



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Zukunftsblick: Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung und Implikationen für die Gesundheitsberufe

Thomas Czypionka

Gesundheitsberufe – Wege in die Zukunft

Wien, 27.09.2017

Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study



Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie

Summary

Background Long-term disorders are the main challenge facing health-care systems worldwide, but health systems are largely configured for individual diseases rather than multimorbidity. We examined the distribution of multimorbidity, and of comorbidity of physical and mental health disorders, in relation to age and socioeconomic deprivation.

Lancet 2012; 380: 37-43

Published Online

May 10, 2012

DOI:10.1016/S0140-

Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study



Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie

Summary

Background Long-term disorders are the main challenge facing health-care systems worldwide, but health systems are largely configured for individual diseases rather than multimorbidity. We examined the distribution of multimorbidity, and of comorbidity of physical and mental health disorders, in relation to age and socioeconomic deprivation.

Lancet 2012; 380: 37-43

Published Online

May 10, 2012

DOI:10.1016/S0140-

“Our findings challenge the single-disease framework by which most health care, medical research, and medical education is configured. A complementary strategy is needed [...]”



Herausforderung Multimorbidität

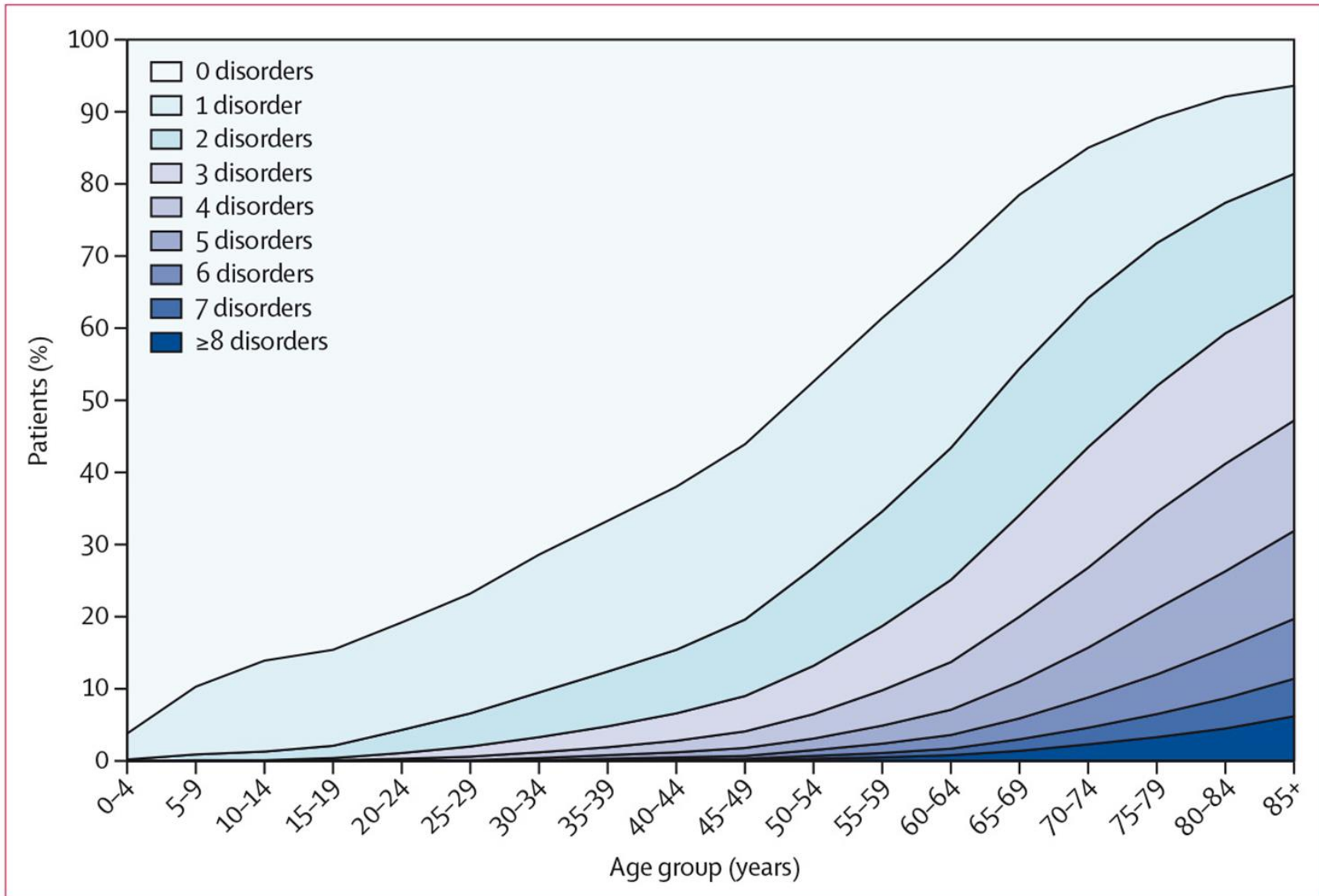


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

Quelle: Barnett et al. (2012)

