



Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom



[Udkast]

Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom
[Forside undertitel]

© Sundhedsstyrelsen, 2022.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: Udkast
Versionsdato: Udkast 27.09.22
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	5
1. Introduktion	7
1.1. Baggrund	7
1.2. Opdrag og formål	8
1.3. Anvendte begreber	9
1.4. Læsevejledning	10
1.5. Sammenhæng med øvrige publikationer på området	11
2. Anbefalinger	13
3. Mennesker med multisygdom.....	15
3.1. Afgrænsning og forekomst af multisygdom i Danmark	15
3.2. Karakteristik af mennesker med multisygdom	16
4. Inddragelse af personer med multisygdom og pårørende	23
4.1. Generelt om inddragelse af mennesker med multisygdom og deres pårørende	23
4.2. Fælles beslutningstagning og beslutningsstøttewærktøjer	25
4.3. Den inddragende dialog	26
4.4. PRO-data	26
4.5. Forløbsplaner i almen praksis	27
4.6. Pårørendeinddragelse og –samarbejde.....	28
5. Modeller for organisering af sammenhængende og koordinerede forløb	29
5.1. Forløbskoordination	33
5.2. Patientansvarlig læge	35
5.3. Brobyggerpsygeplejersker	36
5.4. Specialistrådgivning, tværfagligt samarbejde og multidisciplinære konferencer	36
5.5. Kommunikationsplatforme	39
6. Modeller for en helhedsorienteret og differentieret indsats	41
6.1. Identifikation af personer med behov for en særlig indsats.....	42
6.2. Fleksible konsultationsformer	43
6.3. Telemedicin	47
6.4. Modeller for en proaktiv og håndholdt indsats	48
7. Aktører og samarbejde.....	50
7.1. Principper for håndtering af mennesker med multisygdom.....	51
7.2. Ansvars- og opgavefordeling mellem aktører	51
7.3. Samarbejde om implementering	54
7.4. Sundhedsfaglige kompetencer	55
8. Viden og udvikling.....	57

Referenceliste	59
Bilagsfortegnelse	60
Bilag 1: Kommissorium	61
Bilag 2: Følgegruppens sammensætning	63
Bilag 3: Modeller fordelt på gennemgående principper	65

UDKAST

Resumé

Multisygdom, det at have to eller flere kroniske sygdomme samtidig, er hyppigt forekommende i Danmark. Det anslås, at omkring 1,2 millioner mennesker lever med multisygdom og antallet er stigende. Det er bekymrende fordi multisygdom kan have store konsekvenser både for den enkelte i form af bl.a. nedsat livskvalitet, nedsat funktionsevne, flere indlæggelser og nedsat levetid. Herudover er der også samfundsøkonomiske konsekvenser i form af eks. udgifter til flere kontakter til sundhedsvæsenet og nedsat tilknytning til arbejdsmarkedet.

Mennesker med multisygdom er en heterogen gruppe med forskellige karakteristika og forskellige behov. Overordnet forekommer multisygdom dog hyppigere blandt ældre, blandt mennesker med en lav socioøkonomisk status og forekommer lidt hyppigere hos kvinder end hos mænd. Fælles er, at mennesker med multisygdom ofte har behov for flere parallelle indsatser på tværs af sektorer, faggrupper og lovgivning. Udfordringen er, at mens problemstillingerne for mennesker med multisygdom er komplekse, mangearterede og stiller krav til helhedsorientering og sammenhæng, så løses de ofte på lige fod med enkeltsygdomme. Det betyder, at de udfordringer, der allerede findes i sundhedsvæsenet ift. eksempelvis koordination, samarbejde, sammenhæng, vidensdeling og social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet mv. kan blive forstærket, for mennesker med multisygdom.

Formålet med denne publikation er at samle eksisterende erfaringer med organisering af forløb for mennesker med multisygdom, udarbejde anbefalinger for tilrettelæggelse af forløb for mennesker med multisygdom, samt at give anbefalinger til områder, hvor der er behov for, at ny viden opbygges. Publikationen er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, med bidrag fra en bredt sammensat følgegruppe, som led i aftalen om satspuljen på sundhedsområdet 2018-2021, hvor der blev afsat midler til initiativet "Mere viden om multisygdom".

I rapporten beskrives indledningsvis en række karakteristika og udfordringer forbundet med multisygdom. Desuden fremhæves tre målgrupper, som det er vigtigt at have fokus på i forhold til multisygdom, nemlig ældre mennesker med multisygdom, yngre mennesker med komplekse problemstillinger samt mennesker med samtidig psykisk og somatisk sygdom.

Dernæst præsenteres en række modeller for organiseringen af forløb for mennesker med multisygdom og/eller komplekse forløb, som der er praksiserfaringer med i Danmark og internationalt. Overordnet er resultaterne for spredte og modeller og forskningsprojekter for forskellige til at sammenligne på tværs og drage konklusioner om én overlegen model. Derimod tyder det på, at der er flere modeller, der kan bedre sammenhængen i patientforløb og at indsatser på tværs af fagprofessionelle og sektorer samlet kan bidrage til en forbedret indsats for mennesker med multisygdom.

De modeller, der har vist sig mest lovende i forhold til at tilbyde sammenhængende forløb til mennesker med multisygdom, falder inden for tre gennemgående principper:

- Inddragelse af mennesker med multisygdom og pårørende
- Sammenhængende og koordinerede forløb
- Helhedsorienteret og differentieret indsats

Publikationen er bygget op om de tre principper og i kapitel 4, 5 og 6 beskrives forskellige modeller, som illustrerer varierede tilgange til at arbejde med at understøtte gode forløb til mennesker med multisygdom. Modellerne præsenteres på lige fod, men ikke alle modeller er relevante for alle mennesker med multisygdom, men repræsenterer i nogle tilfælde muligheder for individuel tilpasning af forløb, fx til personen med det komplekse forløb.

I kapitel 4 gives eksempler på forskellige redskaber, der kan anvendes til at understøtte systematisk brugerinddragelse. I kapitel 5 beskrives en række modeller, der har til hensigt at koordinere hele eller dele af et patientforløb, styrke kommunikation og samarbejde på tværs af sektorer og/eller at styrke den faglige sparring og det koordinerede samarbejde. I kapitel 6 beskrives forskellige modeller for, hvordan indsatser kan differentieres til personer med forskellige behov. Blandt de præsenterede modeller, er resultaterne og erfaringsbasen størst ift. inddragelse af patienter og pårørende, tværfagligt samarbejde og forløbskoordination.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at de tre gennemgående principper er grundlæggende i alle indsatser for mennesker med multisygdom og gælder på tværs af sektorer og fagpersoner. Desuden forudsættes det, at der i alle indsatser til mennesker med multisygdom er fokus på social ulighed, herunder varierende sundhedskompetence.

På den baggrund anbefales det i rapporten, at det i lokale aftaler, fx i regi af sundhedsklynger, regionale samarbejdsaftaler eller sundhedsaftaler, beskrives, hvilket ansvar og opgaver enkelte aktører har i forhold til mennesker med multisygdom og at der udarbejdes standardiserede beskrivelser af samarbejdsgange for forløb, hvor flere aktører i hhv. region og kommune er inddraget. Desuden bør det beskrives, hvordan aktørerne arbejder med de gennemgående principper. Der peges på, at der, i varierende omfang er erfaring med de modeller, som præsenteres i rapporten, og at de, afhængig af den lokale population og de lokale forhold, har udbredelsespotentiale. Det fremhæves, at lokale aftaler bør tage udgangspunkt i tilgængelige populationsdata, men at der, hvor disse ikke er tilgængelige, kan være særligt fokus på de tre målgrupper, som er nævnt ovenfor.

Rapporten peger slutteligt på områder, hvor der er behov for yderligere viden vedr. multisygdom. Her peges der eksempelvis på, at der fortsat er behov for yderligere viden om, hvordan man bedst organiserer forløb til mennesker med multisygdom, herunder særligt mennesker med komplekse forløb. Der peges endvidere på et behov for at generere og indsamle ensartede data, der kan understøtte en kvalitetsudvikling af området og være med til at kvalificere populationsansvaret.

1. Introduktion

1.1. Baggrund

Multisygdom, *samtidig optræden af to eller flere kroniske sygdomme*, er udbredt i Danmark. Det anslås, at omkring 1,2 millioner personer lever med multisygdom i Danmark. Tallet varierer dog afhængig af opgørelse og definition (se kapitel 3). Grundet den demografiske udvikling, hvor vi lever længere og gruppen af ældre stiger i takt med at behandlingsmuligheder forbedres, er forekomsten af mennesker med multisygdom ligeledes stigende og alt tyder på, at denne udvikling vil fortsætte.^{1,2,3}

Multisygdom har massive konsekvenser, både for den enkelte i form af bl.a. nedsat livskvalitet, nedsat funktionsevne, flere indlæggelser og nedsat levetid, og for samfundet i form af bl.a. udgifter til et højt forbrug af sundhedsydelser, udgifter til mere komplekse sygdomsforløb, nedsat tilknytning til arbejdsmarkedet mv.^{4,5,6,7,8,9}

Mennesker med multisygdom udgør en heterogen gruppe, som omfatter både den ældre person med en række behandlingskrævende sygdomme, den yngre med samtidig psykisk og somatisk sygdom, personer med varierende egenomsorg, mestringssevne og sundhedskompetence, samt personer med komplekse problemstillinger på fx beskæftigelsesområdet, socialt og familiemæssigt. Fælles for dem er, at de ofte har behov for flere parallelle forløb og indsatser på tværs af sektorer med forskellige faggrupper, styringsmekanismer og lovgrundlag. Indsatser er ofte organiseret forskelligt, både geografisk og på tværs af sektorer og det er en stor udfordring ift. at skabe sammenhæng, at der med det nuværende digitale set-up og lovgivning ikke er en lige vej til at dele data på tværs.

Udfordringen er, at mens problemstillingerne for mennesker med multisygdom er komplekse, mangeartede og stiller krav til helhedsorientering og sammenhæng, så løses de

¹ Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract* 2008;14(suppl 1):28-32.

² Kingston A, Robinson L, Booth H, et al. Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. *Age Ageing*. 2018;47(3):374-380.

³ Leijten FRM, Struckmann V, van Ginneken E et al. The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description

⁴ Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2019;53:100903.

⁵ Larsen FB, Pedersen MH, Friis K et al. A latent class analysis of multimorbidity and the relationship to socio-demographic factors and health-related quality of life. A national population-based study of 162,283 Danish adults. *PloS One*. 2017; 12: e0169426.

⁶ Statens Serum Institut. Store udgifter forbundet med multisygdom. København: Statens Serum Institut, 2015

⁷ Saaby M, Kongstad LP, Lydixen NV et al. Sundhedsøkonomiske omkostninger for multisyge og komplekst multisyge patienter. Odense: Syddansk Universitet, 2017

⁸ Willadsen TG, Siersma V, Nicolaisdóttir DR et al. Multimorbidity and mortality: A 15-year longitudinal registry-based nationwide Danish population study. *J Comorb*. 2018 Oct 14;8(1):2235042X18804063

⁹ Jensen NL, Pedersen HS, Vestergaard M et al. The impact of socioeconomic status and multimorbidity on mortality: a population-based cohort study. *Clin Epidemiol*. 2017; 9: 279-89

på lige fod med enkeltsygdomme i et sundhedsvæsen, som i vid grad arbejder specialiseret, sektoropdelt og med fokus på enkeltsygdomme. Det betyder, at de udfordringer, der allerede findes i sundhedsvæsenet ift. eksempelvis sparsom koordination, sammenhæng og vidensdeling, samarbejde på tværs af sektorgrænser, social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet mv. bliver accentueret, hvis man fejler mere end én ting.

Samtidig er der sparsom viden om, hvordan man mest hensigtsmæssigt tilrettelægger forebyggelse, behandling og rehabilitering til mennesker med multisygdom, så det har effekt på livskvalitet, helbred og forbrug af sundhedsydelser.^{10,11,12,13} Der er således heller ikke én universel løsningsmodel for håndtering af multisygdom. Der er nærmere tale om, at en række indsatser på tværs af fagprofessionelle og sektorer samlet kan bidrage til en forbedret indsats for personer med multisygdom.

Samlet set er multisygdom en af de største udfordringer i fremtidens sundhedsvæsen, dels fordi omfanget er stigende, og dels fordi sundhedsvæsenets er organiseret på en måde, som gør det vanskeligt at skabe sammenhæng i forløb for mennesker med komplekse og langvarige problemstillinger.

Disse anbefalinger har til sigte at understøtte arbejdet med at sikre sammenhæng i forløbene til mennesker med multisygdom ved at give et overblik over området, pege på mulige virksomme modeller for den faglige og organisatoriske tilrettelæggelse og give anbefalinger til det videre arbejde på området. De udvalgte modeller i rapporten præsenteres på lige fod, men det er væsentligt at bemærke, at ikke alle modeller vil være relevante at implementere bredt til alle mennesker med multisygdom.

1.2. Opdrag og formål

I forbindelse med aftalen om satspuljen på sundhedsområdet 2018-2021, blev der afsat midler til initiativet 'Mere viden om multisygdom' med henblik på at 'samle eksisterende erfaringer med at tilbyde sammenhængende forløb til mennesker med multisygdom samt udarbejde anbefalinger for tilrettelæggelse af forløb for mennesker med multisygdom'.

Anbefalingerne har til formål "at samle eksisterende erfaringer med at tilbyde sammenhængende forløb til mennesker med multisygdom. På baggrund af vidensopsamlingen udarbejdes der anbefalinger til tilrettelæggelse af forløb for mennesker med multisygdom,

¹⁰ Smith SM, Bayliss EA, Mercer SW, et al. How to design and evaluate interventions to improve outcomes for patients with multimorbidity. *J Comorb.* 2013;3:10-17.

¹¹ Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD006560

¹² Hopman P, de Bruijn SR, Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Tonnara G, Lemmens LC, Onder G, Baan CA, Rijken M. Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty: a systematic literature review. *Health Policy.* 2016;120:818-832.

¹³ Eriksen CU, Birke H, Heding SAL et al. Viden om organisatoriske og patientrettede indsatser ved multisygdom. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse for Sundhedsstyrelsen, 2019.

samt anbefalinger til områder, hvor der er behov for, at ny viden opbygges¹⁴. Der er således fokus på de organisatoriske tiltag, der kan bedre forløbene for mennesker med multisygdom.

Anbefalingerne er udarbejdet med bidrag fra en følgegruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen. Følgegruppen har dels rådgivet Sundhedsstyrelsen i forhold til satspuljeinitiativet, dels rådgivet mere overordnet om udviklingen af området 'multisygdom' samt kommenteret på og givet input til anbefalingerne. Følgegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 2 og 3. Præsenterede modeller er udvalgt efter rådgivning fra følgegruppen samt ud fra rapporter, der er udarbejdet som del af satspuljeinitiativet (se afsnit 1.5).

1.3. Anvendte begreber

Multisygdom

I disse anbefalinger tages der udgangspunkt i definitionen af multisygdom i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom: *'Samtidig optræden af to eller flere kroniske sygdomme hos en person, hvor én sygdom ikke nødvendigvis er mere central end de andre'*¹⁵. Betegnelsen 'kompleks multisygdom' anvendes oftest om personer med 3-4 kroniske lidelser eller flere, eller personer med multisygdom og polyfarmaci, men definitionen afhænger af kilden.

Komplekse problemstillinger og forløb

Mennesker med multisygdom er ofte kendetegnet ved at have komplekse problemstillinger, knyttet til somatiske og også ofte psykiske sygdomme, sociale problemer, lav sundhedskompetence og udfordret arbejdsmarkedstilknytning. Dette kræver indsatser og forløb, som omfatter alle de behov, der knytter sig til de forskellige problemstillinger, og som ofte går på tværs af fagområder og sektorer. I disse anbefalinger anvendes begreberne *komplekse problemstillinger* eller *komplekse forløb* om forløb, som, ud over multisygdom, også er præget af øvrige problemstillinger, fx misbrug, sociale problemstillinger eller problemstillinger på beskæftigelsesområdet. Med 'forløb' menes her alle elementer i patientforløbet (udredning, behandling, pleje, rehabilitering, støtteindsatser og øvrige faglige indsatser mv.).

Sundhedskompetence

Sundhedskompetence er en kombination af de personlige kompetencer og ressourcer i omgivelserne, der bestemmer menneskers mulighed for at finde, forstå, vurdere og bruge information til at tage beslutninger om sundhed. Begrebet inkluderer også evnen til at

¹⁴ Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2018-2021. <https://www.regeringen.dk/media/4291/aftale-satspuljen-sundhedsomraadet-2018-2021.pdf>

¹⁵ Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. 2012. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/~media/85140414C1E24E939BCBDC43CCCCFCF19.ashx>

kommunikere, fastholde og handle på disse beslutninger.¹⁶ Hvordan sundhedsvæsenet er indrettet har stor betydning for den kompleksitet og de krav, der møder borgeren og dermed hvilken grad af sundhedskompetence, der er nødvendig for at opnå et acceptabelt udbytte af et givent forløb eller ydelse.¹⁷

Funktionsevne

Funktionsevne er en betegnelse for den kunnen, der er baggrund for, at et menneske kan udføre sine daglige aktiviteter og deltage i samfundslivet. Funktionsevnen er afhængig af både helbredsmæssige, personlige og omgivelsesmæssige faktorer. En persons funktionsevne kan fx vurderes vha. verdenssundhedsorganisationens (WHO) model for International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).¹⁸ Denne model gør det muligt i et standardiseret sprog at beskrive helbred, funktionsevne og kontekst og modellen kan benyttes interdisciplinært og tværsektorielt.

Social ulighed i sundhed

Social ulighed i sundhed er den systematiske ulighed i forekomst og konsekvenser af sygdom mellem socioøkonomiske grupper, defineret ved fx uddannelse, erhverv eller indkomst, som opstår på baggrund af et komplekst sammenspil af årsagsrelationer.¹⁹

Det primære sundhedsvæsen

Det primære sundhedsvæsen er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og sikrer lige adgang til sundhedsydelser tæt på hvor befolkningen bor og arbejder. Det primære sundhedsvæsen tilbyder helhedsorienteret forebyggelse, behandling og rehabilitering og udgør både den første kontakt mellem borger og sundhedsvæsen og den løbende og kontinuerlige indsats. Det primære sundhedsvæsen består af indsatser i kommuner, almen praksis, privatpraktiserende sundhedsprofessionelle mv. og understøttes af udgående funktioner, rådgivning mv. fra sygehusene.

1.4. Læsevejledning

Publikationen er bygget op i 7 kapitler. Kapitel 1 og 3 er indledende kapitler, som bidrager til at belyse det samlede udfordringsbillede i forhold til multisygdom og beskriver udvalgte anvendte begreber. Kapitel 2 sammenfatter de overordnede anbefalinger for organiseringen af forløb/indsatser til mennesker med multisygdom.

I kapitel 4-6 præsenteres centrale udfordringer ift. indsatsen til mennesker med multisygdom samt en række modeller for organiseringen af forløb for mennesker med multisygdom og/eller komplekse forløb, som der er praksiserfaringer med i Danmark og internationalt. Temaerne for modellerne, *inddragelse* (kapitel 4), *sammenhæng og koordination*

¹⁶ International Union for Health Promotion and Education. IUHPE Position statement on health literacy: A practical vision for a health literate world. Paris: IUHPE Global Working Group on Health Literacy, 2018.

¹⁷ Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. En vej til mere lighed. Sundhedsstyrelsen 2022.

¹⁸ <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

¹⁹ Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom. Sundhedsstyrelsen, 2020

(kapitel 5) samt *helhedsorienteret differentieret indsats* (kapitel 6), ses som grundlæggende og gennemgående principper for at løfte indsatsen for mennesker med multisygdom, uanset aktør eller sektor, og beskrives nærmere i kapitel 7.

I kapitel 7 omtales organisatoriske rammer dels på tværs af sundhedsvæsenet, dels fordelt på de enkelte aktører, som forventes at kunne understøtte de gode forløb for mennesker med multisygdom.

I kapitel 8 præsenteres områder, hvor der i særlig grad er behov for mere viden og udvikling ift. håndteringen af mennesker med multisygdom.

