

Diagnostikkens rolle i fremtidens sundhedsvæsen



Forord

Man behøver ikke at være vældig sundhedsinteresseret for at vide, at vores sundhedsvæsen står over for store forandringer i disse og de kommende år. Med stadigt stigende tilgang i patienter på både det somatiske og psykiatriske område er det danske sundhedsvæsen mere end nogensinde før under pres. Prioritering har derfor været meget højt på beslutningstagernes dagsorden i en årrække. Med god grund.

Samtidig har digitalisering og værdibaseret styring indfundet sig som den store ledestjerne i sundhedsvæsenet. En opgave der ikke er nem, fordi der er tale om store organisatoriske og strukturelle ændringer, der skal modernisere et ellers konservativt og tungt sundhedsvæsen.

Hos Roche Diagnostics oplever vi, at den nuværende indretning af sundhedsvæsenet begrænser innovative tilgange. Tilgange, der ellers er brug for, hvis vi skal løse de store udfordringer omkring flere kronikere, sektorovergange og opgaveglidning, uden at vi går ned på den høje faglige standard, der sikrer, at vores borgere hurtigt og effektivt bliver modtaget og behandlet, når behovet opstår.

Vi mener, at diagnostikken har stort potentiale i forhold til at skabe bedre sammenhæng og effektivisering. Det peger denne rapport også på. Men de muligheder, der ligger i diagnostiske løsninger, bliver ikke brugt godt nok i dag – primært på grund af manglende viden og mangel på systematisk tilgang til ibrugtagning, kvalitet og evaluering af diagnostikken.

Som følge af ny teknologi ser vi allerede i dag nye diagnostiske løsninger, der skaber større værdi for både patient og samfund. Det kan eksempelvis være blodprøvemåling i ambulancen, der kan sende patienten hurtigere hen til rette behandlingssted. Eller det kan være gensekventering, der sikrer, at vi kan målrette behandling til kræftpatienten, så vi mindsker brug af virkningsløs medicin med unødige bivirkninger.

I de kommende år forventes yderligere gennembrud inden for diagnostiske løsninger, som kan revolutionere og løfte patientforløb. Men det forudsætter, at vi bruger diagnostikken mere systematisk, end tilfældet er i dag, ligesom det kræver en politisk opmærksomhed

på, at diagnostikken kan hjælpe os med at prioritere og efterleve ønsket om en værdibaseret indretning af vores sundhedsvæsen.

Derfor har Roche Diagnostics taget initiativ til denne analyse, der som den første af sin slags har interviewet en række centrale beslutningstagere, eksperter og meningsdannere om barrierer og udfordringer for diagnostikken, med det formål at drøfte diagnostikkens fremtidige rolle i det moderne sundhedsvæsen.

Diagnostikken kan ikke løse alle sundhedsvæsenets udfordringer, men den kan blive en nøglespiller i fremtidens sundhedsvæsen til gavn for både patienter og samfund. Vi håber, at vi kan inspirere til en bred debat om, hvilken rolle diagnostikken kan og skal spille i vores sundhedsvæsen.

God læselyst

Esther De Rooij
Adm. direktør, Roche Diagnostics



Bidragssydere



Grete Christensen,
formand for Dansk Sygeplejeråd



Freddy Lippert,
direktør i Region Hovedstadens
Akutberedskab



Jonatan Schloss,
direktør i PLO



Ole Thomsen,
koncerndirektør i Region
Midtjylland



Anne Bukh,
koncerndirektør i Region
Nordjylland



Erik Jylling,
sundhedspolitisk direktør
i Danske Regioner



Liselott Blixt,
formand for Folketingets
Sundheds- og Ældreudvalg



John Brodersen,
professor ved Københavns
Universitet



Lars Dahl Allerup,
strategisk indkøber i Region
Hovedstaden



Jan Gorm Lisby,
overlæge på Amager og
Hvidovre Hospital



Henrik Ullum,
formand for Lægevidenskabelige
Selskaber



Jonas Dahl,
hospitalsdirektør Regions-
hospitalet Randers



Jakob Bigum Lundberg,
direktør i Næstved Kommune



Jesper Fisker,
administerende direktør i
Kræftens Bekæmpelse



Heino Knudsen,
regionsrådsformand i
Region Sjælland



Bettina Lundgren,
centerdirektør på Rigshospitalets
Diagnostiske Center



Emil Lobe Suenson,
politisk chef i Medicoindustrien



Troels Krarup Hansen,
direktør i Steno Diabetes
Center Aarhus



Karin Friis Bach,
formand for Danske Regioners
Sundhedsudvalg



Kurt Espersen,
koncerndirektør i Region
Syddanmark



Kjeld Møller Pedersen,
professor og sundhedsøkonom
ved Syddansk Universitet



Martina Jürs,
formand for Danske
Bioanalytikere



Stephanie Lose,
formand i Danske Regioner



Else Smith,
lægefaglig vicedirektør på
Amager og Hvidovre Hospital



Torben Klitmøller Hollmann,
formand i FOAs social- og
sundhedssektor

Introduktion

Størstedelen af bidragsyderne til denne rapport er af den opfattelse, at beslutningsta-gerne ikke har viden nok omkring de muligheder, der er inden for diagnostik i for-hold til den aktuelle udvikling i sundhedsvæsenet. Sundhedspolitisk direktør i Danske Regioner Erik Jylling erkender, at der er et stort uudnyttet potentiale i forhold til at bruge teknologien og diagnostikken optimalt. Dette understreger, at diagnostikken er et komplekst område – et område som primært er forbeholdt sundhedsfaglige aktører, der arbejder tæt med det til daglig. Det betyder også, at diagnostiske løsninger ikke har nævneværdig prioritering på den politiske dagsorden, særligt ikke den nationale sundhedspolitiske dagsorden.

I takt med de kommende reformer af sundhedsvæsenet er der dog stort potentiale for, at diagnostikken kan blive en større og vigtigere spiller. Diagnostikken spås nemlig at have stort potentiale i forhold til at skabe sammenhæng, det moderne sundheds-væsens store akilleshæl. Sammenhængen skal blandt andet ses i forlængelse af den teknologiske udvikling, som ifølge nogle af bidragsyderne kan sikre et fælles afsæt, der kan standardisere vores sundhedsvæsen på tværs af sektorer og fagligheder. Af sam-me årsag påpeger størstedelen af de adspurgte, at diagnostikken i fremtiden er helt central, når det kommer til at spare ressourcer i andre dele af sundhedsvæsenet – altså ved at diagnostikken på nogle områder kan optimere og effektivisere nogle processer og et patientflow, som frigiver plads og ressourcer, der dermed kan bruges andetsteds.

I forlængelse af dette bør investering i diagnostikken være et vigtigt indsatsområde at prioritere fremadrettet. Ifølge to tredjedele af bidragsyderne er den fremherskende holdning da også, at vi bør investere mere i diagnostikken, end vi gør i dag inden for de nuværende rammer. Særligt når vi medregner strukturelle og organisatoriske ændringer vil diagnostikken kunne skabe merværdi. Men ændringer på netop disse parametre er også omfattende og vil derfor ofte også være vanskelige.

Følgende analyse er baseret på 25 interviews med sundhedsfaglige eksperter og beslutningstagere på sundhedsområdet. Analysen tegner diagnostikkens muligheder og barrierer ud fra tre nøgletemaer, der handler om diagnostik i forhold til værdiska-belse, diagnostik i morgendagens sundhedsvæsen og endelig diagnostik i forhold til investering.

“Der er et stort uudnyttet potentiale i forhold til at bruge teknologien og diagnostikken optimalt. Der er blandt andet stor diskrepans mellem vores op-fattelse af, hvordan vi kan bruge de diagnostiske metoder og teknologier, der allerede er i dag, og hvordan vi rent faktisk bruger dem”.

Erik Jylling

Tema 1: Diagnostik og værdiskabelse

Det siger sig selv. Med hurtig og præcis diagnostik skaber vi effektive behandlingsforløb til gavn for både patienter, pårørende og sundhedsvæsenet. Denne betragtning kan man ikke være uenig i – det fremgår også tydeligt efter bidragsydernes input til denne rapport. Når temaet alligevel er interessant at dykke nærmere ned i, er det fordi, der er mange nuancer og en stor kompleksitet forbundet med diagnostik. Hvordan måler vi værdien? Er diagnostik blot et arbejdsredskab for lægen, eller kan den bidrage til noget større i sundhedsvæsenet? Er mere diagnostik blot udtryk for øget værdiskabelse? Og kan diagnostikken hjælpe os med at prioritere skarpere i vores behandling?



Hvad bruger vi diagnostik til?