Herausforderung Multimorbidität

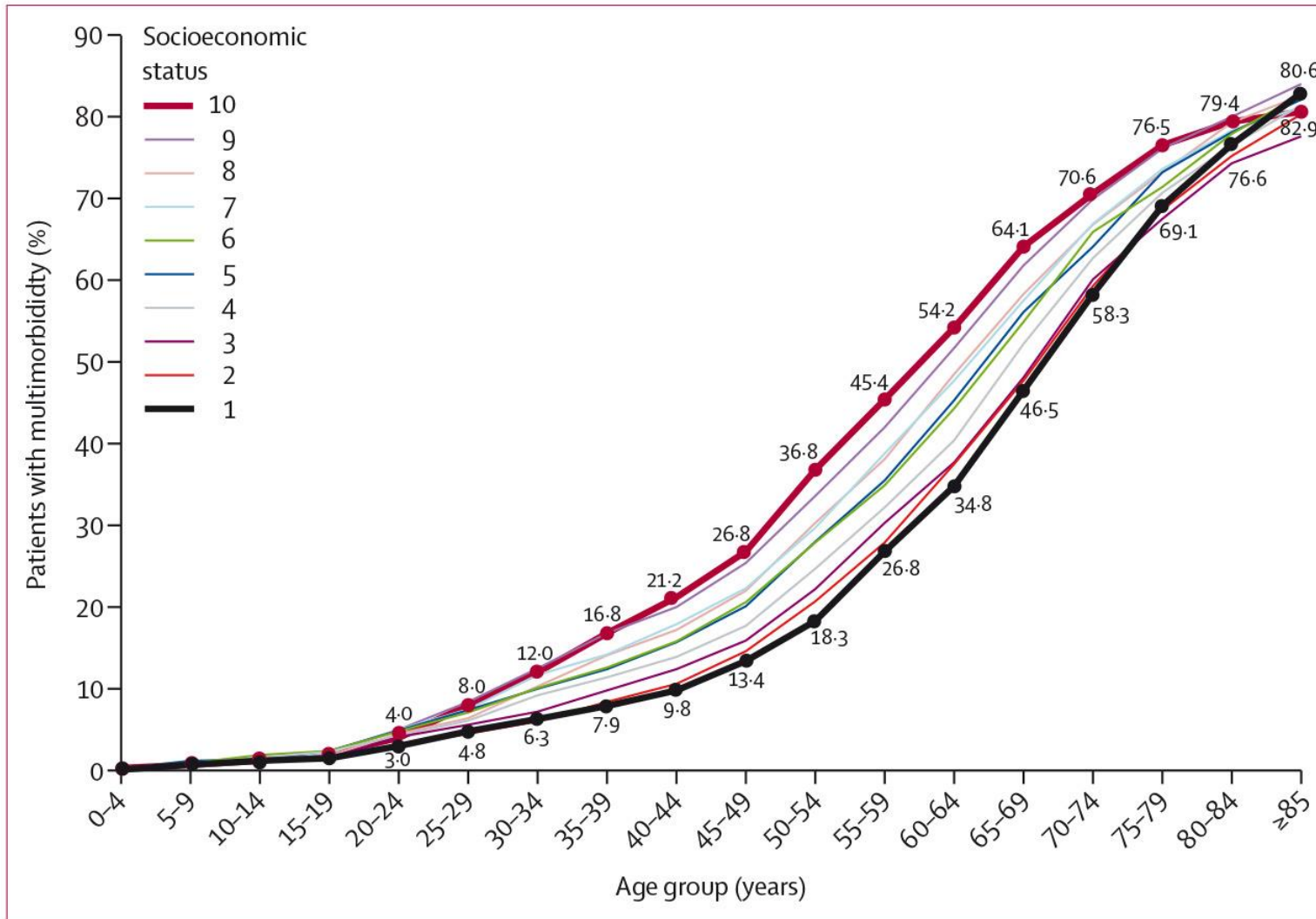


Figure 2: Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status

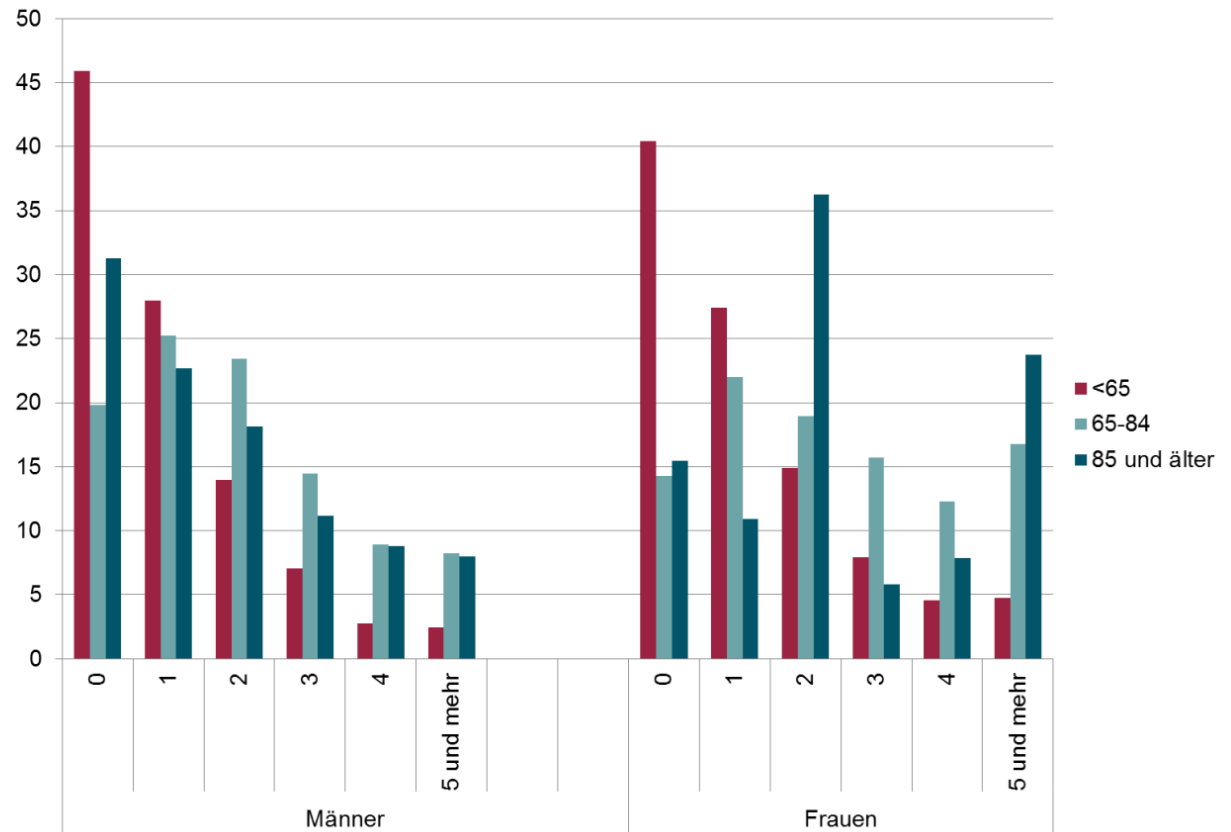
On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