Anbefalingerne henvender sig til sundhedsprofessionelle, beslutningstagere og myndigheder, der er involveret i planlægning, koordinering og udførelse af forløb for mennesker med multisygdom, både centralt og praksisnært.

I disse anbefalinger anvendes primært betegnelsen 'mennesker med multisygdom'. Hvor der refereres til specifikke indsatser med et afgrænset fokus på eksempelvis en patientgruppe, eller borgere i en kommunal indsats benyttes betegnelsen 'patient' eller borger.

Anbefalingerne omfatter alle mennesker med multisygdom, uanset graden og kompleksiteten af deres multisygdom. Nogle af de præsenterede modeller vil være relevante for alle mennesker med multisygdom, mens andre først og fremmest er relevante for mennesker med komplekse forløb, en lav egenomsorg, sparsomt netværk og lav sundhedskompetence. Det, at modellerne præsenteres på lige fod afspejler dels, at de forskningsprojekter, hvor modellerne er afprøvet, har haft meget forskellige målgrupper sv.t. at gruppen af mennesker med multisygdom er meget heterogen, dels at evidensen af alle modellerne ift. at bedre forløbene for mennesker med multisygdom, er sparsom.

1.5. Sammenhæng med øvrige publikationer på området

Som led i satspuljeinitiativet 'Mere viden om multisygdom' har Sundhedsstyrelsen fået udarbejdet følgende rapporter, som er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

- Multisygdom i Danmark: En rapport der beskriver mønsteret og udviklingen af multisygdom i Danmark om multisygdom i Danmark²⁰

²⁰ Statens Institut for Folkesundhed. Multisygdom i Danmark. 2019. Tilgængelig på: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/~media/92A441C764CF4C5E8179EE95D2853FF5.ashx>

- Viden om indsatser ved multisygdom: Et litteraturstudie af nationale og internationale erfaringer med organisering af sundhedsvæsenet for mennesker med multisygdom²¹
- Sammenhængende forløb for mennesker med multisygdom: En vidensopsamling af kommunale erfaringer med tværgående indsatser – se bilag
- Desuden har Sundhedsstyrelsen sideløbende etableret projektet *Polyfarmaci ved multisygdom* og anbefalingerne blev udgivet i foråret 2022.²²

Mennesker med multisygdom er en heterogen gruppe. Derfor har denne publikation sammenhæng til en række af Sundhedsstyrelsens faglige oplæg, publikationer og øvrige arbejde. Således er der vigtige snitflader bl.a. til Sundhedsstyrelsens arbejde med sundhedskompetence²³, social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet²⁴, revision af den lægelige videreuddannelse, forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen²⁵, det faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatrien²⁶ samt en række publikationer vedr. anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kronisk sygdom. Det forventes at anbefalingerne skal danne grundlag for det videre arbejde med en forbedret indsats af forløb for mennesker med multisygdom. Derudover kan en række af de beskrevne udfordringer og anbefalinger for organisering af indsatsen anvendes i arbejdet med andre komplekse forløb.

²¹ Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse. Viden om indsatser ved multisygdom. Et systematisk litteraturstudie af nationale og internationale erfaringer med organisering af sundhedsvæsenet for mennesker med multisygdom. 2019. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Viden-om-organisatoriske-og-patientrettede-indsatser-ved-multisygdom_endelig-udgave.ashx?la=da&hash=5D1F0A2C2000E88A23D67B47BF3DD492F704C2B5

²² Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde, Sundhedsstyrelsen 2022.

²³ Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen - En vej til mere lighed. Sundhedsstyrelsen 2022.

²⁴ Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang. Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen 2022.

²⁵ Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen - en national strategi. Sundhedsstyrelsen 2022.

²⁶ Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen 2022.

2. Anbefalinger

Inddragelse

1. Kommuner, almen praksis og sygehuse arbejder systematisk med, at mennesker med multisygdom (og evt. pårørende) informeres og inddrages i beslutninger om eget forløb. Der kan med fordel udarbejdes lokale arbejdsgange herfor.

Sammenhængende og koordineret indsats

2. Kommuner, sygehuse og almen praksis har særligt fokus på overgange for mennesker med multisygdom med komplekse forløb, eksempelvis ved at anvende forløbskoordination.
3. Kommuner og sygehuse og almen praksis samarbejder om at skabe et sammenhængende forløb for mennesker med multisygdom, ved gensidigt at stå til rådighed for sparring og specialistrådgivning.
4. Kommuner, sygehuse og almen praksis arbejder med en tværfaglig tilgang til behandling og rehabilitering af mennesker med multisygdom, og koordinerer indsatser for mennesker med multisygdom med relevante aktører inden for andre lovgivningsområder, eksempelvis social- og beskæftigelsesområdet.

Helhedsorienteret og differentieret indsats

5. Kommuner, sygehus og almen praksis tilrettelægger forløb for mennesker med multisygdom ud fra en individuel vurdering med tilrettelæggelse af indsatser der er fleksible og tilpasset den enkelte persons behov og præferencer.

Aktører og samarbejde

6. Alle aktører arbejder med følgende centrale og gennemgående principper i alle indsatser for mennesker med multisygdom:
 - Inddragelse af mennesker med multisygdom og pårørende
 - Sammenhængende og koordinerede forløb
 - Helhedsorienteret og differentieret indsats
7. I lokale aftaler, fx i regi af sundhedsklynger, regionale samarbejdsaftaler eller sundhedsaftaler, beskrives det, hvem der varetager de forskellige dele af forløbet for mennesker med multisygdom. Desuden beskrives det, hvordan de enkelte aktører arbejder med de gennemgående principper for håndtering af mennesker med multisygdom, herunder hvilke modeller og redskaber, der anvendes.

8. Lokale aftaler om tilrettelæggelsen af forløb for mennesker med multisygdom bør tage udgangspunkt i det fælles populationsansvar og tilgængelige populationsdata.
9. Viden og færdigheder om sundhedskompetence, herunder håndtering af personer med lav sundhedskompetence, bør indgå i kompetenceudviklingsforløb til relevante sundhedsprofessionelle, der arbejder med mennesker med multisygdom.

Viden og udvikling

10. Der er behov for yderligere forskning om, hvordan man bedst organiserer sammenhængende forløb til mennesker med multisygdom, i det primære sundhedsvæsen såvel som i sygehusvæsenet, herunder forskning i hvilke modeller, der kan anvendes til mennesker med multisygdom med henblik på udbredelsespotentiale. Der bør være fokus på, hvordan digitale løsninger og data kan understøtte både forskningen men også organiseringen af forløb for mennesker med multisygdom.

3. Mennesker med multisygdom

3.1. Afgrænsning og forekomst af multisygdom i Danmark

Betegnelsen multisygdom dækker over personer, der lever med flere samtidige kroniske tilstande/sygdomme. Mennesker med multisygdom udgør en heterogen gruppe både hvad angår kombinationen og antallet af sygdomme samt faktorer så som alder, typen og alvorlighedsgraden af sygdommene samt den enkeltes funktionsevne. Herudover indvirker sociale og familiemæssige forhold, livsstil, uddannelsesniveau, beskæftigelse, boligforhold, økonomi, ressourcer, netværk, sundhedskompetence osv. i varierende grad på det samlede forløb.

Definitionen af multisygdom varierer i litteraturen og den anslåede forekomst af personer med multisygdom afhænger således af, hvilke og hvor mange sygdomme, der medtages i opgørelsen og om der også medregnes eftervirkninger/senfølger efter tidligere sygdom. Danske undersøgelser estimerer, at cirka 20-30% af den danske befolkning lever med multisygdom, men estimerterne strækker sig fra 7% til 37%, afhængig af opgørelsesmetoden.^{27,28,29,30}

Baseret på selvrapporterede data fra Den Nationale Sundhedsprofil estimeres det, at omtrent hver fjerde person på 16 år eller derover lever med multisygdom (defineret som mindst 2 af 13 udvalgte kroniske sygdomme/tilstande³¹), svarende til cirka 1,2 millioner personer. Forekomsten er lidt højere blandt kvinder (31,3% på tværs af aldersgrupper) end blandt mænd (25,5%) og antallet stiger med stigende alder. Således er det mere end halvdelen af de ældre på 65 år og derover, som angiver at de lever med 2 eller flere af de udvalgte kroniske sygdomme/tilstande, mod 14,1% mænd og 18,6% kvinder i alderen 25-34 år. Samtidig stiger andelen, der lever med 4 eller flere sygdomme fra at udgøre omkring 1% af alle i alderen 25-34 år til at udgøre mere end 10% af de ældre på 65 år og derover.

Det er dog vigtigt at understrege, at der blandt yngre i den arbejdsdygtige alder også er en betydelig forekomst af multisygdom. Således er der 14,1% af de 25-34-årige mænd

²⁷ Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, et al. Social disparities in the prevalence of multimorbidity—a register-based population study. BMC Public Health 2017; 17: 1–11.

²⁸ Møller SP, Laursen B, Johannesen CK et al. Multisygdom i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen, 2019

²⁹ Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021, Sundhedsstyrelsen 2022

³⁰ Borgere med multisygdom: Borgere med kroniske sygdomme i 2017. Sundhedsdatastyrelsen, 2017. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/kronisk-sygdom/borgere-med-multisygdom-2017.pdf>

³¹ De 13 tilstande er: astma, allergi, diabetes, blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning, kronisk lungesygdom, slidgigt, leddegigt, osteoporose, kræft, psykisk lidelse, og diskusprolaps eller andre rygsygdomme.

og 18,6% af de 25-35-årige kvinder, der angiver at have multisygdom og andelen stiger til 34,9% af mændene og 40,6% af kvinderne i alderen 55-64 år.

Forekomsten af personer med multisygdom er stigende. Sundhedsdatastyrelsen estimerer, at antallet af personer i Danmark, der lever med 6 udvalgte kroniske sygdomme er steget fra 810.000 til 1 mio. i perioden 2010-2019, svarende til en stigning på næsten 25%.³² I samme periode er andelen af dem, der lever med multisygdom³³, steget, så de udgjorde 9% af alle med kroniske sygdomme i 2010, mens mennesker med multisygdom udgjorde 12% af alle med kronisk sygdom i 2019.³⁴ I absolutte tal har der altså været en stigning i antallet af mennesker med multisygdom i omegnen af 47.000 personer i perioden 2010-2019, når estimaterne baseres på at have mindst to af de 6 udvalgte sygdomme.

3.2. Karakteristik af mennesker med multisygdom

3.2.1. Grupper af mennesker med multisygdom

Nedenfor er beskrevet tre grupper af mennesker med multisygdom. Grupperne er ikke gensidigt udelukkende og komplette, men repræsenterer og beskriver nogle af de væsentlige udfordringer, som multisygdom kan medføre. De tre grupper er fremhævet fordi de ældre mennesker med multisygdom udgør antalsmæssigt den største gruppe af mennesker med multisygdom og fremhæves derfor som en særskilt gruppe. De yngre mennesker med komplekse problemstillinger og mennesker med samtidig psykisk og somatisk sygdom fremhæves, fordi de ofte overses og fordi der er særligt behov for, at de får en helhedsorienteret indsats på tværs af sektorer.

Ældre med multisygdom

Forekomsten af multisygdom er stigende med alderen. Mere end halvdelen af den danske befolkning over 65 år har flere samtidige sygdomme (fx KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom), slidgigt, rygsygdom, knogleskørhed, diabetes, depression eller hjertesygdom). Udover at have flere samtidige sygdomme og høj alder, har ældre mennesker med multisygdom ofte også forringet ernæringstilstand, nedsat fysisk og/eller kognitiv funktionsevne, begrænset egenomsorgsevne og et sparsomt socialt netværk. Gruppen er ofte i behandling med mange lægemidler på samme tid (polyfarmaci), og har ofte behov for kommunale indsatser og/eller hyppig sygehusindlæggelse³⁵, som følge af sygdomme og livsbetingelser. Ældre med multisygdom har således ofte behov for flere samtidige og koordinerede tværfaglige og tværsektorielle indsatser.

³² Sundhedsdata – Kort Nyt: Antal borgere med kroniske sygdomme er steget med 25 pct. siden 2010. Sundhedsdatastyrelsen, 2020.

³³ Multisygdom defineret som personer med mindst 2 af følgende kroniske sygdomme: KOL, leddegigt, knogleskørhed, diabetes type 1 eller 2, astma

³⁴ [Antal borgere med kroniske sygdomme februar 2020 \(PDF\) \(5\).pdf](#)

³⁵ Kilde: Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient. Fagligt oplæg til en handlingsplan 2016-2019. 2016.

Yngre med multisygdom og komplekse problemstillinger

Selvom multisygdom er hyppigst blandt de ældre, er forekomsten blandt yngre mennesker ikke ubetydelig (se kapitel 2) og er forbundet med bl.a. en lavere socioøkonomisk status, et lavere uddannelsesniveau og en lavere tilknytning til arbejdsmarkedet. Yngre med multisygdom, som samtidigt er socialt udsatte og/eller skrøbelige med begrænset egenomsorg kan have behov for en særlig og helhedsorienteret indsats. Udover somatisk sygdom (eksempelvis KOL, diabetes, hjertekarsygdomme, muskel-skelet lidelser mm.) kan gruppen også have psykiske lidelser, så som let til moderat depression og/eller angstlidelser, som kan være (men ikke nødvendigvis er) udløst af somatisk sygdom. Øvrige problemstillinger, fx sociale, familiemæssige eller beskæftigelsesmæssige forhold, kan yderligere komplicere situationen og forløbet og vice versa. Endelig kan byrden ved at skulle møde op til kontroller, rehabilitering og evt. øvrige indsatser, lave livsstilsændringer mv. føles ekstra stor for denne gruppe, hvis det samtidig skal gå op med at passe et arbejde, hente børn osv. og der er risiko for, at det ene eller det andet prioriteres på bekostning af det andet.

Personer med samtidig somatisk og psykisk lidelse

Mennesker med psykiske lidelser har en markant øget forekomst af og risikofaktorer for at udvikle somatisk sygdom sammenlignet med resten af befolkningen.³⁶ Der vil således være en relativ høj forekomst af mennesker med multisygdom blandt mennesker med psykiske lidelser og risikoen er særlig høj blandt mennesker med svær psykisk sygdom som fx svær depression, bipolar lidelse eller skizofreni. Psykiske lidelser kommer forskelligt til udtryk og optræder i mange forskellige sværhedsgrader, både på grund af lidelsernes karakter og omfang, men også grundet forskellige livsomstændigheder som fx netværk, social situation, alder, uddannelse eller arbejde. Psykisk sygdom vil dog ofte, i perioder eller permanent, bidrage til begrænset egenomsorg i forhold til at varetage behandlingen af både psykisk og somatisk sygdom, og ofte er de somatiske sygdomme underbehandlet eller slet ikke diagnosticerede hos denne gruppe.³⁷ Desuden er der risiko for, at de får en mindre effektiv behandling af deres somatiske sygdom.³⁸ Personer med svære psykiske lidelser lever mellem 15 og 20 år kortere og med mere sygdom end den øvrige befolkning. Den kortere levetid skyldes bl.a. underbehandling eller uhensigtsmæssig behandling af både den psykiske lidelse og samtidig somatisk sygdom, manglende forebyggende indsats overfor livsstilsrelaterede sygdomme, en højere forekomst af selvmord og ulykker samt afledte effekter af misbrug.³⁹

En psykisk lidelse kan have store konsekvenser for den enkeltes trivsel og udvikling samt evnen til at strukturere hverdagen, samværet med andre mennesker og muligheden for

³⁶ Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børghlum AD, Christensen MK, et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *N Engl J Med* 2020;382(18):1721-1731.

³⁷ Fagligt oplæg til en 10-årsplan, Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen, 2022.

³⁸ Fagligt oplæg til en 10-årsplan, Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen, 2022.

³⁹ Fagligt oplæg til en 10-årsplan, Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen, 2022.

at passe uddannelse eller arbejde. Personerne kan have et sparsomt netværk og sparsomme ressourcer til at varetage behandlingen. Desuden er psykisk sygdom hyppigt årsag til en nedsat arbejdsevne, hvormed denne gruppe også ofte står uden for arbejdsmarkedet eller er på førtidspension⁴⁰.

3.2.2. Øvrige karakteristika og risikofaktorer

Socioøkonomisk status

Multisygdom forekommer hyppigere blandt mennesker med kort uddannelse. Således er der blandt voksne over 25 år med grundskole som højeste uddannelsesniveau 44,0%, som lever med multisygdom, mens tallet er 22,5% for personer med lang videregående uddannelse. Blandt personer med grundskolen som højeste uddannelsesniveau, var der 12,1% der har 4 eller flere sygdomme, mens tallet var 4 gange lavere (3%) for personer med en lang, videregående uddannelse.⁴¹

Mennesker med et lavere uddannelsesniveau har ca. 10 år kortere levetid sammenlignet med mennesker med længere uddannelse og lever desuden i en længere periode med dårligt helbred, hvilket bl.a. kan medføre en lavere livskvalitet.⁴²

Ligeledes har multisygdom stor betydning for tilknytningen til arbejdsmarkedet og mens knap 80% af alle danskere i den arbejdsdygtige alder er i beskæftigelse, er det kun 24% af de 18-64-årige med multisygdom⁴³, som er i beskæftigelse eller uddannelse.⁴⁴ Det er vigtigt at bemærke, at der i denne opgørelse fra Sundhedsdatastyrelsen ikke medtages personer med eksempelvis psykiske lidelser eller hjertesygdom, så det må forventes, at tallet kan være endnu lavere. Næsten halvdelen (43%) af personer med multisygdom i den arbejdsdygtige alder, står varigt uden for arbejdsmarkedet, ifølge opgørelsen fra Sundhedsdatastyrelsen.⁴⁵

Livsstile relaterede risikofaktorer

Livsstile relaterede risikofaktorer, som rygning, et højt alkoholindtag, fysisk inaktivitet, svær overvægt samt usunde kostvaner er alle forbundet med en øget risiko for at udvikle multisygdom.^{46,47} Risikoen er højst, hvis man har flere samtidige risikofaktorer.⁴⁸ En analyse fra Statens Institut for Folkesundhed har vist, at svær overvægt (BMI ≥ 30) er stærkt

⁴⁰ Petersen SR. Er helhedsløsninger i kommunerne vejen frem? I Frølich A, Olesen F, Kristensen I, editors. MULTISYGDOM Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng http://multisygdom.dk/wp-content/uploads/2017/03/Hvidbog-til-net_2_rettet1.pdf; 2017. p. 66-72.

⁴¹ Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Sundhedsstyrelsen 2022.

⁴² Danske Regioner 2019. <https://www.regioner.dk/sundhed/tema-ulighed-i-sundhed>

⁴³ Multisygdom defineret som personer med mindst 2 af følgende kroniske sygdomme: KOL, leddegigt, knogleskørhed, diabetes type 1 eller 2, astma

⁴⁴ Borgere med multisygdom på arbejdsmarkedet. Sundhedsdatastyrelsen 2018.

⁴⁵ Borgere med multisygdom på arbejdsmarkedet. Sundhedsdatastyrelsen 2018.

⁴⁶ Møller SP, Johannesen CK, Tolstrup JS et al. Risikofaktorer for multisygdom, Statens Institut for Folkesundhed for Danske Regioner 2019. [risikofaktorer-for-multisygdom-sif.pdf \(regioner.dk\)](https://www.regioner.dk/sundhed/tema-ulighed-i-sundhed)

⁴⁷ Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Sundhedsstyrelsen 2022.

⁴⁸ Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Sundhedsstyrelsen 2022.

forbundet med udvikling af multisygdom.⁴⁹ Også sygdomme i tænder og mund har tæt kobling til multisygdom, hvor samspil mellem sygdomme og tilstande, bivirkninger (mundtørhed) ved medicinsk behandling og polyfarmaci, nedsat fysisk og psykisk funktions- evne, samt den øgede forekomst af negative livsstils- og sociale faktorer, øger risikoen for at mennesker med multisygdom udvikler sygdomme i tænder og mund⁵⁰.