På tværs af faggrupper er der bred enighed om, at diagnostikkens formål er at adskille syge fra raske. ”Folk forbinder ikke overlevelse med diagnose, men i stedet med behandling, men det er jo diagnosen, der er årsagen til, at vi kan behandle”, siger formand i FOAs social- og sundhedssektor, Torben Klitmøller Hollmann. Men diagnostikken er ifølge interviewpersonerne ikke kun med til at afgøre, hvorvidt behandling skal sættes i gang. Den bruges også til forebyggelse og monitorering under og efter et behandlingsforløb og kan derfor med rette karakteriseres som grundlaget for et patientforløb.

Ifølge den europæiske brancheorganisation EDMA (The European Diagnostic Manufacturers Association) bliver mere end 70 procent af de kliniske beslutninger baseret på baggrund af såkaldt in vitro-diagnostik, som er diagnostiske tests, der foretages på blod eller væv. Og netop behovet for diagnostikken som et væsentligt beslutningsredskab for klinikerne fremhæves også af formand for Lægevidenskabelige Selskaber, Henrik Ullum: ”I mange tilfælde oplever vi, at lægens kliniske undersøgelse og vurdering ikke er så god, som vi engang troede, den var – så jo mere vi kan lægge os op ad analyser, jo bedre står vi”.

Andre omtaler diagnostikken som et værktøj til at give det sundhedsfaglige personale et velinformeret grundlag, som de kan handle på: ”Diagnostikken skal give os valgmuligheder, som læge og patient kan træffe valg på baggrund af”, siger koncerndirektør i Region Midtjylland, Ole Thomsen.

“Da vi havde influenzaepidemien, kunne vi ved hjælp af Point Of Care-udstyr lynhurtigt stille diagnosen, hvilket betød, at vi kunne spare indlæggelser for mange patienter og desuden afkorte isolationsperioder”.

Kurt Espersen

I den forbindelse peger lægefaglig vicedirektør på Amager og Hvidovre Hospital, Else Smith, på, at diagnostikkens formål ikke kun er at igangsætte behandling. Forskningen i diagnosen er også vigtig for udvikling og viden omkring sygdomme. Derfor er der også behov for at diagnosticere

inden for områder, hvor der i dag ikke findes behandling, eksempelvis demens: ”Det var jo den måde, det er lykkedes os at udvikle effektiv HIV-behandling”.

Fælles for alle er dog en enighed om, at diagnostikkens mulighed for at effektivisere et ambulant patientforløb er øget i takt med udviklingen på det teknologiske område. ”I dag vil vi ofte vælge at foretage en scanning, før du bliver set af en speciallæge, som så sidder klar med svaret. Før i tiden kom du i ambulatoriet hos lægen, så blev der

bestilt en tid til scanning, hvor du skulle møde op en anden dag. Efter scanning skulle du have en ny tid for tredje gang for at blive mødt af lægen, der sad med et svar. Men vi kan altså stadig blive meget bedre. Vi ligger trods alt bedre i sengen hjemme hos os selv end i hospitalssengen”, siger Else Smith. Også administrerende direktør i Kræftens Bekæmpelse, Jesper Fisker, fremhæver, hvordan vi takket være teknologien er blandt de førende i verden, når det kommer til kapacitet og kvalitet i forhold til eksempelvis scannere - også selvom nogle af de gamle skannere står over for en udskiftning. Udviklingen på dette område har været dramatisk, fordi man i dag kan følge bevægelser i tumorer og levere med flere forskellige typer af billeder.

Enkelte understreger også, at teknologien har medført, at patienter i dag er mere kompatible under hele behandlingsforløbet, fordi tingene bliver nemmere og foregår hurtigere. Flere nævner desuden influenzatesten som eksempel på hurtig afklaring til gavn for både patienter og sundhedsvæsenets ressourcer: ”Da vi havde influenzaepidemien, kunne vi ved hjælp af Point Of Care-udstyr lynhurtigt stille diagnosen, hvilket betød, at vi kunne spare indlæggelser for mange patienter og desuden afkorte isolationsperioder”, siger koncerndirektør i Region Syddanmark, Kurt Espersen.

Et andet eksempel er den hurtige svartid på blodprøver, som eksempelvis er blevet en vigtig faktor på det præhospitale område: ”I Danmark har vi muligheden for at lave en blodprøve i ambulancen og derefter lave diagnostik, så vi kan dirigere patienten det rigtige sted hen. Det er i særklasse, at vi nu kan flytte diagnostikken ud i de akutte områder”, siger direktør i Steno Diabetes Center

Aarhus, Troels Krarup Hansen. Også direktør i Region Hovedstadens Akutberedskab, Freddy Lippert, påpeger, at diagnostikken har givet nogle nye, afgørende muligheder for at forbedre patientforløbet, fordi der nu kan laves mere præcis diagnostik i det akutte og præhospitale forløb: ”Diagnostikken kan i stigende grad igangsættes i ambulancen, hvilket giver mere effektive behandlingsforløb med hurtigere behandling og mere præcis visitation, som i sidste ende giver bedre resultater for borgerne”. Her fremhæver han, at det særligt gælder for de mere tidskritiske patientforløb som eksempelvis blodprop i hjerte og hjerne, vejtrækningsbesvær, svær tilskadekomst med indre blødning og blodforgiftning. Diagnostik og skøn i det akutte forløb i ambulancer og lægebiler er oftest afgørende for det videre forløb.

”Vi er på nogle områder blandt de førende i verden på ny udvikling og innovation på det præhospitale område. Men hvis vi skal have optimalt udbytte af fx nye muligheder og nyt udstyr, kræver det ledelsesmæssigt modige beslutninger, fordi det også kræver nye arbejdsgange og ikke mindst at turde se og prøve nye muligheder på tværs”, siger Freddy Lippert.

Enkelte understreger også, at den teknologiske udvikling sikrer, at der kan udvikles mere effektive beslutningsstøteværktøjer, eksempelvis til at læse billediagnostik. Her fremhæver Erik Jylling digital patologi som et område, hvor kunstig intelligens allerede i dag kan selekttere i prøverne og frasortere de 40-50 procent, som er raske. Det frigiver plads til, at menneskelige kompetencer kan bruge tid på prøver, som kan være tegn på sygdom. Teknologien ændrer således fundamentalt på diagnostikkens vilkår og

organisering, som vil være oplagt at inddrage i en vurdering af diagnostikkens rolle fremadrettet.

Flere af de interviewede påpeger, at det bliver svært for alvor at indfri diagnostikkens potentiale, fordi diagnostikkens felt er styret af fagfolk. Det betyder, at mange af perspektiverne i forhold til at styrke diagnostikken sjældent spiller en nævneværdig rolle blandt beslutningstagere – både på det politiske niveau og blandt hospitalsledelserne.

Enkelte udtrykker bekymring for, om sundhedsvæsenets forandringer med supersygehuse, akutbehandling etc. kan have indflydelse på kvaliteten af de diagnostiske løsninger. Hospitalsdirektør på Regionshospitalet Randers, Jonas Dahl, erkender, at der kan være behov for at se på ressourcer og organisering af hele det diagnostiske felt i takt med forandringerne – det kræver dog, at han som leder bliver præsenteret for gode businesscases.

Case

Blodprøve i ambulancen sikrer bedre behandling

Ved at måle en borgers biomarkør kan blodpropper diagnosticeres allerede i ambulancen via en blodprøve. Det betyder, at patienten kan transporteres direkte hen til det rette behandlingssted, så behandlingen sker rigtigt og med det samme. Biomarkøren kan desuden diagnosticere blodpropper, som ikke er muligt at diagnosticere med EKG.

Case

Influenzatesten reducerer unødige indlæggelser

For omkring hver femte dansker rammer influenzaen hvert år. Det er vigtigt at nedsætte smittefaren, så vi undgår influenzaepidemi, som vi så i vinteren 2017. Med de nye influenzatests er det muligt at få svar inden for en halv time mod den konventionelle influenzadiagnostik, der kan tage helt op til 48 timer. Den hurtige diagnostik betyder, at der hurtigt kan sættes ind over for isolationskrævende patienter for at nedbringe risikoen for smitte, mens borgere, der ikke er smittede, undgår unødigt isolation.