Quelle: Barnett et al. (2012)

Herausforderung Multimorbidität

Anzahl chronischer Erkrankungen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht, Österreich, 2014

→ Ältere Personen

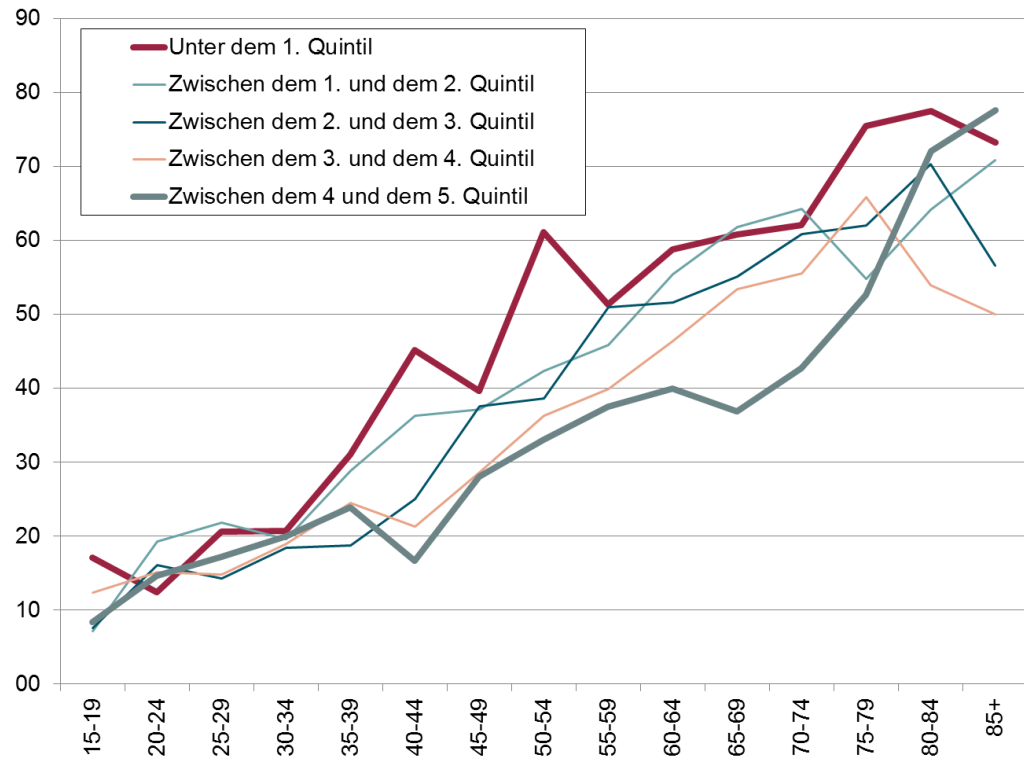


Quelle: IHS (2016) nach Daten der Gesundheitsbefragung 2014

Herausforderung Multimorbidität

Prävalenz von Multimorbidität (mind. 2 chronische Erkrankungen) in Abhängigkeit von Nettoäquivalenzeinkommen des Haushaltes und Alter, Österreich, 2014

→ Personen mit **niedrigerem sozioökonomischen Status** (überproportional)