Der ses ofte en ophobning af risikofaktorer i bestemte grupper i befolkningen. Eksempelvis er der en ophobning af risikofaktorer blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Der er således en sammenhæng mellem forekomsten af multisygdom, antallet af livsstilsrelaterede risikofaktorer og uddannelsesniveau/socioøkonomisk status.

Sygdomskombinationer

Selvom multisygdom dækker alle typer kroniske sygdomme og tilstande, forekommer nogle kombinationer af sygdomme og tilstande hyppigere end andre. Dvs. at har man én sygdom, er sandsynligheden for, at man også har en eller flere andre sygdomme, større, end man skulle forvente, hvis sygdommene optrådte uafhængigt af hinanden.^{51,52,53}

For eksempel optræder forhøjet kolesteroltal hyppigt sammen med diabetes og hjertekar-sygdom som fx forhøjet blodtryk, iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og/eller følger efter blodprop eller blødning i hjernen. Blandt personer, som har hjertekarsygdom er der flere, der samtidig har KOL end i baggrundsbefolkningen.^{54,55,56} Desuden ved vi, at angst, depression og smertetilstande hyppigt optræder samtidigt, ligesom personer med psykisk sygdom ofte har en eller flere samtidige sygdomme, som kan være både somatiske og psykiske.

I en opgørelse fra Statens Institut for Folkesundhed⁵⁷ fandt man, at baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil er de største multisygdomsgrupper karakteriseret ved knogle- og ledsygdom i aldersgrupperne 45-64 år og 65+ år, hvorimod de største mul-

⁴⁹ Møller SP, Johannesen CK, Tolstrup JS et al. Risikofaktorer for multisygdom, Statens Institut for Folkesundhed for Danske Regioner 2019. [risikofaktorer-for-multisygdom-sif.pdf \(regioner.dk\)](#)

⁵⁰ [Afventer reference fra Lena](#)

⁵¹ Frølich A, Sammenhængende patientforløb er uhyre centralt for fremtidens kvalitetsoplevelse – især for ældre borgere. Oplæg ved konference "Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen - hvad er udfordringerne", 2018. https://www.hedensted.dk/hedensted_data/dagsorden/Seniorraadet_dagsorde/12-12-2018/ID2330/Bilag/Punkt_194_Bilag_11_AnneFroelich.pdf

⁵² Møller SP, Laursen B, Johannesen CK et al. Multisygdom i Danmark. 2019, Multisygdom i Danmark, Statens Institut for Folkesundheds for Sundhedsstyrelsen, 2019.

⁵³ Schäfer I, Kaduszkiewick H, Wagner HO et al. Reducing complexity: a visualisation of multimorbidity by combining disease clusters and triads. BMC Public Health. 2014;14:1285. Published 2014 Dec 16.

⁵⁴ Møller SP, Laursen B, Johannesen CK et al. for Sundhedsstyrelsen. Multisygdom i Danmark. Statens Institut for Folkesundheds for Sundhedsstyrelsen, 2019.

⁵⁵ Larsen FB, Pedersen MH, Friis K et al. A Latent Class Analysis of Multimorbidity and the Relationship to SocioDemographic Factors and Health-Related Quality of Life. A National Population-Based Study of 162,283 Danish Adults. PLoS ONE 12(1): e0169426.

⁵⁶ Hvidbog Multisygdom

⁵⁷ Møller SP, Laursen B, Johannesen CK et al. Multisygdom i Danmark. 2019, Multisygdom i Danmark, Statens Institut for Folkesundheds for Sundhedsstyrelsen, 2019.

tis sygdomsgrupper i registerdata for samme aldersgrupper er karakteriseret ved høj forekomst af diabetes og forhøjet kolesterol. Blandt den yngste aldersgruppe er en af de største multisygdomsgrupper karakteriseret ved psykiske sygdomme for begge datakilder.

Årsagen til, at to eller flere sygdomme ofte følges ad, kender vi ikke altid, men det skyldes bl.a. genetiske faktorer, miljøfaktorer og sundhedsadfærd.

Brug af sundhedsvæsenet

Personer med multisygdom har flere kontakter til sundhedsvæsenet, er indlagt oftere og i længere tid, har flere ambulante besøg og hyppigere kontakt med den alment praktiserende læge⁵⁸. Fx blev det estimeret, at personer med tre eller flere kroniske sygdomme gennemsnitligt har 25 kontakter med sin alment praktiserende læge per år, mens befolkningen generelt kun er i kontakt med sin alment praktiserende læge 7,6 gange i løbet af et år.⁵⁹ Også antallet af indlæggelser, antal sengedage, antal genindlæggelser, besøg på skadestuen, ambulante kontroller og besøg hos speciallæger er højere for mennesker med multisygdom, sammenlignet med mennesker uden eller med 1 kronisk sygdom.⁶⁰

Udgifterne på samfundsplan ved multisygdom er også høje og stiger med antallet af kroniske sygdomme. I en rapport fra Statens Serum Institut fra 2015⁶¹ blev det estimeret, at de gennemsnitlige regionale sundhedsudgifter til en person med to kroniske sygdomme var 71.000 kr. om året, mens de gennemsnitlige udgifter til personer med tre eller flere kroniske sygdomme var på 109.000 kr. om året. Til sammenligning var de gennemsnitlige årlige regionale sundhedsudgifter til den generelle befolkning på ca. 20.000 kr. De gennemsnitlige udgifter dækkede over en meget stor variation, hvor de 10% med det største forbrug af sundhedsydelser, stod for 59% af de samlede udgifter til personer med kroniske sygdomme. Dertil kommer udgifter til indsatser i det kommunale sundhedsvæsen, det sociale område og andre indsatser.

Polyfarmaci

Polyfarmaci, dvs. brug af mange lægemidler på samme tid, er tæt forbundet med multisygdom og ofte en direkte konsekvens af, at en person har flere samtidige sygdomme. Brugen af flere lægemidler ved multisygdom er ofte i overensstemmelse med gældende retningslinjer for hver enkelt sygdom, men den merværdi, der kan opnås gennem ordination af nye lægemidler til personer, der i forvejen får mange lægemidler, er oftest ikke kendt og bekymringen er, at risikoen for skadelige virkninger øges i takt med antallet af lægemidler.

Udfordringerne ved polyfarmaci er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til det videre arbejde*, hvori det også beskrives, hvordan man kan forebygge uhensigtsmæssig polyfarmaci, hvem der er i

⁵⁸ Store udgifter forbundet med multisygdom. Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -IT, 2015.

⁵⁹ Store udgifter forbundet med multisygdom. Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -IT, 2015.

⁶⁰ Frøhlich A, Ghith N, Schiøtz M et al. Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A registerbased study in Denmark. PLoS ONE 14(8):e0214183.

⁶¹ Store udgifter forbundet med multisygdom. Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -IT, 2015.

særlig risiko for at få mange lægemidler, og hvordan sundhedspersonale kan finde de patienter, der har behov for en ekstra indsats i forhold til behandling med medicin.⁶²

Behandlingsbyrde, social ulighed i sundhed og sundhedskompetence

Multisygdom udgør en betydelig belastning for den enkelte, som skal leve med symptomer fra flere sygdomme, som tilmed kan påvirke og forstærke hinanden indbyrdes. Men den enkelte kan også opleve en betydelig belastning fra de krav, som sundhedsvæsenet stiller i forbindelse med behandling, såsom medicinindtagelse, koordinering af aftaler, adfærdssændringer samt behandlings- og rehabiliteringsforløb (behandlingsbyrden). Er der samtidig indsatser uden for sundhedsvæsenet, fx i jobcenteret eller socialforvaltningen, kan det belaste den enkelte yderligere.

For nogle kan behandlingsbyrden være så tidkrævende og belastende, at den reelt opleves som uoverkommelig og at nogle indsatser prioriteres på bekostning af andre. Særligt mennesker med lavere socioøkonomisk status opfatter det som vanskeligt at navigere i sundhedsvæsenet og forstå forskellige processer og procedurer.⁶³

Multisygdom er både præget af, og bidrager til, social ulighed i sundhed, som har store omkostninger for det enkelte menneske i form af øget sygelighed, lavere livskvalitet og kortere levetid.⁶⁴ Dels forekommer multisygdom hyppigere og i en tidligere alder hos personer med en lavere socioøkonomisk status og et lavere uddannelsesniveau (se ovenfor vedr. socioøkonomisk status), som kan have dårligere forudsætninger for at navigere i sundhedsvæsenet, kan have et andet forbrug af sundhedsydelser end andre, og kan have dårligere mulighed for at få forebygget og behandlet sygdom.⁶⁵ Dels kan personen med multisygdom have svært ved at varetage en uddannelse eller et arbejde og kan have vanskeligheder ved sociale relationer, hvorved multisygdom bidrager til en lavere socioøkonomisk status og ulighed. Endelig har den sociale ulighed betydning for, hvilke ydelser, den enkelte bliver tilbudt.^{66,67}

Social ulighed er tæt forbundet med sundhedskompetence, som er et udtryk for, i hvor høj grad personen har mulighed for at finde, forstå, vurdere og bruge information til at træffe beslutninger om sundhed, herunder sætte sig ind i sit eget sygdomsforløb og sundhedsvæsenet.⁶⁸ Det betyder, at den enkeltes sundhedskompetence påvirker den måde, hvorpå personen med multisygdom lever sit liv og navigerer i sundhedsvæsenet. Samtidig er sundhedsvæsenets indretning, krav og kompleksitet afgørende for, om en

⁶² Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde. Sundhedsstyrelsen, Indsatser for Rationel Farmakoterapi, 2022.

⁶³ Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang. Sundhedsstyrelsen 2022.

⁶⁴ Kjeld SG, Brautsch LAS, Svartá DL, Hansen AF, Andersen S, Danielsen D. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang. København; 2022.

⁶⁵ Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2020.

⁶⁶ Rigsrevisionen (2019): Forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene. København.

⁶⁷ Mercer SW, Guthrie B, Furler J, Watt GC, Hart JT. Multimorbidity and the inverse care law in primary care. *BMJ*. 2012;344:e4152.

⁶⁸ International Union for Health Promotion and Education. IUHPE Position statement on health literacy: A practical vision for a health literate world. IUHPE Global Working Group on Health Literacy. Paris; 2018.

persons sundhedskompetence er tilstrækkelig til at finde, forstå og få udbytte af relevante tilbud og forløb.⁶⁹

En dansk spørgeskemaundersøgelse fra 2014 viste, at ca. hver femte dansker havde problemer med at forstå sundhedsinformation og indgå i dialog med sundhedspersonalet.⁷⁰ Studiet viste også en klar social ulighed, idet der i visse sociale grupper var langt flere, der havde svært ved at kommunikere med de sundhedsprofessionelle om deres problemer eller at forstå den nødvendige information.

Sundhedsvæsenets kompleksitet og de udfordringer, der møder borgeren, har altså stor betydning for hvilken grad af sundhedskompetence, der er nødvendig, for at opnå et acceptabelt udbytte af et tilbud eller forløb og hvordan den enkelte oplever behandlingsbyrden.

⁶⁹ Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. En vej til mere lighed. Sundhedsstyrelsen 2022.

⁷⁰ Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers – a population-based survey among Danish adults. BMC public health. 2014;14(1):1095.

4. Inddragelse af personer med multisygdom og pårørende

Mennesker med multisygdom kan opleve, at kompleksiteten af deres sygdomsforløb har indflydelse på hverdagen i en sådan grad, at det påvirker hvordan de prioriterer behandling og egenomsorg, træffer valg og fravalg om behandling, kontrolbesøg mm.⁷¹ De kan endvidere opleve, at det er svært at imødekomme de krav, der stilles i forbindelse med behandling, såsom medicinindtagelse, koordinering af aftaler, adfærdsændringer samt forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb.^{72,73,74}

Brugerinddragelse har til formål at understøtte et sammenhængende forløb af høj kvalitet, med udgangspunkt i den enkeltes behov. For personen med multisygdom optræder flere sygdomme/tilstande samtidig og det kan derfor være særligt vigtigt, at indsatser tilrettelægges og prioriteres i samarbejde med den enkelte, under hensyntagen til dennes behov og præferencer, sundhedskompetence, ressourcer, sociale kontekst, egenomsorg, livsvilkår mv.⁷⁵

4.1. Generelt om inddragelse af mennesker med multisygdom og deres pårørende

Inddragelse indebærer en afdækning af ressourcer, behov og motivation hos personen med multisygdom, samt en involvering af personen og de eventuelle pårørende i fælles beslutninger om forløb, behandling og indsatser. Fundamentet for inddragelse er involvering og dialog med personen med multisygdom og dennes pårørende.

Forskning dokumenterer, at inddragelse har en positiv virkning på behandlingsudfald såvel som brugertilfredshed. På individuelt plan er der flere undersøgelser, der peger på, at den enkeltes oplevelse af at blive inddraget i og have indflydelse på eget behandlingsforløb og tilbudte indsatser, kan bidrage til at den enkelte får mere viden om sin egen sygdom.

⁷¹ Ørtenblad L, Jönsson A, Meillier L. Komplekse liv. Patientinddragelse som vej til et bedre hverdagsliv for multisyge?. TFSS [Internet]. 24. august 2015 [henvist 5. september 2019];12(22). Tilgængelig hos: <https://tidsskrift.dk/sygdomsogsamfund/article/view/20821>.

⁷² Rosbach M, Andersen JS. Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity - A systematic review of qualitative data. PLoS One. 2017 Jun 23;12(6):e0179916.

⁷³ Morris JE, Roderick PJ, Harris S, et al. Treatment burden for patients with multimorbidity: cross-sectional study with exploration of a single-item measure. Br J Gen Pract. 2021;71(706):e381-e390.

⁷⁴ Sav A, King MA, Whitty JA, et al. Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. *Health Expect.* 2015;18(3):312-324.

⁷⁵ Leijten FRM, Struckmann V, van Ginneken E et al. The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy.* 2018 Jan;122(1):12-22.

dom og har betydning for både behandlingsudfald, forbrug af sundhedsydelser og livskvalitet.^{76,77,78} Det tyder på, at personer, som er inddraget i eget behandlingsforløb udviser en højere grad af compliance og i højere grad har en følelse af at kunne mestre egen sundhed og sygdom.^{79,80}

I forbindelse med multisygdom bør der særligt være opmærksomhed på inddragelse ifm. planlægning af et samlet forløb og fastsættelse af mål for forløbet. Derudover kan der være situationer i forbindelse med forløb for mennesker med multisygdom, hvor der er en særlig risiko forbundet med tabt information, og hvor der bør være en opmærksomhed på, at sikre god kommunikation og inddragelse. Det kan være i situationer hvor borger flyttes mellem sektorer, afdelingerne mv., når der er tale om akutte situationer og når borger involveres i egen behandling, eksempelvis opstart af hjemmebehandling⁸¹.

Der er udviklet flere redskaber til at understøtte den systematiske inddragelse i sundhedsvæsenet og der gives eksempler på disse nedenfor. Yderligere inspiration til brugerinddragelse kan bl.a. findes hos Videnscenter for Brugerinddragelse i sundhedsvæsenet⁸², herunder eksempler på brugerinddragelse på kommunalt plan i publikationen *Borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver*.⁸³

Hvilke redskaber, der anvendes, kan besluttes lokalt og afhængig af situationen jf. kapitel 7. Der bør være fokus på, at redskaberne ikke står alene, men understøttes af god kommunikation og relationelle kompetencer. Der bør desuden være fokus på, at brugerinddragelse ikke begrænses til enkelte arbejdsgange eller situationer hvor der er særlig fokus på behov for den systematiske brugerinddragelse, men at brugerinddragelse også er en integreret tilgang til mennesker med multisygdom i alle interaktioner mellem medarbejdere i sundhedsvæsenet og mennesker med multisygdom.

Der fokuseres i denne publikation på inddragelse på et individuelt plan, fordi den individuelle inddragelse vurderes af særlig vigtighed for mennesker med multisygdom. Imidlertid er det væsentligt, at der i hele sundhedsvæsenet også arbejdes med organisatorisk brugerinddragelse.⁸⁴

⁷⁶ <https://www.health.org.uk/sites/default/files/Reducing-Emergency-Admissions-long-term-conditions-briefing.pdf>

⁷⁷ ViBIS, Effekter af individuel brugerinddragelse – hvad siger litteraturen? Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS), København, juni 2019.

⁷⁸ Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G, et al. Patient-centered decision making and health care outcomes: an observational study. *Ann Intern Med.* 2013;158(8):573-579.

⁷⁹ <https://www.health.org.uk/sites/default/files/Reducing-Emergency-Admissions-long-term-conditions-briefing.pdf>

⁸⁰ Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed. – En empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. Sundhedsstyrelsen, 2008.

⁸¹ [Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen \(sst.dk\)](#)

⁸² Reference hjemmeside?

⁸³ ViBIS, Inspirationskatalog – Borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver. 10 eksempler på borgerinddragelse i kommuner. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2018.

⁸⁴ Indsæt reference til: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedskompetence/SST-Rapport_-Sundhedskompetence_TILG.ashx?sc_lang=da&hash=41695D2BD0D42803B2F58C2BA3311FCA

Den enkeltes sundhedskompetence har betydning for, hvordan en person vurderer og mestrer sine sygdomme og dermed for den enkeltes valg/prioritering af behandlinger og strategier for egenomsorg. I inddragelsen bør der skeles til den enkeltes sundhedskompetence. Det betyder, at information og kommunikation bør tilpasses den enkelte og at forløbet bør planlægges under hensyntagen til den enkeltes evne til at sætte sig ind i sit eget sygdomsforløb og sundhedsvæsenet, og dermed foretage informerede valg om egen behandling.⁸⁵ Eksempelvis kan det være nødvendigt, at beslutninger om komplekse forløb, som ved multisygdom, muligvis skal tages trinvist. Sundhedsprofessionelle, som har kontakt til personer med multisygdom, bør være klædt på til at håndtere personer med forskellige niveauer af sundhedskompetence og at inddrage dem i det omfang, den enkelte ønsker og formår.

4.2. Fælles beslutningstagning og beslutningsstøtteværktøjer

Fælles beslutningstagning er en model for, hvordan samarbejdet mellem patient og sundhedsprofessionel skal foregå: Den sundhedsprofessionelle deler sin sundhedsfaglige viden, men også sine skøn og præferencer, med patienten, og patienten deler sin viden om sit liv med sygdomme og sine præferencer med den sundhedsprofessionelle. Gennem dialog skal de to parter sammen finde frem til, hvilken behandling der er bedst for patienten.⁸⁶

Der findes en række sygdomsspecifikke beslutningsstøtteværktøjer, der er udviklet til at understøtte den fælles beslutningstagning om et bestemt behandlingsvalg. Værktøjerne er velegnede til behandlingsvalg, hvor der er et klart mål for behandlingen og hvor fordele og ulemper relativt let kan sammenlignes. I mere komplekse situationer, som forløb for mennesker med multisygdom kan bære præg af, kan der være behov for at beslutningsprocessen i højere grad udforsker præferencer og midlertidige mål for behandlingen, ligesom der kan være behov for at gentage processen.⁸⁷ Videnscenter for Brugerinddragelse har udviklet et generisk beslutningsstøtteværktøj, som kan anvendes til beslutninger om helbredsmaessige eller sociale forhold.⁸⁸ Frem for information om specifikke behandlingsmuligheder, indeholder dette værktøj en række spørgsmål, der har til sigte at afklare personens viden om egen sygdom, værdier, ressourcer og vished om en given beslutning.

⁸⁵ International Union for Health Promotion and Education. IUHPE Position statement on health literacy: A practical vision for a health literate world. IUHPE Global Working Group on Health Literacy. Paris; 2018.

⁸⁶ ViBIS <https://www.danskepatienter.dk/vibis/inddragelse-i-eget-forloeb/faelles-beslutningstagning>

⁸⁷ ViBIS og Det Brugerinddragende Hospital, Inspirationskatalog for udvikling af beslutningsstøtteværktøjer, version 4.0, 2016.