Hurtighed og præcision på en og samme tid

Hastighed er ifølge centerdirektør på Rigshospitalets Diagnostiske Center, Bettina Lundgren, en vigtig markør, idet tid i mange dele af sundhedsvæsenet opleves som flaskehals. Hun påpeger behovet for at have overskud i diagnostisk kapacitet for ikke at forsinke patientflowet: ”Patienter kommer jo ikke i en lind strøm. De kommer, når de er syge, så vi skal være gearede til at tage imod dem. Det gælder både diagnostiske ressourcer, men selvfølgelig også hænderne til at tage imod”. Der har hidtil været behov for at komme ventelister til livs og servicere patienten hurtigt, hvilket udredningsgarantien også er udtryk for. Her nævner flere således, at diagnostikken har været afgørende for at kunne levere: ”Vi kunne blandt andet måle på, hvad gevinsten er ved udredningsretten. Her mener jeg, at diagnostikken i den grad bør anerkendes mere”, siger professor og sundhedsøkonom ved Syddansk Universitet, Kjeld Møller Pedersen.

Årsagen er, at transporten er blevet overflødiggjort i visse tilfælde med udbredelsen af den lokale diagnostik. Det betyder, at ikke-komplicerede prøver nu kan håndteres lokalt ved hjælp af Point Of Care-udstyr, i stedet for at blive indsendt på centrallaboratoriet.

Tid er også et vigtigt parameter i de tilfælde, hvor der eksempelvis blot er brug for viden om, hvorvidt et prøvesvar er over eller under gennemsnittet. Her er præcision ikke afgørende, da det blot skal give en indikator på,

om svaret kræver handling, og samtidig minimerer det perioden, hvor patienten er i uvished. Ligeledes vil tid i sig selv være en prioriteringsfaktor i de præhospitale og akutte områder, hvor en hurtig svartid kan indikere alvoren – og dermed om noget skal fremskyndes.

Hurtigheden har ifølge interviewpersonerne resulteret i en øget tilgængelighed og en øget automatisering.

Overlæge på Klinisk Mikrobiologisk afdeling på Amager og Hvidovre Hospital, Jan Gorm Lisby, omtaler udviklingen som revolutionerende: ”Behandling af infektionssygdomme er et risikospil, hvor vi skal dække ind med bredspektret antibiotika, indtil vi

har analysesvar. Hvis vi behandler alle bredt i længere tid, vil vi risikere at skabe unødigt resistens, så hurtig diagnostik er den eneste chance, vi har for at bevare brugen af antibiotika i fremtiden”.

Professor i Almen Medicin ved Københavns Universitet, John Brodersen, understreger dog, at hurtigheden ikke må gå ud over kvaliteten: ”Hvis tid i sig selv er et mål, er det katastrofalt, for uklare symptomer risikerer over-

diagnosticering og overbehandling af raske mennesker. Problemet er, at diagnostik fører til behandling, og hvis der er fejl i diagnosticering, er den gal”.

I takt med at tid som parameter er blevet forbedret, er også diagnosticeringsgraden blevet finere. Det betyder, at der kan identificeres subgrupper inden for sygdomme, hvilket gør specialiseringen endnu vigtigere. Formand

for Danske Regioners sundhedsudvalg, Karen Friis Bach, understreger også vigtigheden af præcis diagnostik, når nye behandlinger inden for personlig medicin skal igangsættes: ”Diagnostikken vil fremadrettet have en central rolle i forhold til at sætte syge mennesker i den rigtige behandling – her er præcision afgørende for at kunne udnytte individuelle behandlinger som personlig medicin”.

“Vi kunne blandt andet måle på, hvad gevinsten er ved udredningsretten. Her mener jeg, at diagnostikken i den grad bør anerkendes mere”.

Kjeld Møller Pedersen



Der er således bred enighed om, at udviklingen på hurtighed og præcision giver større værdi for både patienter og samfund. Men enkelte påpeger også, at kravet til hurtighed og præcision på én gang kan give anledning til en række dilemmaer, og at der er behov for en differentiering i kravet til svartider. Som minimum kræver det derfor en sortering og vurdering af hensyn til økonomien: ”Vi

er nødt til at kunne prioritere i diagnostikken og vurdere, hvornår noget skal fremskyndes, for ud fra patienthensyn og en værdibaseret tilgang skal alt gå hurtigt”, siger Ole Thomsen. Også

Jonas Dahl fremhæver, at det kan give organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer, fordi der skal foretages en prioritering af hensyn til netop økonomiske, men også menneskelige, ressourcer. Erik Jylling fremhæver, at de nye teknologier sjældent er tilpasset tilrettelæggelsen af sundhedspersonalets opgaveløsning samt overenskomster, og at det derfor, i takt med udviklingen, kræver løbende ændringer i indretningen af vores sundhedsvæsen.

Ikke overraskende er det særligt beslutningstagerne, som er optagede af en prioritering inden for udredning og diagnostik, eksempelvis ved differentiering i udredningsretten. De understreger, at behovet for denne prioritering bliver mere aktuelt i takt med, at diagnostikken kan levere hurtigere. ”Det siger sig selv, at jo hurtigere vi kan få behandlet patienterne, jo bedre og billigere er

det. Men kvaliteten er vigtig, og vi skal udnytte ressourcerne bedst muligt. For nogle sygdomme er hastighed i behandling afgørende, for andre ikke vigtig for behandlingsmuligheder og kvalitet, og der bør vi kigge på at få skabt den rigtige balance i forhold til udredning”, siger

regionsrådsformand i Region Sjælland, Heino Knudsen.

Foruden det økonomiske hensyn understreger flere, at også analysekapaciteten er en udfordring. Det underbygger behovet for en prioritering inden for udredning og diagnostik, fordi der i dag mangler faglige kompetencer, der kan forstå og håndtere diagnostiske løsninger. Mangel på faglige kompetencer bliver også tydeligere og mere aktuell i takt med den stigende brug af lokal diagnostik.

Formand for Danske Bioanalytikere, Martina Jürs, henviser til, at man har undersøgt hjemmesygeplejerskers brug af sticks, som viste sig at være for gamle, opbevaret forkert og ikke var kvalitetstjekket: ”Borgere, der bruger deres eget udstyr, er jo på patientskoler i sygehusregi, så det giver mening, at vi også uddanner sundhedsprofessionelle i udstyret”. I den forbindelse peger også formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, på, at der ligger et potentiale i at give sygeplejersker en mere central og koordinerende rolle i komplekse diagnostiske forløb, så tilgangen til diagnostik systematiseres.

Medfører øget tilgængelighed overdiagnosticering? Debatten omkring overdiagnosticering har stået på gennem mange år og bunder mest i en bekymring for, om befolkningen eller individer sygeliggøres uden grund. Ifølge langt størstedelen af interviewpersonerne er bekymringen om overdiagnosticering skævvredet og ofte forfjet: ”Hele diagnostikken handler jo om, at man ikke giver falske positive, for falske positive giver utryghed og overbehandling”, siger politisk chef i Medicoindustrien, Emil Lobe Suenson.

Jonas Dahl fremhæver, at screening af større grupper giver mulighed for at fange patienter, som ellers ikke ville blive opdaget, mens klinikerne fremhæver behovet for diagnosticering for at indsamle viden og forske. Martina Jürs påpeger mobile laboratorier, der turnerer rundt ude ved borgerne, som et klart eksempel på, hvordan øget tilgængelighed skaber merværdi for både borger

og sundhedsvæsen. Også direktør i Næstved Kommune, Jakob Bigum Lundberg, fremhæver mobil blodprøvetagning som eksempel på, hvordan vi kan øge lighed i sundhed. I Næstved og en række øvrige kommuner i Region Sjælland er man i gang med at etablere mobil blodprøvetagning. Det giver mulighed for tidlig opsporing og bedre adgang til borgere, som ikke nødvendigvis går til lægen. Det kan derfor også

effektivisere et kronikerforløb. Jakob Bigum Lundberg understreger dog, at man mangler at finde en finansieringsmodel, når opgaver skal løses på tværs af kommuner, almen praksis og regioner.

Alle er bevidste om, at nye, forfinede metoder kan medføre, at man igangsætter en behandling, som patienten ellers kunne have levet videre med uden problemer, ”men det må ikke være et argument for ikke at gøre diagnostikken tilgængelig. Der har vi som fagmiljø ansvar for at opsætte kriterier for, hvornår man diagnosticerer”, siger Troels Krarup.

Der er dog en bred opfattelse af, at der er mange nuancer i debatten om overdiagnosticering, og at massescreening ofte bliver en del af denne debat. Her er det dog vigtigt

at pointere, at massescreening er forankret i faglige argumenter for grupper af befolkningen. Men der er bred opbakning til, at der på visse områder er behov for at screene raske borgere for at forebygge og igangsætte

behandling af uopdaget, alvorlig sygdom, eksempelvis brystkræft. I den forbindelse pointerer Ole Thomsen, at så længe der er store regionale forskelle i an-

tallet af undersøgelser, er det værd at interessere sig for overdiagnosticering som begreb. Enkelte er inde på de etiske dilemmaer, der kan følge med den øgede tilgængelighed, eksempelvis når det kommer til borgerens eget informationsniveau omkring, hvorvidt man ønsker at kende til noget, som ikke kan behandles. Her pointerer klinikerne dog nødvendigheden til brug i forskningen.