Quelle: IHS (2016) nach Daten der Gesundheitsbefragung 2014

Herausforderung Multimorbidität

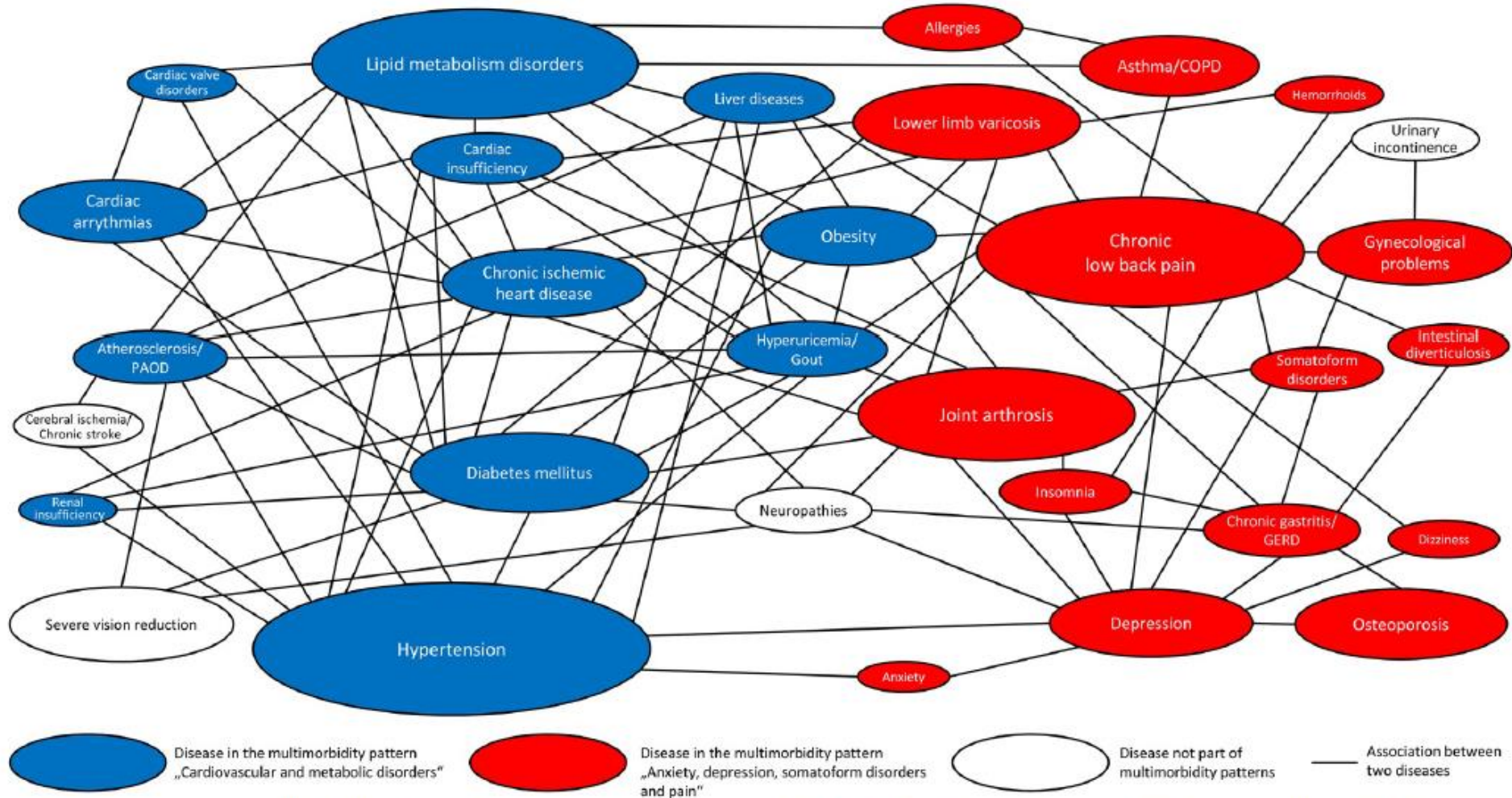
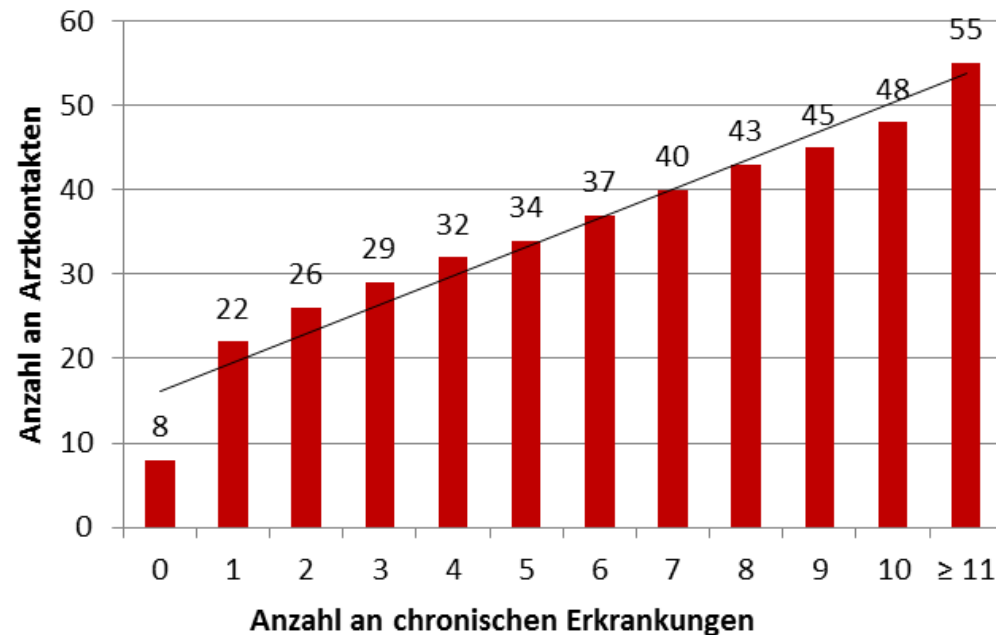


Figure 1 Disease associations in multimorbidity clusters based on triads with a prevalence $\geq 1\%$ and an observed/expected ratio ≥ 2 in the female population with ≥ 3 chronic conditions.

Herausforderung Multimorbidität

Folgen für Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen:

- Anzahl der **Arztkontakte** steigt mit der Anzahl der chronischen Erkrankungen (siehe Grafik)
- Außerdem längere und mehr **stationäre Aufenthalte** sowie erhöhter Verbrauch von **Medikamenten**



Quelle: IHS (2016) nach Daten von van den Bussche et al. (2011)

Herausforderung Multimorbidität

Diagnose bei multimorbiden Personen:

- Vorliegen von mehreren chronischen Erkrankungen kann zu **Unsicherheit in Diagnose** führen – sowohl bei Diagnose von zusätzlichen Erkrankungen als auch bei Zuordnung von Symptomen zu bestehenden Erkrankungen
- V.a. bei **Wechselwirkungen** zwischen Erkrankungen

