, kunne ikke påvise en sikker effekt på forskellige effektmål. Man kan på baggrund heraf ikke med sikkerhed konkludere noget om effektive interventioner for mennesker med multisygdom⁷, som jo i særlig grad har længerevarende behandlingsforløb med behov for at opleve sammenhæng. En anden Cochrane metaanalyse af blandede, overvejende randomiserede studier

¹ Dong Wook Shin et al. Impact of Continuity of Care on mortality and health care costs: A nationwide study in Korea. *Annals of Family Medicine* 2014

² Weir et al. The interplay between Continuity of Care, multimorbidity, and adverse events in patients with diabetes. *Med Care* 2016

³ Hoertel et al. Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *European Psychiatry* 2014

⁴ Tsai et al. Care fragmentation in the postdischarge period: surgical readmissions, distance of travel, and postoperative mortality. *JAMA* 2015

⁵ Brooke et al. Readmission destination and risk of mortality after major surgery: an observational cohort study. *Lancet* 2015.

⁶ Haggerty JL et al. Experienced Continuity of Care when patients see multiple clinicians: A qualitative metasummary. *Annals of Family Medicine*, 2013

⁷ Smith SM. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Systematic Review* 2016.

undersøgte effekten af shared-care mellem primær og specialiseret sektor, på forskellige kliniske og patientrapporterede effektmål hos patienter med længerevarende forløb. Man fandt kun små udsving, og mortaliteten kunne ikke vurderes⁸.”

Med venlig hilsen

Ellen Trane Nørby / Søs Schack Nielsen

⁸ Smith SM. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. Cochrane Database Systematic Review 2017.