⁸⁸ <https://danskepatienter.dk/vibis/vaerktoej-til-inddragelse/vaerktoej-til-faelles-beslutningstagning/guide-til-personlig>

4.3. Den inddragende dialog

En god og konstruktiv inddragelse i komplekse behandlingsvalg, understøttes af en tillidsfuld relation og en god dialog mellem den sundhedsprofessionelle og personen, der ønskes inddraget.⁸⁹ I en god brugerinddragende dialog kommer den/de sundhedsprofessionelles faglige perspektiv og patientens/borgerens perspektiv ligeværdigt i spil, og dét, der bliver sagt, bliver brugt, når det videre forløb tilrettelægges.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger ifm. den afklarende samtale i kommunen.⁹⁰ Den afklarende samtale har til formål at afdække den enkelte persons behov, ressourcer og ønsker med henblik på tilrettelæggelse af et forebyggelses- og rehabiliteringsforløb der passer til den enkelte person.

Derudover findes en række forskellige dialogstøtteredskaber, som fortrinsvist er udviklet til specifikke diagnostiske forløb eller situationer og som enten er målrettet brugeren eller de sundhedsprofessionelle. ViBIS har udviklet et generisk dialogstøtteredskab, der har til formål at understøtte sundhedsprofessionelle i deres forberedelse af dialogen med patienter/borgere⁹¹.

4.4. PRO-data

PRO-data (Patient Reported Outcome data) er oplysninger om en persons helbredstilstand, herunder fysisk og mentalt helbred, symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau, som rapporteres direkte af patienten.⁹²

PRO-data kan bruges aktivt i behandlingen, fx til systematisk brugerinddragelse eller som dialogværktøj, hvor personens tilbagemeldinger giver indblik i, hvilke problemer der skal tages hånd om. PRO-data kan også give et overblik over udviklingen i patientens helbred og give mulighed for at justere forløb og behandling i samarbejde med patienten.

PRO-data anvendes på en række sygdomsområder og udvalgte indsatser.⁹³ Der indsamles ikke systematisk PRO-data for tværgående sygdomsforløb, herunder for patienter med multisygdom. Jf. kapitel 8 kan det med fordel overvejes, om der skal indsamles PRO-data for mennesker med multisygdom. I den forbindelse kan der med fordel tænkes i løsninger, hvor data på tværs af specialer og sektorer samles, således at en person

⁸⁹ Dialogstøtteredskaber, konkrete veje til patientinddragelse. Dansk Sundhedsinstitut samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen og Københavns Kommune, 2009.

⁹⁰ Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale, 2019.

⁹¹ ViBIS. Den brugerinddragende dialog. Et dialogstøtteredskab til individuel inddragelse. 2017. Tilgængelig på: https://www.danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/A_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelser/brugerinddragende_dialog.pdf

⁹² PRO-sekretariatet, Sundhedsdatastyrelsen <https://pro-danmark.dk/da>

⁹³ PRO-sekretariatet, Sundhedsdatastyrelsen <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/subsites/pro/da/omraader>

med multisygdom ikke skal udfylde separate PRO-skemaer, med måske overlappende spørgsmål, for hver enkelt sygdom.

4.5. Forløbsplaner i almen praksis

Forløbsplaner har til formål at give personer med udvalgte sygdomme (KOL, type 2-diabetes, kroniske lænde-rygsmerter eller kronisk iskæmisk hjertesygdom) en individuel plan for deres behandling og inddrage dem i eget forløb. Forløbsplanen kan anvendes i konsultationen med patienten og indeholder et overblik over, hvad der er vigtigt for patienten og om patienten er i mål med sin behandling. Den indeholder også oplysninger om, hvad der anbefales patienten af øvrig behandling.⁹⁴ Lægen/klinikpersonalet og patienten aftaler, og skriver ned, hvad patientens mål er for behandlingen af den pågældende sygdom, hvornår næste konsultation finder sted, og om der er behov for fx henvisninger til kommunale tilbud eller lignende.

Med udbredelse af digitale forløbsplaner som redskab til at understøtte dialog og brugerinddragelse, har patienten mulighed for at tilgå forløbsplanen elektronisk, og få et overblik over behandlingsplan, konkrete målinger, fx (afhængigt af diagnosen) blodsukker, lungefunktion eller lignende.

Udbredelse af digitale forløbsplaner, er evalueret i 2020⁹⁵. Evalueringen viser at patienterne kun i begrænset omfang, har benyttet sig af muligheden for at tilgå egne forløbsplaner digitalt. Evalueringen peger på, at der er behov for en udvikling af den patientrettede del af den digitale forløbsplan, med fokus på at forløbsplanen bedre imødekommer behovet for et overblik over den samlede plan, det tværsektorielle forløb mv. Det fremhæves også, at ikke alle patienter har overskud og digitale kompetencer til at anvende den patientrettede brugerflade i sin nuværende form, hvor særlig sårbare grupper, herunder mennesker med multisygdom, ikke får det nødvendige udbytte af at de digitale forløbsplaner stilles til rådighed.

Forløbsplaner er ét af de eneste redskaber til systematisk inddragelse, som specifikt er målrettet almen praksis. Der findes aktuelt ingen forløbsplaner for multisygdom, men flere mennesker med multisygdom har én af de nævnte sygdomme. Én samlet forløbsplan for mennesker med multisygdom, ville kunne understøtte en mere helhedsorienteret tilgang til den enkelte, og udgør et fremtidigt udviklingspotentiale for videreudvikling af forløbsplaner. I evalueringen af digitale forløbsplaner peger både praktiserende læger og patienter på, at de digitale forløbsplaner bør kunne rumme mennesker med multisygdom.

⁹⁴ <https://www.medcom.dk/projekter/forloebplaner/informationsmateriale>

⁹⁵ [digitale-forloebplaner_evaluering-maj-2020_muusmann.pdf \(medcom.dk\)](#)

4.6. Pårørendeinddragelse og –samarbejde

De pårørende spiller ofte en vigtig rolle som støtte- og ressourcepersoner for personen med multisygdom. Det er derfor afgørende, at sundhedsvæsenet inddrager pårørende som en ressource under sygdomsforløbet, hvis personen med multisygdom ønsker det, og i det omfang den pårørende har overskuddet. Pårørende kan også selv være belastede af den nærtstående situation, hvorfor det er vigtigt, at være opmærksom på, at den pårørende også kan have behov for en særsilt støtteindsats.⁹⁶

Erfaringer med pårørendeinddragelse viser, at det øger tilfredsheden hos både patienter, pårørende og sundhedsmedarbejdere, og samtidig giver et løft af kvaliteten fx ved at bidrage til mere hensigtsmæssige arbejdsgange.⁹⁷

Inden for psykiatrien findes der evidens for de positive effekter af pårørendeinddragelse. Flere undersøgelser har vist, at risikoen for tilbagefald af sygdom og genindlæggelser reduceres, når pårørende inddrages i forløbet.⁹⁸

VIBIS har udgivet en publikation, hvor der præsenteres flere modeller til systematisk pårørendeinddragelse i sundhedsvæsenet, der er afprøvet med gode erfaringer, og som kan tjene som inspirationskatalog for hvilke modeller, der er bedst anvendelige i lokal kontekst.⁹⁹

⁹⁶ Koncept for systematisk inddragelse af pårørende. Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen, 2018.

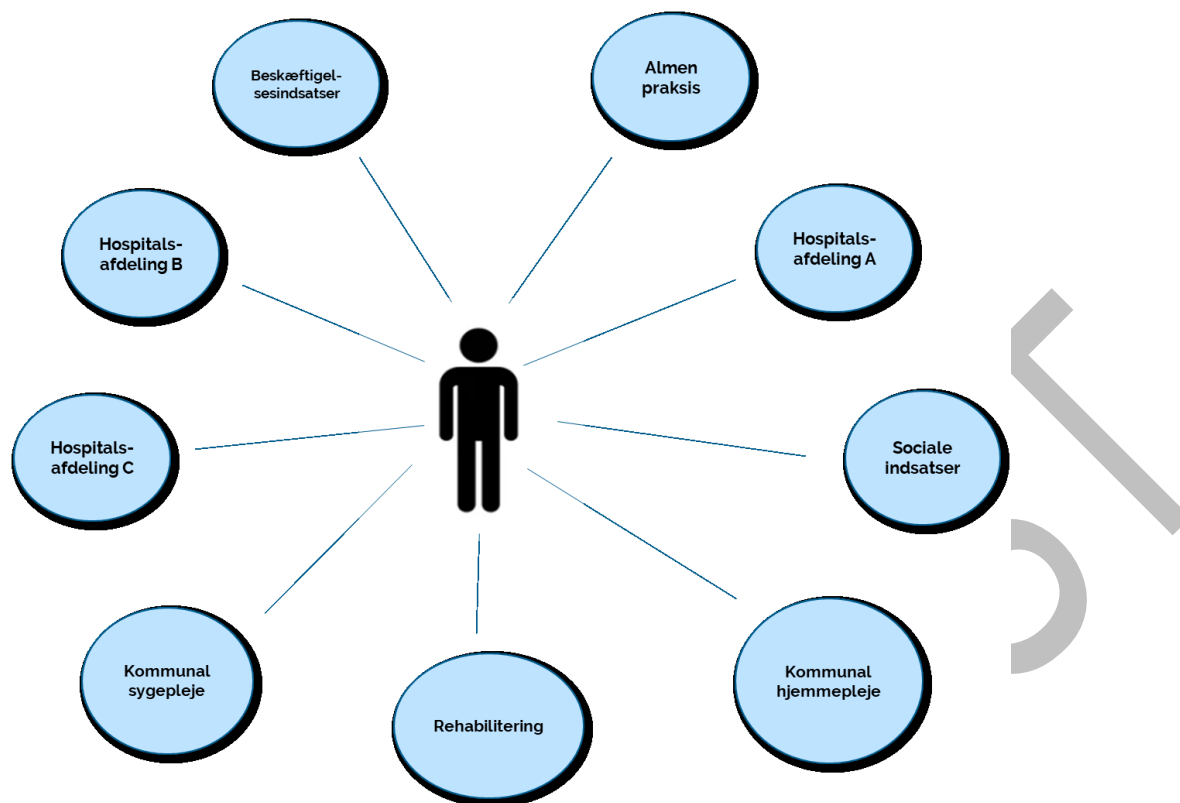
⁹⁷ [tema_om_paroerendeinddragelse.pdf \(danskepatienter.dk\)](#)

⁹⁸ [Inddragelse af pårørende - Bedre Psykiatri](#)

⁹⁹ [tema_om_paroerendeinddragelse.pdf \(danskepatienter.dk\)](#)

5. Modeller for organisering af sammenhængende og koordinerede forløb

Mennesker med multisygdom har ofte behov for flere samtidige indsatser, som involverer behandling af flere samtidige sygdomme, som ligeledes involverer forskellige fagpersoner i både det primære sundhedsvæsen og sygehusvæsenet og som ofte også omfatter øvrige velfærdsområder. Der er således ikke én instans, der har det fulde ansvar for forløbet for personer med multisygdom. Den enkelte kan derfor blive den primære tovholder i eget forløb og denne rolle kan være særligt vanskelig at varetage for personer med sparsomme ressourcer og/eller netværk. Ansvar for behandlingen af en person med multisygdom varetages ofte hos flere læger i almen praksis og/eller på sygehus, mens indsatser såsom forebyggelse, rehabilitering og genoptræning etc. varetages i kommunen. Opdelingen og det, at behandlingsansvaret overdrages sekventielt fra aktør til aktør udfordrer sammenhængen i et behandlingsforløb og der er risiko for videnstab mellem de fagprofessionelle, en uklar ansvarsfordeling, unødigt ventetid og en dårligere kvalitet af forløbet. Derudover stiller de mange - og i nogle tilfælde -svære problemstillinger, som rækker ud over ét specifikt sundhedsmæssigt problem, store krav til den enkelte sundhedsprofessionelles viden. Det betyder, at den sundhedsprofessionelle kan være udfordret af det komplekse forløb - både på sin faglighed og ift. at understøtte et koordineret og sammenhængende forløb.

Figur 1: Det komplekse forløb for mennesker med multisygdom

Multisygdom involverer i varierende grad, og skiftevis over tid, aktører i både det primære sundhedsvæsen og sygehusvæsenet, samt aktører fra andre forvaltningsområder i kommunalt regi. Derfor kan et forløb for mennesker med multisygdom bevæge sig frem og tilbage mellem aktører og sektorer: flere aktører kan initiere samme indsats, og samme indsats kan involvere flere aktører og sektorer.

Der er i alle sektorer iværksat en række projekter med det formål at fremme sammenhængen i patientforløb og fremme det tværsektorielle samarbejde for personer med multisygdom og/eller andre komplekse forløb. Erfaringer fra de indsatser der lykkes, peger især på, at det er vigtigt med opbakning fra politisk niveau og ledelsesniveau, og med involvering af ildsjæle i alle sektorer for at det skal lykkes at bedre sammenhæng og samarbejde på tværs¹⁰⁰. Det tyder på, at flere af de organisatoriske modeller, der forsøger at skabe bedre sammenhæng i patientforløb, fx forløbskoordination og behandling i tværfaglige teams, kan give bedre behandlingsudfald for den enkelte, bedre mental sundhed og give nedsat dødelighed.¹⁰¹ Forskning viser også, at indsatser, der har til sigte at understøtte patienternes evne til egenomsorg, kan have en positiv effekt på mental sundhed¹⁰². Endelig er der studier der viser, at indsatser, hvis formål er at understøtte sammenhængende forløb mellem almen praksis og hospitaler hhv. almen praksis og kommuner kan være effektive, særligt ved behandling af personer med samtidig somatisk og psykisk sygdom¹⁰³.

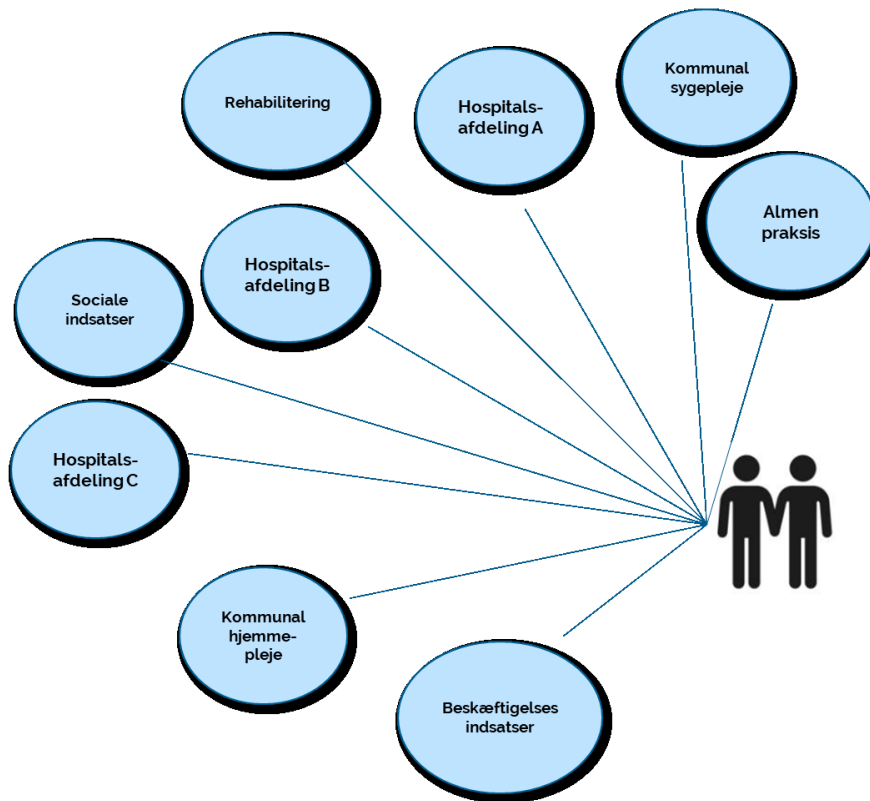
Der findes en række forskellige modeller, hvis primære formål er, at koordinere hele eller dele af et patientforløb (figur 2) eller primært sigter mod at styrke kommunikation og samarbejde på tværs af sektorer og at styrke kvaliteten af behandlingen ved både at styrke den faglige sparring og det koordinerede samarbejde (figur 3). Nogle af disse modeller beskrives nedenfor. Generelt er resultaterne for spredte og projekterne for forskellige til at drage endelige konklusioner om én overlegen model. Til gengæld tyder det på, at der er flere modeller, der kan bedre sammenhængen i patientforløb, hvor særligt forløbskoordination og behandling i tværfaglige teams tyder på at være virksomme. Derudover tyder det på, at et godt tværgående samarbejde skal understøttes af politisk niveau og ledelsesniveau for at lykkes.

¹⁰⁰ Buch MS, Jensen MCF, Brorholt G. Sammenhæng i patientforløb. Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis? 2018. VIVE. Tilgængelig på: https://pure.vive.dk/ws/files/2302287/11548_sammenhaeng_i_patientforloeb.pdf

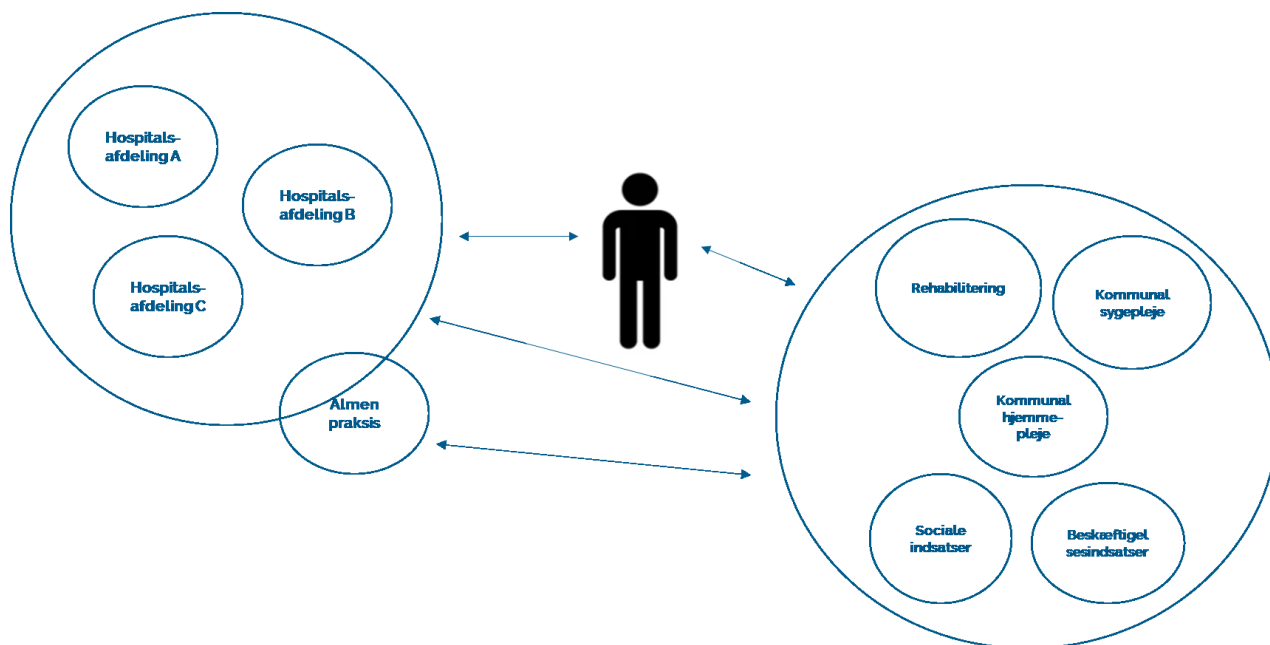
¹⁰¹ Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse for Sundhedsstyrelsen. Viden om organisatoriske og patientrettede indsatser ved multisygdom. Et systematisk litteraturstudie af nationale og internationale erfaringer med organisering af sundhedsvæsenet for mennesker med multisygdom. 2019.

¹⁰² Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse for Sundhedsstyrelsen. Viden om organisatoriske og patientrettede indsatser ved multisygdom. Et systematisk litteraturstudie af nationale og internationale erfaringer med organisering af sundhedsvæsenet for mennesker med multisygdom. 2019.

¹⁰³ Smith S, Wallace E, O'Dowd T et al., Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. The Cochrane database of systematic reviews. 2016;3:Cd006560.

