

Notat til Sundhedsstrukturkommissionen:

Forslag til afhospitalisering af det neurologiske område – pilot vedr. IV-behandling af kronisk migræne

I takt med et øget fokus på personlig medicin, og udviklingen af innovativ behandling herunder blandt andet behandlinger som er ukomplicerede, men skal gives som infusionsbehandlinger, forekommer det oplagt at opbygge en varig struktur på tværs af sektorer. Innovative sundhedsløsninger, som ikke belaster det specialiserede system.

Neurologiske sygdomme som demens, epilepsi og migræne rammer en stor del af danskerne og påvirker både deres sundhed og livskvalitet samt sundhedsvæsenet som helhed. Alene migræne rammer ifølge Sundhedsstyrelsen omtrent 15 procent af den generelle befolkning i Danmark.¹

Samtidigt er bl.a. det neurologiske område aktuelt udfordret af pres på kapaciteten, idet der kommer flere neurologiske patienter i takt med udviklingen af flere behandlingsmuligheder inden for specialet, den demografiske aldring mv. Det er af samme grund højaktuelt at finde og implementere behandlingsløsninger, som både opretholder eller forbedrer behandlingskvaliteten for patienterne og samtidigt kan bidrage til at forbedre organiseringen på det neurologiske område, så denne del af sundhedsvæsenet fungerer mere optimalt og er bedre rustet til både aktuelle og kommende udfordringer.

IV-behandling af kronisk migræne som pilot

En oplagt tilgang til problemet er at afprøve en pilot på et delområde af neurologien, som derefter afhængigt af erfaringerne hermed kan udbredes til øvrige dele af det neurologiske område mhp. at forbedre denne del af sundhedsvæsenet. En sådan pilot kan eksempelvis foretages med intravenøs behandling af kronisk migræne. Dels er migræne som nævnt en meget udbredt, neurologisk sygdom, og ifølge Flachs et al.'s (2015) undersøgelse af sygdomsbyrden i Danmark koster migræne hvert år 420 mio. kr. i behandling og 1,2 mia. kr. i tabt produktion i Danmark.² Derudover har

¹ [Behandling af migræne hos voksne i almen praksis - Artikel fra Rationel Farmakoterapi 4, 2022 - Sundhedsstyrelsen](#)

² Flachs et al. (2015): "Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme". København: Sundhedsstyrelsen.

erhvervsaktive personer med migræne årligt 3,8 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden migræne.³ Det er af samme grund relevant at arbejde for en mere optimal organisering af sundhedsvæsenets arbejde ift. denne sygdom.

Medicinrådet har af flere gange anbefalet intravenøs behandling af kronisk migræne som omkostningseffektivt på baggrund af en helhedsvurdering af behandlingseffekt, sikkerhed og de økonomiske omkostninger forbundet hermed.

I november 2022 anbefalede Medicinrådet en intravenøs formulering ”til forebyggende behandling af kronisk migræne (mindst 15 hovedpinedage pr. måned, heraf mindst 8 migrænedage) hos patienter, som har oplevet behandlingssvigt på tidligere forebyggende behandlinger med mindst ét antihypertensivum og ét antiepileptikum.”⁴

I august 2023 anbefalede Medicinrådet desuden en intravenøs løsning som førstevalg til minimum 70 procent af patienter i nyopstartet aCGRP-behandling med kronisk migræne, der kandiderer til behandling med CGRP-antistoffer, som følge af en prisregulering initieret af AMGROS.⁵

Aflastning af sygehusene

Implementering af en sådan intravenøs løsning kan aflaste specialiserede afdelinger og dermed bidrage til at opfylde Sundhedsstrukturkommissionens sigtelinje om at sikre ”[e]n opgavefordeling i sygehusvæsenet mellem sygehuse og det nære sundhedsvæsen, (...) [så] patienten kommer i centrum og får en sammenhængende plan for behandling, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet”.

Endvidere kan det bidrage til at opfylde Strukturkommissionens sigtelinje om ”et nært sundhedsvæsen (...) hvor det nære sundhedsvæsen styrkes, og sygehusene aflastes (...)”.⁶

I et bredere perspektiv kan øget samarbejde med eksempelvis det nære sundhedsvæsen bidrage til at skabe en infrastruktur for IV-behandling med sigte på at imødekomme implementeringen af

³ Ibid.

