

Fremtidsdage Rigshospitalet 2040, 29-30.03.2023 – del 3

I dette referat kan du læse om

- Top 3 Dental Insights
- Fremtidslaboratorium: Fremtidens patientbehandling fra vugge til grav - opsporing, behandling og opfølgning (digital tvilling)
- Udfordrende ulighed

Top 3 Dental Insights

1. Vi får alle en digital tvilling i fremtiden

En digital tvilling er en virtuel kopi af et menneske, en bil, en bro eller noget andet. Her kan man teste og forudsige nogle ting, som kan bruges i den virkelige verden.

Borgeren skal eje sit eget data, en digital tvilling, og kunne give andre adgang eller ej til at bruge sit data. Så ligger der ikke persondata rundt omkring på diverse platforme. Og så kan man vælge at hjælpe andre med gode og tværfaglige formål der gerne vil bruge ens data.

En digital tvilling version kan gøre det muligt at teste og skræddersy behandlinger til patienter på individniveau FØR den virkelige behandling fysisk udføres.

Vi skal tænke i livsforløb for patienten fra vugge til grav. Det er ikke nok at tænke behandling, vi skal også tænke forebyggelse og diagnostik.

2. Vi skal blive bedre til at bruge data i sundhedsvæsenet

Der kommer 10% flere patienter, der skal behandles på hospitalerne om 17 år i 2040, og der vil allerede i 2030 være 10% færre sundhedspersonale.

Der vil være 140.000 flere patienter over 70 år i 2040.

75% af folk over 75 år er fuldstændig digitalt selvkørende.

Ambitionen med bedre datadeling er, at vi kan individualisere behandlingstilbud ud af al tilgængelig viden og erfaring.

Data kan give behandlingsgrundlag til valg af behandling - a patient like me. Man kan bruge tidligere patienters data i en stor database af tidligere patienter og sammenligne dem, der ligner den nuværende patient. Data kan give beslutningsstøtte.

3. Sundhedsvæsenet skal differentiere sine behandlingstilbud

Lige behandling betyder ikke ens behandling. Hvis vi ikke gør noget nu, vil vores sundhedsvæsen om 15-20 år blive endnu mere opdelt i A og B hold.

Vi skal blive meget bedre til at håndtere de syge og ressourcetsvage. Mange borgere søger ikke sundhedshjælp før det er for sent. Vi er nødt til at fokusere på dem, vi ikke normalt kan nå.

Som patient skal man uddannes ordentligt i sin sygdom, sin behandling og det udstyr man selv skal bruge i hjemmet.

Mange raske har wearables der monitorerer alt muligt, og de bliver bekymrede for selv mindre normalafvigelse. Det giver ekstra pres på sundhedsvæsenet.

Teknik er ikke løsningen på alt. Digitalisering kan meget, men det kan ikke holde patienten i hånden. Omsorg er en vigtig parameter, vi skal have mere af i sundhedsvæsenet.

Som patient har man brug for at blive set som en helhed, og ikke som en delepatient. Det er langt de færreste patienter, der kan opdeles i fx "hoved", "tarm" osv. De patienter, der dårligst kan tåle silotænkning, har brug for mere hjælp og støtte end andre. Det er svært at være delepatient, når faglighederne ikke snakker sammen.

Hvad vil vi egentlig med vores sundhedsvæsen? Vi skal ikke kun producere mere og mere. Besparelser kan ofte ende med at blive dyrere. Der skal også være mere selvbestemmelse på de forskellige afdelinger. Vi skal bevare og have mere menneskelighed, nærvær og proportionalitet i vores sundhedsvæsen.

Vi har travlt med at behandle sygdomme, som vi kunne forebygge, og det er (**betalingsmur**) hul i hovedet. Vi skal have meget mere forebyggelse ind og tage beslutninger, der reducerer at folk bliver syge som fx gøre cigaretter meget dyrere. Forbud mod rygning ville reducere 50% af den sociale ulighed.

Ældresektoren er afhængig af de 3 P'er, der hjælper den ældre borger:

- Partner
- Penge
- Pige (datter)

Vi bliver ældre ude i primærsektoren, og det er her vi skal styrke forebyggelsen. Det vigtigste er det der foregår ude i primærsektoren og kommunerne.