Figur 2: Forløbskoordination

Figuren illustrerer, hvordan en forløbskoordinator kan hjælpe personen med multisygdom med at navigere i forløbet og koordinere de forskellige indsatser.

Figur 3: Tværfaglig, og tværsektorielt samarbejde

Figuren illustrerer, hvordan en tværfaglig, tværsektoriel tilgang kan forløbe mellem forskellige specialer, fagprofessionelle og/eller sektorer.

5.1. Forløbskoordination

Forløbskoordination forsøger at imødekomme det behov for en håndholdt og koordineret indsats, som nogle personer med komplekse forløb, herunder multisygdom, kan have. Forløbskoordination har således til sigte at understøtte et sammenhængende forløb på tværs af social- og sundhedsområdet.

Nogle modeller for forløbskoordination anlægger et mere specialiseret sigte, hvor en bestemt diagnose eller en del af forløbet fx overgangen mellem sygehus og kommune ved en udskrivelse, er afsat for indsatsen. Andre modeller knytter sig til et mere langsigtet perspektiv, hvor det er personens samlede situation og forløb over tid, der er fundamentet for tilrettelæggelsen af indsatsen.

Mennesker med multisygdom har forskellige behov og behovet for en håndholdt og koordineret indsats kan være varierende ift. hvor og hvornår der, i den enkelte persons forløb, er behov for støtte.

Der er konkrete nationale eksempler på gode erfaringer med forløbskoordination, som kan findes i Sundhedsstyrelsens 'Vidensopsamling af kommunale erfaringer'.^{104,105}

Fremskudt visitation

Fremskudt visitation er en forløbskoordinationsfunktion målrettet den ældre medicinske patient, der støtter en del af forløbet, der kan være særlig sårbart for målgruppen. Formålet er, at sikre et sammenhængende og trygt forløb på tværs af det primære sundhedsvæsen og sygehusvæsenet ved udskrivelse af den ældre medicinske patient.

Fremskudt visitation drejer sig om, at kommunale medarbejdere rykker ind på hospitalet for, sammen med sygehuspersonalet og personen selv, at koordinere udskrivelsen og det videre forløb, mens personen (ofte den ældre medicinske patient) stadig er indlagt. Et stigende antal kommuner arbejder med at oprette fremskudte funktioner ud fra et ønske om at styrke overgangen fra hospital til kommune.

Som en del af Sundhedsstyrelsens evaluering af indsats for forløbskoordination, blev der undersøgt fire modeller for forløbskoordination der arbejdede med fremskudt visitation¹⁰⁶. Evaluering af fremskudt visitation viser, at funktionen fremstår som en relevant løsning, der understøtter et bedre tværsektorielt samarbejde og kommunikation omkring indlæggelse og udskrivelse, og at de fremskudte visitationer har potentiale til at forebygge genindlæggelser. Patienter og pårørende, var ligeledes positive, idet de ofte forbandt mødet med viden om det videre forløb og øget tryghed i forbindelse med udskrivningen og dermed øget oplevelse af sammenhæng.

Forløbsstøtte

Der er flere erfaringer med vedvarende og langvarig forløbsstøtte, hvor udgangspunktet for indsatsen er centreret om personens behov og ønsker. Forløbsstøtte kan fx bestå af støtte ift. psykosociale og praktiske problemstillinger til udsatte borgere i kontakten til sundhedsvæsenet, hvor der gennem individuel støtte, stiles mod at styrke personens egen handlekompetence til at navigere i eget forløb. Målgruppen kan være sårbare borgere med forskellige udfordringer ift. kronisk og/eller akut sygdom, psykiatrisk komorbiditet og psykosociale udfordringer, fx mennesker med multisygdom. Indsatserne er ofte ressourcekrævende og med et mindre antal forløb pr. medarbejder/frivillige, hvorfor mange indsatser også bliver båret af frivillige aktører.

Der er flere gode erfaringer med forløbsstøtte, hvor bl.a. Navigator projekterne¹⁰⁷ har vist gode resultater ift. at styrke borgers egne kompetencer til at varetage egen sundhed, sygdom og forløb, og sikre et rettidigt og kvalificeret forløb på tværs af relevante aktører i

¹⁰⁴ Forventes udgivet samtidig med denne publikation

¹⁰⁵ <https://www.vive.dk/media/pure/8807/2039040>

¹⁰⁶ M, SB. M. J. C, K. & E, L. *Evaluering af indsats for forløbskoordination – Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner*. KORA. 2016.

¹⁰⁷ [Evaluering af navigatorprojekterne \(sst.dk\)](https://www.vive.dk/media/pure/8807/2039040)

sundhedsvæsenet og de borgernære sundhedstilbud. Lignende gode erfaringer med forløbsstøtte findes hos Kræftens Bekæmpelse, der har udviklet og afprøvet indsatsen for socialt sårbare kræftpatienter¹⁰⁸, og har dannet grundlag for udvikling af 'Navigator' projekterne.

5.2. Patientansvarlig læge

Den patientansvarlige læge er en national aftale mellem Sundhedsministeriet, Kræftens Bekæmpelse, Overlægeforeningen, Yngre Læger, Danske Patienter, Dansk Sygeplejeråd og regionerne^{109,110} og er et tilbud, som personer med multisygdom bør tilbydes ved behov. Det overordnede formål med den patientansvarlige læge er at understøtte patientens oplevelse af sammenhæng, koordinering og tryghed i deres forløb både ambulant og/eller under indlæggelse¹¹¹.

Den patientansvarlige læge har ansvaret for overblikket over det samlede patientforløb, og sikrer at de nødvendige fagkompetencer er inddraget og koordineret på tværs af specialer, faggrupper, matrikler mv. Den patientansvarlige læge bør i forlængelse heraf sikre at evt. inddragelse af andre relevante sundhedsaktører har fundet sted, og bør i øvrigt stå til rådighed for sparring mellem kommunerne og den praktiserende læge ved udskrivelse, og herigennem sikre en god overdragelse af patienten på tværs af sektorer.

Mennesker med multisygdom har et særligt behov for koordinering og overblik i deres forløb. Personen med multisygdom har ofte komplekse og tværgående behandlingsforløb, og vil undervejs i sit forløb komme i kontakt med forskellige læger i forskellige specialer, der hver har behandlingsansvar for én specifik sygdom. Det vurderes, at det er særligt vigtigt, at personer med multisygdom, som har komplekse, længerevarende og tværgående behandlingsforløb på et sygehus, får tildelt en patientansvarlig læge, som kan bidrage til det sammenhængende og koordinerede forløb. Således bør der være fokus på implementering af ordningen til disse patienter.

¹⁰⁸ [Anmeldelser fra kræftpatienter til Patientforsikringen 1999 til 2009 \(cancer.dk\)](https://www.cancer.dk/Anmeldelser-fra-kræftpatienter-til-Patientforsikringen-1999-til-2009)

¹⁰⁹ Uddybende forståelse til aftale om national model for patientansvarlige læger. Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse, Foreningen af Speciallæger, Yngre Læger, Dansk Sygeplejeråd. 2016. <https://www.regioner.dk/media/3999/uddybende-forstaaelse-til-aftale-om-nationale-model-for-patientansvarlig-laeger.pdf>

¹¹⁰ Hvidbog for den patientansvarlige læge. Danske Regioner 2017. <https://www.laeger.dk/sites/default/files/hvidbog.pdf>

¹¹¹ Definition: Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som er udpeget til at bære det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb på sygehuset. Den patientansvarlige læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale eller behandling, men har en funktion som koordinator og bagstopper/tovholder for det samlede udrednings- og behandlingsforløb. Endvidere skal patienten kunne søge til sin patientansvarlige læge, hvis han eller hun er i tvivl om noget i forhold til sit udrednings- og/eller behandlingsforløb på sygehuset.

5.3. Brobyggersygeplejersker

Brobyggersygeplejersker er en videreudvikling af funktionen med delesygeplejersker, der oprindeligt startede som projekt i forbindelse med handlingsplanen for den ældre medicinske patient. Brobyggersygeplejersker anvendes i flere regioner og kommuner, dog med variation i hvordan indsatser og opgaver i funktionen gribes an.

Fokus er på at styrke sammenhæng og kvalitet i den sygeplejefaglige indsats ved overgang fra indlæggelse til kommune, ved at bygge bro mellem sektorer og undgå, at information går tabt i overgangene.

En undersøgelse¹¹² belyser hvilke elementer brobyggerfunktionens består af og peger på, hvilke elementer der er virksomme i forhold til koordinering af forløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom.

Rapporten peger på at brobyggersygeplejerskernes funktion og opgaver indeholder elementer, der har tæt sammenhæng med de sygeplejefaglige handlinger i Transitional Care Modellen (TCM), herunder bl.a. brobyggersygeplejersken som primær ansvarlig for sygeplejen i overgangsforløbet, screening af borgere i risiko for forværring og engagere borger og pårørende i beslutningstagen og medbestemmelse.

Rapporten vurderer, at brobyggersygeplejefunktioner der arbejder med udgangspunkt i TCM og elementerne herfra, medfører en reduktion i genindlæggelser og økonomiske udgifter, samt forbedrer livskvalitet og øget tilfredsheden hos ældre borgere med medicinsk multisygdom.

5.4. Specialistrådgivning, tværfagligt samarbejde og multidisciplinære konferencer

I arbejdet med mennesker med multisygdom efterlyses ofte bred viden på tværs af sygdomme, viden om sygdommenes samspil, om samspillet med sociale problemstillinger og på beskæftigelsesområdet, viden om polyfarmaci osv. Ved multisygdom, og særligt i komplekse forløb, kan det være vanskeligt at forankre al den specialviden, der er brug for, i en specifik afdeling eller enhed. Derfor kan der være behov for, gennem specialistrådgivning, vha. tværfagligt samarbejde eller gennem konferencer, at sikre en ramme for tværfaglig dialog og sparring, samt at afklare snitflader og rollefordelinger, der kan være med til at understøtte det sammenhængende forløb.

5.4.1. Specialistrådgivning

I forskellige dele af forløbet for mennesker med multisygdom, kan der være behov for at trække på specialviden og erfaringer fra andre fagområder eller specialer, hvor der ikke

¹¹² [Microsoft Word - Forside Brobygger-rapport \(regionsjaelland.dk\)](#)

findes tilstrækkelig viden inden for egen organisation. Det kan dreje sig om en afgrænset problemstilling, enkeltsygdomme og samspillet med andre sygdomme mv.

I nogle regioner er der etableret forskellige telefonrådgivningsmuligheder, hvor speciallæger i almen medicin kan hente faglig sparring om konkrete patientforløb/problemstillinger. Eksempelvis er der mulighed for sparring fra Lægemiddelrådgivningen ved de klinisk farmakologiske afdelinger om konkrete kliniske problemstillinger ved behandling med lægemidler¹¹³, ligesom der i Region Syddanmark er etableret et telefarmakologisk ambulatorium.¹¹⁴ De fleste steder er der endvidere mulighed for, at almen praksis, såvel som andre speciallæger, kan kontakte speciallæger på sygehusene per telefon mhp. rådgivning om konkrete problemstillinger.

Også på andre områder er der afprøvet eller etableret funktioner og samarbejdsformer, hvor der er adgang til specialistrådgivning. Eksempelvis er den nationale videns- og specialistrådgivningsorganisation (VISO), et tilbud til kommuner, regioner og fagpersoner i de sager, hvor der er brug for sparring, supplerende viden, specialrådgivning og udredning i forhold til at give borgere den rette hjælp inden for socialområdet. VISO kan fx rådgive om, hvordan en faglig indsats på det sociale område og specialundervisningsområdet kan tilrettelægges eller om, hvad et tilbud kan indeholde. VISO rådgiver og gennemfører i særlige tilfælde udredning i de mest specialiserede og komplicerede sager.¹¹⁵ Rådgivning fra VISO kan være relevant for nogle personer med multisygdom og komplekse forløb.

Endelig udbyder nogle private aktører specialistrådgivning til både sygeplejersker og læger vedr. håndtering af udvalgte enkeltsygdomme.

5.4.2. Tværfagligt samarbejde

Der er nogen evidens for, at behandling i tværfaglige/multidisciplinære teams kan forbedre selvrapporterede data om patientens helbredstilstand (PRO-data), herunder det mentale helbred for personer med multisygdom.¹¹⁶ Desuden anbefales det i EU-projektet, SELFIE¹¹⁷, at der i behandlingen af mennesker med multisygdom, inddrages et tværfagligt team, der går på tværs af sundhedsvæsenet, den sociale sektor og civilsamfundet.¹¹⁸ Endelig anbefales det i de engelske NICE-guidelines at der, for ældre med komplekse problemstillinger, herunder multisygdom, foretages en helhedsvurdering ved et tværfagligt team med kompetencer fra både flere sundhedsprofessionelle og andre fagprofessionelle.¹¹⁹ I det danske sundhedsvæsen anvendes en tværfaglig tilgang i høj grad som en

¹¹³ <https://kliniskfarmakologi.dk/laegemiddelraadgivning>

¹¹⁴ <https://telefarmakologi.dk/>

¹¹⁵ Mangler reference

¹¹⁶ Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 1. Art. No.: CD006560.

¹¹⁷ SELFIE (Sustainable intEgrated chronic care modelS for multimorbidity: delivery, Financing and performance)-konsortiet var et EU-financeret projekt, der havde til formål at bedre behandlingen af mennesker med multisygdom. <https://www.selfie2020.eu/>

¹¹⁸ Leijten FRM, Struckmann V, van Ginneken E et al. Health Policy 122 (2018) 12-22

¹¹⁹ Older people with social care needs and multiple long-term conditions, National Institute for health and Care Excellence (NICE), 2015 (opdateret 2020)

integreret del af arbejdet, men det tværfaglige samarbejde er ofte forankret i en enkelt afdeling eller enhed og går sjældent på tværs af aktører.

Geriatriske teams, psykiatriteams og visse rehabiliteringsteams er eksempler på, at det tværfaglige samarbejde om en person med multiple problemstillinger foregår mere systematisk og med en klar ansvars- og rollefordeling mellem fagpersoner ift. at varetage forskellige elementer i et forløb.

Et andet eksempel på systematisk tværfagligt samarbejde er ACT (Assertive Community Treatment) eller F-ACT teams (Flexible Assertive Community Treatment).^{120,121,122,123} ACT-modellerne er først og fremmest målrettet personer med svær psykisk sygdom og et stort forbrug af specialiserede ydelser i psykiatrien. I de senere år er modellen dog forsøgt udvidet til personer med mindre komplekse forløb, som fx dobbeltdiagnoser og yngre med komplekse problemstillinger. ACT-teamet består af et tværfagligt hold, som samarbejder om hele patientforløbet fra udredning til behandling og ydelse af social støtte til afslutning af forløbet.¹²⁴ De indsatser, som den enkelte tilbydes, er helhedsorienterede og omfatter fx både sundhedstilbud, misbrugsrådgivning, boligrådgivning, beskæftigelses- og uddannelsesvejledning, familierådgivning samt økonomirådgivning. I forløbet har teamet mulighed for at være opsøgende og meget af arbejdet foregår derfor i hjemmet eller i lokalsamfundet, snarere end på hospitalet eller i sundhedsklinikker. Erfaringerne med ACT-modellen viser en bedring af patienternes livssituation, funktionsevne og behandlingsparathed, deres oplevelse af sammenhæng og inddragelse i indsatsen, bedre livskvalitet samt bedre psykisk trivsel.¹²⁵ Resultater relateret til omkostninger, forebyggelse af indlæggelser, boligsituation og beskæftigelse er mere uklare.

Fraset for målgrupper, der er beskrevet ovenfor, er der i Danmark ikke tradition for et systematisk tværfagligt samarbejde om mennesker med multisygdom.

5.4.3. Multidisciplinære konferencer

Det vurderes, at det, i tilfælde af komplekse forløb for mennesker med multisygdom, kan være fordelagtigt at have en struktur for at understøtte det multidisciplinære samarbejde, både på tværs af sektorer og lægefaglige specialer.

Multidisciplinære teams samler specialister med det nødvendige kendskab, ekspertise og erfaring til at sikre en høj kvalitet af diagnose og behandling af en given sygdom. Det kan

¹²⁰ van Veldhuizen JR. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J* 2007; 43: 421–33

¹²¹ Nugter MA, Engelsbel F, Bahler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of flexible assertive community treatment (FACT) implementation: a prospective real life study. *Community Ment Health J* 2016; 52: 898–907

¹²² <https://fact-facts.nl/>

¹²³ Sammenhæng i patientforløb – Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis? VIVE, 2018.

¹²⁴ Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser 2015.

¹²⁵ Sammenhæng i patientforløb - Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis? VIVE, 2018.

fx konkret betyde, at alle involverede speciallæger og øvrige sundhedsprofessionelle mødes til konference og lægger en plan for den samlede behandling.¹²⁶ Multidisciplinære teams i form af lægefaglige konferencer indgår i dag som en standardiseret del af kræftbehandlingen i Danmark og bruges også ved behandlingen af visse andre sygdomme og tilstande, herunder fx funktionelle lidelser.¹²⁷ Der er overordnet en opfattelse af, at indførelsen af MDT-konferencerne har forbedret den kliniske beslutningstagning, behandlingsresultaterne, patientoplevelsen og arbejdsmiljøet for de sundhedsprofessionelle, men evidensen er ikke entydig.¹²⁸

Der findes enkelte eksempler på faste multidisciplinære teamkonferencer for personer med multisygdom.¹²⁹ På Klinik for Multisygdom i Silkeborg tilbydes patienten en grundig journalgennemgang, samtale og undersøgelse ved en læge, medicingennemgang sammen med en farmaceut samt en vurdering ved fysioterapeut og ergoterapeut. Der afholdes herefter en fælles tværfaglig konference med deltagelse af relevante speciallæger, klinisk farmaceut, fysio- og/eller ergoterapeut og forløbskoordinator. I forbindelse med konferencen udarbejdes en fælles epikrise, der sendes til almen praksis til videre opfølgning, ligesom der udformes en tilbagemelding til patienten. Forløbskoordinatoren er ansvarlig for at kontakte egen læge og kommunale tilbud efter forløbet. Erfaringerne med konferencerne er gode.¹³⁰

Den mest hensigtsmæssige teamstruktur til koordinering af et forløb for en person med multisygdom vil variere og skal tilpasses den lokale kontekst, men kan omfatte eksempelvis alment praktiserende læge, specialister fra somatiske lægespecialer, psykiatri og farmakologi, personer med socialmedicinske kompetencer og andre faggrupper som fx en farmaceut/farmakonom, socialrådgiver fra kommunen og sygeplejersker.

5.5. Kommunikationsplatforme

Deling af data på tværs af aktører og sektorer er en forudsætning for, at der skabes en større sammenhæng i den enkeltes forløb. Aktuelt understøtter de færreste it-løsninger deling af data, og det giver risiko for videnstab, gør overgange i forløb ekstra sårbare, og sætter personen med multisygdom i en position, hvor vedkommende risikerer, at blive tovholder i eget forløb.

Der er flere initiativer i gang med udvikling af modeller for løsninger. Bl.a. har Sundhedsdatastyrelsen igangsat et program omkring datadeling, 'Et Samlet Patientoverblik', for at udvikle og afprøve nye digitale løsninger, som skal gøre det lettere for sundhedspersoner

¹²⁶ Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹²⁷ Sundhedsstyrelsen, Specialevejledning for tværgående specialfunktioner, 2021.

¹²⁸ Boisen AS, Balslev NE, Ugeskr Læger 2016;178:V10150792

¹²⁹ Fx Klinik for Multisygdom og Polyfarmaci, Silkeborg

¹³⁰ Erfaringsopsamling af eksisterende modeller for organisering af sammedagsundersøgelse og -opfølgning for patienter med diabetes og patienter med multisygdom, DEFACTUM for Sundhedsstyrelsen, 2019

at samarbejde om patientforløb og understøtte patienter og pårørendes overblik over forløbet.¹³¹ Løsningen er afprøvet i et pilotprojekt i 2019, hvor flere regioner og kommuner blev inddraget i at teste en digital løsning for deling af patientens stamoplysninger og aftaleoversigt. Evalueringen viste, at løsningerne giver mening og værdi for både sundhedspersoner i regioner, kommuner og almen praksis samt patienter/pårørende, og det er aftalt at løsningen skal udbredes nationalt.