⁴ [Eptinezumab \(Vyepti\) \(medicinraadet.dk\)](https://medicinraadet.dk/epinezumab-vyepti)

⁵ [Medicinrådets lægemiddelrekommendation vedr. lægemidler til kronisk migræne - Version 2.0 \(medicinraadet.dk\)](https://medicinraadet.dk/medicinraadet/lægemeddelrekommendation-vedr-lægemedler-til-kronisk-migræne-version-2.0)

⁶ Sundhedsstrukturkommissionen (2023): ”Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen”.

fremtidige IV-behandlinger på en måde, som ikke unødigt belaster kapaciteten i det højt specialiserede sundhedsvæsen. Fuldt udbygget ses også muligheder for, at en sådan infrastruktur kan bidrage til øget nærhed i behandlingen for patienter og pårørende.

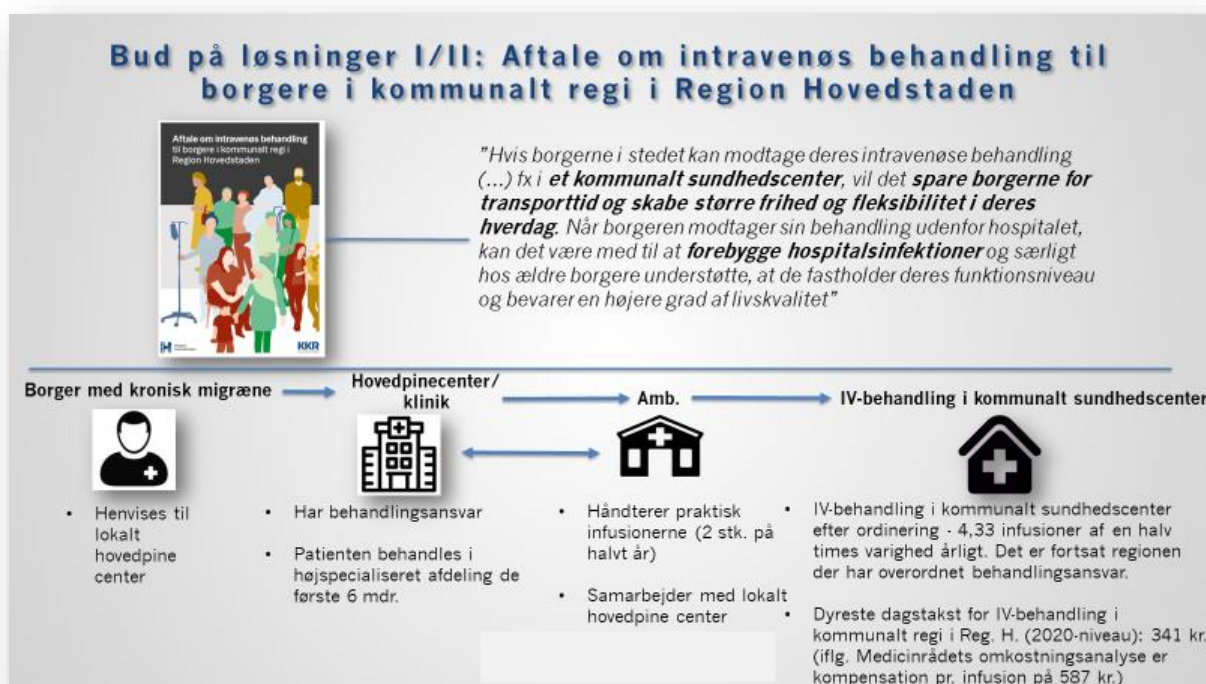
Forslag til aflastning af det neurologiske område

En mulig model kunne tænkes ind i en allerede etableret aftale, som bl.a. ligger i Region Hovedstaden, mere præcist "Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden,"⁷ hvor muligheden for at udlægge gennemførelsen af infusionerne til et kommunalt sundhedscenter omtales. En lignende aftale foreligger i Region Midt.⁸ Her kunne patienten i første omgang henvises til et hovedpinecenter, hvor patienten i de første 6 måneder, som vanligt, behandles i en højspecialiseret afdeling – evt. i samarbejde med lokalt ambulatorium, sammen kunne de stå for den praktiske håndtering af infusionerne. Senere i forløbet kan IV-behandlingen foregå i et kommunalt sundhedscenter med ca. 4 årlige infusioner per patient af en halv times varighed. Hermed aflastes det specialiserede sundhedsvæsen, idet infusionen på dette stadie foretages af det kommunale sundhedscenter, samtidigt med at regionen har behandlingsansvaret (se Figur 1).