Fremtidslaboratorium: Fremtidens patientbehandling fra vugge til grav - opsparing, behandling og opfølgning (digital tvilling)

Fremtidsanalyser for Fremtidens Rigshospital 2040

Se fremtidsanalyserne for Fremtidens Rigshospital her:

<https://www.rigshospitalet.dk/om-hospitalet/strategi/fremtidens-rigshospital/Sider/fremtidsanalyser-rigshospitalet.aspx>

Megatendenser i verden

Fremtidsanalyserne for Rigshospitalet har fundet frem til 6 meгатendenser for fremtiden.

Grundlæggende menneskelige behov (medarbejdere, patienter) for tillid, tryghed, motivation og mening ligger i midten og har de 6 meгатendenser uden om:

1. **Accelereret omstilling** (forandringer kommer hurtigere, levetiden for løsninger er kortere, vi er nødt til at omstille os hurtigere, fx ChatGBT kommer til december 2023 og vil have menneskeligt niveau)
2. **Holistisk bæredygtighed** (produkter og løsninger er forretningsmæssigt, menneskeligt og miljømæssigt bæredygtige - både nu og for kommende generationer, nye generationer vil arbejde anderledes)
3. **Hyper-forbundethed** (mennesker og teknologi er forbundet i netværk uafhængigt af tid, sted, sprog og kultur)
4. **Blandede virkeligheder** (sammensmeltning af den fysiske og den virtuelle verden, vi bevæger os ubesværet mellem de to virkeligheder)
5. **Forstærket menneskehed** (mennesker arbejder vha teknologi ud over egen kognitiv og fysisk kapacitet)
6. **Skræddersyet samfund** (alt kan tilpasses det enkelte individ, og forventningerne er derefter)

Vi får alle en digital tvilling i fremtiden

En digital tvilling er en virtuel kopi af et menneske, en bil, en bro eller noget andet. Her kan man teste og forudsige nogle ting, som kan bruges i den virkelige verden. Alle nyfødte og på sigt alle borgere får en digital tvilling.

Borgeren skal eje sit eget data, en digital tvilling, og kunne give andre adgang eller ej til at bruge sit data. Så ligger der ikke persondata rundt omkring på diverse platforme. Og så kan man vælge at hjælpe andre med gode og tværfaglige formål der gerne vil bruge ens data.

Digital tvilling version 1:

Kan skabes ud fra eksisterende data om en borger. Det kan give sammenlignende outcomes af forskellige behandlinger.

Digital tvilling version 2:

Kan bruge nye data man indhenter, fx data som borgerens egne målinger som blodtryk, puls osv. Det kan give tidlig opsporing af alvorlige sygdomme, og muliggøre forebyggende behandling.

Digital tvilling version 3:

Bruger 3D data som AI, DNA, molekylærbiologiske data, socioøkonomiske data. En digital tvilling version kan gøre det muligt at teste og skræddersy behandlinger til patienter på individniveau FØR den virkelige behandling fysisk udføres.

En digital tvilling kan bruges til beslutningsstøtte og tidlig opsporing af sygdom

Digitale tvillinger kan fremover bruges til at uddanne patienterne til deres egen sygdom, og til at uddanne sundhedspersonale til beslutningsstøtte ved sygdomsbehandling.

Vi skal tænke i livsforløb for patienten fra vugge til grav. Det er ikke nok at tænke behandling, vi skal også tænke forebyggelse og diagnostik.

Vi skal gå fra episodisk behandling til løbende samarbejde. Behandling skal være tæt på brugernes normale miljø og hjem, når det er muligt, og fysisk på et højt specialiseret hospital, når det er nødvendigt.

Ambitionen er bedre opsporing af primær alvorlig sygdom, hvis der kan tilbydes forebyggende behandling. Tidlig opsporing er altafgørende for prognosen. Men hvordan skal man opspore disse mennesker og familier, og hvor mange skal screenes? Hælprøven på nyfødte kan fx screene 12 sygdomme nu.

Hvorfor skal vi blive bedre til at bruge data i sundhedsvæsenet?

Der kommer 10% flere patienter, der skal behandles på hospitalerne om 17 år i 2040, og der vil allerede i 2030 være 10% færre sundhedspersonale. Der vil være 140.000 flere patienter over 70 år i 2040.