Som et supplement til den eksterne digitale kommunikation, og som en del af værktøjskassen ift. sundhedsaftalen, har Region Hovedstaden og Region Sjælland igangsat et projekt med en webbaseret løsning, hvor udvalgte kommuner kan tilgå tidstro data i sundhedsplatformen¹³². Løsningen giver kommunerne mulighed for at tilgå data som fx journalnotater og behandlingskontakter. Løsningen er indledningsvis afprøvet mellem Region Hovedstaden, Frederiksberg kommune og Københavns Kommune¹³³, hvor erfaringer blandt andet har vist, at løsningen bidrager til bedre behandling og pleje gennem forbedret mulighed for forberedelse i forbindelse med udskrivelser.

¹³¹ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/etsamletpatientoverblik>

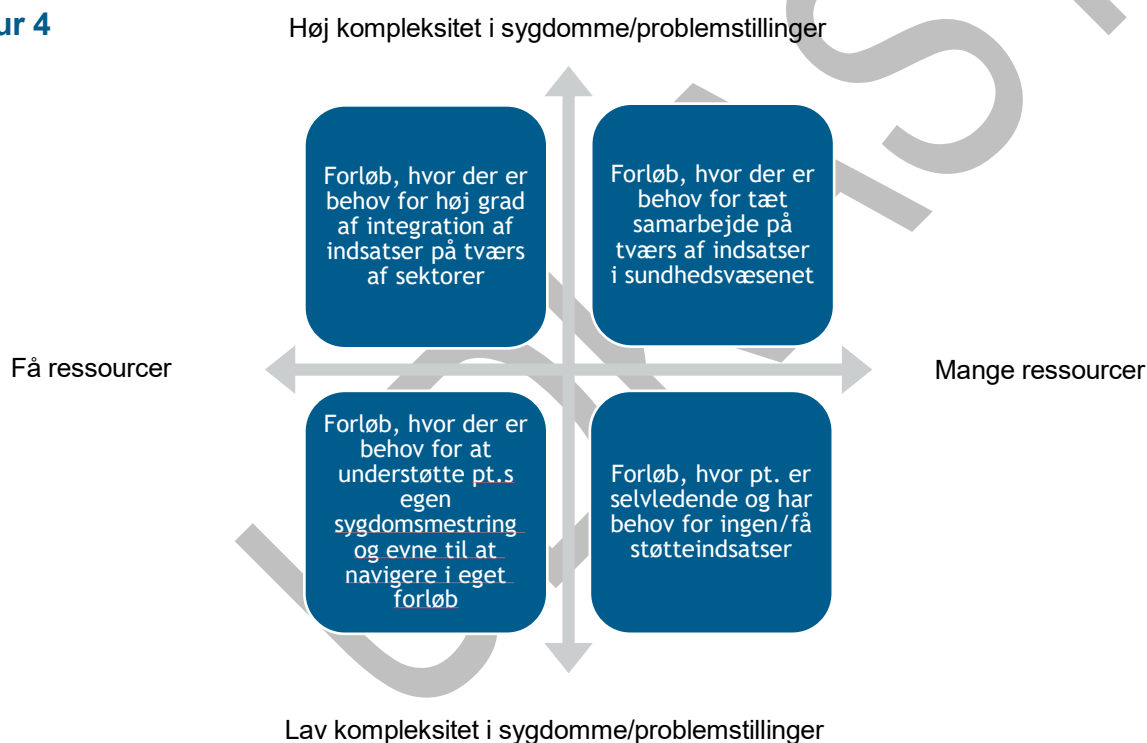
¹³² REF

¹³³ REF: [Datadeling på tværs \(regionsjaelland.dk\)](https://regionsjaelland.dk)

6. Modeller for en helhedsorienteret og differentieret indsats

Som tidligere nævnt, udgør mennesker med multisygdom en heterogen gruppe af personer med forskellige sygdomme, ressourcer, ønsker og behov, som er afhængig af både personlige faktorer, de omgivelser, den enkelte færdes i, og den måde, sundhedsvæsenet er organiseret på. Mens nogen uden problemer navigerer i de eksisterende tilbud, har andre i højere grad brug for, at forskellige indsatser tilrettelægges fleksibelt og/eller håndholdt. For mennesker med multisygdom kan der således være behov for, både at tilpasse den lægefaglige/medicinske behandling, øvrige indsatser på sundhedsområdet og/eller indsatser på fx socialområdet.

Figur 4



Figuren viser, at mennesker med multisygdom kan have behov for forskellige indsatser afhængig af dels kompleksiteten af deres sygdomme/problemstillinger, dels de ressourcer, de (og deres pårørende) har til at mestre egen sygdom og navigere i eget forløb.

Figur frit efter Policy Brief 26: How to support integration to promote care for people with multimorbidity in Europe? On behalf of the ICARE4EU consortium, 2017. http://www.icare4eu.org/pdf/PB_26.pdf

Differentierede behandlingstilbud har til sigte at skabe bedre kvalitet og sammenhæng i den enkeltes forløb. Differentieringen kan gå på, hvilke sundheds- og/eller socialfaglige indsatser, den enkelte tilbydes, hvordan det enkelte forløb tilrettelægges og endelig kan der være en differentiering i, hvor intensiv en indsats er.

Forskning viser, at et individuelt tilrettelagt og differentieret forløb til mennesker med multisygdom fungerer bedst, hvis det tager udgangspunkt i et standardforløb, således at det bygger på etablerede arbejdsgange, opgave- og ansvarsfordeling, hvilket er med til at ensarte tilbud på tværs af patientgrupper og geografi.¹³⁴ Med andre ord tyder det på, at forløb til mennesker med multisygdom med fordel kan tage udgangspunkt i et standardforløb, hvor alle aktører kender hinandens opgave- og ansvarsfordeling, men hvor der er mulighed for individuel tilpasning, hvis den enkelte har særlige behov.

Nedenfor beskrives det, at der endnu er behov for metoder til at identificere personer med multisygdom, som kan have brug for en særlig indsats. Desuden gives der eksempler på, hvordan et forløb kan tilrettelægges fleksibelt, baseret på den enkeltes behov og ønsker. Det er her vigtigt at holde sig for øje, at ikke alle indsatser er relevante for alle mennesker med multisygdom, men, jf. ovenstående, repræsenterer muligheder for individuel tilpasning af et forløb. I afsnit 6.4 gives praksiseksempler på, hvordan man forsøger at tilrettelægge opsøgende og håndholdte indsatser målrettet personer med særlige behov og/eller med særlige risikofaktorer. Endelig er enkelte eksempler på en differentieret indsats til personer med særlige behov nævnt i tidligere afsnit (fx afsnit 5.1).

6.1. Identifikation af personer med behov for en særlig indsats

For en række sygdomme, fx diabetes, foretages en risikovurdering af den enkelte patient, som kan være vejledende ift. at fastlægge et niveau af behandling, men også ift. henvisning og visitation til specialiseret udredning og behandling.¹³⁵ Risikostratificeringen sker på baggrund af en række fastsatte variable og risikofaktorer [REF Kaiser Permanente risk stratification model]. De letteste tilfælde kan som udgangspunkt behandles og følges i praksissektoren og personen med en given sygdom kan overvejende klare sig ved egenomsorg (fx selv regulere anfaldsmedicin ved en forværring af astma og opsøge læge ved manglende effekt). De sværeste tilfælde vil være svært belastede af symptomer og vil ofte have behov for behandling ved speciallæge pga. sygdommens alvorlighedsgrad og/eller har komplekse problemstillinger, fx samtidig fysisk og psykisk sygdom,

¹³⁴ Looman W, Struckmann V, Köppen J et al. Drivers of successful implementation of integrated care for multi-morbidity: Mechanisms identified in 17 case studies from 8 European countries. Soc Sci Med. 2021;277:113728.

¹³⁵ Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes, 2017.

misbrug, sociale problemstillinger, kognitive udfordringer eller lignende. Risikostratificeringen betyder, at graden af specialisering og niveauet af lægekontakt stiger med stigende sværhedsgrad og kompleksitet af den samlede situation.

Flere studier har vist, at det kan være vanskeligt at finde prædiktorer eller indikatorer for, hvilke patienter, der har brug for en særlig indsats og der findes aktuelt ikke en model for risikostratificering af multisygdom.^{136,137} I nogle lægepraksis, foregår risikostratificering på baggrund af en individuel vurdering ved læger eller klinikpersonale med kendskab til personen og dennes helbredsmæssige og sociale situation. Der er også forsøg med at identificere de rette personer vha. datatræk, eksempelvis på baggrund af udvalgte diagnoser og/eller antal ordinerede receptpligtige lægemidler.

Det vurderes, at der er behov for undersøge, hvordan personer med multisygdom med behov for en særlig indsats kan identificeres, og undersøge, om det er muligt og nødvendigt at udvikle en virksom risikostratificeringsmodel for personer med multisygdom.

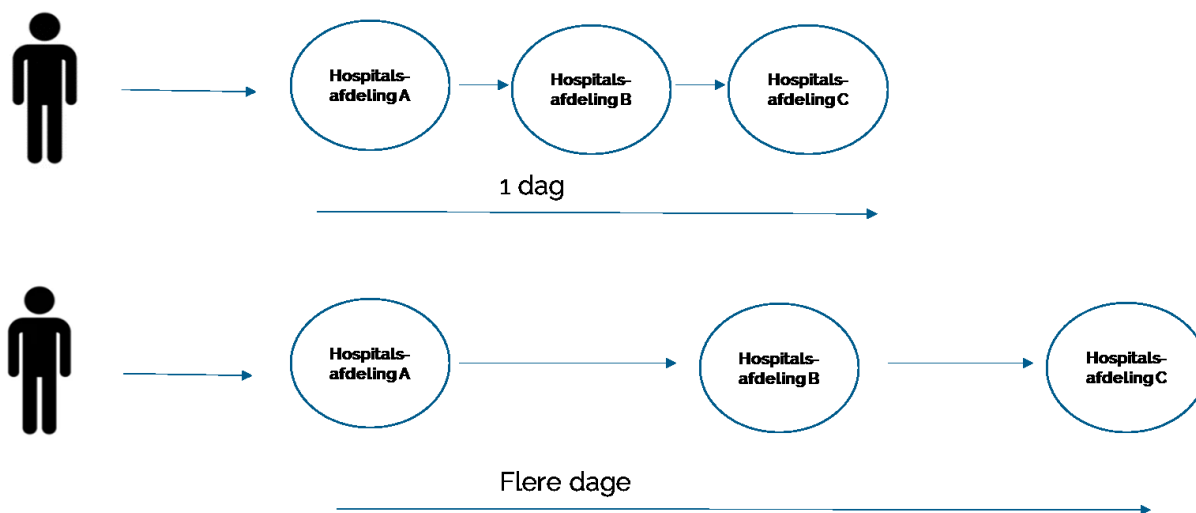
6.2. Fleksible konsultationsformer

Der vurderes at være et behov for mere fleksibilitet i den måde konsultationer for personer med multisygdom tilrettelægges og organiseres. Nogle personer med multisygdom har et højt antal kontakter til sundhedsvæsenet og kan have et ønske om at reducere disse. Samtidig kan den behandlende læge have et ønske om at have mere tid til at komme omkring patientens samlede problematikker og kan have vanskeligt ved at uddelegere de komplekse forløb til andre faggrupper.

Nedenfor gives enkelte eksempler fra såvel det primære sundhedsvæsen og sygehusvæsenet, som har til sigte at skabe sammenhæng og overblik over patientens samlede situation og at reducere behandlingsbyrden ved at samle konsultationer på samme dag.

¹³⁶ Vass M, Hendriksen C. Der mangler dansk konsensus om definitionen af skrøbelighed. Ugeskr Læger 2016;178:V04160279.

¹³⁷ Rijken M, Valderas JM, Heins M et al. Identifying high-need patients with multimorbidity from their illness perceptions and personal resources to manage their health and care: a longitudinal study. BMC Fam Pract. 2020;21(1):75.

Figur 5: Fleksible konsultationsformer

Figuren illustrerer, hvordan flere undersøgelser/kontroller for flere sygdomme kan tilrettelægges, så alle undersøgelser ligger samme dag.

6.2.1. Sammedagsløsninger, fællesmedicinske ambulatorier og koordinering mellem specialer på sygehus

Personer med multisygdom kan have forskellige behov ift. om alle undersøgelser skal foregå på samme dag eller fordeles på flere dage. Eksempelvis kan personer med multisygdom, som er i beskæftigelse og som bor langt væk, foretrække, at få lavet alle ambulatorieundersøgelser på samme dag. Patienten kan blive tilset af læger fra enten nogle af, eller alle de specialer, der er relevante for den enkeltes sygdomsbillede. Samarbejdet på tværs af specialer er organiseret forskelligt på tværs af sygehuse, men fælles for løsningerne er, at flere specialer er inddraget i behandlingen og planlægningen af et forløb for mennesker med multisygdom.¹³⁸ Nogle forløb har endvidere tilknyttet en koordinatorfunktion (fx en sekretær), der sikrer den praktiske del af forløbet, herunder koordinering af tider for de relevante fagspecialer, som indgår i patientens forløb.

Sundhedsstyrelsen har, på baggrund af erfaringer med eksisterende modeller for organisering af sammedagsundersøgelse og -opfølgning med diabetes og patienter med multisygdom¹³⁹, udarbejdet anbefalinger for organisering af sammedagsundersøgelser for

¹³⁸ <https://www.regioner.dk/services/publikationer/sundhed/360-grader-rundt-om-multisygdom>

¹³⁹ Erfaringsopsamling af eksisterende modeller for organisering af sammedagsundersøgelse og -opfølgning for patienter med diabetes og patienter med multisygdom. Terkildsen MD, Thrane SA, Meillier L, Palmhøj Nielsen C. DEFACTUM, Region Midtjylland, 2019

mennesker med diabetes.¹⁴⁰ Anbefalingerne omfatter organiseringen i såvel almen praksis som i ambulatorium og omfatter endvidere anbefalinger for samarbejdet mellem aktører. Anbefalingerne er målrettet diabetes, men det vurderes, at anbefalingerne kan udbredes til øvrige sygdomsområder, således også til multisygdom.

Erfaringer med sammedagsundersøgelser viser, at der ikke er en "one size fits all". For nogle personer kan sammedagsundersøgelser gøre forløbet mere overskueligt, mens det for andre kan udgøre en belastning at være væk hjemmefra i længere tid.¹⁴¹ Ved planlægningen af et forløb, bør der derfor tages højde for den enkeltes ønsker.

6.2.2. Overblikskonsultation i almen praksis

Jf. Overenskomst om almen praksis 2022, er der iværksat et pilotprojekt¹⁴², som skal afprøve, om den samlede indsats for mennesker med multisygdom kan styrkes vha. en klinisk indsats med et helhedsorienteret blik på personen med multisygdom, sammen med en styrket koordinering med kommuner og hospitaler.¹⁴³ Personer, som har to eller flere kroniske sygdomme, har haft kontakt til hospital inden for et år, er i behandling med mindst fem receptpligtige præparater og som er hjemmeboende, kan indgå i indsatsen. Personen får tilknyttet en gennemgående kontaktperson og der afsættes længere tid af til konsultationen og der udarbejdes et behandlingsoverblik, der følger journalnotatet. Behandlingsoverblikket relaterer sig til både prioriterede indsatsområder for behandling og konkrete indsatser/aftaler samt kommunal rehabilitering.

Såfremt der er faglig indikation for det, kan der, efter konsultationen, gennemføres en virtuel multidisciplinær konference med specialister på sygehus. Patientens behandlingsoverblik sendes til kommunen, som gennemfører en afklarende samtale og tilrettelægger en skræddersyet rehabiliteringsindsats. Endelig sender kommunen et afsluttende notat til egen læge.

Overblikskonsultationen kan foregå med udgangspunkt i Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning.¹⁴⁴

6.2.3. Brugerstyret behandling

Brugerstyret behandling er en metode til individuel brugerinddragelse, der giver personen øget indflydelse på eget forløb, ved at personen selv varetager større eller mindre dele af sin egen behandling, selv overvåger og vurderer egne symptomer og tager kontakt til

¹⁴⁰ [Anbefalinger for organisering af sammedagsundersøgelse \(sst.dk\)](#)

¹⁴¹ Forebyggende undersøgelser for senkomplikationer - Drivere og barrierer hos personer med type 2-diabetes. Competence-center for Patientoplevelser (KOPA), Region Hovedstaden, 2019.

¹⁴² I pilotprojektet skal der identificeres ca. 20.000 patienter, fordelt på omtrent 500-600 alment praktiserende læger. Pilotprojektet ledes og understøttes af et forskningsprojekt, som har til opgave at undersøge, om overblikskonsultationerne har indflydelse på personens kontakthypighed til almen praksis, ambulant aktivitet og kontakt til speciallægepraksis og evt. øvrig praksissektor, indlæggelser, medicinforbrug samt henvisning og gennemførelse af rehabiliteringsforløb. Desuden skal der foretages en evaluering af, hvilke sundhedsdata, der er mest relevant at dele på tværs af de involverede sektorer.

¹⁴³ Regionernes lønnings- og takstnævn og Praktiserende lægers organisation. Overenskomst om almen praksis 2022.

¹⁴⁴ <https://vejledninger.dsam.dk/media/files/21/overblikstatus-og-rsstatus.pdf>

sundhedsvæsenet ved behov og/eller får indflydelse på placeringen af forskellige aktiviteter i sundhedsvæsenet, herunder kontroller, indlæggelser mv.¹⁴⁵

Der er bl.a. erfaringer med brugerstyret behandling blandt personer med kroniske lidelser og andre langvarige forløb.¹⁴⁶

Der findes eksempler på selvstyringsskemaer, hvor personen hjemmefra kan håndtere egen behandling og guides til, hvornår der skal rettes kontakt til sundhedsvæsenet.¹⁴⁷ Derudover kan PRO-data anvendes til at guide hyppigheden af kontakt med sygehuset og til at afklare, om en person skal se en læge eller en anden sundhedsprofessionel.¹⁴⁸ Fleksible og brugerstyrede forløb baseret på PRO-data anvendes fx i Region Midt til personer med epilepsi, søvnapnø, samt ifm. behandling og opfølgning af visse kræftformer.¹⁴⁹

Inden for psykiatrien har Region Midtjylland, som en del af det nationale projekt *Brugerstyrede senge* i 2013¹⁵⁰, arbejdet med brugerstyrede indlæggelser. De patientstyrede indlæggelser havde særligt fokus på sårbare patienter med hyppige og ofte langvarige indlæggelser, der gennem projektet fik mulighed for selv at træffe valget om, hvornår vedkommende havde behov for en indlæggelse. Projektet høstede gode erfaringer der viste, at den nemmere adgang til indlæggelser betød, at patienter lod sig indlægge tidligere i deres sygdomsforløb, inden en forværring af symptomer komplicerede forløbet, og der sås en reduktion af patienternes samlede forbrug af sengedage. Patienter oplevede desuden bedret evne til sygdomsmestring.¹⁵¹

Andre studier viser dog, at de fleksible indlæggelser øger den samlede indlæggelsesfrekvens og giver øget administration, og samlet set giver flere omkostninger¹⁵².

En 2-års evaluering af fleksible indlæggelser blandt 727 patienter i Silkeborg Kommune, der har en eller flere kroniske sygdomme og har et forløb på Diagnostisk Center, Hospitalsenhed Midt, viser, at forbruget af sundhedsydelser tyder på at stagnere blandt de inkluderede patienter i ordningen.¹⁵³

Med de fleksible indlæggelser har patienter med specifikke kroniske sygdomme mulighed for at henvende sig telefonisk til hospitalet i tilfælde af akut forværring på alle tider af døgnet, alle ugens syv dage.

¹⁴⁵ Martin HM, Pedersen LH og Johansen AMU. Ugeskr Læger 2017;179:V08160568

¹⁴⁶ Whear R, Abdul-Rahman AK, Boddy K et al. The clinical effectiveness of patient initiated clinics for patients with chronic or recurrent conditions managed in secondary care: a systematic review. PLoS One 2013;8:e74774.