Figur 1: Model for IV-behandling i Aftale om intravenøs behandling fra Region Hovedstaden

⁷ <https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktoejskasse/Documents/Rapport%20-%20IV%20Behandling%20-%20Sundhedsaftalen%20-.pdf>

⁸ [Samarbejdsaftale om IV-behandling i nærområdet - Sundhedsaftalen \(rm.dk\)](#)



Udflytning af ikke-specialiserede opgaver som IV-behandling af kronisk migræne, kunne ses som en fremtidssikring af den effektive model, som man aktuelt kender fra Odense Universitetshospital (OUH), hvor patienten med kronisk migræne i første omgang sendes til hospitalets hovedpineklínik, hvorefter selve gennemførelsen af infusionerne praktisk håndteres af daghospitalet efter ordinerings fra hovedpineklínikken (se Figur 2).

Figur 2: Model for IV-løsning på OUH

Eksempel på løsning: Odense Universitetshospital

Borger med kronisk migræne



OUH's
Hovedpineklíník



- Sikrer sig, at patient er kvalificeret til at modtage behandling
- Herefter foretages ordinerings og patienten sendes videre.



Dagshospitalet



- Gennemfører IV-behandling efter ordinerings fra Hovedpineklíník

Frem for at Hovedpineklíník skal gennemføre selve behandlingen, bruges ressourcer fra dagshospitalet her til aflastning.

Hermed bruges forskellige dele af sundhedsvæsenet mere optimalt, og de specialiserede afdelinger bliver aflastet og har flere ressourcer til andre opgaver. Igen i det helt brede perspektiv kunne der på sigt være mulighed for at flytte ikke-komplicerede patienter fra dagshospitalet til det nære sundhedsvæsen, hvis man får brug for at frigive yderligere regionale ressourcer.

Opsummerende kan en pilotafprøvning af IV-behandling for kronisk migræne altså bidrage til, at vi går i retning af en bedre opgavedeling mellem sygehusene og det nære sundhedsvæsen, som Sundhedsstrukturkommissionen arbejder for, idet de specialiserede afdelinger aflastes og dermed har flere ressourcer til andre opgaver. De to nævnte modeller er dog blot eksempler, hvorfor et evt. pilotprojekt godt kan afvige herfra på et eller flere punkter.

Et mere økonomisk bæredygtigt sundhedsvæsen

Derudover kan pilotafprøvning af denne løsning mhp. evt. udbredelse til andre områder inden for neurologien bidrage til øget omkostningseffektivitet og en bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets

ressourcer. Dette er bl.a. relevant, da Sundhedsstrukturkommissionen har opstillet en sigtelinje om "et bæredygtigt sundhedsvæsen, hvor ressourcer bruges der, hvor de giver mest sundhed for pengene (...)".⁹

Implementering af regionens, i dette tilfælde Medicinrådets behandlingsvejledninger, er en politisk beslutning, taget på baggrund af en nødvendighed for at prioritere i den medicinske behandling, som man tilbyder på de danske sygehuse, og som vurderes ligeværdig på effekt og sikkerhed.

Øget tværsektorielt samarbejde på IV-området kan potentielt bidrage til implementeringen af disse behandlingsvejledninger og bidrage til at lette kapacitetspresset på eksempelvis højt specialiserede afdelinger.

Der vil naturligvis være omkostninger forbundet med at udlægge en IV-behandling i kommunalt regi, men disse omkostninger er der kompenseret for, idet man regionalt vurderer at en behandling er omkostningseffektiv som vist i et af eksemplerne ovenfor (se Figur 1).

Herudover er der potentielle økonomiske gevinster ved den førnævnte forbedrede organisering af sundhedsvæsenet på dette område, som løsningen kan bidrage til, hvis den bliver implementeret, idet de specialiserede afdelinger vil have flere ressourcer til andre opgaver. Ligeså kan lignende løsninger på andre neurologiske områder i forlængelse af et eventuelt pilotprojekt på migræneområdet potentielt bidrage til øget omkostningseffektivitet i sundhedsvæsenet og dermed et mere økonomisk bæredygtigt sundhedsvæsen.

Vi stiller naturligvis gerne op og uddyber ovenstående, såfremt det kunne være af interesse.

Med venlig hilsen

Lundbeck Pharma A/S



Thomas Bo Bjørn Klee

Managing Director

Business Area North