75% af folk over 75 år er fuldstændig digitalt selvkørende.

Ambitionen med bedre datadeling er, at vi kan individualisere behandlingstilbud ud af al tilgængelig viden og erfaring.

Data kan give behandlingsgrundlag til valg af behandling - a patient like me. Man kan bruge tidligere patienters data i en stor database af tidligere patienter og sammenligne dem, der ligner den nuværende patient. Data kan give beslutningsstøtte.

Vi kan ikke kun bruge tid på drift, men vi SKAL sætte tid af til innovation. En digital tvilling, exoskeletter osv. kan forstærke mennesket.

Vi er digitalt forbundne med hinanden. Målet med bedre datadeling er:

- Et godt liv uden betydende sygdom. Let og lige adgang til den bedst mulige behandling.
- Handlekraft, viden og tryghed for patienten og de pårørende.
- Adgang for sundhedsprofessionelle til den til enhver tid erkendte viden, når og hvor som helst.
- Mere tid til patienten og effektiv udnyttelse af sparsomme ressourcer.

Datadeling kan give mere lighed, hvis vi kan hjælpe hinanden med at blive klogere, og følge patienten på afstand. Vi bør bruge hinanden mere tværfagligt. Hvis man har data med betydning, bør man også kunne bruge det. Det er ikke effektivt og meningsfuldt, hvis man ikke må bruge godt data, man allerede har om en patient.

Afledte udfordringer ved bedre datadeling

Der kommer mange afledte udfordringer med fx livsforsikringer. Data skal bruges til at forebygge og behandle sygdomme, og ikke fx til at forhindre at folk kan blive livsforsikrede. Forsikringselskaber skal ikke kunne lukrere og udnytte folks digitale tvilling til det dårlige.

Hvordan rangordner man data fra en digital tvilling for en multisyg patient? Det kan være forskelligt hvilke tilstande, der påvirker folk mest. Hvad er det mest relevante? Man SKAL prioritere data og behandling.

Lige nu er der for mange, der får behandling. Man skal konstant opveje fordele og ulemper menneskeligt og økonomisk. Vi skal være åbne over nye løsninger, som vi endnu ikke kan forestille os. Fremover kan vi ikke tillade os at sige nej til syge patienter.

Hvor meget vil man vide om sin sygdomsrisiko i fremtiden? Mange mennesker vil kun vide deres sygdomsrisiko hvis der kan gøres noget. Livet er uforudsigeligt og sådan er det. Ikke alle lever til de er 100 år. Man skal også tænke etik ind i patienternes liv, sygdom og behandling.

Udfordrende ulighed

Sundhedsvæsnet skal differentiere sine behandlingstilbud

Lige behandling betyder ikke ens behandling. Hvis vi ikke gør noget nu, vil vores sundhedsvæsen om 15-20 år blive endnu mere opdelt i A og B hold. Det er ikke alle mennesker, der selv kan opsøge og kan bede om den nødvendige behandling.

Vi skal blive meget bedre til at håndtere de syge og ressourcesvage. Sydlolland har fx kun 5 praktiserende læger til 50.000 borgere.

Vi skal kigge mere på relations-etik. Selvom ressourcestærke og -svage borgere har forskelligt behov for sundhedskontakt, så har de samme antal kontakter med sundhedsvæsenet. Der skal være flere målrettede, differentierede behandlingstilbud til forskellige borgere. Mange borgere søger ikke sundhedshjælp før det er for sent. Vi er nødt til at fokusere på dem, vi ikke normalt kan nå.

Som patient skal man uddannes ordentligt i sin sygdom, sin behandling og det udstyr man selv skal bruge i hjemmet. Det er også en barriere at man nu har så svært ved at være ikke-digital som patient. Mange raske har wearables der monitorerer alt muligt, og de bliver bekymrede for selv mindre normalafvigelser. Det giver ekstra pres på sundhedsvæsnet.

Digitalisering vs. menneskelighed i sundhedsvæsnet

Teknik er ikke løsningen på alt. Digitalisering kan meget, men det kan ikke holde patienten i hånden. Omsorg er en vigtig parameter, vi skal have mere af i sundhedsvæsnet.