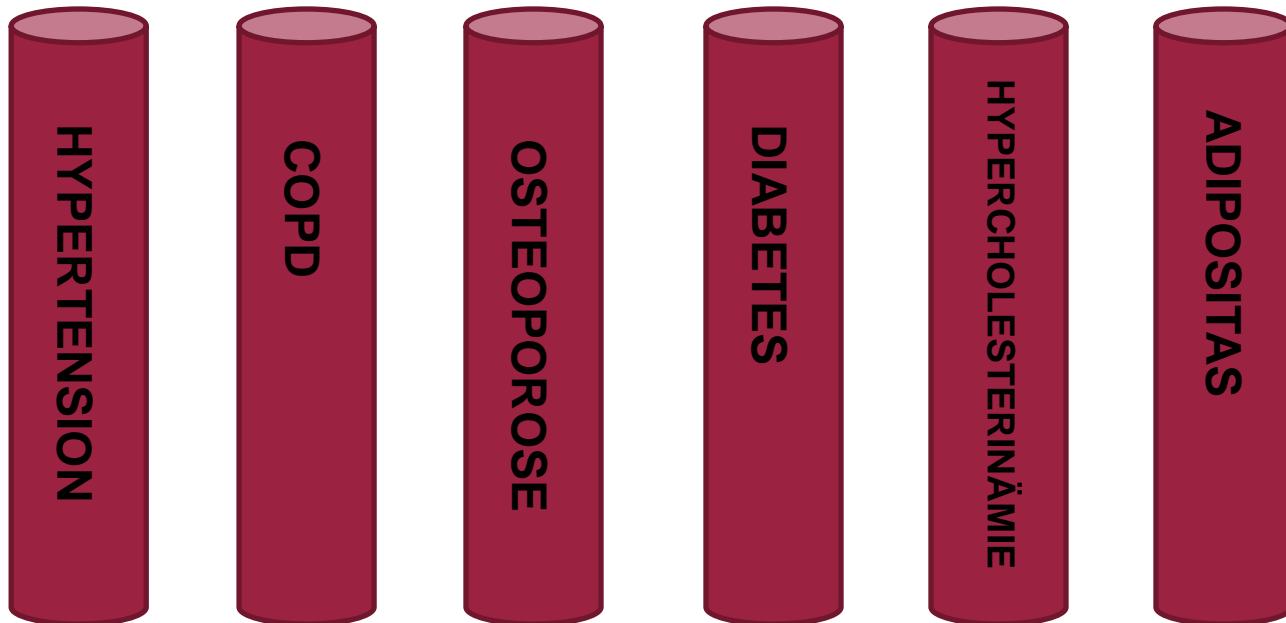
Behandlungskonflikte bei multimorbiden Personen:

- Für gängige chronische Erkrankungen gibt es **evidenzbasierte klinische Leitlinien** – können i.d.R. bei multimorbiden Personen **nicht** einfach parallel angewandt werden (Wechselwirkungen bzw. Übertherapie)
- Gilt insbesondere für Medikamente (**Polypharmazie**)
- Erschwerender Faktor: **Fragmentierung** in der Versorgung – mangelnde Koordination und Kommunikation zwischen Leistungsanbietern

Herausforderung Multimorbidität

Evidenz:

- Typischerweise für eine Erkrankung ermittelt
- Zielkonflikte bei mehr als einer Krankheit



Fallbeispiel: Herbert, 72 Jahre

- War im Bergbau tätig, später aus gesundheitlichen Gründen als Maurer, dann **Invaliditätspension**
- Nach und nach mehr Beschwerden: **Silikose** (Steinstaublunge), Beschwerden an **Gelenken und Wirbelsäule, Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen**
- Folge: Vergangenes Jahr bereits **2. Herzinfarkt**
- Nach Entlassung aus Spital: Entlassungsmedikation aus **15 Medikamenten**, zu 3 verschiedenen Tageszeiten einzunehmen
- **Regelmäßige Arztbesuche**, u.a. bei **Hausärztin, Kardiologe, Lungenfachärztin, Augenärztin, Neurologe**
- Besuche bei anderen Gesundheitsprofessionen: **Diätologe, Physiotherapeutin, Fußpflege**
- **Appetitlosigkeit** aufgrund der vielen Medikamente → manchmal lässt er Medikamente weg, sagt Ärzten nichts davon
- Benötigt möglicherweise in einigen Jahren **Pflege**



Special Article

Goal-Oriented Medical Care

James W. Mold, MD; Gregory H. Blake, MD; Lorne A. Becker, MD

ABSTRACT

The problem-oriented model upon which much of modern medical care is based has resulted in tremendous advancements in the diagnosis and treatment of many illnesses. Unfortunately, it is less well suited to the management of a number of modern health care problems, including chronic incurable illnesses, health promotion and disease prevention, and normal life events such as pregnancy, well-child care, and death and dying. It is not particularly conducive to an interdisciplinary team approach and tends to shift control of health away from the patient and toward the physician. Since when using this approach the enemies are disease and death, defeat is inevitable.

Proposed here is a goal-oriented approach that is well suited to a greater variety of health care issues, is more compatible with a team approach, and places a greater emphasis on physician-patient collaboration. Each individual is encouraged to achieve the highest possible level of health as defined by that individual. Characterized by a greater emphasis on individual strengths and resources, this approach represents a more positive approach to health care. The enemy, not disease or death but inhumanity, can almost always be averted.

(Fam Med 1991; 23:46-51)

1. There exists an ideal "health" state which each person should strive to achieve and maintain. Any significant deviation from this state represents a problem (disease, disorder, syndrome, etc.).
2. Each problem can be shown to have one or more potentially identifiable causes, the correction or removal of which will result in resolution of the problem and restoration of health.
3. Physicians, by virtue of their scientific understanding of the human organism and its afflictions, are generally the best judges of their patients' fit with or deviation from the healthy state and are in the best position to determine the causes and appropriate treatment of identified problems.
4. Patients are generally expected to concur with their physicians' assessments and comply with their advice.
5. A physician's success is measured primarily by the degree to which the patients' problems have been accurately and efficiently identified and labeled and appropriate medical techniques and technologies have been expertly applied in an effort to eradicate those problems.

This conceptual model is ideally suited to the understanding and management of acute and curable illnesses. It has also been extremely important for clinical research. How

Von problemorientierter zu zielorientierter Medizin (2)

	Problem-oriented	Goal-oriented
Definition of Health	Absence of disease as defined by the health care system	Maximum desirable and achievable quality and/or quantity of life as defined by each individual
Measures of success	Accuracy of diagnosis, appropriateness of treatment, eradication of disease, prevention of death	Achievement of individual goals
Evaluator of success	Physician	Patient

Elemente integrierter Versorgung von multimorbiden Personen

Personenzentriertheit der Versorgung:

- **Ganzheitliche Bewertung der individuellen Bedürfnisse:** sowohl medizinische als auch soziale Bedürfnisse
- **Zielorientierte Versorgung:** Fokus auf persönliche Präferenzen und (realistische) Ziele des/der Betroffenen anstatt von objektiven Gesundheitsresultaten
- Anschließend Erstellung eines **individuellen Versorgungsplans:** Planung von Behandlung, Prävention und Selbstmanagement; regelmäßige Anpassung
- **Unterstützung im Selbstmanagement:** Individuelle Abstimmung, Vermeidung von Überforderung
- Evtl. Verwendung von **Informations- und Kommunikationstechnologien:** z.B. telefon. Beratungen, Internet-basierte Anwendungen, Selbsthilfe-Foren, Telemedizin

Elemente integrierter Versorgung von multimorbiden Personen

Integration der Leistungserbringung:

- Koordination zwischen Leistungserbringern **unterschiedlicher Einrichtungen** und **unterschiedlicher Spezialisierungen** (z.B. Einbindung in Erstellung des Versorgungsplans)
- Über Gesundheitssektor hinaus: Koordination zwischen **Gesundheitsversorgung, Pflege und sozialer Betreuung** (z.B. im Entlassungsmanagement)
- Verwendung von interoperablen **Informationssystemen** bzw. elektronischen Patientenakten zum Austausch von Informationen zwischen Leistungserbringern

- **Große Reform: NHS Five Year Forward View**
 - **Seit 2015**
 - **2,4 Mrd GBP jährlich mehr für PHC („GP forward view“) ansteigend bis 2020/21, davon**
 - **5000 GPs mehr**
 - **1000 ArzthelferInnen mehr**
 - **3000 PsychotherapeutInnen in PHC**
 - **1500 klinische PharmakologInnen in PHC**
 - **6 Mio für Managementausbildung**
 - **15 Mio für NP Fortbildung**
 - **45 Mio auf fünf Jahre zur Fortbildung der Sprechstundenhilfen**
 - **900 Mio Investitionen in Gebäude und Infrastruktur**
 - **Zuzüglich 45 Mio in Ausbau der online-Lösungen**

England

■ Große Reform

■ 10 „high impact actions“




1: ACTIVE SIGNPOSTING

- Online portal
- Reception navigation



2: NEW CONSULTATION TYPES

- Telephone
- Text message
- E-consultations
- Group consultations



3: REDUCE DNAs

- Easy cancellation
- Read-back
- Reminders
- Report attendances
- Patient recording
- Reduce 'just in case'



4: DEVELOP THE TEAM

- Advanced nurse practitioner
- Pharmacists
- Medical assistants
- Physician associates
- Paramedics
- Therapists



5: PRODUCTIVE WORK FLOWS

- Matching capacity and demand
- Productive environment
- Efficient processes



6: PERSONAL PRODUCTIVITY

- Personal resilience
- Speed reading
- Computer confidence
- Touch typing



7: PARTNERSHIP WORKING

- Productive federation
- Specialists
- Community pharmacy
- Community services



8: SOCIAL PRESCRIBING

- Practice based navigators
- External service



9: SUPPORT SELF CARE

- Prevention
- Long term conditions
- Acute episodes



10: DEVELOP QI EXPERTISE

- Leadership of change
- Rapid cycle change
- Process improvement
- Measurement



■ Große Reform

- Neben dem clinical commissioning umfassendere Organisationsformen („vanguards“)
- 50 vanguards als Testregionen
- >100 Mio GBP p.a. für new models of care
- Erhalten umfassende Unterstützung bei
 - Design
 - Evaluierung
 - Integration der Versorgung
 - Erstellung der Governance
 - Patient empowerment
 - Technologieeinsatz
 - Personal und Arbeitsorganisation
 - Interne und externe Kommunikation
 - Führung
- Derzeit 8% der Bevölkerung in MCPs oder PACS



- **Integrated Primary and acute care systems (PACS)**
 - **9 Gegenden wurden ausgewählt**
 - **Integriert Primär- und Sekundärversorgung inklusive Spitäler**
 - **Typischerweise >250.000 Menschen**
 - **Der Kern ist PHC!**

- **South Somerset Symphony Programme**
 - **Gegend mit hohem Anteil mehrfach chronisch Kranker**
 - **Vanguard Integrated PACS**
 - **PatientInnenstratifizierung**
 - **Abgestufte Versorgung**
 - **Zentral: „Huddles“= tägliche Teambesprechungen, bei denen jeder frei reden kann**

England

% of population

% of cost

Complex patients
with many conditions

4%
~5k

~50%
~£75m

Complex care hubs

Less complex patients
with fewer conditions

18%
~20k

~35%
~£55m

Enhanced primary
care

Mainly healthy patients

78%
~90k

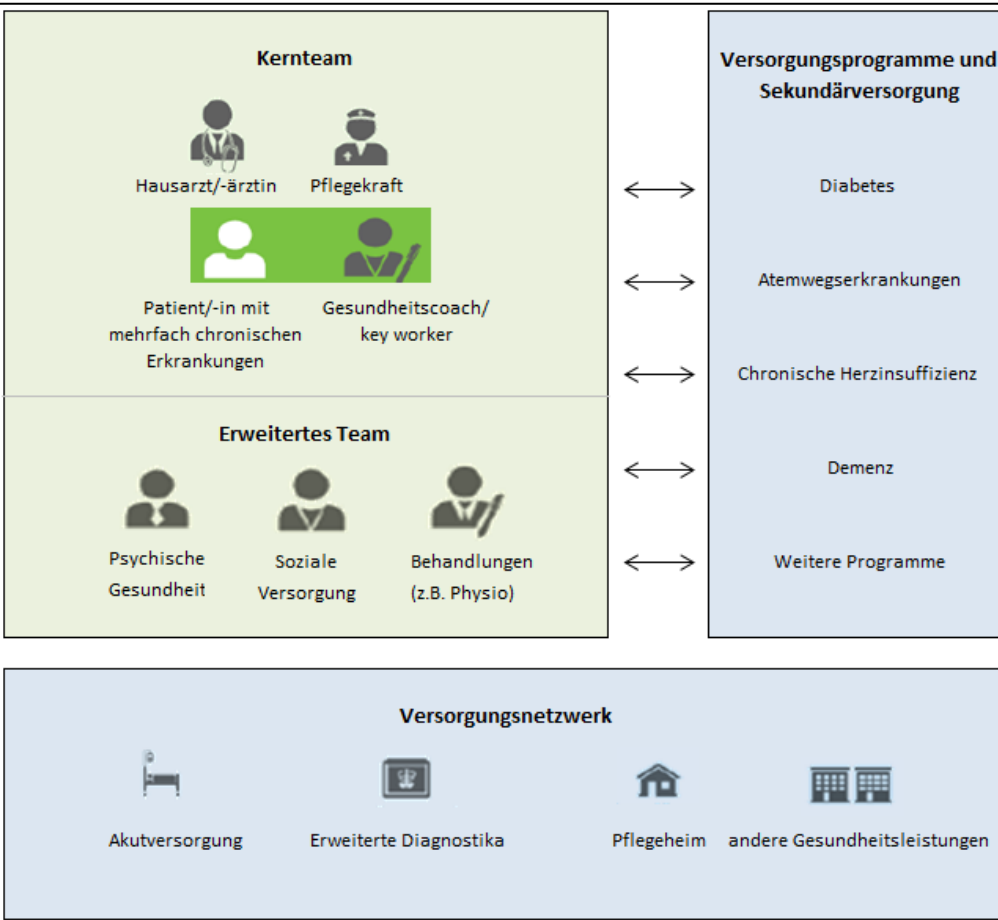
~15%
~£20m

Proactive health and
wellbeing support

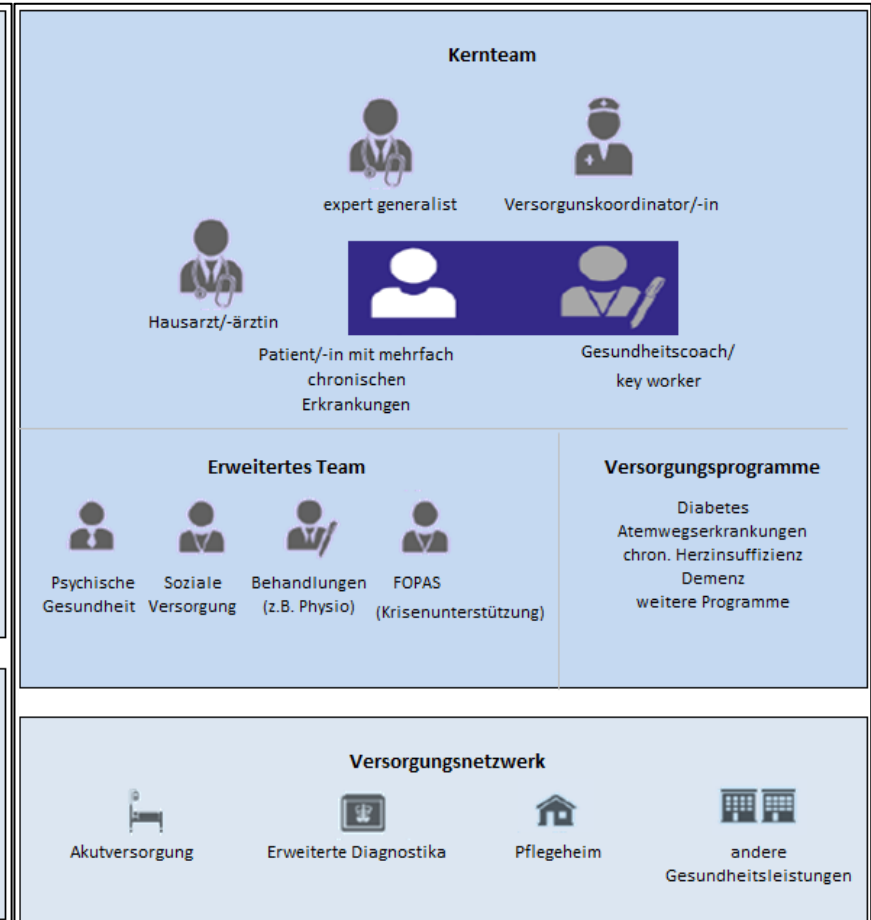


England

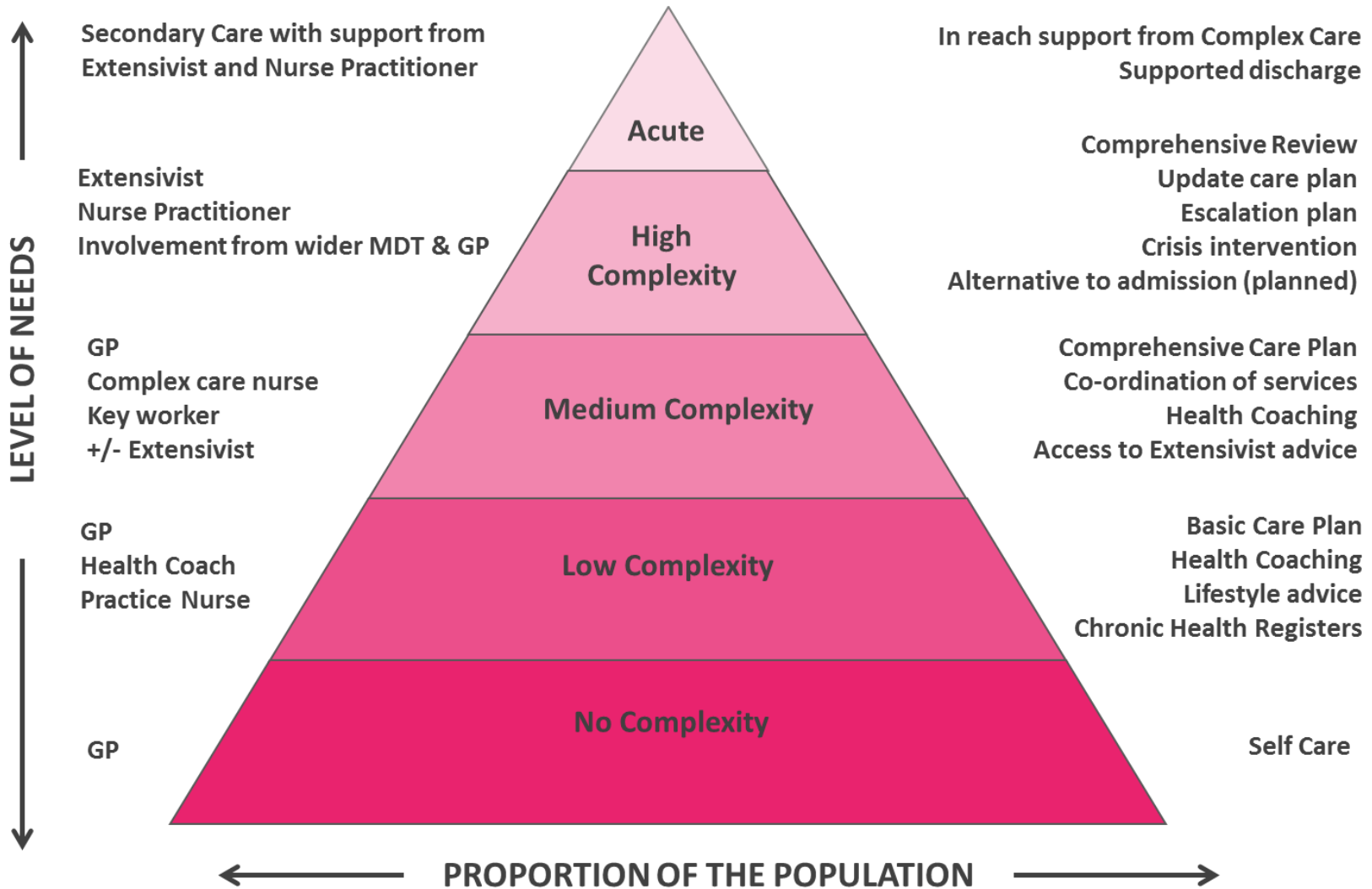
Enhanced Primary Care



Complex Care Hub



England



Fazit

- **Die komplexen PatientInnen der Zukunft erfordern ein hohes Ausmaß an Zusammenarbeit und individueller Versorgungsplanung**
 - **Verständnis für das, was der jeweils andere tut, muss gegeben sein**
 - **Oft sind soziale Probleme Teil der Ursachen und müssen adressiert werden**
 - **Einbindung informell Pflegender essentiell**
 - **Telemedizin wird unterstützend wirken, muss aber ebenfalls beherrscht werden**
- **Die Gesundheitsberufe müssen in ihrer Ausbildung daher Teamfähigkeit, Kommunikationskills, soziale Kompetenzen und digitale Fähigkeiten erwerben**
- **Hoher interpersoneller Charakter solcher Versorgungsmodelle führt vom triple aim zum quadruple aim**

From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider

Thomas Bodenheimer, MD¹

Christine Sinsky, MD^{2,3}

¹Center for Excellence in Primary Care,
Department of Family and Community
Medicine, University of California San
Francisco, San Francisco, California

²Medical Associates Clinic and Health Plan,
Dubuque, Iowa

³American Medical Association, Chicago,
Illinois

ABSTRACT

The Triple Aim—enhancing patient experience, improving population health, and reducing costs—is widely accepted as a compass to optimize health system performance. Yet physicians and other members of the health care workforce report widespread burnout and dissatisfaction. Burnout is associated with lower patient satisfaction, reduced health outcomes, and it may increase costs. Burnout thus imperils the Triple Aim. This article recommends that the Triple Aim be expanded to a Quadruple Aim, adding the goal of improving the work life of health care providers, including clinicians and staff.

Ann Fam Med 2014;12:573-576. doi: 10.1370/afm.1713.

Aktuelles EU-Forschungsprojekt SELFIE



Aktuelles EU-Forschungsprojekt SELFIE

“**Sustainable intEgrated care modeLs for multi-morbidity: delivery, FInancing and performancE**”



- Von der EU-Kommission gefördertes Forschungsprojekt
- Ziel: wissenschaftliche Erforschung von **integrierter Versorgung von multimorbid chronisch kranken Personen**, Vorschläge bzgl. **Versorgungskonzepten** an die Politik
- 8 Partnerinstitutionen aus 8 europäischen Ländern
- Jeder Partner untersucht im eigenen Land **2 vielversprechende Programme** zur integrierten Versorgung von multimorbiden Personen
- Untersuchung anhand von **qualitativen Methoden** sowie **empirischer Evaluierung**

<http://www.selfie2020.eu/>



Aktuelles EU-Forschungsprojekt SELFIE



Ermittlung der Präferenzen von fünf Stakeholdergruppen, darunter Health Professionals:

<http://www.selfie2020.eu/preq>

