Patientsikkerhed for alle med kronisk sygdom

WHO's Internationale Patient-sikkerhedsdag den 17. september, 2026

Anne Frølich
Centerleder, Klinisk Professor,
Videns- og forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom, Slagelse hospital, Region

VIDENS- OG FORSKNINGSCENTER FOR MULTISYGDOM OG KRONISK SYGDOM

REGION SJÆLLAND – vi er til for dig

Risikoen for utilsigtede hændelser (UTH) stiger markant med forekomsten af kroniske sygdomme

Patienter med kronisk sygdom ligger risikoen for utilsigtede hændelser og behandlingsrelaterede komplikationer på cirka 9 %

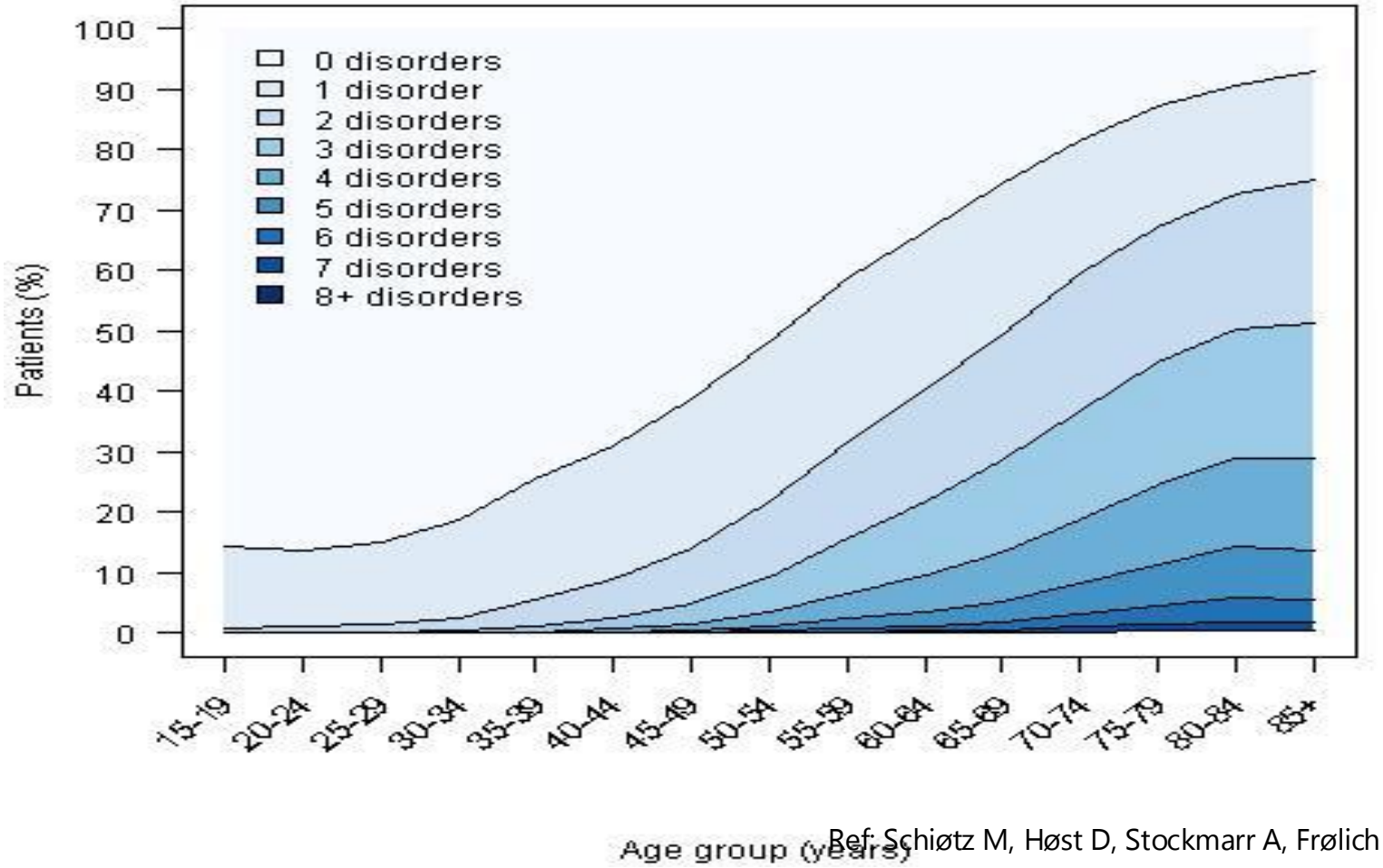
Multisyge patienter har op til 7 gange højere risiko for behandlingsrelaterede komplikationer og utilsigtede hændelser.