¹⁴⁷ <https://danskepatienter.dk/vibis/vaerktoejer-til-inddragelse/brugerstyret-behandling/skema-til-selvstyring-af-behandling>

¹⁴⁸ Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitets- og patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. 3. udgave, 2018.

¹⁴⁹ <https://www.rm.dk/sundhed/faginfo/ambuflex/>

¹⁵⁰ På baggrund af satspuljeaftalen 2013-2016 udmøntede sundhedsstyrelsen I 2013 62 mio. kroner til et 3-årigt forsøg med brugerstyrede senge i psykiatrien.

¹⁵¹ [Udsigt til patientstyrede indlæggelser i hele voksenpsykiatrien inden 2019 - Region Midtjylland \(rm.dk\)](https://www.rm.dk/udsigt-til-patientstyrede-indlaeggelser-i-hele-voksenpsykiatrien-inden-2019-region-midtjylland-rm.dk)

¹⁵² Martin HM, Pedersen LH og Johansen AMU. Ugeskr Læger 2017;179:V08160568

¹⁵³ Styregruppen for Fleksible Indlæggelser, 2.års evaluering af Fleksible Indlæggelser,

En koordinerende sygeplejerske fra specialafsnittet besvarer henvendelsen, og assisteret af en standardiseret guideline, danner sygeplejersken sig et overblik over patientens tilstand og har derefter mulighed for selvstændigt, eller efter konference med en sygehuslæge, at give råd og vejledning, henvise patienten videre til anden relevant behandling fx kommunalt akutteam, egen læge, indlæggelse mv.

Interviews med sygeplejersker og læger indikerer, at reduktionerne i forbrug af sundhedsydelser, kan skyldes en bedre tilrettelæggelse af patientforløbene, og det gensidige kendskab til hinanden sikrer, at forløbene kan tilpasses patienterne, som bidrager til en effektiv opgaveløsning.

Der mangler endnu fyldestgørende viden og forskning om og på området, herunder viden om den økonomiske effekt af brugerstyret behandling. Den brugerstyrede behandling har potentiale til at tilbyde et individuel tilrettelagt tilbud til mennesker med multisygdom der kan have gavn af dette.

6.3. Telemedicin

I takt med den teknologiske udvikling er der stigende fokus på anvendelsen af telemedicin og digitale velfærds løsninger i forbindelse med behandling og rehabilitering af personer med kronisk sygdom. Telemedicin kan understøtte behandling, som udgår fra sygehus eller almen praksis, vha. konsultationer via video eller telefon og kan således erstatte nogle af personens fremmøde konsultationer med telemedicinsk opfølgning. Dette, så patienten undgår transport til og fra hospitalet og oplever større fleksibilitet i behandling og opfølgning.

Derudover kan telemedicinske løsninger anvendes ifm. rehabilitering i regionalt eller kommunalt regi. Personen kan eksempelvis indsamle og rapportere målinger i hjemmet og kan få rådgivning til at tolke egne målinger og sammenhængen mellem målte værdier, symptomer, velbefindende og livsførelse, samt rådgivning om håndtering af disse. Telemedicinsk understøttet rehabilitering kan desuden bestå af virtuel undervisning i sygdomsmestring, samt virtuel træning på hold.

Der er således mulighed for at differentiere de telemedicinske tilbud, så de eksempelvis både kan skræddersys til personen med svær kronisk sygdom, der vanskeligt kan komme på sygehuset til ambulante kontroller eller til personer med en høj grad af sygdomsmestring, som ikke ønsker/har behov for tæt kontrol.

Der er begrænset evidens for effekten af telemedicinske indsatser ved multisygdom. I literaturstudiet af nationale og internationale erfaringer med organisering af sundhedsvæsenet for mennesker med multisygdom,¹⁵⁴ peges på at telemedicinske indsatser kan have

¹⁵⁴ https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Viden-om-organisatoriske-og-patientrettede-indsatser-ved-multisygdom_endelig-udgave.ashx?la=da&hash=5D1F0A2C2000E88A23D67B47BF3DD492F704C2B5

en positiv effekt på mental sundhed, udvalgte kliniske parametre og fysisk funktion, når de er målrettet personer med specifikke sygdomskombinationer.

6.4. Modeller for en proaktiv og håndholdt indsats

En proaktiv og håndholdt indsats kan være særligt relevant for nogle personer med multisygdom og evt. andre samtidige problemstillinger, som vanskeliggør den enkeltes egenomsorg og/eller evne til/mulighed for selv at opsøge sundhedsvæsenet. Ved en proaktiv tilgang er sundhedsvæsenet opsøgende og arbejder på, at forebygge, at en person får unødvendig forværring af sin sygdom.¹⁵⁵ Proaktive og håndholdte indsatser kan omfatte opsporende indsatser og risikoidentifikation på baggrund af fx journaloplysninger, udekørende indsatser til særligt sårbare, telefonopkald til personer med særligt behov for støtte mv.

Med henblik på at opspore somatisk sygdom blandt mennesker med flere samtidige problemstillinger, er det i regi af Overenskomst om almen praksis¹⁵⁶ aftalt, at alle plejehjem skal have en fast tilknyttet læge og at personer med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som opholder sig på botilbud, skal have et sundhedstjek minimum hvert andet år. Formålet med begge indsatser er således at opspore og forebygge multisygdom og erfaringer med begge tiltag er positive. De kan desuden bidrage med en særlig opsøgende og proaktiv tilgang til at øge fokus på sundhed og opspore sygdomsforværring, problemer i relation til polyfarmaci mv. rettidigt.

6.4.1. Aktiv patientstøtte

En af de modeller, der kan bruges til en differentieret indsats for personer med multisygdom er Aktiv Patientstøtte. Aktiv Patientstøtte er et tilbud til personer med flere kroniske sygdomme om en tidsbegrænset støtteindsats i form af samtaler over telefonen. Indsatsen er et frivilligt tilbud og rådgivende supplement til den vanlige sygdomsbehandling og kontrolbesøg.

Aktiv Patientstøtte er en national indsats med støtteenheder i alle fem regioner. Siden 2017 har regionerne tilbudt patienter Aktiv Patientstøtte. I 2017 igangsatte regeringen Aktiv Patientstøtte som et nationalt forskningsprojekt i stor skala. Dette skete på baggrund af svenske erfaringer fra en lignende indsats.

Formålet med Aktiv Patientstøtte er at øge patienternes livskvalitet, mestringssevne og derigennem at mindske risikoen for akutte og forebyggelige indlæggelser. I et støtteforløb er man tilknyttet en støttesygeplejerske i typisk 6-9 måneder. Forløbet foregår via telefonsamtaler. Samtalerne kan understøtte personen med multisygdom i at få mere viden om

¹⁵⁵ https://www.researchgate.net/publication/242727935_Hvad_vil_det_sige_at_vaere_proaktiv_i_kronikerindsatsen_i_almen_praksis

¹⁵⁶ [OK22 | læger.dk \(læger.dk\)](#)

sin sygdom og sit helbred og til bedre sygdomsmestring, samt at kunne navigere i sundhedsvæsenet og nå frem til de rette sundhedstilbud. 100 projektansatte sygeplejersker er ansat fordelt ud i støtteenheder i de fem regioner.

Resultaterne i evalueringen af Aktiv Patientstøtte viser, at de samlede omkostninger til behandling per patient ikke reduceres. Effektmålene ift. livskvalitet og mestring af egen sygdom er beskedne, men dog med store individuelle variationer. I evalueringens kvalitative del ses, at brugerne oplever at den kontinuerlige støtte og tilgængelighed, har forbedret deres handlekompetence og livskvalitet, samt givet dem en følelse af øget selvtilid. Der peges på at Aktiv Patientstøtte har potentialer, der rækker ud over selve formålet vedr. forebyggelige indlæggelser, hvor særligt medarbejderne tilknyttet projektet fremhæver projektets potentialer som patientcentreret tilgang der muliggør tillidsskabelse og relationsdannelse mellem brugeren og den sundhedsfaglige.¹⁵⁷

¹⁵⁷ [Aktiv Patientstøtte - Forskningsresultater \(regionsyddanmark.dk\)](https://regionsyddanmark.dk)

7. Aktører og samarbejde

I dette kapitel beskrives generelle principper, som det anbefales er gennemgående for alle indsatser til mennesker med multisygdom, uanset sektor og faggruppe. Derudover fokuseres der på forskellige aktørers særlige opgaver og ansvar, i forhold til håndteringen af mennesker med multisygdom.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at det er væsentligt gradvist at implementere indsatser for at bedre forløbene for mennesker med multisygdom. I arbejdet med mennesker med multisygdom, kan de forskellige aktører benytte sig af nogle af de modeller for organiseringen af indsatser til mennesker med multisygdom og/eller komplekse forløb, som er beskrevet i de foregående kapitler. Det er modeller, som der er praksiserfaringer med i Danmark og internationalt. Fælles for tidligere initiativer på multisygdomsområdet er, at de i vid udstrækning har været spredte og sporadisk implementeret, fx gennem puljefinansiering. Danske og internationale projekter har inkluderet forskellige patientgrupper og typen af indsatserne har varieret således, at det er vanskeligt at sammenligne og konkludere på projekterne. Der er derfor ikke et stærkt forskningsbaseret fundament, som danner basis for at anbefale én organisering eller sammensætning af indsatser til mennesker med multisygdom. Derimod tyder det på, at der er flere indsatser, der kan have en effekt. Det er, ud fra den tilgængelige evidens, heller ikke muligt at konkludere, om der behov for at ændre den generelle organisering af patientforløb, eller om det er tilstrækkeligt og hensigtsmæssigt at implementere særlige funktioner til udvalgte mennesker med særlige behov samt kompenserende funktioner for at understøtte sammenhæng og samarbejde. Ulemper ved at oprette en række særlige funktioner, som oven i købet muligvis varierer lokalt, kan være, at summen af de funktioner, der sigter mod at reducere kompleksiteten for den enkelte, ender med at øge kompleksiteten i det samlede sundhedsvæsen.

De modeller, der har vist de bedste resultater, falder inden for de tre gennemgående principper og erfaringsbasen i forhold til mennesker med multisygdom er umiddelbart størst ift. inddragelse af patienter og pårørende, tværfagligt samarbejde og forløbskoordination. Det er afgørende, for at sikre sammenhæng i forløbene, at der er ledelsesmæssig opbakning til at understøtte implementering og samarbejde på tværs af sektorer. Endelig viser forskning, at sammenhængende forløb inden for og på tværs af sektorer understøttes af kendskab til hinandens roller og arbejdsgange, anerkendelse og respekt for andres praksis og tillid til andre faggruppers faglighed, der alt sammen bidrager til bedre og hyppigere kommunikation om personens forløb.¹⁵⁸ Det anbefales derfor, at der er et vedvarende fokus på at udvikle en samarbejdskultur, hvor ansvars- og opgavefordelingen er tydelig og kommunikationsvejene er enkle og fastlagte.

¹⁵⁸ Holm-Petersen C, Buch MS. Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. 2014. KORA. Tilgængelig på: <https://www.vive.dk/media/pure/8511/2034681>

7.1. Principper for håndtering af mennesker med multisygdom

De modeller, der har vist de bedste resultater i forhold til at tilbyde sammenhængende forløb til mennesker med multisygdom, falder inden for tre gennemgående principper, der er gennemgået i de foregående tre kapitler.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at disse centrale og gennemgående principper er grundlæggende i alle indsatser for mennesker med multisygdom og gælder på tværs af sektorer og fagpersoner:

- Inddragelse af mennesker med multisygdom og pårørende
- Sammenhængende og koordinerede forløb
- Helhedsorienteret og differentieret indsats

Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet er en udfordring på alle sygdomsområder, men er særligt fremtrædende blandt mennesker med multisygdom. Derfor forudsættes det, at der i alle indsatser til mennesker med multisygdom er fokus på social ulighed, herunder varierende sundhedskompetence. Fokus på social ulighed er delvist implicit i de gennemgående principper, fx gennem fleksible konsultationsformer, systematisk brugerinddragelse og samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer.^{159,160}

7.2. Ansvars- og opgavefordeling mellem aktører

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det aftales lokalt, fx i regi af sundhedsklynger, regionale samarbejdsaftaler eller sundhedsaftaler, hvem der varetager de forskellige dele af forløbet for mennesker med multisygdom. Det anbefales endvidere, at det i lokale aftaler fremgår, hvordan de enkelte aktører arbejder med de gennemgående principper for håndtering af mennesker med multisygdom, herunder hvilke modeller og redskaber, der anvendes. Det anbefales, at alle aktører arbejder parallelt med flere modeller, så alle de gennemgående principper adresseres ligeværdigt.

Nedenfor beskrives mere specifikt, hvilke opgaver, de enkelte aktører forventes at varetage i forløb for mennesker med multisygdom og som kan beskrives nærmere i lokale aftaler.

7.2.1. Almen praksis' opgaver og ansvar

Almen praksis er som udgangspunkt den, der bør fungere som den gennemgående sundhedsperson for de fleste mennesker med multisygdom. Rollen som den gennemgående sundhedsperson betyder, at almen praksis, med sit kendskab til personen og historikken i dennes forskellige helbredsproblematikker, fastholder kontakten med personen

¹⁵⁹ Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen, 2022.

¹⁶⁰ Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen (sst.dk), 2022

og sikrer, at der er lavet opfølgningssamtaler i almen praksis, efter den enkelte persons behov og ønsker. Hvis personen med multisygdom følges i sygehusregi, og den behandlingsansvarlige læge for specifikke sygdomme er en sygehushæge, fungerer almen praksis stadig som tovholder i forhold til den samlede behandling.

Almen praksis' rolle ift. mennesker med multisygdom er herudover:

- At identificere, udrede og behandle mennesker med multisygdom.
- At identificere personer med behov for en særlig indsats, samt, i samråd med personen, at prioritere og koordinere deres behandling og indsatser.
- At henvise til indsatser/tilbud i kommunen efter behov, herunder henvise til en afklarende samtale om behov for forebyggende indsatser jf. Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*.¹⁶¹ At udarbejde fyldestgørende attester til brug i kommunal sagsbehandling.
- Som udgangspunkt varetage den løbende vurdering af den samlede farmakologiske behandling af personer med multisygdom, som ikke er i længerevarende behandling på hospitalet.¹⁶²
- Ved behov, at varetage henvisning til og opfølgning på relevante undersøgelser i sygehusregi/på praksisområdet. Herunder vurdere, om patienten vil kunne profitere af yderligere udredning og behandling i regi af et medicinsk fællesambulatorium, ved klinik for multisygdom, klinik for polyfarmaci eller lignende regionalt tilbud.
- At samarbejde med kommuner, sygehuse og praksisområdet mhp. at understøtte en sammenhængende indsats til personer med multisygdom.

Almen praksis bør have kendskab til relevante tilbud i kommunerne og hos andre aktører, fx via Sundhed.dk, formelle netværksdannelser eller tværsektorielle uddannelsestiltag. Kendskab til andre aktørers indsatser er et vigtigt incitament for, at der tages kontakt til og henvises til relevant indsats.

Som led i indsatsen har almen praksis mulighed for at tilbyde årsstatus eller overblikstatus (som har et andet format end det overenskomstbestemte projekt om overblikskonsultation, se afsnit 6.2.2) samt medicingennemgang.¹⁶³

7.2.2. Sygehusenes opgaver og ansvar

Sygehusene varetager udredning og specialiseret behandling af specifikke sygdomme. Behandlingen af sygdomme i forskellige organsystemer varetages som regel på hver deres afdeling. Det forudsættes derfor, at der foregår et løbende og koordineret samarbejde mellem sygehusafdelinger i et patientforløb, både når det drejer sig om samarbejde på tværs af specialer på samme sygehus, og når det drejer sig om viderehenvisning og

¹⁶¹ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2016.

¹⁶² Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde, Sundhedsstyrelsen, 2022

¹⁶³ Overblikstatus og Årsstatus – Redskaber til mødet med patienten med en eller flere kroniske sygdomme, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2020. <https://vejledninger.dsam.dk/media/files/21/overblikstatus-og-rsstatus.pdf>

samarbejde mellem forskellige specialiseringsniveauer inden for samme speciale eller andet speciale. Nogle steder er udredning og behandling af mennesker med multisygdom organiseret i fællesmedicinske ambulatorier eller sammedagsløsninger,¹⁶⁴ hvor koordinering og faglig sparring mellem specialer som udgangspunkt er en del af organisationen.

Sygehusenes rolle ift. mennesker med multisygdom er derudover:

- At tilbyde tværfaglig udredning og vurdering i regi af fællesmedicinske ambulatorier, klinikker for polyfarmaci, klinikker for multisygdom eller lignende, efter henvisning fra almen praksis.
- At sikre et løbende og koordineret samarbejde mellem sygehusafdelinger i et patientforløb, herunder mellem psykiatri og somatik.
- At rådgive kommuner og almen praksis ift. håndtering af specifikke sygdomme i konkrete patientforløb, herunder tilbyde specialistrådgivning vedr. polyfarmaci, håndtering af enkeltsygdomme mv.
- At henvise til indsatser/tilbud i kommunen efter behov, herunder henvise til genoptræning eller til en afklarende samtale om behov for forebyggende indsatser jf. Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*.
- At sikre at kommunen er adviseret i tilfælde af komplekse forløb, herunder overveje udskrivningssamtale med deltagelse af relevante kommunale områder, hvis personen har været indlagt.
- At samarbejde med kommuner, almen praksis og praksisområdet mhp. at understøtte en sammenhængende indsats til personer med multisygdom.

For nogle mennesker med komplekse forløb, herunder med samtidige sociale og/eller beskæftigelsesmæssige problemstillinger, kan det være relevant med en samlet vurdering af funktionsevnen i form af en socialmedicinsk vurdering. Kommuner har i alle regioner samarbejdsaftaler med de socialmedicinske afdelinger i forhold til klinisk udredning af funktionsevnen, som udgangspunkt i sager, hvor personens arbejdsevne og beskæftigelse er truet.

7.2.3. Kommunens opgaver og ansvar

Kommunerne leverer sundhedsfremmende og forebyggende sundhedsindsatser, genoptræning, (syge)pleje og rehabilitering til borgeren med multisygdom. Hvis mennesker med multisygdom har behov for støtte, følger kommunen op på sundhedsfaglig behandling iværksat i praksis eller på sygehuset, og leverer herudover en række relaterede velfærdsydelser. I dén forbindelse har kommunerne et særligt ansvar i forhold til at understøtte, at indsatser til mennesker med multisygdom på sundhedsområdet, det sociale

¹⁶⁴ 360 grader rundt om multisygdom, Danske Regioner, 2021

område og beskæftigelsesområdet sammentænkes, herunder med særlig fokus på mennesker med komplekse forløb.

Kommunerne har også et ansvar ift. at sikre generel sundhedsfremme og forebyggelse mhp. forebyggelse af multisygdom, fx gennem implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.

For at understøtte anvendelsen af sundhed.dk som en samlende platform for kommuners og regioners rehabiliteringstilbud, bør kommuner løbende opdatere hjemmesiden med eksisterende tilbud, der udbydes, både til mennesker med enkeltstående kroniske sygdomme og til mennesker med multisygdom.

Kommunernes rolle ift. mennesker med multisygdom er derudover:

- At tilbyde individuelt tilpassede rehabiliterende og støttende indsatser inden for sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelseslovgivningen.¹⁶⁵
- At medvirke til at identificere mennesker med multisygdom, som er i risiko for nedsat funktionsevne og/eller har behov for en særlig indsats.
- At tilbyde forebyggende og rehabiliterende indsatser på baggrund af en afklarende samtale jf. Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*.¹⁶⁶
- At tilbyde sygepleje i det omfang det kan medvirke til at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde pleje og behandling, rehabilitering og palliation til personer, der har behov for det.¹⁶⁷
- At sikre et løbende og koordineret samarbejde på tværs af kommunens forvaltningsområder, herunder til personer med samtidig psykisk og somatisk sygdom og til personer med samtidige sociale, uddannelses- og/eller beskæftigelsesmæssige problematikker.
- At samarbejde med almen praksis, sygehuse og praksisområdet mhp. at understøtte en sammenhængende indsats til personer med multisygdom.