Behov for systematisk tilgang til diagnostiske løsninger ”Vi skal være sikre på, at det giver det samme resultat, uanset hvilke tests der er tale om”. Ordene kommer fra formanden for Danske Regioners Sundhedsudvalg, Karin Friis Bach, men er udtryk for størstedelen af de interviewedes holdning. Der er på tværs af faggrupper et stort

fokus på kvalitet og bred enighed om, at det diagnostiske felt er præget af en mangel på systematik i forhold til kriterier for ibrugtagning og evaluering. Formanden for Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg, Liselott Blixt, understreger i den forbindelse, at det er vigtigt, at vi ikke kun har fokus på nye diagnostiske løsninger: ”Når vi taler diagnostik, er det oftest ibrugtagning af ny diagnostik, men det er også vigtigt, at vi forholder os til den eksisterende diagnostik. For vi er nødt til at systematisere brugen af diagnostik generelt, så vi sikrer, at tilgængeligheden er ens, uanset hvor i landet man er patient”

Ifølge Erik Jylling er området udfordret af ”en svagt funderet økonomimodel, hvor vi ikke har en skabelon for at vurdere effekt, værdi og forretningspotentiale”. Han understreger i den forbindelse, at det også kræver mod til at gøre tingene på en ny måde.

Der bør således opbygges faglig dokumentation, gode businesscases og solide omkostningsanalyser på området for at vurdere ibrugtagning, kvalitet og evaluering af nye diagnostiske løsninger. Særligt de sundhedsfaglige interviewpersoner refererer til den manglende dokumentation som mangel på evidens og understreger, at det er diagnostikkens absolut største udfordring. Direktør i Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Jonatan Schloss, påpeger, at man kun i begrænset udstrækning evaluerer og måler de samfundsøkonomiske gevinster ved at lade dele af den diagnostiske udredning foregå i almen praksis. Han efterlyser en national plan for en systematisk tilgang

for, hvor meget mere sundhed man får ved at indføre ny diagnostisk teknologi.

Når dette emne optager så mange af bidragsyderne, skyldes det en fælles forståelse af, at diagnostikken rummer et potentiale. Men det kræver belæg for, at investering og reorganisering kan betale sig. Der skal ”strammes op på dokumentationen for merværdien”, som Kjeld Møller Pedersen formulerer det, men også fordi adgangen til diagnostiske løsninger, ifølge ham, er forskellig fra region til region: ”Lige nu afhænger det af, hvem man tilfældigvis på klinikersiden kan overbevise. Det betyder, at vi ikke har ensartet brug af metoder og værktøjer på landsplan – og det giver forskellige værktøjer til udredning”. Flere anerkender dog også, at det er en opgave, som ikke er nem, og som kræver strukturelle ændringer: ”Dem, der betaler for testen, er jo ikke dem, der får den økonomiske gevinst. Det er det, der gør det så svært at indføre ny diagnostik”, siger Jan Gorm Lisby. Han er en af de mange, der sammenligner det diagnostiske område med lægemiddelområdet, hvor man har krav til både ibrugtagning og evaluering, og netop denne sammenligning illustrerer diagnostikkens svagheder. ”Når man kommer med ny dyrere diagnostik, skal man kunne fremvise en god businesscase, og her har den diagnostiske industri været fodslæbende, særligt når vi sammenligner med pharma-industrien”, siger Jan Gorm Lisby.

Her forudsætter udarbejdelse af dokumentation for resultater ifølge formand for Danske Regioner, Stephanie

Lose, nogle helt klare nationale kriterier for, hvordan man evaluerer og dokumenterer og sammenligner resultater, businesscases mv. Før der er nedsat kriterier for dette, vil det af gode grunde være svært for industrien at præsentere brugbare businesscases, der har nytteværdi på tværs af hospitaler og regioner.

“Hvis jeg som hospitalsdirektør skal vide, at nye diagnostiske metoder kan skabe bedre patientresultater, mere effektive arbejdsgange eller måske endda spare indlæggelser, skal jeg have adgang til en systematisk opsamling af den viden og en sikker evidens for resultaterne”.

Jonas Dahl



”Vi har brug for en metodik og fælles tænkning omkring medicinsk udstyr i forhold til, hvad der skal tages i brug, og hvor vi kan se de største gevinster. Men det skal ske ordentligt, så vi må ”skynde os langsomt”, ud fra de erfaringer vi har fra Medicinrådet, der jo også har givet anledning til uenigheder, både inden etableringen og under implementeringen”.

Stephanie Lose



Der er forskellige holdninger til, hvordan denne systematiske tilgang skal foregå. Flere mener, at det skal ske i et egentligt behandlingsråd, mens én refererer til, at Fonden Teknologirådet bør kigge på mulighederne. En anden foreslår at hente inspiration fra Norge, hvor man har et kvalitetscenter, der fungerer som en national kvalitetssikring.

Heino Knudsen mener, at Medicinrådet bør videreudvikles, så der også tages højde for diagnostiske løsninger, ligesom det britiske prioriteringsinstitut NICE gør det: ”Den hastige udvikling er en af årsagerne til tanken om Medicinrådet, der bør videreudvikles til et behandlingsråd, så vi også kan vurdere udstyr. Vi er nødt til at have en systematisk tilgang og metode til at vurdere, hvad der giver mest værdi i forhold til vores borgere ud fra den samlede økonomi, vi har til rådighed”.

Stephanie Lose understreger, at tanken om et behandlingsråd, der bredt vurderer diagnostisk udstyr og kirurgiske metoder, er helt rigtig, og at det er vigtigt, at et sådant beslutningsorgan bygger på erfaringen fra Medicinrådet. Udfordringen er dog, at datagrundlaget står svagt sammenlignet med data på lægemiddelområdet. Derfor er det ifølge Stephanie Lose vigtigt, at vi først opbygger et vidensgrundlag for at få en kvalificeret debat om, hvordan et behandlingsråd kunne se ud. Hun understreger, at det kræver en solid forberedelse og er en stor opgave, der også involverer drøftelser om et bredere omkostningsbegreb.

Erik Jylling bruger også NICE til at illustrere, at man i England er langt længere fremme end i Danmark, fordi man ikke har snævert fokus på medicin, men arbejder bredere. Han understreger dog i den forbindelse, at medicinsk teknologivurdering (MTV) kan være et tungt værktøj at arbejde med for hospitalerne, så man seriøst må overveje en mere forenklet model.

Men flere interviewpersoner udtrykker også bekymring for, om et behandlingsråd kan medføre, at vi mister momentum, fordi en tung bureaukratisk proces ikke kan følge med den hastige teknologiske udvikling: ”Udviklingen er helt anderledes end på lægemiddelområdet, og vi risikerer at blive hægtet af teknologiens muligheder, hvis vi ikke har mulighed for at handle hurtigt og agilt, når det gælder investeringer i ny teknologi. Jeg tror i stedet, at vi skal fokusere på sandkasseprojekter, hvor vi i samarbejde med industrien undersøger teknologiens muligheder for at løse udfordringerne i fremtidens sundhedsvæsen. For når alt kommer til alt, er det ikke kun industrien, der skal vise diagnostikkens værd. Det er en fælles opgave, som kræver, at både offentlige indkøbere og private leverandører opbygger nye kompetencer, der muliggør langt tættere samarbejde om

innovative forretningsmodeller inden for eksempelvis værdibaseret indkøb”, siger strategisk indkøber i Region Hovedstaden, Lars Dahl Allerup, som leder en ny enhed, der målrettet arbejder med innovative indkøb og strategiske partnerskaber inden for bl.a. sundhedsteknologi.

Også Liselott Blixt hæfter sig ved pilotprojekter som tilgang til vurdering af diagnostikken: ”Udviklingen inden for diagnostiske løsninger går rigtig stærkt, og vi skal finde en balance mellem de store etiske dilemmaer, der følger med dygtiggørelsen, når vi bliver opmærksomme på sygdomme, som vi ellers ikke havde fundet, for vi kan ikke bare stoppe med at behandle. Men for at vurdere virkningen af det diagnostiske udstyr er vi nødt til at lave pilotprojekter, nøjagtig som vi gør med medicin. Hvad kan betale sig for patient og samfund at tage i brug, og hvor står det ikke mål med effekten?”

