



Af Helle Sofie Wentzer, Peter Vedsted og Klaus Phanareth

Kontakt

hewe@vive.dk

Biografi

Helle Sofie Wentzer er filosof, seniorforsker, ph.d. ved VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd og adjungeret professor Aalborg Universitet. Peter Vedsted er ledende regionslæge, Avannaá i Grønland, og professor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet og Universitetsklinik for Innovative Patientforløb, Silkeborg Hospital. Klaus Phanareth er overlæge, ph.d. og klinikchef ved e-Klinikken – Region Sjælland.



Disruption af patientforløb

Den 3. læge til patienter med multimorbiditet og kroniske sygdomme

RESUME: Stadig flere patienter, særligt de +65-årige, har flere kortvarige (gen)indlæggelser, og der er fortsat ulighed i befolkningens sundhedstilstand og forventede levetid. Der er derfor brug for at se på, hvem der indlægges og hvorfor, og på forekomsten af genindlæggelser, der kan forebygges. I denne artikel anbefales en særlig 3.-lægeordning og -platform, der gør det muligt for sygehuslægerne, ("2.-lægerne"), og egen læge, ("1.-lægen"), som tovholder at fastholde og følge op på behandlings- og genoptræningsplaner for ældre patienter med særlige og vedvarende sundhedsproblematikker som multimorbiditet og kroniske sygdomme. Lægernes behandlingsansvar og opgavedeling som dels specialiserede hospitalslæger, dels generalister i primærsektoren, skal bringes tættere på hinanden. Ideen er at bryde antallet af genindlæggelser ved at etablere en 3.-lægeordning, der specifikt følger den patientgruppe af ældre, som udskrives til kommunen og hjemmeplejen, men som er for syge til at opsøge egen læge i konsultationstiden. Henvisningen af +65-årige kroniske og multimorbide patienter til den 3. læge vil således være bidirektionel og vil kunne ske både fra hospitalet og fra det nære sundhedsvæsen, altså egen læge og tilhørskommune.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Er en 3.-lægeordning og -platform løsningen, der kan forebygge genindlæggelse af ældre patienter med særlige og vedvarende sundhedsproblematikker? Forfatterne giver her et oplæg til, hvordan det kunne se ud.

Appetizer

Det lyder enstemmigt fra alle hjørner af det danske sundhedsvæsen, at det har brug for ideer til at komme sektorsamarbejdet til undsætning. Gode råd søges af ministre, Danske Regioner, KL, lægeforeninger, økonomer og patientforeninger. For sektorovergangene er uhensigtsmæssige, særligt for de store grupper af patienter med kronisk sygdom, der har været på hospitalet, men forbliver behand-

lingskrævende syge. Patientforløbene må således designes bedre af hensyn til patienten, de pårørende, den faglige kvalitet og ikke mindst vores ressourceforbrug som samfund.

Særlig indsatsområde: forebyggelse af indlæggelser og ulighed

Mange ting fungerer allerede rigtig godt ift. almen praksis og sektorer-nes samlede varetagelse af folkesundheden. Vi lever længere, og en gruppe af danskerne bliver også sundere og får flere kvalitetsår. Sygehuse-ene bliver stadig mere specialiserede og produktive. Det er lykkedes at forkorte patienternes behandlings- og indlæggelsesdage.

Samtidig har stadig flere af patienterne, særligt de +65-årige, flere kortvarige indlæggelser (1), og der er stadig ulighed i befolkningens sundhedstilstand og forventede levetid. Der er derfor brug for særlige indsatser ift. at nedbringe "overbelægning" ved at se på, hvem der indlægges og hvorfor, og på de genindlæggelser, der kan forebygges.

Til det kan man muligvis bruge en særlig 3.-lægeordning og -plaf-form, der gør det muligt for sygehuslægerne og egen læge som tovhol-der at fastholde og følge op på behandlings- og genoptræningsplaner for ældre patienter med særlige og vedvarende sundhedsproblematikker som multimorbiditet og kroniske sygdomme. Den skal understøtte og være backup for de tværfaglige indsatser i det nære sundhedsvæsen og skal sikre generalistlægens helhedsperspektiv på patienter med mange og vedvarende sundhedsproblematikker.