Alle mennesker kan blive ramt af hjernetåge og koncentrationsproblemer osv., hvis man bliver ramt af akut alvorlig sygdom. Og så kan selv de digitalt stærke pludselig ikke bruge digitale platforme.

Hvad vil vi egentlig med vores sundhedsvæsen? Vi skal bevare og have mere menneskelighed og nærvær i vores sundhedsvæsen. Vi skal ikke kun producere mere og mere. Vi skal have proportionaliteterne tilbage i sundhedsvæsnet. En 85-årig dement skal ikke nødvendigvis have flere MR scanninger. Hvordan måler man omsorg og nærvær i sundhedsvæsnet?

Digitalisering er 20% teknologi og 80% organisation og ledelse. Det meste handler om implementering på den bedste måde. Vi skal vide hvad vi skal bruge teknologien til. Ellers bliver det bare endnu mere ulighedsskabende, da det er de ressourcestærke mennesker, der er bedst til at bruge teknologien. Digitalisering kan frigøre menneskelig energi, kapacitet og ressourcer. Vi

skal stille krav til teknologien, så den løfter os.

Danmark har et af verdens mest lige samfund økonomisk skattemæssigt, så hvorfor tager vi ikke bare beslutningen om at have et lige så lige sundhedsvæsen?

Digitalisering kan afhjælpe geografisk ulighed, men skaber det så en anden slags ulighed? Digitalisering skal jo ikke gøre livet mere besværligt for medarbejderne og patienterne. Man skal ikke udvikle et produkt og så finde et problem det løser.

Vi skal vide hvorfor vi gør de ting vi gør, og hvorfor vi vil bruge teknologien og hvordan, ikke bare fordi vi kan. Forskellige patienter kræver forskellige løsninger og behandlinger. Patienter efterspørger mere og mere, og har stigende forventninger til sundhedsvæsenet.

Teknologi kan ikke udelukkende give besparelser i sundhedsvæsenet. Vi skal effektivisere sundhedsvæsenet meget mere end kravet om de 2%. Sundhedsvæsenet bliver kun dyrere. Det skal ikke kun være de mest højtråbende patienter der får mest.

Usynlig sårbarhed hos patienter – vi har brug for mere nærvær og omsorg

Usynlig sårbarhed: Det er svært at vide hvem man er, når sygdommen rammer. Sygdom forandrer én. Vi har allesammen noget usynlig sårbarhed. Sygdom giver et brud i éns identitet. Man tager udgangspunkt i hvem man var engang, men sygdommen har forandret éns person, éns udseende og éns liv. Der kommer et misforhold mellem den person, man selv ser sig som, og den tilværelse og hverdag man lever nu. De største udfordringer ved sygdom er oftest de psykiske problemer.

Der er brug for nogle, der spørger: "Hvem er du? Hvem er I". Vi skal have flere bløde og feminine værdier ind i sundhedsvæsenet. Fysisk berøring og nærvær giver forbundethed. Man kan blive omsorgstræt, men det er enormt meningsgivende at forbinde sig med andre mennesker som sundhedspersonale. Som læge og sundhedspersonale skal man "tage noget med hjem" fra sin dag, men heller ikke alt eller intet af sine patienter. Dvs man skal gå op i sine patienter og bryde sig om dem.

Samtalen mellem patient og sundhedspersonale er enormt vigtig og skal have tid og nærvær nok. Samtalen er afgørende for det efterfølgende patientforløb. At bo alene kan være enormt sårbart. Vi skal have mere tid til de vigtige tillidsfulde samtaler, og vi skal tænke mere holistisk omkring det enkelte menneske. Vi skal se hinanden. Det behøver ikke kun være lægen eller sygeplejersken. Alle mennesker skal ses som hele individer, og ikke bare en patient m/k.

Sygdom kan sætte livet på pause. Det er svært at få det psykiske til at bundfælde sig i et sygdomsforløb. Vi skal inddrage patienter og læger osv. i hinandens liv. Bare fordi man fx er læge, så skal man stadig have opnået patientens tillid til at få lov til at få private oplysninger fra samtalen fra patienten.

Der skal være mere tid til den dybe samtale. Men vi er alt for få til at udføre dette til alle de patienter, for der er mange opgaver som sundhedspersonale udfører lige nu, som de ikke behøver.

Vores kerneopgave er ud over helbredelse også omsorg og lindring, men det er der ikke tid nok til. Vi skal give et differentieret tilbud til dem, der har ekstra behov. Sårbarhed er alle dem, vi ikke favner. Vi skal også turde sidde i magtesløsheden og kontroltabet sammen med hinanden. Sundhedspersonalet er der for patienterne.

Besparelser ender ofte med at blive dyrere

Besparelser kan ofte ende med at blive dyrere. Vi skal ikke kun måle på produktion i fx 8,3 dage og andre "hårde" effektiviseringer. Fx sparede man nybagte fødende mødres barselsindlæggelse, men det endte med flere genindlæggelser, hvilket i sidste ende blev dyrere.

Der skal også være mere selvbestemmelse på de forskellige afdelinger. Sundhedspersonalet skal kunne løfte opgaven og rammerne, ud fra hvad de vurderer er bedst for patienten. Når én patient fx får en videokonsultation, så der bliver mere tid til at have en fysisk samtale med en anden patient, kan begge patienter ende med at blive mere tilfredse. Og fx bliver ældre patienter udskrevet fra visse afdelinger med 3 dages (72 timer) behandlingsansvar. Det giver tryk for den ældre.

Vi har ikke råd til at fortsætte silotænkningen

Som patient har man brug for at blive set som en helhed, og ikke som en delepatient mellem flere kirurger og træningsterapeuter. Der bliver tænkt for meget i kasser og siloer i sundhedsvæsenet. Kirurgen har fokus på én ting, og træningsterapeuten har fokus på en anden ting.

Psykiske og fysiske symptomer er ofte adskilt. De forskellige specialer er hyperkomplekse, men specialiseringerne har lavet større siloer i sundhedsvæsenet. Det er langt de færreste patienter, der kan opdeles i fx "hoved", "tarm" osv. De patienter, der dårligst kan tåle silotænkning, har brug for mere hjælp og støtte end andre.

Det er svært at være delepatient, når faglighederne ikke snakker sammen. De bør oftere være i samme rum og arbejde sammen tværfagligt. Vi skal stille viden til rådighed for hinanden og samarbejde tættere interdisciplinært. Vi bør have fx dyspnø-klinikker og ikke kun lunge- eller hjerteafdelinger.

Vi har travlt med at behandle sygdomme, som vi kunne forebygge. Det er hul i hovedet. Vi skal have meget mere forebyggelse ind og tage beslutninger, der reducerer at folk bliver syge som fx gøre cigaretter meget dyrere. Forbud mod rygning ville reducere 50% af den sociale ulighed.

Ældresektoren er afhængig af de 3 P'er, der hjælper den ældre borger:

- Partner

- Penge
- Pige (datter)

Vi bliver ældre ude i primærsektoren, og det er her vi skal styrke forebyggelsen. Det vigtigste er det der foregår ude i primærsektoren og kommunerne.

Politikerne og økonomerne regner kun på udvalgte områder og statistikker, men vi mangler tal på mange afledte resultater. Det kræver at alle samarbejder om at knække den sociale ulighed. Vi skal måske have en standardkonsultation, der er en videokonsultation, og så kan man tilpasse resten individuelt.

Politikerne skal sørge for rammerne. Medarbejderne skal løfte selve omsorgsopgaven. Sygeplejerskerne gider ikke være algoritmeplejere. Der skal ikke være så meget kontrol og skemaer, da det tager alt for lang tid fra den enkelte medarbejdere.

Vi skal sætte medarbejderne fri (ikke fra, men) TIL ansvar! Frihed under ansvar.

Mening og løn behøver ikke altid følges af, men hvis meningen forsvinder, går man mere op i lønnen. Manuelt arbejde, der kan automatiseres bør automatiseres, så menneskelig tid og ressourcer kan aflastes og frigøres.

Tak fordi du læste med.

Hvis du synes dette nyhedsbrev giver dig værdi, vil jeg blive vildt glad, hvis du har lyst til at anbefale dette nyhedsbrev til din kollega.

Du er meget velkommen til at kontakte mig, connecte, kommentere eller følge mig på de sociale medier.

**Bedste hilsner
Anne Mette**

**annemettestougaard.dk
@annemettestougaard**