Årsager til høj forekomst af UTH blandt mennesker med kronisk sygdom og multisygdom:

- Polyfarmaci
- Komplekse behandlingsforløb
- Nedsat fysiologiske reservekapacitet.

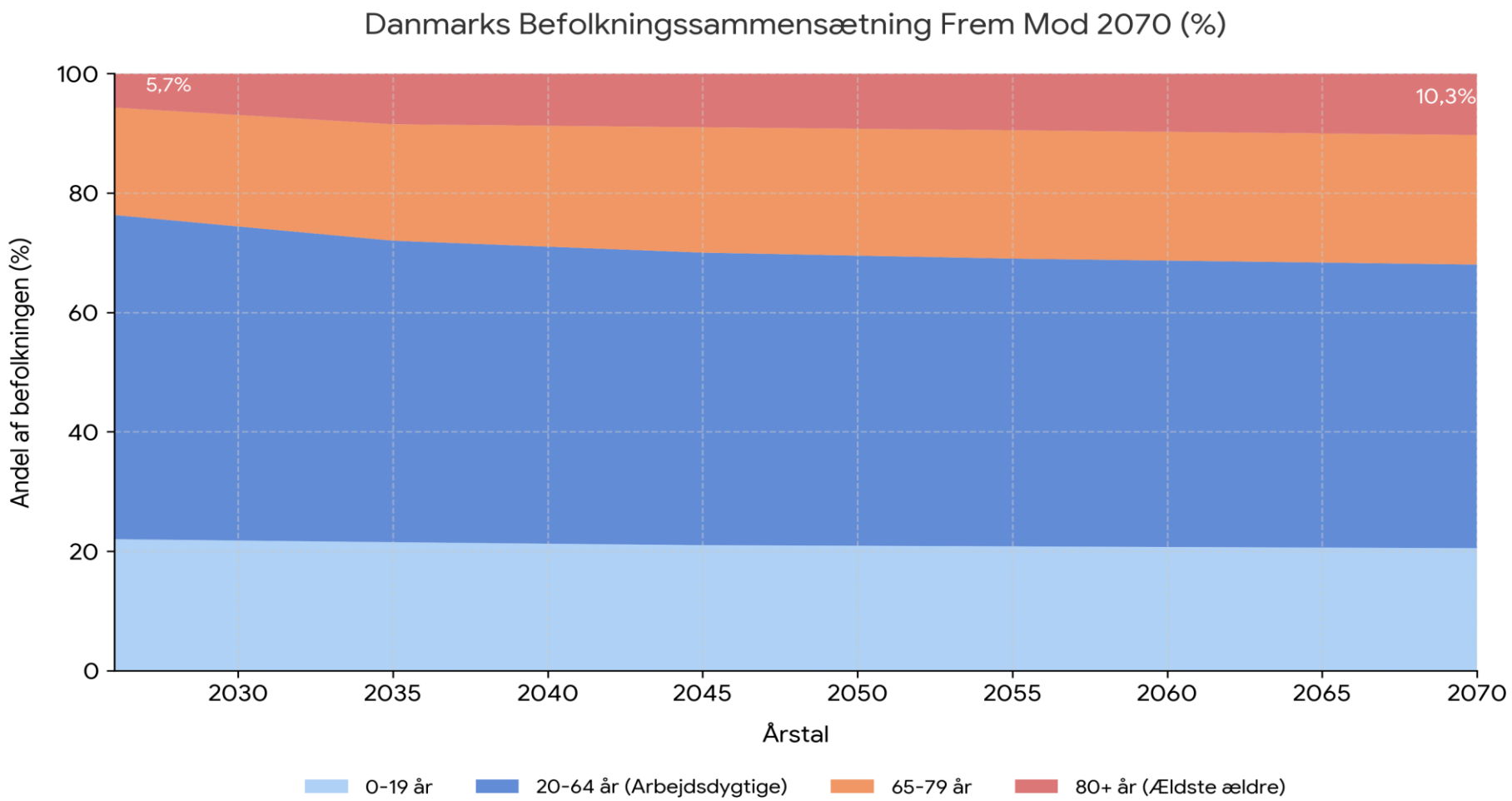
Forekomsten af multisygdom stiger med alderen

2013 data - ved 65 års alderen har mere end halvdelen af befolkningen i Region Hovedstaden multisygdom

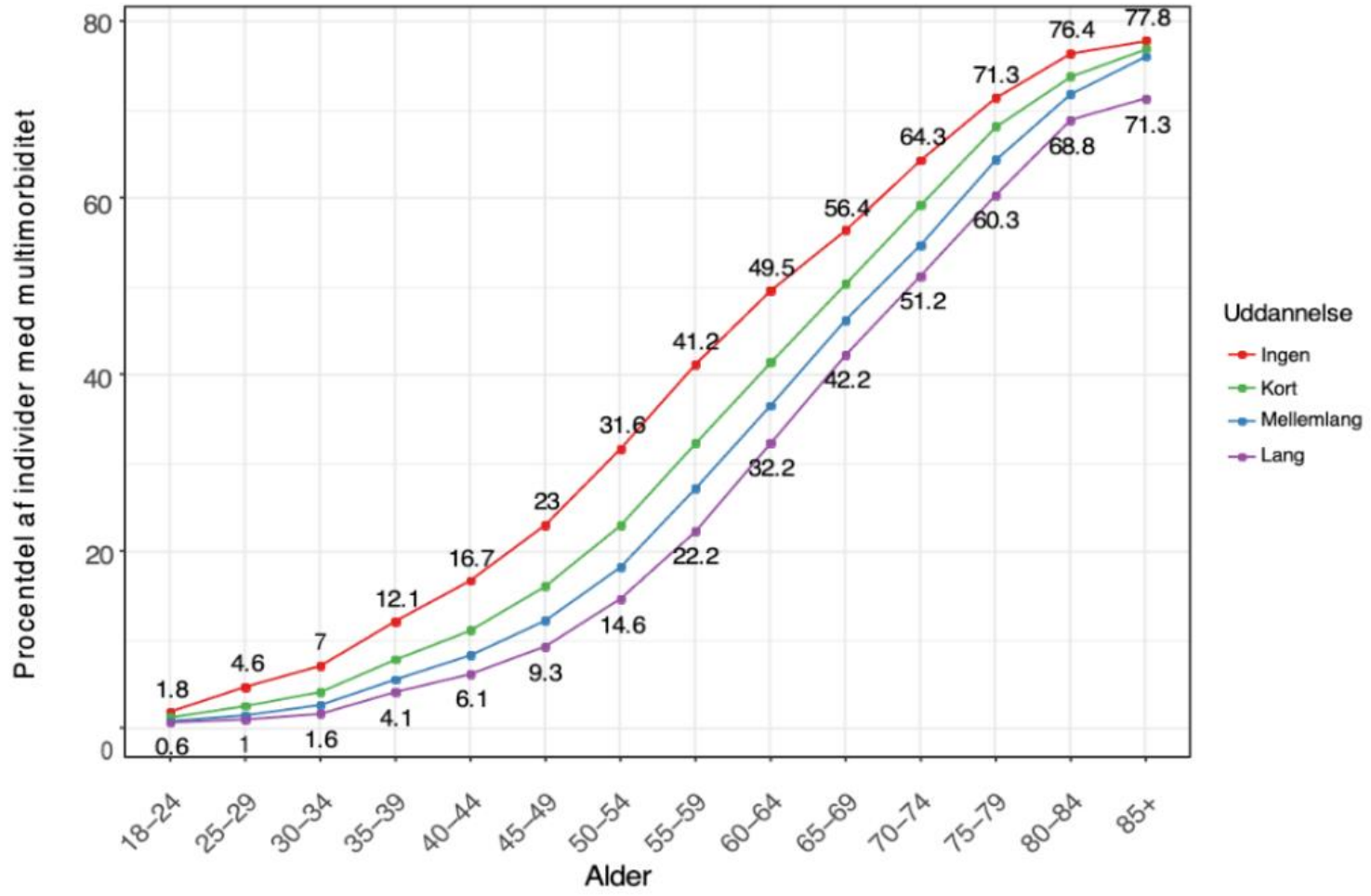


Ref: Schiøtz M, Høst D, Stockmarr A, Frølich A. 2017

Danmarks befolkningssammensætning 2020-2070

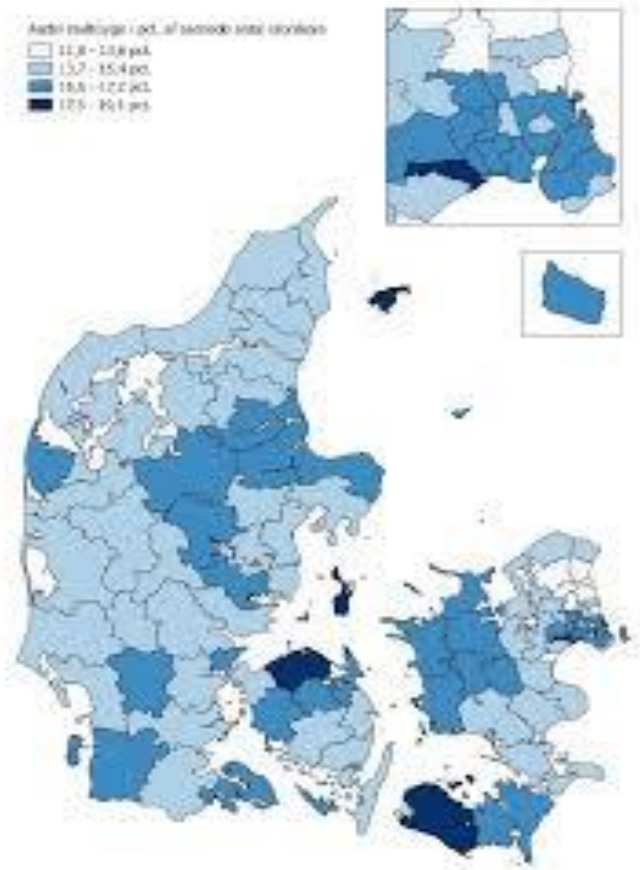


Social ulighed i multisygdom i Danmark



Multisygdoms forekomst i Danmark

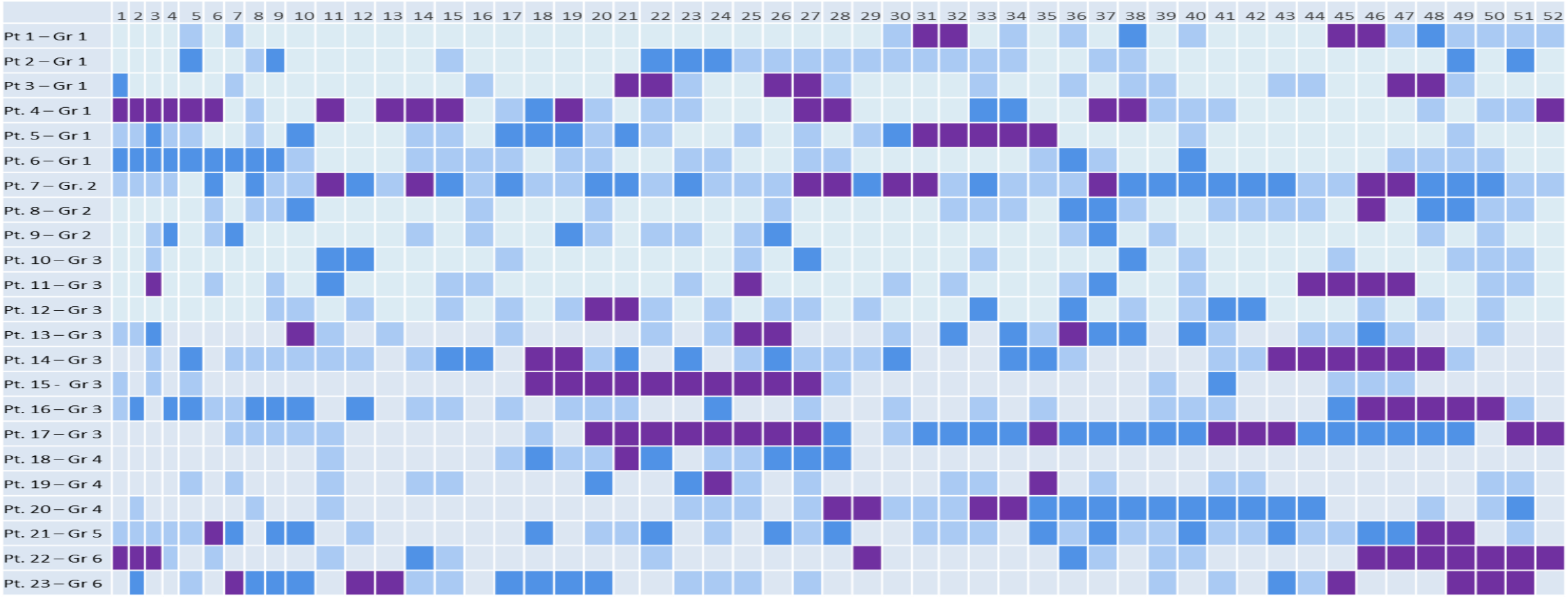
- Mellem 22-37% af den danske voksne befolkning er multisyge og dette svarer til 1,2 million voksne danskere.
- Forekomsten stiger med 1,4% om året i de næste 10 år
- Cirka 22% af patienterne med multisygdom lider af en psykiatrisk diagnose
- Patienter med multisygdom har oftere lavere sundhedsrelateret livskvalitet, nedsat fysisk kapacitet og lavere tilknytning til arbejdsmarkedet
- Omkring 1% af mennesker med kroniske sygdomme anvender 17% af de samlede sundheds-omkostninger og 5% anvender 45% sundhedsomkostninger



Patientens perspektiv

Patienten*: "Hjerte- Jens taler ikke med Lunge- Hans"*

Forbrug af sundhedsydelser over 1 år blandt 23 patienter med multimorbiditet i Region hovedstaden 2015 -Lyseblå: En kontakt per uge i almen praksis eller ambulatorium. Mellem-blå: Flere kontakter per uge i almen praksis eller ambulatorium. Lilla: Indlæggelse af en eller flere dages varighed.



Schiøtz M, Høst D, Stockmarr A, Frølich A. 2017

Hvordan er det at være patient med multisygdom i sundhedsvæsenet

Enkeltperson interviews med patienter

Patienter oplever, at den behandling, de modtog, har fokus på enkeltdiagnoser og ikke på det samlede sygdomsbillede.

Der var mange behandlere involveret i behandlingen og ofte er der ikke en sundhedsprofessionel, der koordinerer behandlingen eller tager ansvar for det samlede forløb. Dette fører ofte til manglende behandling af komplekse problemer såsom smerter og psykiske problemer. Medicineringsfejl og utilsigtede hændelser opstår. Patienterne føler gennemgående at de tabes i systemet.

Resultaterne fra interviewene peger på, at det at modtage behandling fra egen læge eller en sundhedsprofessionel fra et forebyggelsescenter og at have en læge, der koordinerer behandlingen, havde positiv indflydelse på patienters oplevelser af kontinuitet og sammenhæng i forløbene.

Patienternes forslag til fremtidige forbedringer inkluderede brug af forløbskoordinatorer, længere konsultationstider, mulighed for særlige konsultationer med fokus på opfølgning på medicin, og ændring af fokus for behandlingen fra at være sygdomscentreret til at være patientcentreret.

Schiøtz ML, Høst D, Christensen M, Domínguez HM, Hamid Y, Almind M, Sørensen KL, T Saxild, Høgsbro RH, Frølich A. Quality of care for people with multimorbidity – a case series. BMC Health Services Research (2017) 17:745. DOI 10.1186/s12913-017-2724-z.

Patienters erfaringer med polyfarmaci

En litteraturgennemgang af kvalitative studier

Resultater fra en systematisk litteratur gennemgang rettet mod kvalitative af studier omhandlende patienters erfaringer med polyfarmaci fandt 1.348 artikler. 11 studier blev inkluderet omfattende 451 patienter. Fem hovedområder med betydning for patienter med polyfarmaci blev identificeret:

1. Patienterne er en heterogen gruppe i forhold til deres behov for information

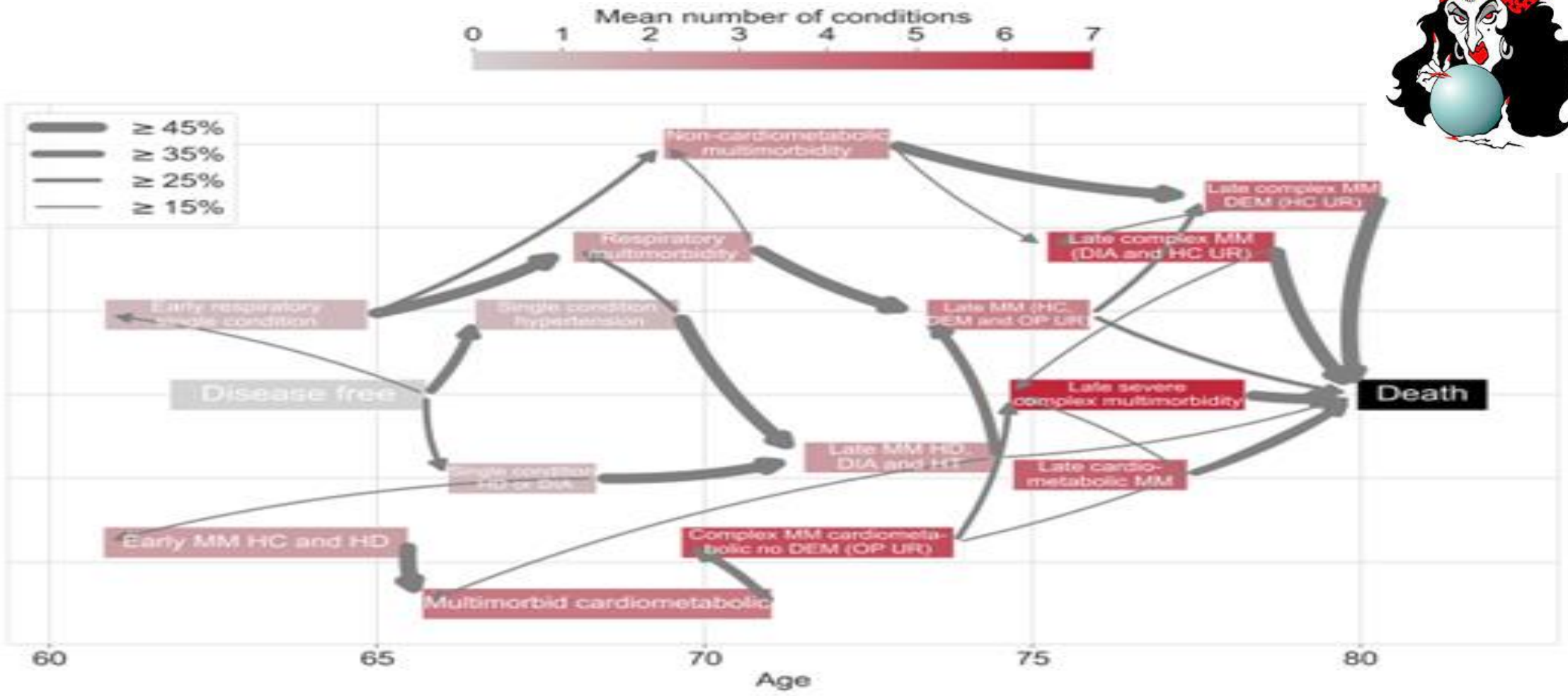
2. Patienterne er opmærksomme på vigtigheden af medicinindtagelse

3. Beslutningstagning vedrørende medicinering er kompleks

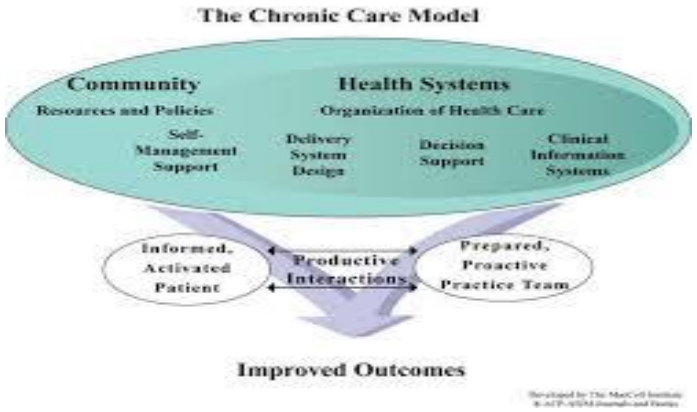
4. Der er mange faktorer i spil ved kommunikationen mellem patient og læge og disse faktorer er centrale i forhold til en åben og tryg dialog

5. Polyfarmaci påvirker patienternes liv og deres selvopfattelse og er ikke kun en praktisk udfordring i forhold til at tage medicinen.

Naturhistorien" for hjertekarsygdom og andre samtidige kroniske sygdomme



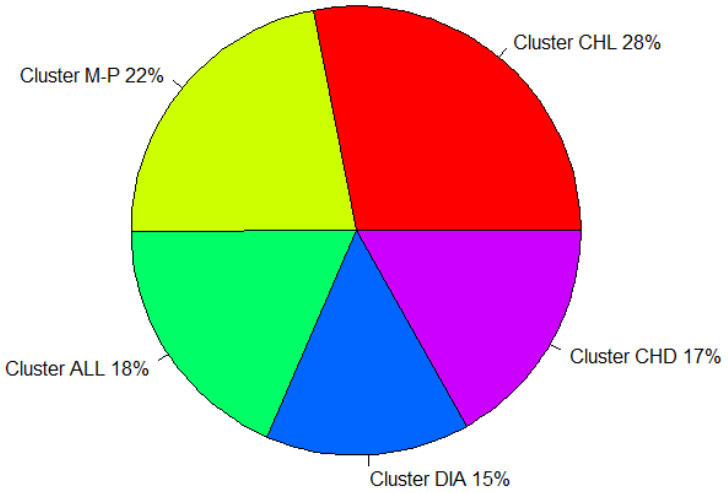
Hvad skal vi gøre ved disse ofte komplicerede patientforløb for komplekse kroniske tilstande?



Faktorer med betydning for at skabe sammenhængende patientforløb

- IT-systemer skal kunne kommunikere og udveksle data hænger ikke sammen
- Organisatoriske kulturer og ledelser deler værdier og mål
- Procedurer, aktiviteter og incitamenter der støtter samarbejde
- Kliniske tværsektorielle teams
- Uddannelsestilbud på tværs
- Finansielle incitamenter skal være sammenhængende
- Enighed om kvalitetsudvikling
- Patientfokus

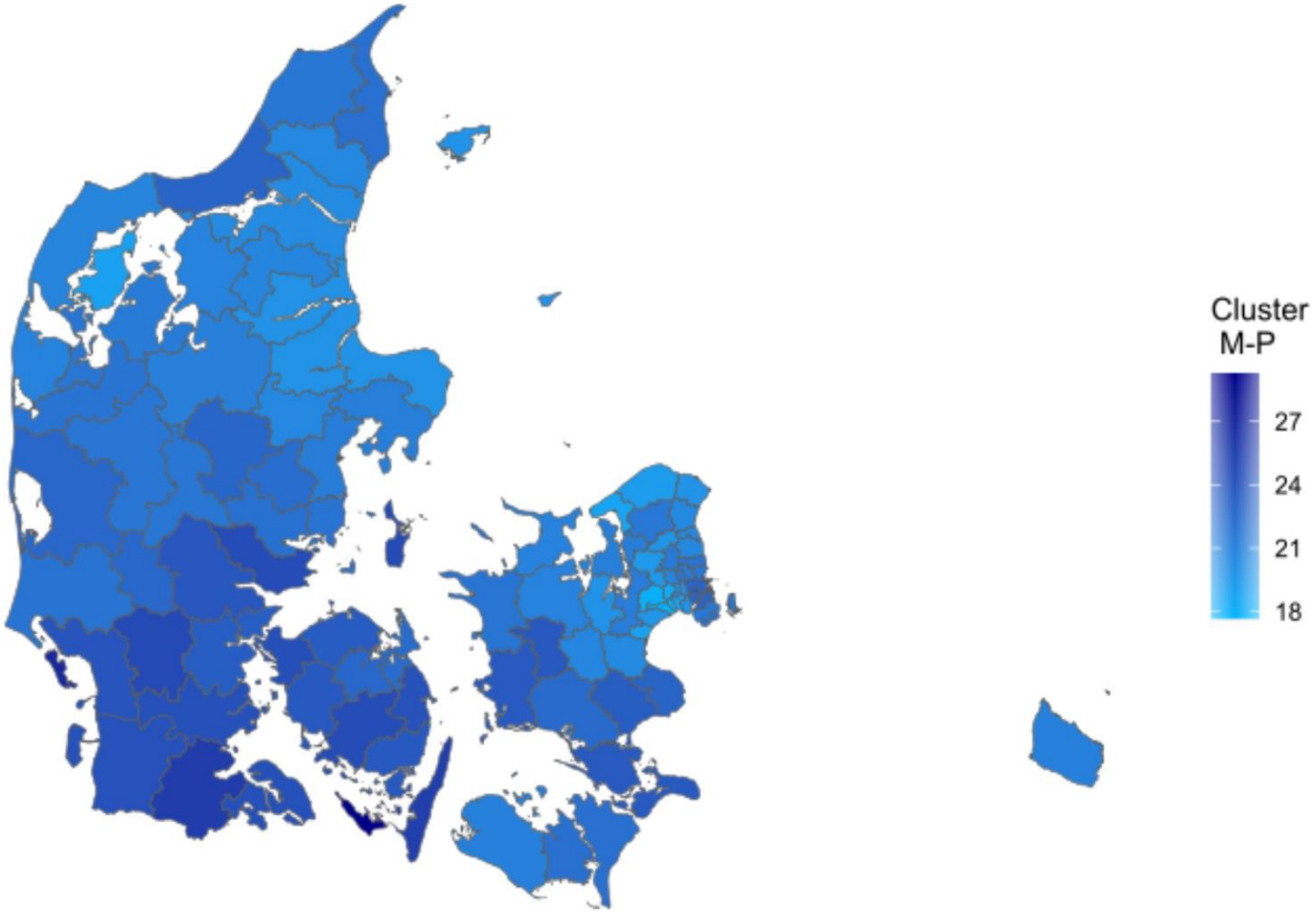
5 Clustre af tværsnits data fra 1.137.072 multisyge voksne danskere



- **Cluster All : Allergier**, COPD.
- **Cluster M-P :** Muskuloskeletale og Psykiatriske sygdomme
- **Cluster CHL : Hyperkolesterolemi**, Stroke; **ingen Diabetes**, **ingen hjertesygdom**
- **Cluster DIA : Diabetes**, **ingen Hjertesygdom**
- **Cluster CHD: Hjertesygdom**, ofte Diabetes

Stockmarr & Frølich 2024

Muskuloskeletale–psykiatriske cluster i Danmark



Vidensmæssigt er vi i uopdyrket land og vi har kun få landkort (guidelines) til at vise os vejen for de multisyge patienter

Behandling og pleje på evidensbaseret grundlag kræver viden – viden findes kun sparsomt

Guidelines vides at fremme kvaliteten - Der findes kun meget få guidelines for multisygdom

I et review af diabetes guidelines fandtes i tidsperioden 2006-2012, 28 anvendelige guidelines og af disse omtalte kun 1/3 multimorbiditet og kun sporadisk

Svært at måle processer og resultater af de sundhedsfaglige indsatser for multisyge - hvad skal måles?

Definitioner mangler; co-morbiditet, komplekse patienter, svage patienter, vulnerable patienter – patientgruppen er karakteriseret ved at være yderst heterogen!

Tak til 'Analytics in Multimorbidity' gruppen:

- Anne Frølich, Videns- og Forskningscenter for Multisygdom, KU

- Ove Andersen, Hvidovre Hospital.

- Nikolaj Holm, DTU/Hvidovre Hospital/ Videns- og Forskningscenter for Multisygdom og Kronisk Sygdom

- Anders Stockmarr, Compute, DTU

Polyfarmaci ved multisygdom

- Polyfarmaci er en direkte konsekvens af flere samtidige lidelser, multisygdom. En grænse på ≥5 lægemidler er vist, at kunne identificere ældre, hjemmeboende medicinske patienter, der har høj risiko for at få forskellige ikke-favorable tilstande
- Polyfarmaci hos ældre medicinske patienter er stærkt associeret med en øget risiko for død, lægemiddelrelaterede hospitalsindlæggelser, skadestuebesøg og en større økonomisk byrde for samfundet
- Polyfarmaci ofte opstår på baggrund af lægemiddelbehandling, hvor hvert lægemiddel hver for sig kan være velindiceret inden for isolerede terapiområder
- Der er stort set ingen lægemidler, hvor effekt-bivirkningsforholdet hos ældre, polymedicinerede og patienter med multisygdom er undersøgt.
- De fleste kliniske behandlingsvejledninger italesætter ikke den manglende evidens i forhold til ældre multisyge patienter.