7.3. Samarbejde om implementering

Flere af de aftaler, der aktuelt findes vedr. samarbejde mellem aktører og på tværs af sektorer, omhandler organisering af forløb og faglige standarder for enkeltstående diagnoser. For at kunne favne den heterogene gruppe af mennesker med multisygdom, er der behov for, at de lokale aftaler i højere grad beskriver, hvordan samarbejdet mellem aktører skal foregå, når der er flere sygdomme, behov for involvering af flere aktører og

¹⁶⁵ Vejledning om kommunal rehabilitering, Socialministeriet, Undervisningsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011

¹⁶⁶ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2016.

¹⁶⁷ Vejledning om hjemmesygepleje: VEJ nr. 102 af 11/12/2006. Sundheds- og Ældreministeriet, 2006.

faggrupper, indsatser inden for både sundhedsområdet og andre velfærdsområder, og når der kan være tale om langstrakte forløb.

Det anbefales derfor, at det lokalt, fx i regi af sundhedsklynger, regionale samarbejdsaftaler eller sundhedsaftaler, aftales, hvordan samarbejdet om forløb for mennesker med multisygdom foregår. I lokale aftaler bør det beskrives, hvordan man vil arbejde med de gennemgående principper for håndtering af multisygdom. Det er centralt, at ansvars- og opgavefordelingen samt standardiserede samarbejdsgange beskrives for mennesker, som har forløb, hvor flere aktører og sektorer er inddraget. Desuden bør det beskrives, hvilke modeller, der lokalt kan anvendes, hvis der er behov for en differentieret indsats. I bilag 1 findes eksempler på, hvilke modeller for organisering, der kan være særligt relevante at anvende, for forskellige aktører.

Derudover anbefales det, at de lokale aftaler tager udgangspunkt i det fælles populationsansvar og tilgængelige populationsdata. Afhængig af de lokale forhold, kan der med fordel være særlig fokus på samarbejdet om de konkrete målgrupper, som er beskrevet i afsnit 3.2.1.

Komplekse og alvorlige situationer, herunder akut sygdom, nye diagnoser, livsforandrende beskeder, overgange mellem aktører/sektorer og mange forskellige indsatser, udfordrer den enkeltes sundhedskompetence, giver risiko for informationsbrist og manglende vidensdeling mv. I lokale aftaler bør der derfor være fokus på at beskrive samarbejdet i følgende situationer, hvor der også bør være opmærksomhed på, om personen tilbydes de rette indsatser:

- Ved sektorskift
- Ved ændringer i den enkeltes sundhedstilstand
- Ved ændringer i medicin
- Ved ændringer i indsatser som fx kommunale omsorgsydelser

Ift. implementering vil det være væsentligt fortsat at arbejde på, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde understøttes ledelsesmæssigt, at der fortsat arbejdes på en fælles sprogforståelse, en fælles kultur og målsætning ift. mennesker med multisygdom og at der fortsat sker en udvikling af teknologiske løsninger, da de sætter rammen (og begrænsninger) for det elektroniske flow og at de forskellige aktører kan komme i kontakt med hinanden. Den lokale implementering kan desuden hensigtsmæssigt understøttes af, at hver region og kommune i samarbejde udarbejder en plan for, hvornår og hvordan anbefalingerne implementeres, samt hvem, der er ansvarlige for de enkelte dele af implementeringsprocessen.

7.4. Sundhedsfaglige kompetencer

For at opnå høj faglig kvalitet i indsatserne til mennesker med multisygdom, bør regioner og kommuner sikre, at alle faggrupper, der har regelmæssig kontakt til mennesker med

multisygdom, har et bredt kendskab til sundhedsvæsenet, til multisygdom og til de særlige udfordringer, der knytter an til multisygdom, herunder social ulighed i sundhed og varierende sundhedskompetence. Det forudsættes endvidere, at alle faggrupper har viden og kompetencer der gør dem i stand til at navigere i sundhedsvæsenet, herunder samarbejde med andre faggrupper og sektorer.

Det anbefales, at alle sundhedsprofessionelle, der har med mennesker med multisygdom at gøre, klædes på med de kompetencer og redskaber, der skal til for, at en systematisk inddragelse bliver en naturlig og prioriteret del af alle patientforløb. Endvidere anbefales det, at alle relevante faggrupper, får viden om sundhedskompetence og sundhedspædagogiske kompetencer, til at håndtere personer med varierende grader af sundhedskompetence.

Sundhedsprofessionelle, som gennemfører individuelle behovsvurderinger, bør være klædt på med de rette sundhedspædagogiske kompetencer, ligesom de bør besidde tilstrækkelig viden om multisygdom, til at kunne tilrettelægge forløbet og vejlede om den rette indsats ift. at imødekomme den enkeltes behov.

Jf. *Polyfarmaci ved multisygdom. Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde* anbefaler Sundhedsstyrelsen at øge fokus på uddannelse i rationel lægemiddelbehandling, polyfarmaci og prioritering af medicin af relevante faggrupper, herunder specielt læger, men også farmaceuter, sygeplejersker og øvrige faggrupper, der i arbejdslivet har med lægemidler at gøre.

8. Viden og udvikling

De foregående kapitler afspejler, at disse anbefalinger tager afsæt i tilgængelige erfaringer med at skabe sammenhængende forløb for mennesker med multisygdom. Der er mange modeller for, hvordan man kan organisere indsatser og forløb for mennesker med multisygdom og/eller komplekse forløb, så de er mere sammenhængende. Imidlertid er der fortsat sparsom viden om, hvilke modeller, der har den bedste effekt. Desuden afspejler de præsenterede modeller, at erfaringerne og forskningen ikke er ligeligt fordelt på aktører eller sektorer. Nedenfor beskrives nogle af de områder, hvor det vurderes, at der er særligt behov for yderligere viden og forskning, hvis forløb for og håndteringen af mennesker med multisygdom skal styrkes fremadrettet.

Organiseringen af sammenhængende forløb

På baggrund af denne publikations forrige kapitler er det blevet særligt tydeligt, at der er behov for viden om, hvordan man bedst organiserer og koordinerer sammenhængende forløb for mennesker med multisygdom og komplekse forløb på tværs af sektorer. Der vil være behov for at vurdere effekten af både tværsektorielle og tværfaglige projekter i forhold til såvel kliniske endepunkter, livskvalitet og øvrige patientrapporterede endepunkter som til procesmål og omkostningseffektivitet af indsatserne.

Der er behov for mere viden om indsatser til alle mennesker med multisygdom, men man kan med fordel starte med at fokusere på de tre målgrupper, som er nævnt i afsnit 3.2, dvs. yngre med multisygdom og komplekse problemstillinger, personer med samtidig psykisk og somatisk sygdom, ældre med multisygdom samt forløb for mennesker med de hyppigst forekommende kombinationer af kroniske sygdomme. Derudover er der et udtalt behov for mere viden om, hvordan man identificerer mennesker med behov for en særlig indsats samt hvordan man bedst organiserer og koordinerer indsatser og forløb til mennesker med problemstillinger, der går på tværs af både aktører og velfærdsområder.

Viden om indsatser, organisering og koordinering af forløb til mennesker med multisygdom i det primære sundhedsvæsen, herunder kommunerne, er særligt begrænset. Der er således behov for, at der i det primære sundhedsvæsen måles på både effekten og kvaliteten af behandling af mennesker med multisygdom, som af organiseringen af indsatser og det samlede forløb.¹⁶⁸ Herunder er det vigtigt, at der skabes data, der kan danne grundlag for dette.

Det er vigtigt at evaluere effekten af igangværende initiativer, der stiler mod at bedre såvel kvaliteten af det enkelte patientforløb som sammenhæng og samarbejde mellem aktører. Det gælder bl.a. det igangværende projekt om overblikskonsultationer i almen prak-

¹⁶⁸ [Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen \(sst.dk\), 2022](#)

sis (afsnit 6.2.2). Desuden ses der et behov for yderligere viden om differentierede indsatser, herunder fx brugerstyret behandling, fleksible konsultationsformer og -indlæggelser samt telemedicin. Hér vil det være særlig vigtigt med en klart defineret målgruppe af mennesker med multisygdom, således at det fremadrettet er muligt at målrette virksomme indsatser til mennesker med fx varierende sundhedskompetence, egenomsorg, ressourcer og sygdomskompleksitet.

For at muliggøre, at resultater fra forskellige (forsknings)projekter kan sammenlignes på tværs, er der behov for konsensus om en definition af multisygdom og komplekse forløb.

Dataindsamling

Der er behov for at generere og indsamle ensartede forskningsegnede data vedr. multisygdom. Der vil endvidere være behov for at indsamle populationsdata for at kvalificere populationsansvaret vedr. grupper af mennesker med multisygdom. I begge tilfælde vil det være vigtigt at styrke infrastrukturen for generering og brug af data på tværs af aktører og sektorer.

Som grundlag for inddragelse, beslutningsstøtte, stratificering, monitorering og kvalitetsudvikling kan der med fordel indsamles PRO-data fra personer med multisygdom. I den forbindelse kan der med fordel tænkes i løsninger, hvor data på tværs af specialer og sektorer samles, således at en person med multisygdom eksempelvis ikke skal udfylde separate PRO-skemaer for hver enkelt sygdom, men i stedet for udfylde et samlet skema, hvor de samme spørgsmål kun besvares en gang.

Det vurderes, at etableringen af en klinisk database, fx i regi af regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram, RKKP, vil kunne understøtte en kvalitetsudvikling på området. På multisygdomsområdet, hvor de fleste forløb går på tværs af aktører og sektorer, vil det være særlig vigtigt, at data fra sygehusvæsenet suppleres med data fra det primære sundhedsvæsen. Et tværsektorielt samarbejde om RKKP er allerede etableret for visse enkeltsygdomme¹⁶⁹ og kan med fordel udbredes til en database for multisygdom. Der findes ikke kliniske retningslinjer for multisygdom, hvorfor det vurderes desto vigtigere, at det forsøges at indsamle data mhp. at monitorere og forbedre behandlingen. Det vurderes, at eksisterende data vedr. (udvalgte) somatiske og psykiske lidelser, kan genbruges og kobles i en database vedr. multisygdom.

¹⁶⁹ Kommunale repræsentanter og kommunale data i de kliniske kvalitetsdatabaser. Drejebog version 1.1. RKKP 2020. https://www.rkkp.dk/siteassets/de-kliniske-kvalitetsdatabaser/drift-af-databaser/tvarsektoriel-kvalitetsopfolgning/09052022_kommunal-drejebog_final_1.pdf

Referenceliste

1. [Referenceliste - Overskrift]
[Tekst]
2. [Referenceliste - Overskrift]
[Tekst - slet ikke næste linje (sektionsskifte)]

UDKAST

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Kommissorium for følgegruppen vedr. satspuljeinitiativet "Mere viden om multisygdom" 2018-2019
- Bilag 2:** Arbejdsgruppens sammensætning
- Bilag 3:** Modeller fordelt på gennemgående principper

UDKAST

Bilag 1: Kommissorium



SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 18-06-2018

mevs

Sagsnr. 4-1214-402/1

mevs@sst.dk

Kommissorium for følgegruppen vedr. satspuljeinitiativet "Mere viden om multisygdom" 2018-2019

Baggrund

Multisygdom er et relativt ungt begreb, som primært defineres som samtidig forekomst af to eller flere kroniske sygdomme, hvor én sygdom ikke nødvendigvis er mere central end de andre.

Antallet af personer med multisygdom varierer i opgørelser, og er typisk højere jo flere specifikke diagnoser, der inddrages i opgørelsen. Aktuelt viser Den Nationale Sundhedsprofil 2017, at blandt kvinder rapporterer 29,5 pct. af den voksne befolkning to eller flere sygdomme (psykiske eller somatiske), mens det er 22,7 pct. blandt mænd.

Forekomsten af kronisk sygdom afspejler generelt en stigning i levealder, bedre levevilkår, bedre behandlingsmuligheder og ændrede sygdomsmønstre. Antallet af personer med flere kroniske sygdomme stiger markant med alderen. Med den demografiske udvikling med flere ældre forventes også en stigning i antallet af personer med multisygdom.

Derfor er der i de seneste år kommet et øget fokus på multisygdom. Efterhånden som flere mennesker kan betegnes som multisyge, stiger behovet for at kunne tilrettelægge kvalificerede tværfaglige og tværsektorielle indsatser som imødekommer deres behov og samtidig sikrer, at de behandles på laveste effektive omsorgs- og omkostningsniveau.

Med Satspuljeaftalen for 2018 er der afsat 3 mio. kr. i perioden 2018 – 2019 til initiativet "Mere viden om multisygdom". Midlerne er afsat til "at samle den eksisterende viden med henblik på at give anbefalinger for virksomme modeller for tilrettelæggelse af forløb til mennesker med multisygdom, der kan udrulles direkte og anbefalinger for områder, hvor der er behov for, at ny viden opbygges." Initiativet er forankret i Sundhedsstyrelsen, der har ansvaret for både at udarbejde anbefalinger for virksomme modeller og for at udarbejde anbefalinger for, hvor ny viden skal opbygges.

Sundhedsstyrelsen ønsker som supplement til satspuljeinitiativet at belyse området multisygdom yderligere i de kommende to år og eventuelt initiere andre indsatser i forhold til multisygdom. Fokus for Sundhedsstyrelsens arbejde i 2018 og 2019 er således, at der opnås en øget viden om multisygdom i forhold til behandling og organisering for at understøtte en bedre og mere sammenhængende indsats. Målet er herigennem at opnå en bedre behandling og større livskvalitet for mennesker med multisygdom, med størst fokus på de målgrupper, som er mest udsatte eller belastede af deres sygdomme.

Følgegruppens opgave

Følgegruppens opgave er at rådgive Sundhedsstyrelsen, dels i forhold til de konkrete indsatser i satspuljeinitiativet, dels mere overordnet om udviklingen af området 'multisygdom' samt udvikling af fælles begrebsforståelser og definitioner.

Følgegruppen vil i den indledende del af forløbet primært kommentere på præsentationer givet på møderne, mens der i den næste del af forløbet også vil blive udsendt skriftlige oplæg inden møderne.

Følgegruppens sammensætning

Der nedsættes en følgegruppe med følgende medlemmer:

- Dansk Psykiatrisk Selskab (1)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Geriatrisk Selskab (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Ergoterapifaglige selskaber (1)
- Danske Handicaporganisationer (1)
- Danske Patienter (1)
- Danske Regioner/regioner (1+3)
- KL/kommuner (1 +3)
- Ældre Sagen (1)

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsbetjening.

Danske Regioner og KL anmodes om at udpege de kommunale og regionale repræsentanter.

Følgegruppens møder

Der afholdes to møder i 2018, og i 2019 forventes to til fire møder afholdt.

Dagsorden og referat udsendes henholdsvis cirka én uge før og efter mødets afholdelse.

Bilag 2: Følgegruppens sammensætning

Repræsentant	Udpeget af
Amalie Bækgaard Kristiansen	Sundhedsministeriet (fra 2022)
Anne Cederlund Rytter	Danske Regioner (fra 2018-2020)
Anne Frølich	Danske Regioner
Anne Højmark Jensen	KL
Birgitte Vølund - Suppleant	Danske Patienter
Bolette Friderichsen	Dansk Selskab for Almen Medicin, DSAM (fra 2018-2020)
Dorte Adersen Kraus	Danske Regioner
Ejler Ejlersen	Danske Regioner
Frederikke Beer	KL
Gitte Johannesen	Ergoterapeutforeningen
Haroon Malik Arfan	Dansk Psykiatrisk Selskab
Judi Olsen	Danske Patienter
Karen Nørskov Toke	KL
Kristine Friis Børsting	Sundhedsministeriet (fra 2018-2020)
Merete Rudolfsen	Dansk Sygepleje Selskab, DASYS
Mirjana Saabye	Ældre Sagen
Nis Peter Nissen	Danske Patienter
Rasmus Gormsen Hansen	Dansk Selskab for Fysioterapi

Sif Holst	Danske Handicaporganisationer
Solvejg Henneberg Pedersen	Dansk Geriatrisk Selskab
Solvej Skriver Hansen	Dansk Selskab for Almen Medicin, DSAM (fra 2022)
Torben Mogensen	Danske Patienter
Sekretariat	
Elsa Martha Eriksen	Sundhedsstyrelsen
Stine Skaanning Vestergaard	Sundhedsstyrelsen
Kamilla Grønborg Laut	Sundhedsstyrelsen
Linde Riddersholm (formand)	Sundhedsstyrelsen

Bilag 3: Modeller fordelt på gennemgående principper

Nedenstående tabel viser et overblik over modeller der er præsenteret i denne rapport, fordelt på gennemgående principper og relevante aktører. Inddelingen er arbitrær: Nogle af modellerne forsøger at adressere flere udfordringer samtidig. For eksempel har fremskudt visitation til formål både at styrke det tværsektorielle samarbejde, skabe et mere sammenhængende forløb og at understøtte en helhedsorienteret og differentieret indsats, hvor patienten inddrages i visitationen til de kommunale ydelser, der er målrettet den enkeltes behov. Men hovedvægten i fremskudt visitation er på at skabe sammenhæng på tværs af sektorer.

Tabellen afspejler, at dette dokument tager afsæt i tilgængelige erfaringer med at skabe sammenhængende forløb for mennesker med multisygdom. Erfaringerne og forskningen er ikke ligeligt fordelt på sektorerne, men tabellen viser modeller for, hvordan man kan arbejde med de gennemgående principper i alle sektorer. Tabellen er ikke udtømmende men viser et bredt udsnit.

Aktør	Gennemgående princip	Model
Almen praksis	Inddragelse	Fælles beslutningstagning og beslutningsstøtteværktøjer. (afsnit 4.2)
		Den inddragende dialog (evt. vha. dialogstøtredskaber). (afsnit 4.3)
		Forløbsplaner. (afsnit 4.5)
	Sammenhængende og koordinerede forløb	Brug af tværfaglige teams fx i det daglige arbejde og i samarbejdet med sygehus og kommune, indhentning af specialistrådgivning mv.) (afsnit 5.5)
	Helhedsorienteret og differentieret indsats	Fleksible konsultationsformer, fx årsstatus eller overblikskonsultation. (afsnit 6.2)

Sygehus/re-gion	Inddragelse	Fælles beslutningstagning og beslutningsstøtteværktøjer. (afsnit 4.2)
		Den inddragende dialog (evt. vha. dialogstøtteredskaber). (afsnit 4.3)
		PRO-data. (afsnit 4.4)
	Sammenhængende og koordinerede forløb	Brug af tværfaglige teams fx gennem fælles udredninger og handleplaner, i forbindelse med behovsvurdering, i samarbejdet med kommune og almen praksis, i ACT-teams. (afsnit 5.5)
		Specialistrådgivning til almen praksis og kommune. (afsnit 5.4)
		Tværfaglig konference/multidisciplinære teams. (afsnit 5.5)
		Patientansvarlig læge. (afsnit 5.2)
	Helhedsorienteret og differentieret indsats	Sammedagsløsninger, fællesmedicinske ambulatorier eller lignende koordinering mellem specialer på sygehus. (afsnit 6.2)
		Brugerstyret behandling. (afsnit 6.2)
		Aktiv patientstøtte. (afsnit 6.3)
Kommune	Inddragelse	Fælles beslutningstagning og beslutningsstøtteværktøjer. (afsnit 4.2)
		Den inddragende dialog (fx i Den afklarende samtale). (afsnit 4.3)
	Sammenhængende og koordinerede forløb	Forløbskoordination, fx i form af fremskudt visitation. (afsnit 5.1)

		Brug af tværfaglige teams, fx i hjemme(syge)plejen, i samarbejdet på tværs af forvaltninger, i samarbejdet med sygehus og almen praksis, i ACT-teams. (afsnit 5.5)
	Helhedsorienteret og differentieret indsats	* I kommunen foregår den individuelle behovsvurdering bl.a. ved den afklarende samtale. Denne model er implementeret i vid udstrækning og ikke yderligere beskrevet i denne rapport.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk