

DIABETES OG MULTISYGDOM

Anne Jung

Speciallæge i intern medicin:geriatri

Overlæge i Akutafdelingen Holbæk Sygehus

Formand for Dansk Selskab for Multisygdom og Polyfarmaci

BEGREBET MULTISYGDOM

Definition

Hyppighed

Den multisyges perspektiv

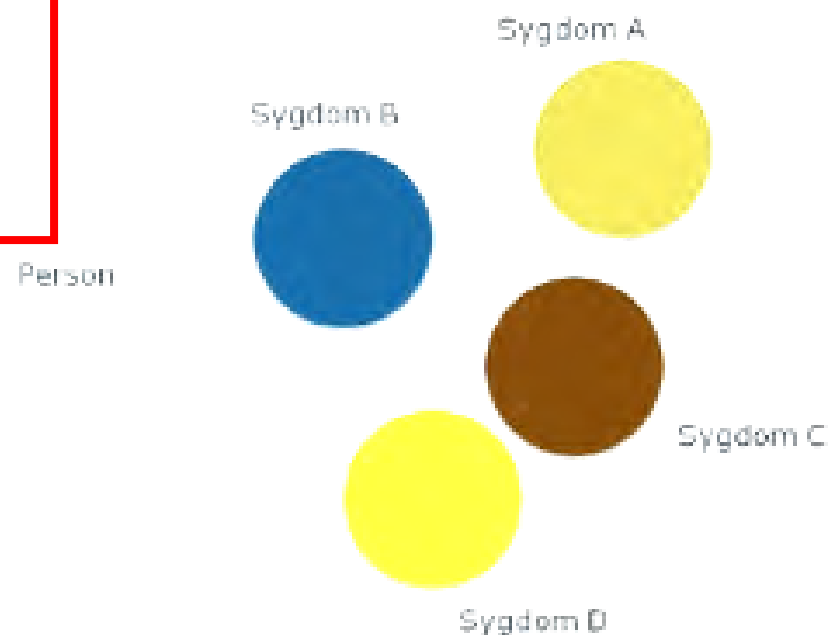


1. Baggrund og begreber

Formålet med dette modul er at bringe fokus på de udfordringer og løsningsmuligheder, der eksisterer i relation til multisygdom med henblik på, at multisygdom inddrages i forløbsprogrammerne på en måde, der bedst muligt understøtter sammenhæng og kvalitet i patientforløbene. Det er relevant at beskrive multisygdom i alle forløbsprogrammer. Det er forholdsvis nyt at arbejde systematisk og ensartet med multisygdom i den sammenhæng, og derfor er det væsentligt at kommende erfaringer deles.

Multisygdom er defineret som: Samtidig optræden af to eller flere kroniske sygdomme hos en person, hvor én sygdom ikke nødvendigvis er mere central end de andre.²⁶

Sundhedsstyrelsen anvender begrebet *multisygdom* i den generiske model med henblik på at tilstræbe en bred faglig tilgang til forløbsprogrammerne.



BEGREBET MULTISYGDOM

Definition

Hyppighed

Den multisyges perspektiv

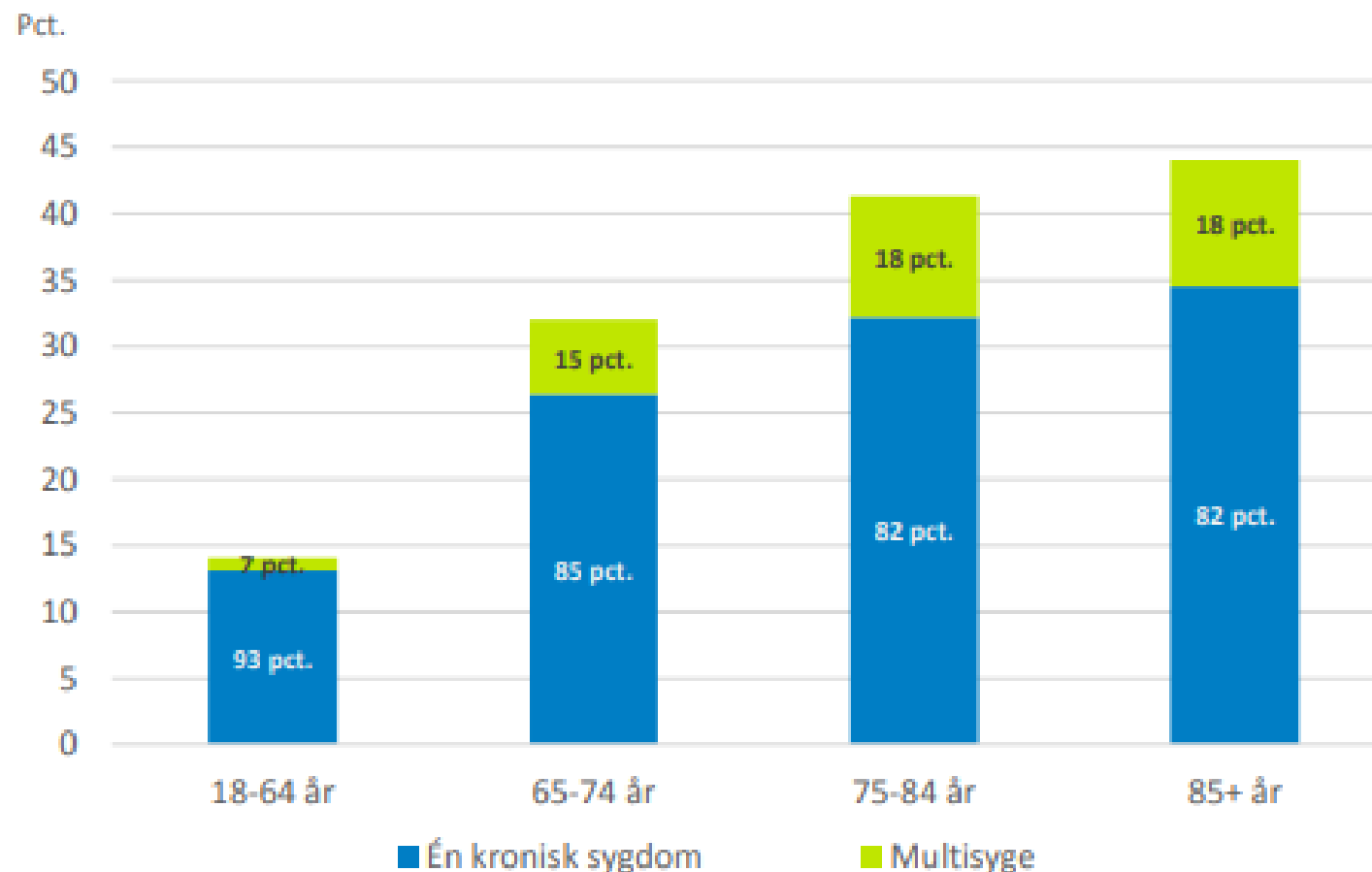
Multisygdom er almindeligt

- Borgere med multisygdom.
- Sundhedsdatastyrelsen, juni 2018
- 2017 – data, opdateret 2020