Patienter med kronisk sygdom og multisygdom

Sundhedsvæset bruger mange ressourcer på patienter med kronisk sygdom og patienter med multimorbiditet, særligt ældre, der med den forlængede levetid får flere sygdomme (2). Sygdomme, som rammer borgerens funktionsniveau i hverdagen, skærper kravene til god egen-omsorg, monitorering af sundhedstilstand, rehabilitering og afstem-ning af behandlingsregimer (3). Opgaverne er således mangefacetterede for de komplekse patienter. Der er behov for stringent koordination og et udfyldende ansvar fra multidisciplinære aktører, når patienterne skal pendle mellem sektorerne.

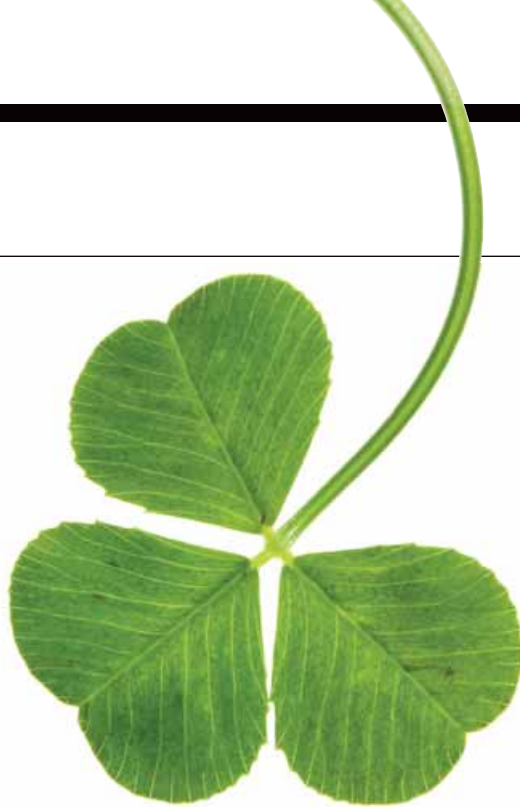
Fokusskifte fra akut til forebyggelse

I praksis er udvikling i almentilstanden og opretholdelse af funktions-niveau og selvomsorg omskiftelig og forudsætter monitorering, opfølg-ning, evaluering og behandling. Af genindlæggelserne fremgår det, at

Foto 1 /

Den 3.-læge-platform vil skulle sikre en multimodelkommunikation og informationsudveksling mellem de relevante parter og aktører, der indgår i den kroniske og multisyge borges forløb.

Foto: Colourbox



der for mange af patienternes vedkommende er tale om tilstande, der først bliver behandlet, når de har fået status af akutte. Dette øger presset på sygehusene af patienter, der (gen-)indlægges. Et ledsagende fænomen er også, at akutområdet får den sundhedspolitiske opmærksomhed frem for forebyggelse af netop "svingdørpatienter". Evidensen siger:

- 65 % af alle sengedage er ikke-planlagte, hvilket bidrager til "det akutes tyranni".
- Sygeplejebaseret case-management har ingen effekt på genindlæggelser.
- Udgående teams har ikke vist effekt på akutte genindlæggelser.
- Høj kontinuitet i almen praksis forebygger genindlæggelser.
- Socialmedicinsk samarbejde om de svageste patienter forebygger genindlæggelser.
- Samarbejde om udskrivelse forebygger genindlæggelser (4, 5, 6).

Der er således evidens for, at udskrivelsen fra sygehuset skal være afsættet for forbedrede forebyggelsesindsatser. At sygeplejefaglige indsatser ikke er tilstrækkelige til at undgå indlæggelser, men at almen praksis og speciallægen i almen medicin spiller en afgørende rolle for at ændre de uhensigtsmæssige behandlingsforløb.

Generalisten skal på banen efter sygehusudskrivelse

Ifølge et systematisk litteraturstudie varetages Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACDC, (7; se boks 1) bedst af almen praksis, således at flere ressourcer, herunder øget/god adgang til almen praksis, giver færre ACSC (7 ud af 12 studier), hvormed de forebyggelige indlæggelser ned-

Boks 1 /

Definition af ACSC er sygdomme, der ved succesfuld behandling i primærsektoren kan forebygge potentielle sygehusindlæggelser. Sygdommene er akut opståede sygdomme eller tilstande, der kan forebygges ved vaccination eller andre forbyggende tiltag. Akut opstået sygdom kan være en bakteriel pneumoni eller urinvejsinfektion. Kroniske sygdomme kan være diabetes mellitus og asthma bronchiale, der ved adækvat behandling ikke forværres og nødvendiggør sygehusophold. (7:21)

bringes (8). Begrebet ”forebyggelige genindlæggelser” refererer til, at ikke alle indlæggelser kan eller skal forebygges, men videst muligt behandles lokalt (se boks 2).

Et forbedret design for multisyge og kronikeres patientforløb skal derfor bringe speciallægenes udskrivelse fra sygehuset tættere på opfølgende kontakt til egen læge efter modtagelse af patienten i primærsektoren. Lægenes behandlingsansvar og opgavedeling som dels specialiserede hospitalslæger, dels generalister i primærsektoren, skal bringes tættere på hinanden. Dette skal ske i selve tidsforløbet mellem udskrivelse og første kontakt og organisatorisk med henblik på at dele og koordinere den nødvendige information, opgaver og handlinger. Det skal foregå med hjælp og støtte fra kommunens pleje- og rehabiliteringsmedarbejdere, der har kontakt til patienterne/borgerne i hverdagen. Sektorsamarbejdet skal altså integreres via generalistens overtagelse af patienten.

Disruption af kroniske og multisyges behandlingsforløb

På den baggrund formulerer vi et forslag og en idé til forbedring af sektorsamarbejde med henblik på forebyggelse af indlæggelser og måske i særdeleshed genindlæggelser (9) for netop den nævnte og voksende gruppe af patienter med kroniske og multimorbide sygdomme.

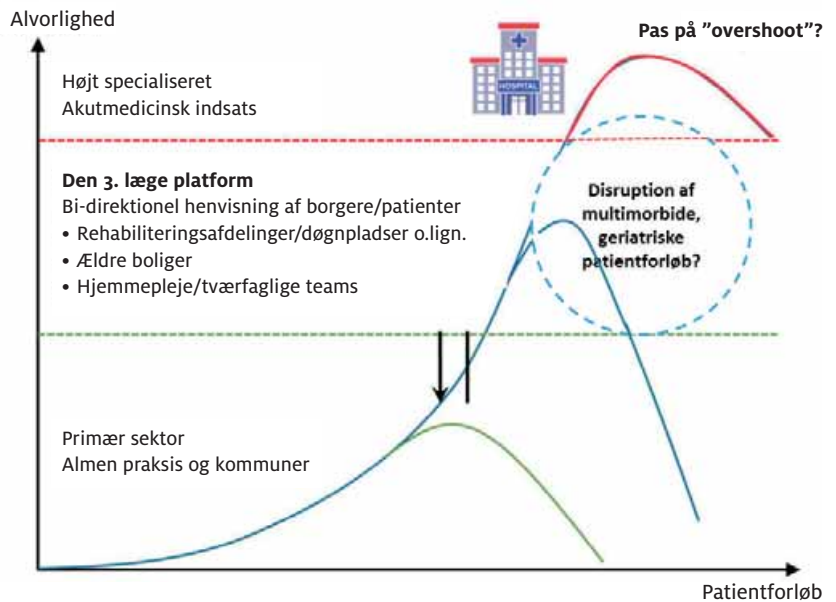
Ideen til integration af sektorerne (den ”sektorneutrale” tilgang)

Figur 1 demonstrerer ideen om at bryde antallet af genindlæggelser (den røde kurve) ved at etablere en 3.-lægeordning, der specifikt følger op på den patientgruppe af ældre, som udskrives til kommunen og hjemme-

Boks 2 /

En forebyggelig genindlæggelse er defineret ved, at indlæggelsen finder sted tidligst otte timer og inden 30 dage efter forrige udskrivning. (9:1)

Figur 1 /
Det integrerede
sundhedsvæsen.



plejen, men som er for syge til at opsøge egen læge i konsultationstiden. Henvisningen af +65-årige kroniske og multimorbide patienter til den 3. læge vil således være bidirektionel og vil kunne ske både fra hospitalet ("højt specialiseret og akutmedicinsk indsats") og fra "det nære sundhedsvæsen", altså egen læge og tilhørskommune. Når hospitalet for eksempel udskriver en ældre borger til et opfølgende hjemme-/sygebesøg i "det nære sundhedsvæsen" (almen praksis og kommuner), og patienten har givet tilsagn, så kan egen læge beslutte at gennemføre besøget (med kommunens hjemmepleje) eller overlade opgaven til de lægefaglige ressourcer, der er tilknyttet 3.-lægeordningen. Dette ville sikre patienten lægetilsyn og en langt højere grad af gennemførte hjemmebesøg, end der er tilfældet i dag (10). Det integrerede tilbud vil skulle understøttes organisatorisk af en platform, der sikrer kommunikation og samarbejde mellem læge, patient og hjemmepleje multimedialt; altså både fysiske og digitale konsultationer, udredninger og monitoreringer – med henblik på at gennemføre sygebesøget og de dertilhørende opgaver. Dette skal fungere, hvad enten det finder sted i patientens eget hjem, en kommunal ældrebolig eller på døgnplads i et kommunalt sundhedshus eller en rehabiliteringsafdeling. Platformen vil også digitalt gøre de data og informationer tilgængelige, som sikrer den kroniske og multisyge borger en sikker og holistisk pleje og behandling i eget hjem eller tilsvarende bolig.

Ideen om en 3.-læge-plattform åbner derfor også for at målrette nogle af de pågående digitaliseringsdagsordener, der lægges op til i nationale strategier (11), hos almen praksis (12:72) og i Danske Regioners aftale ned almen praksis om digitale netværk (13). Sundhedsforskere efterlyser også forbedringer for kronikere med hjælp fra de teknologiske muligheder (14), såvel som "Epitalet" er afprøvet med henblik på at integrere digitale redskaber i behandlingsforløb med en stepped care-tilgang til behandling af kroniske lidelser (15).

Den 3.-læge-plattform vil således også skulle sikre en multimodel-kommunikation og informationsudveksling mellem de relevante parter og aktører, der indgår i denne patient- og risikogrupper forløb. Herunder understøttes egen læges funktion som tovholder og patientens advokat og forbindelse til udskrivende hospitalslæge(r).

De følgende afsnit rammesætter den ovenfor præsenterede idé til forskellige begreber, argumenter og overvejelser til umiddelbare konsekvenser

Ideen er integrerende, idet den er *bidirektionel*, da både hospital, egen læge og kommunernes pleje- og rehabiliteringsenheder kan henvise til den. Herved bevares og styrkes grundelementerne i sektorerne: egen læge som gatekeeper og tovholder, speciallægerne på sygehusene som udreder, færdigbehandler og ansvarlig for genoptræningsplan. Ligesom det kommunale niveau indgår, da de tager imod borgeren efter udskrivelse fra sygehuset, inddrager denne og pårørende i afklaring af mål for indsatserne, oplærer ift. hjælpemidler, monitorerer kliniske værdier samt gennemfører og evaluerer de tværfaglige omsorgs- og genoptræningsindsatser.

Ideen er konservativ, fordi den ønsker at bevare lægernes overordnede rolle og ansvar. Den søger også at styrke de interventioner, som der allerede er evidens for, fx screening af ældre borgere på sygehuset til "opfølgende hjemmebesøg". En ordning, hvor borgeren kan modtage op til tre besøg af egen læge og hjemmesygeplejersker efter udskrivelse, og hvor hele borgerens sundhedssituation i hverdagen gennemgås såsom almen tilstand, medicin, genoptræning og ernæring.

Idéen er disruptiv, fordi den søger at etablere et tværfagligt behandlingsloop mellem primær- og sekundærsektorerne, hvor hospitalslægen udskriver til egen læge, men hvor denne gives en back-up-plattform til den 3. læge, hvorfra der kan rekrutteres allehånde ressourcer til understøttelse af patientkontakten, behandling og monitorering.

Et eksempel: En patient udskrives til opfølgende hjemmebesøg. Egen læge har ikke mulighed for selv at gennemføre sygebesøget rettidigt (9:28), fx pga. kørselsafstand eller venteliste på ledige konsultationsti-

der. Så overgår opgaven til den 3. læge. Egen læge forbliver således tovholder, men har muligheden for at overlade opgaven til anden specialistenhed i almen medicin.

Idéen er innovativ, fordi den søger at rekruttere ressourcer ind i overgangen mellem sektorerne efter udskrivelsen, i forbindelse med at patienten af speciallægerne på sygehuset er identificeret som tilhørende den særlige indsatsgruppe af kroniske patienter med multisygdom og sociale risici ift. fx egenomsorgen. Ideen er også kritisk, idet den advokerer for et fokusskift fra modtagelse og ”det akutte” til ”backstage”, altså det, der sker, efter at patienten er færdigbehandlet af sygehusspecialisten(-erne) og udskrives til nogle for patienten mere uklare rammer for opfølgning.

Idéen skaber retrospektiv sammenhæng, idet screeningsværktøjerne (fx til strukturerede opfølgende hjemmebesøg, (16)) er udviklet, såvel som mange kommuner har udviklet forløbsmodeller/fremskudte visitationer på sygehusene (17) til at koordinere og modtage borgere med særlige behov for pleje og genoptræning. I det nære sundhedsvæsen er der en knopskydning af tilbud rettet mod patientgruppen i form af team-hjemmebesøg, ældreboliger med tilsyn, kommunale sundhedsafdelinger med aflastningspladser, akutpladser, døgnpladser, palliationspladser etc. Sengepladserne har 24-timers døgnbemanding af specialiseret plejepersonale. En akilleshæl er dog, at de ikke har stabil lægehjælp tilknyttet de kommunale indsatser, men er meget afhængige af, hvorvidt almen praksis gennemfører sygebesøg rettidigt. 3.-lægeplatformen kan være backup for at fremskynde og øge tilgangen til rettidig lægehjælp og en støtte for de planlagte akutteams, som kommunerne søsætter i forbindelse med regeringens nylige udspil om styrket indsats for den ældre medicinske patient (18).

Ideen er prospektiv. I et casestudie fra en kommunal rehabiliteringsafdeling med sengepladser og behandlingsspor til medicinske, neurologiske og ortopædkirurgiske patienter udskrevet fra sygehuset efterlyser leder, medarbejdere og patienter lægehjælp til tre typer af lægeopgaver (19):

1. Kontakt til egen læge, fx med henblik på støttende kommunikation, justering af medicin, spørgsmål til genoplivning og et opfølgende sygebesøg, med henblik på at borgeren/patienten får overblik over sit behandlingsforløb, fremtidsudsigter, livsstilsændringer og håb.
2. Stuegangslæge i form af to timers daglig lægefaglig konsulentstøtte med henblik på generel læring og støtte af sundhedspersonalet. De tværfaglige team på afdelingen monitorerer, også i samarbejde med



Platformen vil også digitalt gøre de data og informationer tilgængelige, som sikrer den kroniske og multisyge borger en sikker og holistisk pleje og behandling i eget hjem eller tilsvarende bolig

- speciallæger på hospitalet, forebygger og genoptræner, men de har ikke kompetencer til den samlede fortolkning samt til at handle herpå. Jævnlig kontakt til generalislæge vil kunne afklare mange usikkerheder og fremme den generelle kvalitet samt forebygge genindlæggelser ved at kunne handle på ACSC i opløbet.
3. Afprøvning af en geriatrisk lægevagt, der via multimedier kan kontaktes uden for dagtid, såsom nat, weekend og helligdage. Plejepersonalet oplever, at forværringer hyppigt sker uden for normale arbejdstider.

Ideen kræver tilførsel af ressourcer til specialet i almen medicin.

Det er ressourcer, der både skal *komme fra* og *gå til* almen praksis. De skal gå til almen praksis, eller rettere specialisten i almen medicin (frem for til hospitalslægernes øgede produktivitet/ydelser fra genindlæggelser), der i praksis varetager ”en styrket indsats for mennesker med kroniske sygdomme” og er ”opsøgende over for patienter med særligt behov og behandler kroniske sygdomme hos deres patienter. Den praktiserende læge er tovholder på patientforløbene og skal have særligt fokus på at hjælpe patienterne til at mestre deres egen sygdom og bidrage til, at patienten har overblik over sit behandlingsforløb” (13:31). Samlet set skal ideen således i overensstemmelse med ”Aftalen med almen praksis” (13) støtte almen praksis’ *populationsansvar og forløbsplaner* for den omtalte ”kohorte” af patienter.

Den lægelige arbejdskraft skal komme fra almen praksis ved rekruttering af ældre læger, der af forskellige grunde forlader almen praksis/ deres ydernumre. I en analyse fra Praktiserende Lægers Organisation (PLO) fremgår det, at ”næsten tre ud af ti praktiserende læger er i dag over 60 år. [...]. Mere end 1000 læger forventer at stoppe inden for en kort årrække” (19:2). Samt at hvis udviklingen fortsætter blandt læger på 50 år og derover med en afgang på 3,4 pct. årligt vil ”mere end 500 praktiserende læger stoppe inden for ti år, og mere end 250 om bare fem år. De 500 læger svarer til mere end 15 % af alle praktiserende læger i dag” (20:5).

Denne udvikling bidrager selvfølgelig til den generelle udfordring med at sikre hele befolkningen lægedækning, ligesom den demografiske udvikling med flere ældre patienter ”øger behovet for at praktiserende læger med 350 ekstra læger allerede i 2015” (20:5). Relevant for ideen er dog i PLO- analysen, at det almene lægebehov i befolkningen skal dækkes i væksten af antallet af læger *under* 50 år (20:5). Mens frafaldet primært sker efter 50 år.

Rekruttering af generalister fra almen praksis skal derfor ikke ses som et forsøg på ”brain-drain” af en allerede presset stand (21). Presset

kom dels af lægernes ønske om tidlig pension, ligesom en stor del af praksislæger går til sygehusene (22). Intentionen er i stedet at give +50-årige og pensionsmodne læger, der alligevel forventes at forlade almen praksis, nye muligheder for at bruge deres generalisterfaringer (og evt. genindtræde på arbejdsmarkedet) i primærsektoren; særligt hvis de kan tilbydes en ny organisering, der tager hensyn til deres behov, herunder en vis fleksibilitet. Ligeså vel vil det give kolleger og yngre læger i almen praksis nye samarbejds- og karrieremuligheder inden for eget speciale med en øget styrkelse af generalistrollen og tovholderfunktionen.

Specialeudvikling af almen medicin. Afprøves ideen med succes, vil det på sigt evt. også give specialet i almen medicin nye udviklingsveje, særligt tovholderfunktion og forskning i den udvalgte population. Udvikles ideen om 3.-læge-plattformen som et "digitalt netværk" (jf. Aftalen med Almen praksis og populationsansvar), gives almen praksis en særlig multimodal rolle i at:

1. supportere almen praksis' kroniske og multisyge patienter efter udskrivelse fra sygehus
2. støtte og aflaste almen praksis' ansvar som tovholder og forløbsansvarlig
3. udvikle specialet og karriereveje i et almen praksis-perspektiv på populationen
4. bidrage til forskning i multisyge patienters forløb
5. ekspliciterer patient-etiske aspekter af tværsektoriel dataindsamling og -deling for den pågældende gruppe, der som kronisk syge og multisyge er i et afhængighedsforhold til offentlig hjælp
6. udvikle det nære sundhedsvæsen, herunder samarbejde med hjemmepleje og pårørende.

Forretningsmodel skal udvikles. Indledningsvis er den kliniske intervention med ACSC og opsøgende hjemmebesøg til forebyggelse af genindlæggelser i overensstemmelse med stepped care- og LEON-principperne. Altså de bærende principper for det danske sundhedsvæsen og almen praksis' rolle som "rygraden" heri. Ideens disruptive karakter består i at skabe et "loop" i de kroniske og multisyge patienters behandlingsforløb, der gør generalistlægers hjælp mere tilgængelig for dem i eget hjem eller på kommunale pladser. Et loop, hvor 3.-læge-plattformen sikrer patient, læger og kommunale medarbejdere rammer for at udveksle informationer og koordinere opfølgning, sygdomsmonitorering og -behandling i et vedvarende og opfølgende perspektiv. En samlet

businesscase, der tager højde for udvikling, design, implementering og evaluering af en infrastruktur for den 3. læge vil kunne tage afsæt i de hidtidige erfaringer fra dels integrated care (23) og telemedicin (24).

En styrket karrierevej og forskningsprofil for specialet i almen medicin. Samlet set vil ideen også kunne styrke specialet forskningsmæssigt og i forhold til de yngre lægers oplæring og karriereveje.

3.-læge-plattformen vil bidrage med særlige forskningsdata til aldring, multimorbiditet, lægerolle som generalist og tovholderfunktion, samt sundhedstjenesteforskning i tværfaglige og -sektorielle indsatser. ●

Referencer

1. DSR Analyse. NOTAT Flere korttidsindlæggelser blandt ældre patienter. Januar 2016 https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_flere_korttidsindlaeggelser_blandt_aeldre_patienter.pdf
2. Barnett K, Nercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet* 2012 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2).
3. May C, Montori VM., Mair F. We need minimal disruptive medicine. *BMJ* 2009;339:b2803.
4. Audit Commission. More for less: are productivity and efficiency improving in the NHS? 2009.
5. Purdy S. Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say? King's Fund, 2010.
6. D'Souza et al. Preventing admission of older people to hospital. *BMJ* 2013;346:f3186 doi: 10.1136/bmj.f3186.
7. Medizinische Universität Graz. Ambulatory Care. Sensitive Conditions. Potentiell vermeidbare stationäre Aufenthalte, entsprechende Diagnosen, Einflussfaktoren und Empfehlungen zur Durchführung von Untersuchungen (Auftraggeber Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger). Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie; 2014.
8. Gibson R, Segal L, McDermodt RA. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Service Research* 2013, 13:336 <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-336>
9. Defactum: Evaluering af fem indsatser i Region Midtjylland for den ældre medicinske patient. Region Midtjylland, Aarhus. Oktober 2016 file:///C:/Users/hewe/Downloads/Rapport_2016_Evaluering_fem_indsatser_RM_aeldre_medicinske_patient.pdf
10. Wiuff MB, Hansen EB, Kristensen TA, Madsen MH. Opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden. KORA 2017.
11. Strategien for digital sundhed 2018-2020. Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner, jan. 2018.
12. Digital Almen praksis, Tendens og innovationsområder påvirker almen praksis fremadrettet, Deloitte Digital 2017.
13. Regionernes Lønnings- og Takstnævn, september 2017: Aftale om almen praksis. Danske Regioner, København, 2017.
14. Kayser L, Phanareth K, Vingtoft S, Jensen S, Nøhr C. Sundhedsforskere: De kronisk syge kræver et nyt sundhedsvæsen. Altinget 26. januar 2017. Altinget <https://www.alinget.dk/digital/artikel/sundhedsforskere-de-kronisk-syge-kraver-et-nyt-sundhedsvaesen>
15. Phanareth K, Vingtoft S, Christensen AS, Nielsen JS, Svenstrup J, Berntsen GKR, Newman SP, Kayser L. The Epital Care Model: A New Person-Centered Model of Technology-Enabled Integrated Care for People with Long Term Conditions. *JMIR Res Protoc* 2017 | vol. 6 | iss. 1 | e6. <http://www.researchprotocols.org/2017/1/e6/>

Fuld referenceliste kan ses i den elektroniske udgave