Og netop et offentligt-privat partnerskab i form af pilotprojekter understreges af flere politikere som afgørende for forskning i diagnostikkens muligheder: ”Alle hospitaler bør indgå forskningsprojekter med industrien. Vi er nødt til at samarbejde på dette felt, også mere end vi gør

i dag, fordi industrien har en masse viden, som vi skal lære af”, siger Karin Friis Bach. Også koncerndirektør i Region Nordjylland, Anne Bukh, understreger, at regionerne har medansvar i forhold til innovativ tænkning og udvikling, herunder at gøre industrien opmærksom på aktuelle behov.

“Udviklingen er helt anderledes end på lægemiddelområdet, og vi risikerer at blive hægtet af teknologiens muligheder, hvis vi ikke har mulighed for at handle hurtigt og agilt, når det gælder investeringer i ny teknologi”.

Lars Dahl Allerup

Tema 2:

Diagnostik og morgendagens sundhedsvæsen

I disse år hvor sundhedsvæsenet gennemgår en massiv transformation, er morgendagens sundhedsvæsen et tema, som er uundgåeligt, når det handler om udvikling af diagnostikken. Der hersker blandt bidragsyderne bred enighed om, at diagnostikken er helt central i forhold til det paradigmeskifte, som sundhedsvæsenet står overfor. Fælles for bidragsyderne er også en holdning til, at diagnostik tidligt i forløbet vil gavne både behandlingen og effektiviteten i selve behandlingsforløbet, og at brugen af veldokumenteret diagnostik bør øges. Men i hvilket omfang og hvordan spiller diagnostikken ind i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen?

“I USA laver man nu influenzadiagnostik ude i supermarkederne, hvor man så kan få medicinen med hjem med det samme. Det skulle ikke undre mig, om det i fremtiden kan udvikles endnu mere, så man kan få en test via postordre fra Kina og diagnosticere sig selv. Men vi er altså nødt til at sørge for, at det er læger, der forholder sig til diagnostikken, så vi hverken mister data eller kvalitet”.

Jan Gorm Lisby



Er diagnostikken nøglen til det sammenhængende sundhedsvæsen?

Flere påpeger, at diagnostikken har et stort potentiale for at gøre op med den fragmentering, som i dag præger vores sundhedsvæsen. Her peges der ikke kun på adskil-

lelsen mellem hospitaler, kommuner og almen praksis, men også den siloopdeling, som vi ser inden for eksempelvis hospitalsafdelinger. Ifølge Lars Dahl Allerup er muligheden for et mere sammenhængende sundhedsvæsen i høj grad teknologiens fortjeneste, fordi de højteknologiske diagnostiske løsninger kan bruges på tværs af sektorer. Lars Dahl Allerup understreger dog, at realisering af sådanne løsninger imidlertid kræver det, han kalder ”næste-generations offentlige indkøb”; dvs. en videreudvikling af offentlige indkøb til i højere grad at gøre brug af outcome-baserede forretningsmodeller, som er værdibaseret indkøb og øget Offentlig-Privat Innovation i kombination med konventionelle indkøbsformer.

Ole Thomsen understreger, at man historisk ikke har haft fokus på diagnostikkens muligheder for at arbejde tværsektorielt, hverken mellem regioner og almen prak-

sis eller internt på sygehusene, men dette er ved at ændre sig: ”På koncernniveau har vi haft fokus på kræftpakker og udredningsret. Det betyder også, at indlæggelserne blev prioriteret højest, og så måtte ambulante patienter og samarbejde med primærsektoren vente. Fremadrettet

“**Diagnostikken kan være medhjælpende til at få sektorerne til at hænge sammen, fordi de teknologiske løsninger kan sikre, at vi stoler på hinanden. Det betyder også, at vi kan få en stadigt stigende mængde patienter hurtigere frem til det rigtige sted**”.

Lars Dahl Allerup

hurtige svar til almen praksis i det omfang, der er brug for en diagnostisk specialisering, som kun kan håndteres centralt. Udfordringen er dog stadig, at det forudsætter organisatoriske og strukturelle ændringer. Sidstnævnte kan ifølge Heino Knudsen være aftaler, der indebærer et fælles ansvar og fælles økonomi på tværs af sektorer, men som det er lige nu, er det økonomiske incitament ikke en

skal alt prioriteres lige meget, så almen praksis ikke føler sig nødsaget til at indlægge patienten for at tilbyde den bedst mulige behandling”, siger Ole Thomsen.

Diagnostikken skal således prioriteres ligeså højt i ambulant behandling som ved indlæggelser, ligesom at hospitaler skal blive bedre til at levere

medspiller for tværsektorielt samarbejde. Det, understreger Jakob Bigum Lundberg, er væsentligt at finde en løsning på, fordi der er store effektiviseringsbesparelser at hente.

En anden væsentlig forudsætning for at bruge diagnostikken på tværs af sundhedsvæsenet er, at der sker en samlet registrering af analyse og prøvesvar, så data kan bruges i behandling såvel som i forskning. I den forbindelse fremhæver Bettina Lundgren muligheden for at gøre brug af datastøttecentre, som kan kigge systematisk på data og have et samlet overblik, eksempelvis hvis der er udsving på en blodprøve. Det vil kunne bruges til at generere viden og evidens for, hvilken type og hvor hyppigt en analyse skal udføres til diagnostik og monitorering. Det handler om at benytte den rigtige form for diagnostik til rette tid. Det vil samtidig give en besparelse på diagnostikkens ressourcer, som ifølge Henrik Ullum kan effektiviseres: ”Når en patient bliver indlagt, sker der desværre ofte det, at vi starter forfra med alle prøverne, fordi vi arbejder med ”for en sikkerheds skyld”. Det gælder ikke kun mellem laboratoriet og almen praksis, for det kan også ske mellem ligeværdige laboratorier uden dybere tanke. Så vi har et kæmpemæssigt forbedringspotentiale ved at kvalitetssikre prøver på tværs af systemer”.

”Vi undervurderer betydningen af diagnostikkens rolle i fremtiden for både indretning af vores sundhedsvæsen og de arbejdsopgaver, der følger med”.

Erik Jylling

Hvilken betydning har opgaveglidningen for diagnostikken?

Udflytningen af opgaver til kommuner og almen praksis er i stort omfang både pleje- og behandlingskrævende opgaver. Derfor vil dele af opgaveglidningen også betyde, at diagnostikken er nødsaget til at flytte med patienterne. Både i den præhospitale indsats og i primærsektoren.

Ifølge Jakob Bigum Lundberg er denne udvikling dog ikke systematisk planlagt, men i stedet drevet af teknologien og forandringer i sygehusstruktur mv. I forbindelse med opgaveglidningen peger han på den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet som den største udfordring. Der er eksempelvis brug for samarbejde omkring rammedelegationer, så eksempelvis hjemmeplejen efter rammedelegation fra almen praksis eller fra en specialist fra sygehuset kan vurdere og justere på den medicinske behandling, hvis der er behov for at igangsætte eller justere en behandling, eksempelvis efter at have været i dialog med en læge. Dette understreger Jakob Bigum Lundberg som en afgørende vigtig udfordring at løse, fordi det her kan give store effektiviseringer. Denne udfordring understøttes af Grete Christensen, der påpeger, at noget af denne opgaveglidning i vid udstrækning sker uden videre planlægning. Det har ifølge Grete Christensen medført, at der er en tendens til kun at tænke i medicinsk diagnostik, når vi diskuterer diagnostik i forlængelse af opgaveglidningen, eksempelvis fokus på at stille diagnose og udstede receptpligtig medicin. Det

medfører ifølge Grete Christensen, at diagnostikken entydigt er placeret under lægerne, men at diagnostikken har potentiale til også at tænkes mere systematisk ind i forhold til pleje og omsorg af ældre medicinske patienter, eksempelvis ved måling af væskebalance, fysisk aktivitet mv.

Jonatan Schloss understreger dog, at man ud fra de praktiserende lægers synspunkt er begyndt at tage hul på udviklingen inden for opgaveglidningen. Det afspejler sig i den nye overenskomst for almen praksis, hvor man i stigende grad belønner effektiv opgaveløsning, eksempelvis ved årshonorar på kronikere i stedet for takster på enkeltydelser. Dette, understreger han, understøtter udflytningen af diagnostiske opgaver.

”I takt med udflytningen af flere opgaver er det hverken hensigtsmæssigt for patienten eller effektivt for sundhedsvæsenet, at dele af den borgernære sygepleje ikke kan varetages af sygeplejersker som et selvstændigt virksomhedsområde uden delegation. Det omfatter naturligvis ikke den medicinske diagnostik, som er lægernes ansvar”.

Grete Christensen

Der er bred enighed om, at der fremadrettet vil være behov for både lokal og central diagnostik på tværs af sundhedsvæsenet. Til trods for at flere understreger, at lokal diagnostik fortsat vil udgøre en meget lille del af det samlede diagnostiske billede, understreger de også, at mulighedsrummet er meget stort, hvad angår netop den lokale diagnostik: ”Jeg tror, der er et stort potentiale, der endnu ikke er fuldt forløst. Vi har jo eksempler på telekits, hvor man kan måle en række parametre på borgeren. Tests, hvor man kan følge med i eksempelvis infektionstal, vil give en mulighed for, at patienterne kan behandles derhjemme med fx penicillin”, siger Anne Bukh.

Dels sætter den lokale diagnostik patienten i centrum, hvilket harmonerer godt med sundhedsvæsenets værdibaserede tilgang, dels vil lokal diagnostik være lettere tilgængelig og være med til at udbrede diagnostikken til andre sundhedsfaglige faggrupper, som ikke er højt specialiserede: ”Med Point Of Care-udstyr kan det være flere sygeplejersker, som håndterer diagnostikken på skadestuerne, eller egen læge i almen praksis, som derved får nogle nye værktøjer. Det giver helt nye og unikke spillemuligheder for sundhedsfagligt personale. Vi skal bare sikre, at der sker en registrering af resultaterne i de mikrobiologiske laboratoriesystemer, så data kan opsamles og bruges til behandling og forskning”, siger Jan Gorm Lisby. Emil Lobe Suenson understreger også, at lokal diagno-

stik i visse tilfælde kan give et mere nøjagtigt billede af patientens reelle helbredsmæssige tilstand. Eksempelvis diagnostiske hjemmemonitoreringer, hvor der måles i løbet af en normal dag, fremfor at bygge et beslutningsgrundlag ud fra en smal måling hos fx den praktiserende læge.

“Der har været en utilstrækkelig regional vilje, og måske incitament, til at opbygge den understøttende struktur fra hospitalerne, som skal sikre, at regionerne understøtter almen praksis på laboratorie- og det billediagnostiske område. Det kan ellers løse flere afklarende udredningsopgaver, så patienter kun kommer på hospitalet, når de har behov for det”.

Jonatan Schloss

Også Heino Knudsen understreger, at opgaveglidningen er en del af at integrere det nære sundhedsvæsen i et samlet sundhedsvæsen til gavn for borgeren: ”Eksempelvis kan prøver bestilles og laves ved egen læge, men analyseres i hospitalssektoren, så vi udnytter specialistviden”.

Jesper Fisker peger på behovet for at styrke almen praksis generelt i takt med, at flere patienter skal behandles lokalt. Særligt på kræftområdet er der ifølge ham behov for at uddanne lægerne i det diagnostiske område, så de opnår større viden om risici for kræft ved forskellige symptomer. Han peger her på klyngefællesskaber i almen praksis, som dels vil skabe mulighed for større videndeling og dels vil give mulighed for større investering i fx beslutningsstøtteværktøjer, der kan hjælpe lægerne i almen praksis. I den forbindelse fremhæver Jonatan Schloss, at der er markante rekrutteringsudfordringer i forhold til at skaffe flere praktiserende læger. Han peger på, at dette kan blive en udfordring, fordi dette næppe løses i takt med udflytningen af opgaver. Han understreger desuden, at der er en oplevelse blandt praktiserende læger af, at man rent politisk fortsat mangler ”visioner for udvikling af almen praksis”. Det styrker ikke samarbejde for løsninger og er en kæmpe udfordring, fordi almen praksis fremadrettet vil få en endnu mere central rolle i forhold til kronikere og ældre medicinske patienter.

Han påpeger desuden, at arbejdsvilkår i almen praksis er særdeles attraktive for eksempelvis sygeplejersker, samt at kommuner og almen praksis sammen bør udnytte dette til at skabe fælles projekter og helhedsorienterede løsninger.

Freddy Lippert påpeger, at udviklingen giver mulighed for, at det præhospitale felt kan spille en mere proaktiv rolle i snitfladen mellem almen praksis, kommuner og hospitaler. Det gælder eksempelvis præhospitale hjemmebesøg, hvor ambulancepersonalets kompetencer inddrages aktivt, så borgere kan behandles i deres hjem, og indlæggelse kan undgås. Dette kan styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet og vil sætte streg under behandling, hvor patienten er i centrum. Freddy Lippert understreger, at dette kræver nytænkning hos alle parter, herunder også om hvad en ambulancetjeneste kan og skal bidrage med. Han tilføjer, at man i Region Hovedstaden er klar til at prøve disse nye muligheder, hvis det kan hjælpe borgerne tidligere og bedre.

Uddannelsessektoren og kompetenceudvikling er afgørende

Der er bred enighed om, at man i forbindelse med udbredelse og implementering af lokal diagnostik også skal fokusere på at styrke generalistkompetencerne, særligt i almen praksis. Jakob Bigum Lundberg anerkender også, at der er behov for en gradvis opkvalificering, men understreger i samme forbindelse, at den lokale diagnostik bliver mere brugervenlig, eksempelvis for at borgerne selv kan håndtere meget af udstyret.

Der er dog bred enighed om et fokus på analysekraften for at sikre kompetencer, der kan forstå og håndtere lokale diagnostiske løsninger. Jesper Fisker understreger endda også, at en del af det nye udstyr er blevet så

højteknologisk, at der selv blandt specialisterne kan være behov for videreuddannelse, der kan udnytte udstyret bedst muligt, deltage i MDT-konferencer (multidisciplinære team-konferencer) med specifik viden om udvikling af respektive sygdomme, risici og mulige behandlingsløsninger. Jesper Fisker mener således ikke, at vores udfordring generelt er mangel på udstyr eller kapacitet, men netop er uddannelse og videreuddannelse til det specialiserede diagnostiske personale.

Ifølge Anne Bukh ligger der derfor også en opgave hos uddannelsessektoren, der skal være opmærksom på, at udviklingen ændrer kravene til sundhedsfagligt personale: ”Vores uddannelsessystem skal levere nogle folk, der er i stand til at udføre analyserne, men også fortolke dem.

Fx inden for gensekventering har vi behov for, at uddannelsen af det kliniske personale udbygges, så de bedre bliver i stand til at tolke resultaterne og sætte dem i den korrekte kliniske kontekst. Og det har uddannelsesinstitutionerne ikke fokus på i tilstrækkelig grad”.

Jesper Fisker

Freddy Lippert påpeger, at man i visse steder i USA og England har haft gode erfaringer med lokalt at udvide paramedicinernes kompetencer til netop at varetage behandling og diagnostik i tæt samarbejde med kommunerne.

Behovet for at kunne forstå og håndtere analyser og prøvesvar betyder ifølge flere også, at samspillet mellem almen praksis og hospital er vigtigt, så almen praksis kan få hjælp og rådgivning af specialister: ”fx via hotlines, rådgivning, konsultationer eller direkte adgang til undersøgelser, hvor man kan få support og rådgivning, så man får lidt mere indsigt og ikke bare det færdige resultat”, siger Kurt Espersen. Det kan ifølge Jonatan Schloss ske i mange forskellige organisatoriske setups, eksempel-

vis i ansættelser i større klinikker, fælles laboratorieenheder mellem praktiserende læger eller i klyngestrukturer. Han pointerer i den forbindelse, at man tidligere i Region Hovedsta-

den havde en fælles laboratorieenhed for almen praksis, men at denne er trukket tilbage til hospitalerne igen.

Udviklingen indebærer ifølge Jonatan Schloss også en endnu større brug af klinikpersonale i almen praksis til at varetage prøver og koordinere patientforløb på tværs af sektorer. I den forbindelse peger Martina Jürs på, at også bioanalytikere har brug for generiske kompetencer inden for kommunikation og rådgivning: ”Der skal pludselig kommunikeres til virkelige mennesker, hvor analysesprog og -koder ikke kan bruges”.

Else Smith fremhæver, at det kan give rekrutteringsudfordringer, når nye kompetencer skal ud i primærsektoren, men også at det kan give rigtig mange muligheder, fordi kommunerne har socialkompetencer, som rækker ud over de traditionelle sundhedsfaglige kompetencer. Denne betragtning fremhæver både Grete Christensen og Torben Klitmøller Hollmann også som et uudnyttet potentiale: ”SOSU’erne er uddannet til at kigge hele vejen rundt om patienten. Vi bør sørge for, at nogle af de dygtige sygeplejersker og SOSU-assistenten kan tage imod patienterne, når de bliver udskrevet, så vi undgår genindlæggelser, og så kunne vi have flere SOSU’er på sygehuset”. Også Jakob Bigum Lundberg ser mulighederne i at betragte patienten ud fra et mere helhedsorienteret syn, hvilket kommunerne i overvejende grad er mere vant til, end man er på hospitalerne. ”De kigger alt for sjældent ud over matriklen”, siger Jakob Bigum Lundberg. Det er ifølge ham også noget af det, som kan gøre det svært at få et tværsektorielt samarbejde i gang.

Grete Christensen påpeger, at der bør være en større aktiv stillingtagen til, hvorvidt nogle opgaver er bedre og billigere løst af fx special- eller videreuddannede sygeplejersker i det kommunale sundhedsvæsen, fremfor at borgeren skal forbi en læge, eksempelvis når det kommer til justering og vurdering af medicinsk behandling og eventuelle anbefalinger til en læge. Også i hospitalsvæsenet understreger hun, at sygeplejerskens kompetencer bør udnyttes langt mere systematisk, og at videreuddannelse af specialiserede sygeplejersker bør formaliseres.

”Når vi taler diagnostik, er det oftest ibrugtagning af ny diagnostik, men det er også vigtigt, at vi forholder os til den eksisterende diagnostik. For vi er nødt til at systematisere brugen af diagnostik generelt, så vi sikrer, at tilgængeligheden er ens, uanset hvor i landet man er patient”.

Liselott Blixt

Tema 3: Diagnostik og investering

I takt med behovet for fremskudt diagnostik opstår også et behov for at prioritere og investere anderledes i diagnostik fremadrettet. Omkring to tredjedele af bidragsyderne mener, at der bør investeres mere i diagnostik, end der gør i dag inden for de tilstedeværende økonomiske rammer. Det cementerer diagnostikkens værdi og potentiale – ikke mindst fordi størstedelen af bidragsyderne også erklærer sig enige eller meget enige i, at diagnostikken i fremtiden vil være helt central i forhold at spare ressourcer i andre dele af sundhedsvæsenet. Det betyder med andre ord, at diagnostikken kan bidrage til mere effektive forløb i sundhedsvæsenet. Eksempelvis fordi investering i influenzatesten kan undgå unødige indlæggelser og isolation på hospitalerne samt besparelse af sygeplejetid. Der bør dog foretages en skarp prioritering for at sikre, at kompetencer og teknologi udnyttes bedst muligt med en høj kvalitet. Det forudsætter også et økonomisk fokus på tværsektoriel kommunikation, viden og systematisk tilgang til brugen af diagnostik.

”Hvis man ønsker at undgå indlæggelser, må man også bruge diagnostikken tidligere i forløbet”.

Karin Friis Bach



Lokal diagnostik skal understøtte central diagnostik

Der er en generel opfattelse af, at der kan være en klar samfundsøkonomisk gevinst i at brede diagnostikken ud. ”Det er vigtigt, at de politiske beslutningstagere er opmærksomme på, at der skal allokeres penge til området. For selvom meget af den nye diagnostik er dyr, så tror jeg også, gevinsten ved at få mere effektive patientforløb er større”, siger Anne Bukh.

Der viser sig et behov for at investere i diagnostik på tre fronter. Det drejer sig dels om behovet for at investere i fremskudt diagnostik i primærsektoren, det præhospitalt og på hospitalerne og den medfølgende uddannelse af generalistkompetencer, som skal håndtere diagnostikken. Desuden er der samtidig et behov for at investere i mere central diagnostik og ikke mindst hurtige prøvegange for at styrke specialiseringen. Endelig er der behov for at investere og prioritere i sammenhængen i sundhedsvæsenet, så vi undgår unødvendige gentagelser og processer. ”Jeg tror, det er vigtigt at få det på plads, inden vi begynder at flytte alt for mange opgaver og for meget diagnostik ud”, siger Troels Krarup.

Der er en holdning til, at investering på disse fronter er nødvendig for at skabe gode patientforløb, som samtidig kan effektivisere og aflaste et presset sundhedsvæsen. I den forbindelse påpeger Jonatan Schloss, at der er mange ressourcer at spare ved at styrke samarbejde og

diagnostisk support omkring almen praksis, men han efterlyser politiske visioner og investeringer i denne type af løsninger.

Anne Bukh understreger behovet for investering i lokal diagnostik: ”Jeg kunne egentligt godt tænke mig, at man arbejdede med at udvikle nogle kits, som kunne bruges hjemme eller i kommunalt regi, hvor man kunne prikke

”I disse år ser vi en markant udvikling i forhold til udflytning af diagnostiske delopgaver i almen praksis. Det gælder eksempelvis langt flere blodprøver, der medvirker til at afklare, om der er tale om sygdom eller indikation af, om en patient skal videre i pakkeforløb på grund af mistanke om kræft”.

Jonatan Schloss

patienten i fingeren og give svar på blodprøven med det samme. Altså fx hos patienter i blodfortyndende behandling for at se, om værdien er for høj eller for lav”. Karin Friis Bach understreger også mulighederne i lokal diagnostik og fastslår, at hun som politiker selvfølgelig skal sikre, at almen praksis har adgang til POC-udstyr,

men hun påpeger, at der fortsat ligger et stort stykke arbejde hos industrien i forhold til udvikling og innovation. I den forbindelse mener et flertal, at industrien har til opgave at fremvise gode businesscases, der viser hvor og hvornår lokal diagnostik har størst mulig effekt. Ikke mindst for at sikre en høj kvalitet. ”Inden for infektionsdiagnostik skal vi udarbejde de rigtige businesscases, som fx den vi implementerede i Region Hovedstaden sidste år omkring influenza”, siger Jan Gorm Lisby. Det er dog vigtigt, som Stephanie Lose understreger, at der er enighed om kriterierne for dokumentation og businesscases, så vi kan sammenligne værdien af forskellige løsninger fra industrien.

Ifølge Martina Jürs er budskabet klart. Ved at styrke lokal diagnostik vil der være en årlig besparelse på flere hundrede millioner kroner. Implement Consulting Group har i 2015 lavet en rapport for Danske Bioanalytikere, hvor man har beregnet en besparelse på minimum 150 millioner kroner om året ved at decentralisere diagnostikken.

Inden for investering i specialisering efterlyses der et generelt fokus på udvikling af digitalt medico-teknisk udstyr og forfinede diagnostiske metoder, der kan dygtiggøre os inden for eksempelvis alvorlige infektionssygdomme og genomsekventering. Genteknologi fremhæves af flere som et afgørende vigtigt område at investere i

fremadrettet med reference til, at personlig medicin i så fald kan målrettes endnu mere. Det vil ifølge Jonas Dahl også betyde større fravalg af virkningsløs medicin: ”Det er meget lettere at gøre, hvis vi har mere præcis indikation på effekter og bivirkninger. Men det kræver solide investeringer på nationalt niveau, og i den forbindelse er det vigtigt, at Folketinget har kendskab til behovet for investeringer og værdien af resultaterne”.

En ny tilgang til indkøb og prioritering af diagnostik
Ifølge Emil Lobe Suenson er det væsentligt for diagnostikken at koble indkøbs-, drifts- og anlægsbudgetterne i en samlet, værdibaseret betragtning, så diagnostikken vurderes bredt, når der er tale om investeringer. Han understreger i samme forbindelse vigtigheden af at inddrage de rette fagkompetencer i indkøbsfunktionerne. Det gælder særligt, i det omfang den diagnostiske kapacitet bredes ud i primærsektoren, hvor kompetencerne til at forholde sig til diagnostik ikke er udbygget nok i kommunerne i dag: ”Det er virkelig vanskeligt, hvis det skal passes ind i en indkøbsstruktur, der er vant til at købe kuglepenne, computere og kontorstole”.

Også Bettina Lundgren understreger behovet for at vurdere investeringerne ud fra et bredere perspektiv, end man gør i dag: ”Det kan godt være, den enkelte prøve er dyr, men i et totalomkostningsprincip kan det jo ofte betale sig, når vi måler på parametre som livskvalitet for patienten, sygedage og ekstra indlæggelser”, siger Bettina Lundgren.

Der bør derfor tages højde for, at driftsbudgetterne ikke bremser langsigtede, strategiske investeringer i diagnostik. Flere anerkender dog de udfordringer, der er forbundet med langsigtede investeringer – udfordringer, som ikke kun handler om regioner og kommuners etårige budgetter: ”Udfordringen er bare, at vi ikke blot kan købe bredt ind til hele regionen og indføre Point Of Care-udstyr overalt. Vi er nødt til at vurdere hver undersøgelse, for måske vil den specifikke diagnostik være god og effektiviserende ét sted, mens den kan være overflødig andre steder”, siger Jan Gorm Lisby.

Jonas Dahl efterlyser en ny tilgang til det diagnostiske område og refererer til Randers Hjerteklinik. Her kan almen praksis henvise patienter til ambulant undersøgelse på klinikken ved mistanke eller tvivl om hjertesygdom i modsætning til, at praktiserende læger normalt skal indlægge patienterne via akutmodtagelsen: ”Vi sparer indlæggelser og fanger nok også flere, men det kræver en helt ny tilgang til det diagnostiske. For det skal gå stærkt, hvis vi skal kunne undersøge patienter på klinikken, indlægge de alvorlige og sende resten hjem”. Netop behovet for hastighed som udslagsgivende markør understreger diagnostikkens betydelige rolle.

Det digitale sundhedsvæsen

Ligesom på alle andre fronter i samfundet er der en klar bevidsthed blandt de adspurgte om, at en væsentlig del af investeringen bør rettes mod de digitale muligheder. Det gælder generelt i sundhedsvæsenet såvel som inden

for diagnostikken. Erik Jylling påpeger, at nogle af disse investeringer på det digitale område vil komme helt af sig selv i takt med en generel udbredelse af teknologien. Det vil dog være mest optimalt, at det ikke sker på bagkant af teknologiens tilstedeværelse. Der skal altså ikke bare investeres i teknologien for teknologien skyld, men nærmere investeres i teknologien ud fra et fokus på muligheden for effektivisering og positive afledte gevinster ud fra en værdibaseret tilgang. ”Det kan eksempelvis være at styrke beslutningsstøtten hos almen praksis gennem digitale værktøjer, så henvisningerne bliver mere målrettede. Det kan i nogle tilfælde være en billigere løsning end diagnostiske centre”, siger Jonas Dahl. Det handler primært om, at man med digitaliseringen kan spare på nogle af specialistressourcerne, samtidig med at vi sikrer et bedre behandlingsflow – ovenikøbet ofte mere effektivt.

Ifølge Bettina Lundgren kan et klart fokus på det digitale sundhedsvæsen få betydning for den nære diagnostik, ”fx de udegående funktioner, kvalitetskontrol og opkobling til sundhedsplatformen”.

Men digitaliseringen giver også anledning til en række dilemmaer, fordi man rent politisk ikke har fundet en løsning på, hvordan vi forholder os til hjemmetests. Det er ifølge flere klinikere en udfordring, fordi selvdiagnosticeringen indeholder data, som er vigtige at kvalificere og registrere i det samlede sundhedsvæsen til gavn for både behandling og forskning: ”Jeg skal som behandler

kunne se data og integrere dem, så der ligger en stor opgave i registrering på tværs, så vi sikrer, at det nære sundhedsvæsen spiller ind i det samlede sundhedsvæsen”, siger Troels Krarup.

Ifølge Jakob Bigum Lundberg har vi kun set begyndelsen af denne selvdiagnosticering i form af sundhedsapparater, der følger helbredsudviklingen: ”Eksempelvis udviklingen af et hygiejnebind, der udover at være et bind også rummer op til 300 sundhedsmarkører, men som kun koster et par dollar mere end almindelige bind”. Han understreger, at denne selvdiagnosticering også kan bidrage til forskellig adgang for borgerne: ”De ressourcestærke vil benytte sig af mulighederne og bruge det aktivt, selvom de evt. selv skal finansiere det. Det samme gør sig ikke gældende for dem med færre ressourcer”. Derfor er det ifølge Jakob Bigum Lundberg vigtigt, at man finder en snitflade, hvor kommunerne kan understøtte og deltage i udviklingen og samtidig række ud til de målgrupper, som det er svært at få tag i. Det skal give mening for de lokale borgere, som i eksemplet med mobillaboratorier.

“I takt med teknologiens udvikling har vi som kommune en central opgave i at række ud og få bedre tag i de grupper, som i dag er mest udfordret på deres sundhed. Det er jo reelt dem, der har de største behov, og det er også her, vi som samfund kan gøre den største forskel for borgerne og for sundhedsøkonomien”.

Jakob Bigum Lundberg



Konklusioner

Denne analyse er blevet til på baggrund af 25 dybdegående interviews med beslutningstagere, meningsdannere og eksperter inden for det danske sundhedsvæsen. Analysen viser, at debatten om diagnostikkens fremtidige rolle er kompleks med mange forskellige holdninger og nuancer. Der fremstår dog alligevel en række hovedpointer om diagnostikkens rolle, muligheder og barrierer i morgendagens sundhedsvæsen.

Analysen peger særligt på følgende konklusioner:

Der er fart på den diagnostiske udvikling

Takket være teknologien udvikler det diagnostiske område sig hastigt. Det betyder i praksis, at diagnostikken dels udvikler sig markant i dybden, så vi oplever en langt mere kompleks og specialiseret diagnostik på flere områder. Desuden betyder det, at diagnostikken udvikler sig hastigt i bredden, så den bredes ud til langt flere områder og i langt flere sektorer og enheder inden for vores sundhedsvæsen.

Diagnostikken er nøglen til sammenhæng og prioritering af ressourcer

Diagnostikken kan hurtigt og effektivt skille borgere fra patienter, og den kan med både hurtighed og præcision være et afgørende bindeled i et samlet behandlingsforløb på tværs af afdelinger, sygehuse, sektorer og faggrupper. Netop derfor spiller diagnostikken en central rolle i forhold til at vurdere, hvornår behandling skal fremskyndes og målrettes.

Kompetencer til at håndtere diagnostiske løsninger søges

På tværs af sundhedsvæsenet er der en knaphed af ressourcer og viden, der kan læse og forstå mulighederne i innovative diagnostiske løsninger. Udfordringen er derfor knap så meget teknologi, udstyr og innovation, men langt mere viden og kompetencer hos både specialister og sundhedspersonale.

Stor variation i implementering

Der er en markant uens tilgang til implementering af diagnostiske løsninger på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Det gør det svært at benchmarke og udpege de løsninger, der har størst værdi for forskellige grupper af patienter.

Diagnostikken er ikke synlig i prioriteringsdebatten

Til trods for diagnostikkens store potentiale i forhold til effektivisering, sammenhæng og forbedring af patient-flow, fylder den stort set intet i den offentlige og politiske debat, herunder i forhold til spørgsmålet om politiske prioriteringer. Der bør generelt sikres en mere systematisk og velfunderet prioritering af diagnostikken inden for de nuværende rammer i sundhedsvæsenet.

Behov for en systematisk tilgang

Forudsætningen for, at diagnostikken kan få en central rolle, og dermed indfri sit potentiale, er en klar og systematisk tilgang til ibrugtagning, kvalitet og evaluering af diagnostiske løsninger. Det vil være et centralt indsatsområde at arbejde med fremadrettet på tværs af enheder, sektorer og faggrupper.

Stof til eftertanke

Analysen og de mange perspektiver på tværs af interviewene har også givet anledning til en række refleksioner i forhold til det videre arbejde med diagnostikkens rolle i et moderne værdibaseret sundhedsvæsen.

Diagnostikken som en integreret del af en kommende sundhedsreform

I lyset af diagnostikkens perspektiver og muligheder vil det være oplagt, at de politiske drøftelser om kommende reformer af sundhedsvæsenets indretning også adresserer visioner, perspektiver og holdninger til diagnostikkens rolle. Dette vil fx være naturligt at implementere i drøftelser om tværsektorielt samarbejde, samfinansiering samt strukturelle og organisatoriske ændringer i takt med digitaliseringen af sundhedsvæsenet.

National plan for prioritering af det diagnostiske område

For at videreudvikle klare bud på diagnostikkens rolle fremadrettet kunne det være relevant at etablere en national taskforce, der drøfter og udvikler en national plan for prioritering på det diagnostiske område på tværs af sundhedsvæsenet, herunder overvejelser omkring kriterier for ibrugtagning, evaluering og værdi samt ikke mindst en model for tilgang til datagrundlag – sidstnævnte er et særskilt stykke arbejde, som er væsentligt allerede nu at reflektere over for at have afsæt for arbejdet med prioritering af diagnostikken.



Om Roche Diagnostics

Roche Diagnostics A/S leverer diagnostiske løsninger til hele det danske sundhedsvæsen. Alt fra udstyr til den private bruger i hjemmet til avancerede og innovative, integrerede løsninger til laboratorierne og hospitalerne.

Roche Diagnostics A/S er et dansk datterselskab af den schweiziske F. Hoffmann-La Roche koncern, som blev grundlagt i Basel i 1896, og som i dag er blandt verdens førende life science-virksomheder. Roche blev etableret i Danmark i 1970, og Diagnostics blev et selvstændigt selskab i 2005.

Roche er 75 medarbejdere i Diagnostics i Danmark, og internationalt beskæftiger Roche omkring 93.000 medarbejdere under Roches eller tilkøbte datterselskabers egne navne.