Juni 2018

Borgere med
multisygdom

Figur 4 Andel voksne med udvalgte kroniske sygdomme fordelt efter alder



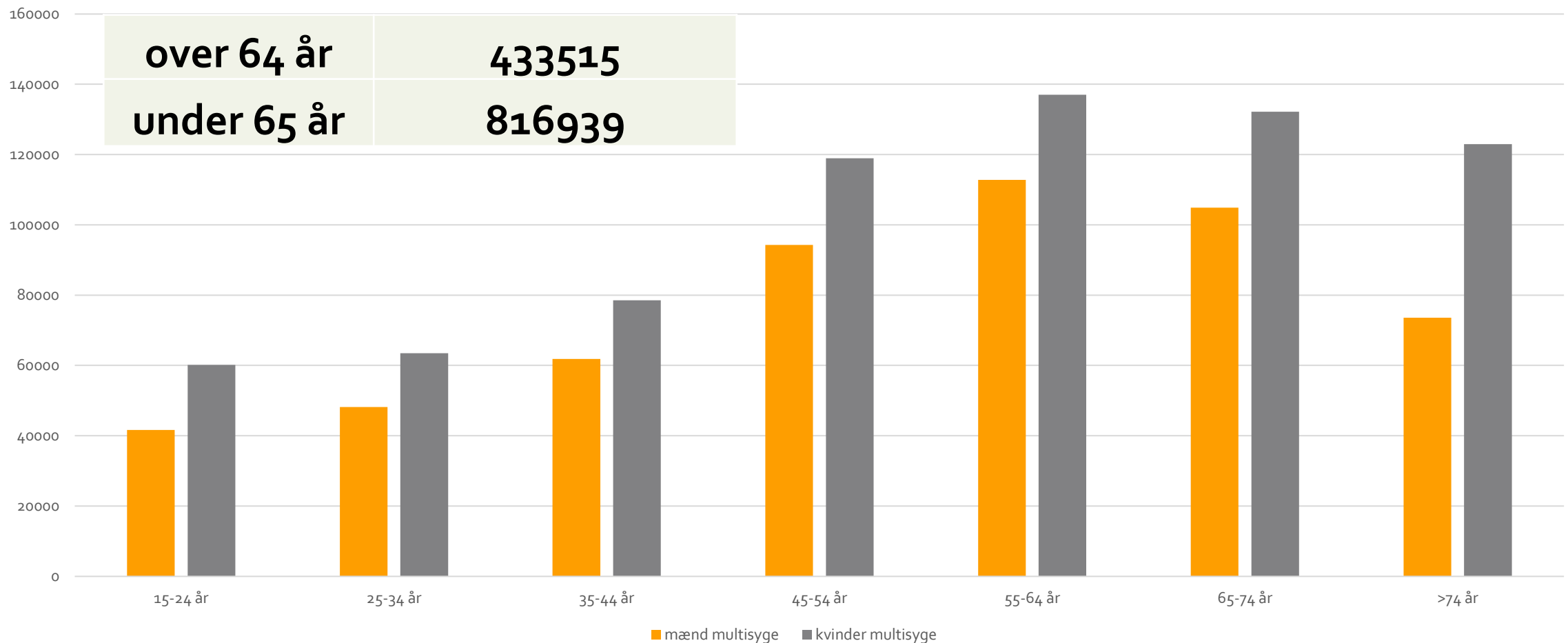
Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2017) (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: RUKS er et dynamisk register. Dvs. det ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Det gælder også opgørelser tilbage i tid. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opdateringstidspunkt.

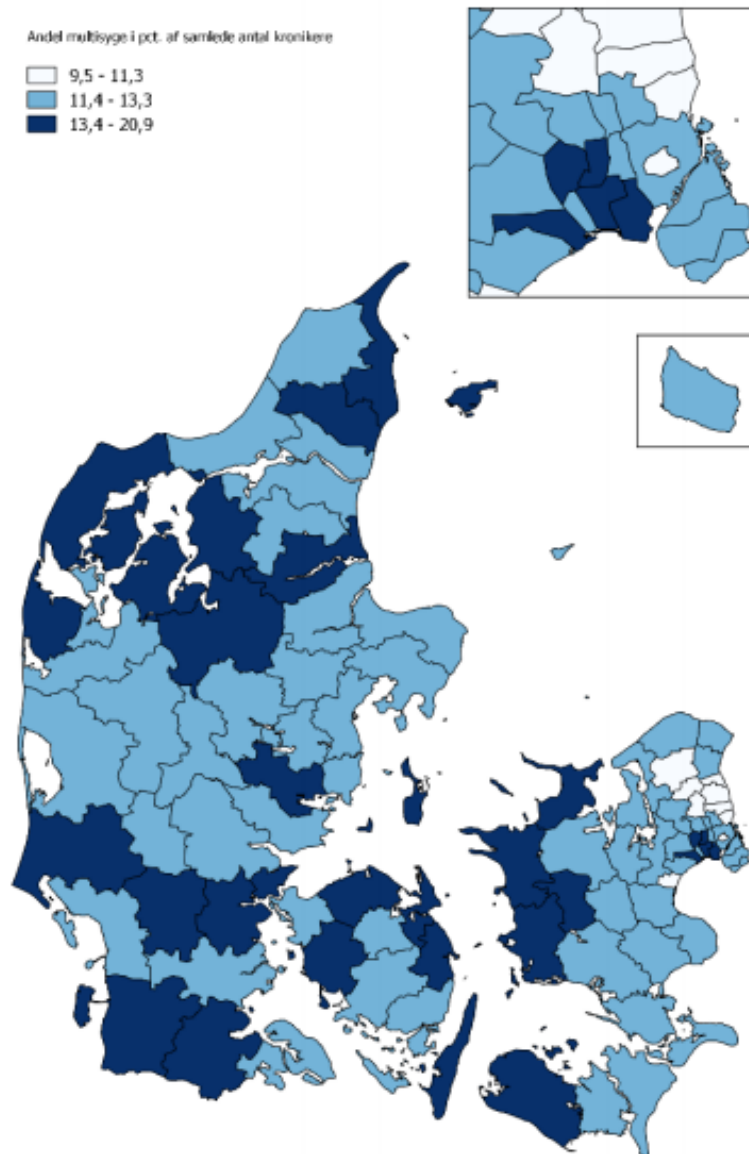
Figur 4 Borgere med multisygdom. Sundhedsdatastyrelsen, juni 2018

Udvalgte kroniske sygdomme, herunder diabetes, hjertesygdomme og astma. Tal vist i pct. af kronikere.

Kilde: Den nationale sundhedsprofil 2017 og Danmarks statistik



Figur 6 Andel multisyge ift. samlede antal voksne med kronisk sygdom fordelt efter kommune



Borgere med
multisygdom.
Sundhedsdata-
styrelsen, juni 2018

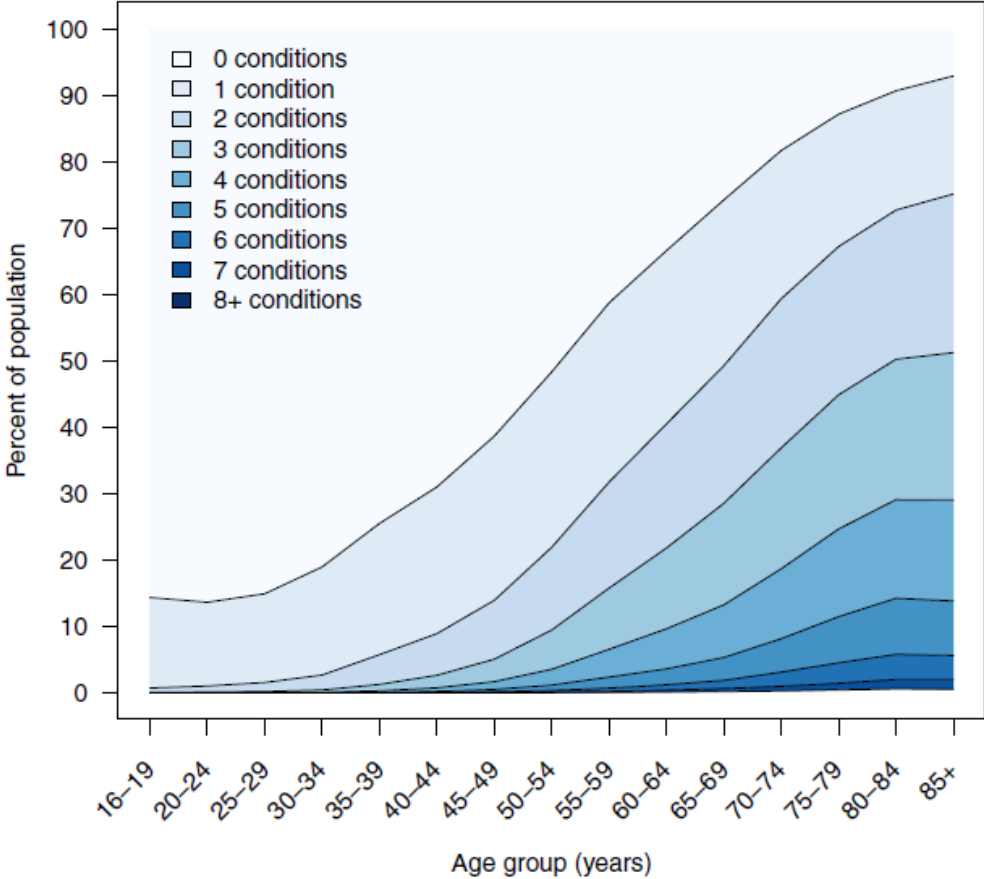


Fig. 1 Number of chronic conditions by age group

BEGREBET MULTISYGDOM

Definition

Hyppighed

Den multisyges perspektiv

Udfordringer i sundhedssystemet for alle Multisyge

- Har mange lægekontakter
- I flere specialer
- På flere matrikler

- Alle specialer lægger en plan,
- Og iværksætter deres egen standard behandling

- Egen læge blande sig ikke i medicin, der styres via et ambulatorium

- Hvem har overblikket ?

Særlige udfordringer for særlige multisyge

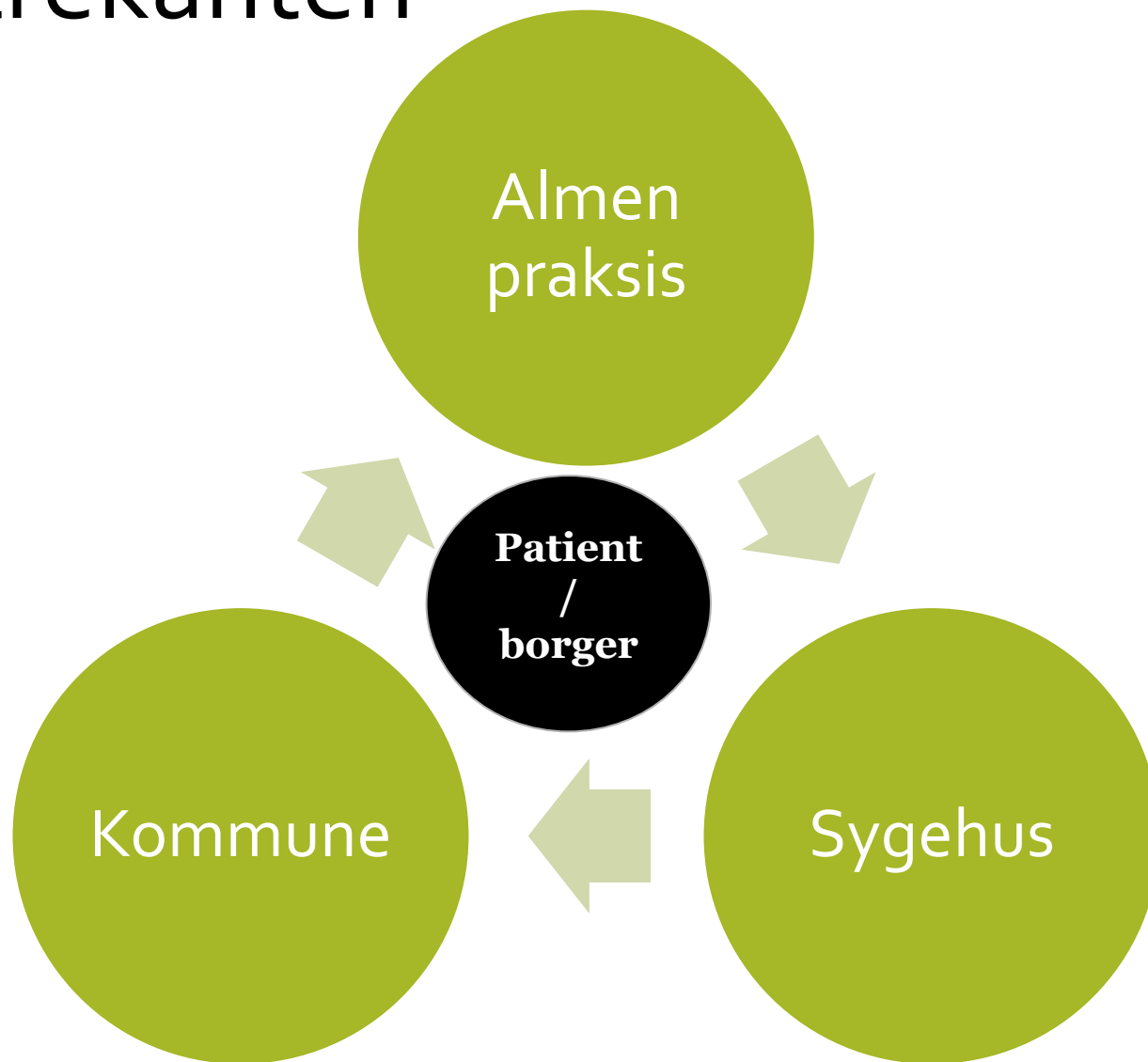
For yngre multisyge

- Kommunalt – mange forvaltninger – mange møder
- Erhvervsaktive
- Forsørgere

For ældre multisyge

- Mange bor alene, eller med skrøbelig ægtefælle
- Afstand til Pårørende
- Afstand til indkøb og læge
- Har ikke længere kørekort
- Hyppigt behov for hjælp fra kommunen

Bermuda trekant



Borgeren i centrum



Tak for lån til Holbæk
Kommune

Delkonklusion: Multisygdom

- En kendsgerning for 20-30% af den voksne befolkning
- Social ulighed : >65-årige blandt stærke er $\frac{1}{2}$ multisyge, blandt svage $\frac{2}{3}$
- Øger presset på sundhedsvæsenet
- Stor belastning for den person, der er ramt
- Rammer socialt og geografisk skævt
- Prognosen for multisyge er ringere ved lav social position
- De komplekse behov multisyge har tilgodeses ikke i det meget specialeopdelte sundhedsvæsen

ANDRE UDFORDRINGER

e

Raskes forventninger

- Raske velfungerende personer i centraladministration og på Christiansborg beslutter sygehus – strukturer
 - Ud fra egne forventninger om hvordan de gerne opleve sygehuset
 - Med vægt på ligeværdige partnerskaber
 - Og frit valg

Stærke patientgrupper

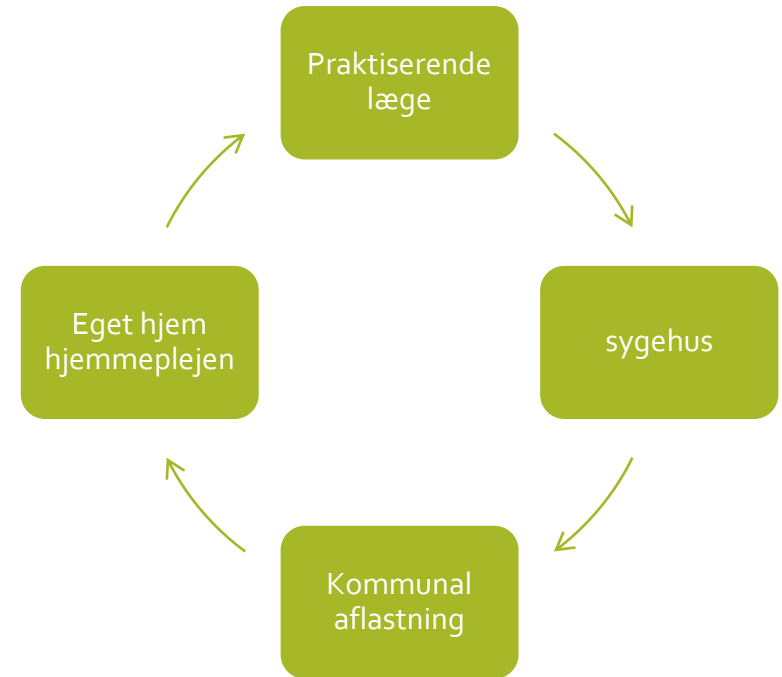
- Hjertepatienter
- Kræftpatienter
- Fødende

Databeskyttelse

- Stafetten, der gives videre, kræver kommunikation

Men vi har

- IKKE fælles journaler
- Elektronisk kommunikation med udfordringer
- Regler om hvem, der må informere
- Begrænsninger på hvem der må vide hvad



Udfordringer for den multisyge patient

Patientens særlige udfordringer

- **Multisygdom**
- **Behov for viden, sammenhæng og koordinering**

Systemets særlige udfordring

- **Specialisering**
- **Forløbsprogrammer**
- **Silo organisering**
- **Databeskyttelses-regler**
- **Behandling samlet et sted i regionen**

Patienten/borgeren har brug for

- Sammenhæng og koordinering
- Fælles viden på tværs af sektorerne
- Én samlet fælles plan for den enkelte patient
- Fælles tænkning fremfor silo-organisering
- Med udgangspunkt i patientens problem



Hvad taler vi om, når vi taler om de
multisyge?

Inddeling af multisyge

- Yngre multisyge (<65 år)
 - Kun multisyge (flest)
 - Frail
- Ældre multisyge
 - Kun multisyge (flest)
 - Frail/geriatiske
- Plejhjemsbeboere (palliative multisyge)
- Psykisk syge med somatisk sygdom
- Kompleks autoimmune patienter
- Genetisk betinget multisygdom – problem for voksne, især hvis diagnosticeret som voksen (VEXAS syndrom)

clusterinddeling

- Cluster kolesterol- højt kolesterol og ingen hjertesygdom eller diabetes
- Cluster osteoporose-osteoporose og depression
- Cluster allergi
- Cluster diabetes – diabetes og ingen kronisk hjertesygdom
- Cluster hjertesygdom – kronisk hjertesygdom

ULIGHED I SUNDHED

BNP pr. indbygger i forhold til EU-gennemsnittet, fordelt på regioner

2013-tal

Nr.	Region	Land	%
1	Inner London	Storbritannien	325
2	Luxembourg	Luxembourg	258
3	Région de Bruxelles-Capitale / Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Belgien	207
4	Hamburg	Tyskland	195
5	Groningen	Holland	187
17	Hovedstaden	Danmark	155
66	Midtjylland	Danmark	113
72	Syddanmark	Danmark	111
86	Nordjylland	Danmark	107
	Gennemsnit for de 28 EU-lande		100
146	Sjælland	Danmark	87
269	Nord-Est	Rumænien	34
270	Yuzhen tsentralen	Bulgarien	32
271	Severen tsentralen	Bulgarien	31
272	Severozapaden	Bulgarien	30
273	Mayotte (del af EU fra 01.01.2014)	Frankrig	27

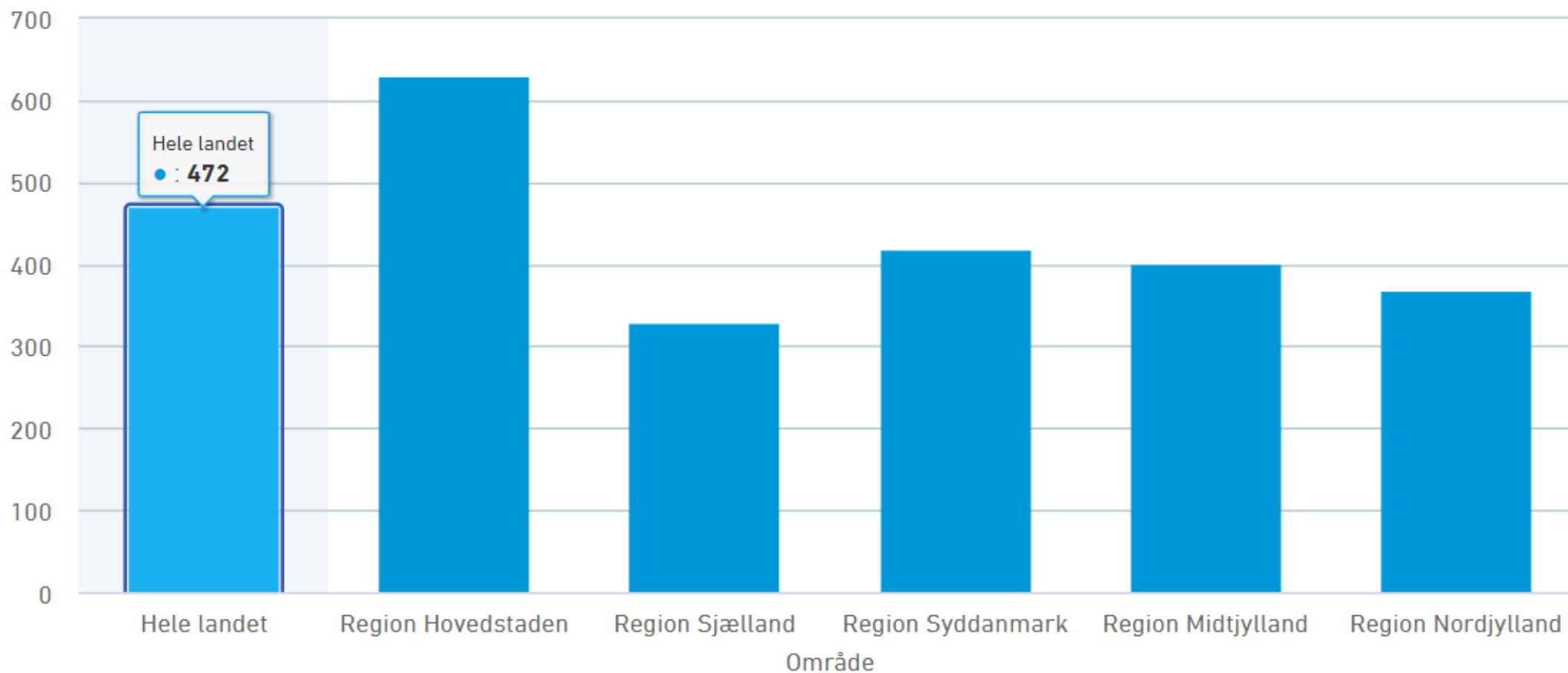
Note: BNP pr. indbygger er målt ved hjælp af PPS (purchasing power standard), der gør det muligt at sammenligne indkomstniveauet i de enkelte EU-regioner. PPS (Purchasing Power Standard) er en såkaldt kunstig valuta, der tager højde for de prisforskelle, der ikke afspejles i valutakurserne

Kilde: Momentum på baggrund af Eurostat

1-2.1.1 Produktion, BNP og indkomstdannelse

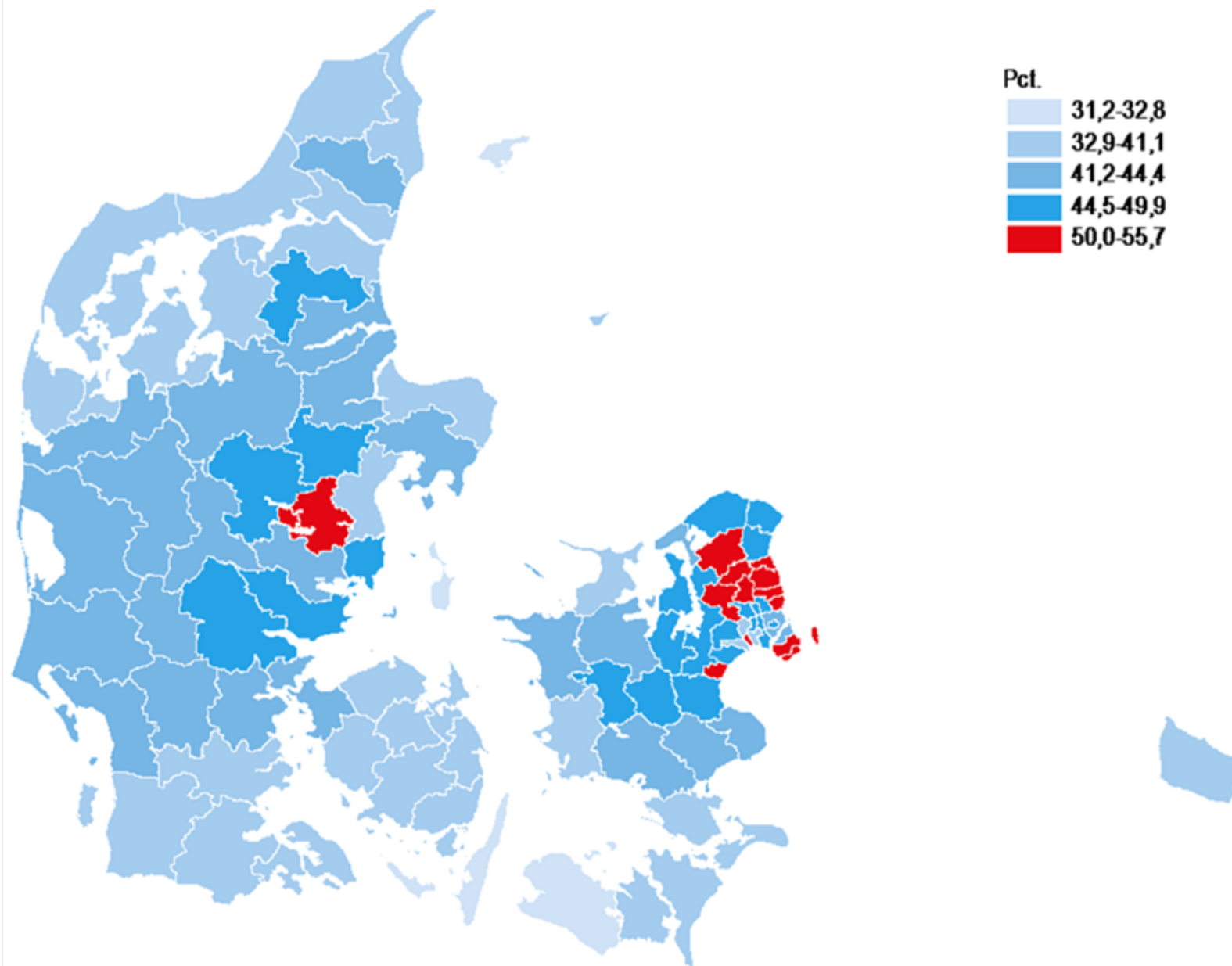


Prisenhed: Pr. indbygger, løbende priser, (1000 kr.) | Transaktion: B.1*g Bruttonationalprodukt, BNP | Tid: 2023:



[Hent flere tal i Statistikbanken om 1-2.1.1 Produktion, BNP og indkomstdannelse \(NRHP\)](#)

Andel personer over 14 år med en A-indkomst over landsgennemsnittet fordelt på kommuner. 2017



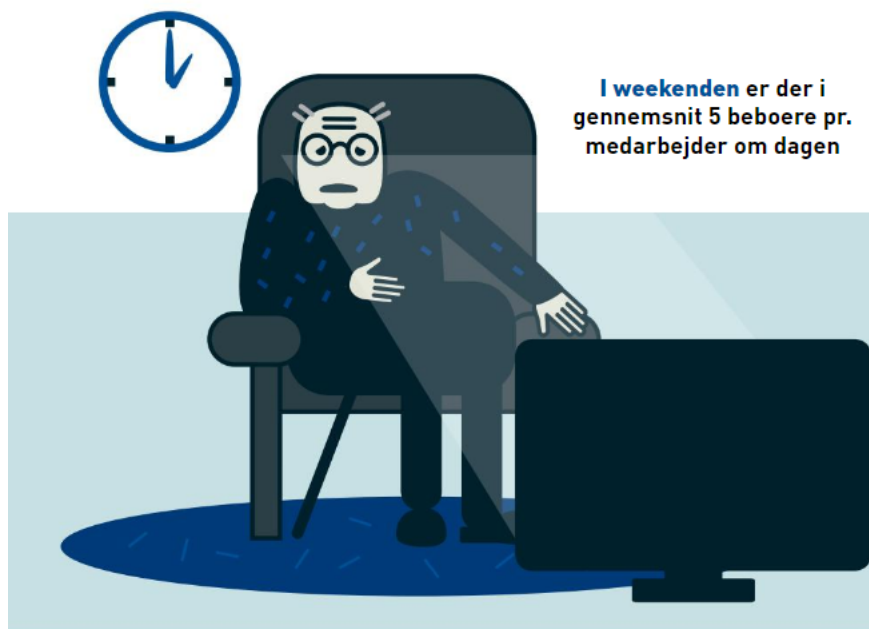
© Geodatastyrelsen

Anm.: Indkomstopgørelsen omfatter personer, der har bopæl i Danmark hele året, og som er over 14 år ved årets udgang.

Dit postnummer afgør omfang af pleje og omsorg

Bemandingen på landets plejehjem svinger ekstremt. Behovet for ansatte er ikke fulgt med udviklingen

Af Stig Andersen Illustration Ældre Sagen



I weekenden er der i gennemsnit 5 beboere pr. medarbejder om dagen

En undersøgelse fra FOA og Ældre Sagen viser, at der på ét plejehjem kan være én nattevagt til seks plejehjembeboere, mens der på et andet plejehjem kan være 42 beboere, som én nattevagt har ansvaret for.

Også fra kommune til kommune svinger bemandingen markant. I nogle kommuner er der i gennemsnit én nattevagt til 12 beboere. I andre kommuner er antallet af beboere oppe på 34 beboere til én nattevagt.

I gennemsnit er der ifølge undersøgelsen én nattevagt til cirka 20 plejehjemsbeboere. Tallene er dog behæftet med nogen usikkerhed, da ikke alle kommuner og plejehjem har svaret på undersøgelsens spørgsmål.

Rene opbevaringsanstalter

"Undersøgelsen er rystende," sagde Ældre Sagens direktør, Bjarne Hastrup, til DRs 21Søndag, da den blev offentliggjort.

"Vi er bange for, at der er mange ældre borgere, som ikke får en

værdig pleje. Det kan godt være, at mange kommuner er nødt til at spare, men konsekvensen bliver, at plejehjemmene bliver rene opbevaringsanstalter. Vi ved, at der i fremtiden vil komme flere mennesker med en demenssygdom på plejehjemmene, så opgaven bliver større og større. Hvis vi ikke finder et ordentligt, værdigt og ansvarligt plejeniveau i dag, så bliver det bare endnu mere uoverskueligt i fremtiden," siger Bjarne Hastrup.

Heller ikke den ansvarlige for plejehjemsområdet i Ældre Sagen, Anna Wilroth, er i tvivl om, at undersøgelsen dokumenterer, at det er alt for mange steder, plejehjemsbeboernes velfærd ikke prioriteres.

"Personaletallet har slet ikke fulgt med beboersammensætningen på plejehjemmene," siger Anna Wilroth. "De seneste 10-15 år er plejehjemsbeboernes helbredstilstand blevet dårligere. Langt de fleste plejehjemsbeboere lider af demensudover en række andre sygdomme,

fx KOL eller diabetes, og har desuden et højt medicinforbrug."

"Desuden har kommunerne siden kommunesammenlægningerne overtaget flere opgaver, som tidligere lå hos sygehusene, og indlæggelsestiderne på sygehusene er blevet væsentlig kortere. Så sygdomsbilledet hos ældre, der bliver udskrevet, er et helt andet i dag. Det kræver meget af plejehjemspersonalet, men bemandingen er slet ikke fulgt med udviklingen," siger Anna Wilroth.

Uansvarligt for alle

I gennemsnit er der 20,4 beboere pr. ansat om natten. Er det ansvarligt?

"Det er gennemsnitstal, og der er store forskelle fra plejehjem til plejehjem. Der er også forskel på beboere på plejehjemmene. Har man fx en demenssygdom, hvad de fleste plejehjembeboere har i dag, så kan man have en tendens til at vende op og ned på døgnen. Der kan også være beboere, som falder ud af sengen, eller beboere, som er døende. ➔



Om natten er der i gennemsnit 20 beboere pr. medarbejder



Derfor kan der gå lang tid, før hjælpen kommer

Dennis 46-årig med multimorbiditet og polyfarmaci

- Adipositas gennem hele livet, men fysisk aktiv med bordtennis på relativt højt niveau indtil for 2 år siden. Vægt 138 kg, højde 172 cm, BMI 46,6. Vægtøgning grundet prednisolonbehandling.
- T2D med comorbiditet, bla perifer polyneuropati. T2D dysreguleret grundet prednisolonbehandling for polymyalgi?
- Hypertension Døgn BT 106/81, puls 91
- Dyspnø, aldrig ryger
- Rygsmerter, røntgen med degenerative forandringer

- Nedsat nyrefunktion GFR 45 renografi: bilat let nedsat funktion
- Polymyalgi. Udredt først hos privatpraktiserende reumatolog. Kun let CRP forhøjelse på 19 (adipositas?) og ringe effekt af prednisolon, hvorfor han henvises til reumatologisk afdeling. Sættes i behandling med lefunomid (Arava)
- Anæmi (hgb 6.1), en kombination af kronisk sygdom og jernmangelanæmi. Svinder efter seponering af Arava og ordination af iv jern behandling. Havde da haft anæmi i 3 år. Gastro og kolskopi ia
- Fald (ophørte, da pt BT blev reguleret)

- Magnyl 75 mg
- Atorvastatin 40 mg
- Pulmicort turbohaler x 2
- Baklofen 10 mgx3
- Cymbalta 90 mg
- Vitamin D3 25 mikg
- Movicol
- Panodil 665 mg 2x3
- Palexia depot50 mgx3
- Temgesic 0,6 mgx3
- Enalapril 10 mg

- Dermovat creme x2
- Omeprazol 20 mg
- Unikalk Fx1
- Jern Cx2
- Gabapentin 600 mgx3
- Metformin 500 mgx2
- Furix 40 mg
- Kaleorid 750 mg
- Ancozan comp 100+25
- Ventoline pn
- Bydureon 2 mg/uge (GLP-1)
- Arava 20mgx1

Fra smerteklinikken henvist til

1. nefrologisk afdeling grundet nedsat nyrefunktion og anæmi. Blev udredt for nyresygdom, ej befundet. Anæmi ikke nævnt i udredningen
2. endokronologisk afdeling grundet dysreguleret T2D og anæmi. Fik optimeret sin diabetesbehandling. Anæmi ikke nævnt i udredningen
3. reumatologisk afdeling grundet anæmi, da anæmi er beskrevet som bivirkning til Arava. Det i henvisningen bliver nævnt, at diagnosen PMR burde revurderes, da pt. smerter kunne være på baggrund af degenerative forandringer og diabetisk polyneuropati, og da CRP ikke havde været højere end 19, hvilket kunne være grundet adipositas. Arava seponeres og pt sættes igen i prednisolonbehandling, som dog seponeres i smerteklinikken. Ingen kommentar til spørgsmål om diagnosen.

HVAD SKAL DER TIL?

Noget om problemstørrelse, indsats og forskning

Skotsk registerstudie

- Barnett K. et al: Epidemiology of Multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012
- 1.752 mill skotter, 42.2% havde 1 kronisk sygdom, 23.2% havde 2 eller flere
- Incidensen stiger med alder, men i absolutte tal er der flest < 65 år
- Socialt udsatte havde debut 10-15 år tidligere og ofte både psykiske og fysiske kroniske sygdomme

UK Biobank 493737 deltagere

Peter Hanlon et al: Frailty and pre-frailty in middle-aged and older adults

Lancet june 2018 – brugte Fried et al

Frailty:

72% af frail er multisyge mens kun 7 % af multisyge er frail

42% af frail er socioøkonomisk svært belastede

Frailty er associeret med øget mortalitet

Det anbefales at udvælge dem med størst klinisk behov for at mindske ulighed. Frailty vurdering kan hjælpe med at identificere højrisikogrupper

Stor association med diabetes og KOL

Konklusion:

- Frailty er associeret med højere mortalitet
- Måling af frailty kan (måske) hjælpe med at identificere højrisiko multimorbide patienter (stratificering)
- Der er stor association mellem frailty, socioøkonomisk fattigdom og multisygdom

Fra 1. januar bør alle +80-årige, der indlægges, registreres med Clinical Frailty Scale og indrapporteres til "Danfrail" under RKKP

- Clinical Frailty Scale er en 9-trins skala baseret på den ældres aktivitets- og funktionsniveau. Skalaen går fra 'Meget god form' over 'Lever med mild skrøbelighed' til 'Uhelbredeligt syg, nærmer sig livets afslutning'.
- Udviklet af Professor Rockwood fra Dalhousie University

Hvad ved vi og hvad ved vi ikke om de multisyge patienter/PRO

Patient-reported outcomes in multimorbidity intervention research: A scoping review, Maxime Sasseville et al, International Journal of Nursing Studies 2018

- Gennemgang af 22 studier med 56 PROs
- PRO er oplysninger fra patienterne uden indblanding fra klinikere

Hvad fandt hun:

- Heterogeniciteten i valg af outcome mål brugt i MM interventions studier medfører, der ikke er megen evidens
- Det vil sige, at der ikke er evidens til at understøtte klinisk implementation

Udtalelse fra artikel:

- Man antager at mennesker med multisygdom står med samme opgaver og tovholderfunktion uanset sammensætning af sygdomme
- Der er synlig påvirkning af mennesker med multisygdom ifa ringe QOL, funktionstab, psykisk stress, poly-farmaci og bivirkninger
- Sygeplejeforskning er velegnet til varetage udfordringerne i multisygdom, da de fungerer på alle planer af sundhedssystemet og har en holistisk tilgang som underliggende filosofi

A Core Outcome Set for Multimorbidity Research. S.Smidt 2018 Delfi-metode

26 forskere fra 13 lande 2 runder: Final 17- outcome

Health related QOL

Mental health

Mortality

Treatment burden

Self-rated health

Self-management behaviour

Self-efficacy adherence

ADL

Physical function

Physical activity

Communication

Shared decision making

Prioritization

Health care use

Cost

Adherence

Patient-rated QOHC

Behandlingsbyrde bør inkluderes i kliniske retningslinier

Claudia Dobler and colleagues: treatment burden should be included in clinical practice guidelines . An analysis.

Behandlingsbyrde er arbejdet relateret til sundhedsvæsenet og dennes effekt på patienten funktion og velbefindende

3 kroniske sygdomme: 13 forskellige slags medicin, tid hos behandler 5.9 time/md, 71 timer på helbredsrelaterede aktiviteter

6 kroniske sygdomme: 18 slags medicin, tid hos behandler 6,6 time/md, 80.7 timer på helbredsrelaterede aktiviteter

Konsekvenser af at være behandlingsoverbebyrdet

- Patienterne prioriterer i behandling uden kontakt til sundhedsprofessionel
 1. Pris på medicin kan betyde at patienterne afstår fra behandling
 2. Afstår fra KOL/hjerte rehab da kræfterne ikke slår til ved flere kroniske sygdomme og transport

Nøglebudskaber behandlingsbyrde

- Behandlingsbyrden er ofte betydende for kronikere og forværres jo flere kroniske sygdomme
- Kliniske retningslinier indeholder ikke evaluering af behandlingsbyrde (ej heller for den monosyge)
- Information om behandlingsbyrden fører til informerede fælles beslutninger om behandling
- Der mangler redskaber til at måle behandlerbyrde og derefter at tilføje denne information til kliniske retningslinier

Risikostratificering

Target Population for Clinical Trials on Multimorbidity: Is Disease Count Enough?

Alessandra Marengoni, Davide L. Vetrano,
Graziano Onder. JAMDA, november 2018

Implikationer for målrettede indsatser

2

Editorial / JAMDA xxx (2018) 1–2

Table 1
Strategies to Design Pragmatic Clinical Trials on Multimorbidity

Strategy	Comment	Tools
Participants' selection based on frailty and prefrailty identification	People with both multimorbidity and frailty have a greater risk of adverse outcomes	Walking Speed PRISMA-7 ¹⁸ SPARRA ¹⁹ —
Identification of multimorbidity patterns	Chronic diseases interact, and their overall effect may exceed the sum of the effects of the individual diseases	Dyads or triads of Multimorbidity co Cluster/factor ana —
Assessment of disease severity	Disease severity may largely vary, making the same combination of diseases resulting in extremely variable clinical pictures	Evaluation of glob complexity (eg, institutionalizer etc)

PRISMA-7, Program of Research on Integration of Services for the Maintenance of Autonomy; SPARRA, Scottish Patients At Risk of Read

Interventioner overfor multisygdom kan ikke vise effect på andet end tilfredshed.

Kan skyldes suboptimal udvælgelse af målgruppe

Multisyge er ekstremt heterogene, hvorfor risikostatificering er nødvendigt for at identificere den population, der vil have gavn af en given intervention.

Mange multisyge har polyfarmaci, sociale problemer, frailty, funktionstab og kognitive problemer.

Simpel optælling af sygdomme er for uspecifikt til at beskrive kompleksiteten blandt multisyge

Andre parameter skal inddrages i vurdering af hvem der vil have gavn af en given intervention

Foreslår 3 strategier til udvælgelse: Frailty, multisygdoms mønstre og sygdoms-alvorlighed

Hvad ved vi samlet fra litteraturen:

- Der er mange multisyge under 65 år, ca 2/3
- Frailty begrebet kan (måske) bruges til at stratificere de pt, hvor "gevinsten" er størst. Frailty er ikke valideret på yngre
- Evidens for specifikke indsatser er ikke til stede
- Der foreligger to sideløbende studier med anbefalinger til outcome mål, det ene med fokus på PRO ud fra gennemgang af litteratur, og med fokus sygeplejeforskning, det andet med bredere tilgang til outcome valgt efter Delfimetoden.
- Behandlingsbyrde bør inkluderes i kliniske retningslinier

Hvad er Fusionsklinikken

- Klinikken er etableret 1. feb. 2020
- Ligger i psykiatrisygehuset i Slagelse
- Behandler patienter med samtidig psykisk sygdom og diabetes
- 13 medarbejdere med forskellige fagkompetencer (psykiatriske sygeplejersker, diabetessygeplejersker, en endokrinolog, en psykiater, en diætist og en fodterapeut)
- Klinikken har pt. ca. 100 patienter i behandling



Fusionsklinikken tilbyder én samlet behandling

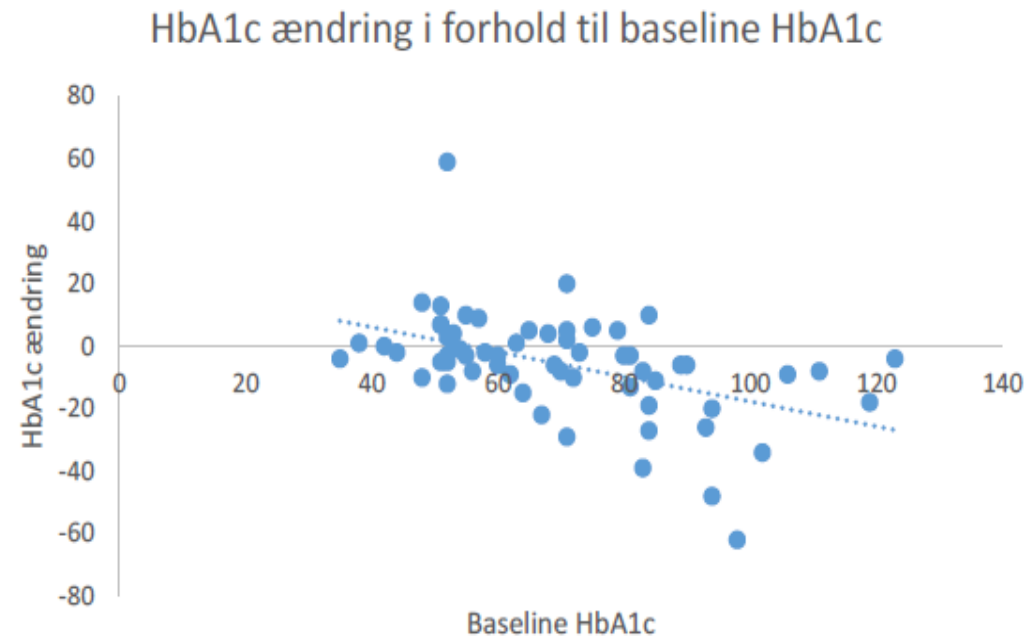
- Øjenfoto
- Fod undersøgelse og behandling
- Blodprøver –herunder blodsukker målinger
- Urin prøver
- Psykiatrisk behandling, individuelt og gruppe forløb
- Ernæring
- Socialrådgiver hjælp



Foreløbige resultater

- Glykæmisk kontrol er forbedret
- Komplikationsscreening i gang
- Medicin compliance er høj
- Somatisk indlæggelse: ↓ (32%)
- Psykiatriske indlæggelse: ↓ (35%)

- Patientoplevelt kvalitet er god
- Personale oplevet kvalitet i top





Search: 12241130

"...And my thirty-seventh symptom...."

SPØRGSMÅL????

Dansk selskab for Multisygdom og Polyfarmaci

www.DSMP.dk

kontakt@dsmp.dk

The logo for the Danish Society for Multimorbidity and Polypharmacy (DSMP). It features the letters 'DSMP' in a light blue, serif font, centered within a dark teal rectangular background. The text is flanked by two horizontal light blue lines, one above and one below.

Selskabets formål er at fremme forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje, opfølgning og rehabilitering af mennesker med multisygdom og/eller polyfarmaci.

Personer som arbejder i sundheds- eller socialvæsenet i Danmark, personer som forsker i multisygdom eller polyfarmaci eller studerende inden for relevante fag kan blive medlem