

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: AELSAM  
Sagsbeh.: DEPSSNI  
Koordineret med: SPOLD, MEDINT, JURPSYK, SUNDØK  
Sagsnr.: 1704499  
Dok. nr.: 393964  
Dato: 26-06-2017

## TALEPAPIR

Det talte ord gælder

[Samråd DN d. 8. juni 2017 lokale 1-133 kl. Kl. 15.00-16.30]

### **Talepapir samrådsspørgsmål DN vedr. multisygdom**

#### ***Samrådsspørgsmål DN stillet af Flemming Møller Mortensen (S)***

*Ministeren bedes redegøre for, hvilke initiativer regeringen har eller agter at tage fremadrettet for at afhjælpe udfordringen i det danske sundhedsvæsen med, at flere og flere patienter har flere forskellige lidelser på én gang – såkaldt multisygdom - uden at systemet er gearet til at håndtere eller har overblik over deres samlede sygdomsbillede, hvilket tvinger patienter i en sårbar position til selv at skulle navigere mellem undersøgelser og behandlinger, der hver især er målrettet en sygdom?*

[Introduktion]

Tak til spørgeren for indkaldelsen af det her samråd, som i høj grad handler om - som spørgeren også selv siger i sin introduktion - mennesker, som lever med flere kroniske sygdomme, det såkaldte at være multisyg.

Og det er jeg sådan set glad for, at der bliver sat fokus på.

For der er ingen tvivl om, at multisygdom i dag – og i endnu højere grad nok også i fremtiden i takt med, at vi bliver ældre som befolkning - er en af de store udfordringer, vi har i sundhedsvæsenet.

Nu henviser spørgeren også til den Hvidbog, der udkom tidligere.

Det vurderes, at op mod 25 pct. af den danske befolkning i dag lever med flere kroniske lidelser samtidigt.

- Og selvom vi har gode data i det danske sundhedsvæsen, så er det et tal, der svinger afhængigt af, hvilke og hvor mange kroniske lidelser, der medregnes, og hvad det er for nogle tal, man kigger på.

Og vi skal huske, at multisygdom er bredt begreb.

- Og en patient med multisygdom kan eksempelvis være en arbejdsdygtig ung person med allergi og velreguleret diabetes.
- Men det kan også være en ældre medicinsk patient, som har både svær leddegigt og en demensdiagnose.
- Og derfor er det en kompleks gruppe, det også dækker over.

Uanset så forventer vi, at antallet af patienter med multisygdom vil stige.

- Både fordi den demografiske udvikling betyder, at vi generelt set bliver ældre.
- Og med flere ældre forventes det også, at flere skal leve med kroniske sygdomme samtidigt.

Det er dog ikke kun den demografiske udvikling, der gør, at vi må erkende og adressere udfordringerne med multisygdom.

Der er også patienter, der lever med flere kroniske sygdomme på samme tid, som jeg sagde før, i andre aldersgrupper, der har behov for forskellige indsatser, der ofte går på tværs af både specialer og sektorer.

Det betyder, at patienter med multisygdom i særlig grad har behov for, at sundhedsvæsenet skaber sammenhæng i patientens forløb ud fra den enkeltes behov og mål.

Og det er jo, også som spørgeren indikerer, desværre ikke altid sådan i dag, fordi sundhedsvæsenet ikke nødvendigvis altid er tilrettelagt efter de tværgående behov, som patienterne med multisygdom kan have.

Og der skal vi og kan vi blive bedre til at skabe sammenhængende forløb for patienterne.

[Specialisering medfører kvalitetsløft, men også sammenhængsudfordringer]

Vi har jo i høj grad haft fokus på den øgede specialisering gennem de senest mange år.

- Og den løbende specialeplanlægning har i høj grad også været med til at sikre, at behandlingen på sygehusene er af høj faglig kvalitet i hele landet.

Og specialiseringen har jo på den måde medført et markant løft af kvaliteten til gavn for patienterne.

- Det er selvfølgelig et kvalitetsløft, som naturligvis også gælder patienter med kroniske lidelser.

Der, hvor udfordringerne så i høj grad kan være, det er jo det med netop at få sammenhængen på tværs af de forskellige specialer tilrettelagt i forhold til den enkelte patient med multisygdom.

- Som har behov for, at indsatserne netop går på tværs, og jo ikke kun hører til inden for det ene speciale, men netop hører til flere steder.

Fra regeringens side prioriterer vi både sammenhæng i patientens forløb og en styrket indsats for patienter med kroniske lidelser højt.

Og det gør vi, fordi det her er en af de væsentlige opgaver i sundhedsvæsenet i de kommende år.

Hvis vi ikke får løst den problemstilling, der er med et stigende antal patienter med kroniske lidelser og et stigende antal patienter med flere kroniske lidelser på en gang - Jamen så har vi slet ikke tilstrækkelig kapacitet, heller ikke til at håndtere det.

Og det er selvfølgelig også hele spørgsmålet om det nære og sammenhæng sundhedsvæsen.

- Og ikke kun spørgsmålet om den specialiserede hospitalsindsats over for personer med multisygdom.

[De nationale mål for sundhedsvæsenet]

Og jeg synes sådan set, at vi i Venstre-regeringen med lanceringen af de nye nationale mål for sundhedsvæsenet understregede det her væsentlige fokus på de kroniske lidelser.

- Og behovet for, at man prioriterer det.

De nationale mål skal sikre, at sygehusene, kommunerne og almen praksis arbejder i en fælles og tydelig retning mod højere kvalitet.

Og hvis vi kigger på et af de otte nationale mål, så er det første mål "*bedre sammenhængende patientforløb*" og det andet mål "*en styrket indsats for kronikere og ældre patienter*".

- Altså netop noget af det, som vi jo taler om her.

Dermed er bedre sammenhæng og en styrket indsats for patienter med kroniske lidelser placeret helt i toppen på de mål, vi jo også ligesom ser som fremtidens mål for vores sundhedsvæsen.

- Og som fremtiden for den kvalitetsdagsorden, vi som regeringen - både den tidligere Venstre-regering - men også den nye VLAK regering, har fokus på.

[Patientansvarlig læge]

Og det betyder jo også, som jeg indledte med at sige, at patienter med multisygdom ofte har behov for behandling på tværs af specialer på sygehusene.

- De også har behov for en styrket koordinationen i forhold til deres samlede behandlingsforløb.

Det er noget af det, vi som Venstre-regeringen sidste år aftalte sammen med Danske Regioner i forhold til at indføre patientansvarlige læger på sygehusene.

- Og som også er noget af det, som er med i den nye økonomi aftale med regionerne fra i år.
- Også i forhold til den konkrete udrulning.

Og den patientansvarlige læge skal jo eksempelvis koordinere, hvornår patienten skal behandles for andre sygdomme og understøtte, at de forskellige behandlinger fungerer sammen.

[Digitalt samarbejde]



Og det er også noget af det, som pointeres i samrådsspørgsmålet, at det netop er afgørende, at både sundhedsvæsenet og patienten selv har mulighed for at have overblik over det samlede forløb.

Derfor er vi også, i samarbejde med Danske Regioner og Kommunernes Landsforening, i gang med at etablere en infrastruktur og digitale redskaber, som gør det muligt at dele flere oplysninger på tværs af sektorer.

- Blandt andet udvikles ”patientens egen kalender”, som det så flot hedder, som skal give patienter og personale et hurtigt overblik over alle patientens aftaler i sundhedsvæsenet.
- Og der arbejdes også på et såkaldt ”fælles stamkort”, hvor patientens oplysninger om bl.a. kommunale ydelser og personlige hensyn kan deles.

[Forløbsprogrammer for kronisk sygdom]

En afgørende forudsætning for, at vi så sikrer den rette indsats for patienter med multisygdom, er i høj grad også en høj, ensartet kvalitet i indsatser på de kroniske lidelsesområder.

Og der har Sundhedsstyrelsens i gennem mange år udviklet og forbedret det faglige fundament med bl.a. forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

- Og også den generiske model for forløbsprogrammer, som giver regioner og kommuner en overordnet og systematisk ramme for indholdet af forløbsprogrammer.
- De sygdomsspecifikke forløbsprogrammer skal også være med til at sikre en præcis beskrivelse af, hvem der varetager, hvilke opgaver og sikre den nødvendige koordinering og kommunikation mellem parterne.

Og siden 2012 har multisygdom været en særskilt del af forløbsprogrammerne.

Forløbsprogrammerne skal dermed sikre, at patienterne med kroniske lidelser og multisygdom tilbydes sammenhængende indsatser af høj, ensartet kvalitet landet over.

[Kronikersatsningen]

Og netop for at understøtte, at patienter med kroniske lidelser har mulighed for at leve et godt liv med deres sygdom, så har Venstre-regeringen med økonomiaftalerne for 2016 sammen med regionerne afsat 1,2 mia. kr. til en samlet kronikersatsning.

- Og det er klart, at den går også på tværs i forhold til de kronikere, der har mere end én kronisk lidelse.
- Kronikersatsningen skal bidrage til bedre behandlingsforløb, øget egenomsorg og større forståelse af sygdom hos patienterne.

Og kronikersatsningen består af en national lungesatsning.

Og aktiv patientstøtte for borgere med særlige behov, som jeg også ved, at udvalget interesserer sig for, og hvor der netop er sendt en redegørelse over i forhold til.

Derudover består kronikersatsningen af udvikling af forløbsplaner for borgere med type-2 diabetes, KOL og kroniske lænderygsmerter.

- Forløbsplanerne – også kaldet ”patientens plan” - er et konkret digitalt redskab, som udarbejdes i almen praksis i dialog mellem patienten og lægen.
- Patientens plan skal bl.a. give patienterne et bedre overblik over deres behandlingsforløb og fungere som dialogværktøj mellem patienten og den praktiserende læge.

Jeg ved også, at der er igangsat pilotprojekter i almen praksis, hvor både de praktiserende læger og deres patienter er meget begejstrede.

[National handlingsplan om en styrket indsats for den ældre medicinske patient]

Vi ved, at multisygdom i særlig høj grad er udbredt blandt ældre og ældre medicinske patienter.

Derfor skal indsatsen for patienter med multisygdom også ses i lyset af den nationale handlingsplan om en styrket indsats for den ældre medicinske patient, som også er aftalt under den tidligere regering.

Med handlingsplanen er der et bredt fokus på at styrke indsatsen for den ældre medicinsk patient.

- Og bl.a. indeholder handlingsplanen en række konkrete initiativer i forhold til tidlig opsporing, kompetenceløft og indsatser mod overbelægning på afdelinger.
- Og så er der også i planen fokus på det digitale samarbejde og øget rådgivning og sammenhæng mellem sygehuse, kommuner og almen praksis.

[National diabetesbehandlingsplan]

Vi ved, at nogle af de kroniske lidelser, som rammer rigtig mange danskere, det er diabetes.

- Og det er jo noget, vi kommer til at vende tilbage til i fællesskab efter sommerferien, hvor vi med den med satspuljeaftale, som vi lavede fra 2017-2020, afsatte 65 mio. kr. til en national diabetesbehandlingsplan.
- Den skal vi jo have foldet ud nu, og handlingsplanen skal understøtte både forebyggelse og opsporing af diabetes og skabe en mere ensartet behandlingen på tværs af kommuner, sygehuse og almen praksis.

Og handlingsplanen skal jo også øge livskvalitet, og ikke bare for diabetespatienterne, og mindske uligheden i diabetesbehandlingen, men også understøtte en mere personcentreret støtte.

Når jeg også nævner det initiativ, så er det fordi, vi ved, at der er mange af dem, der også har andre kroniske lidelser, som også har diabetes.

- Og derfor er det vigtigt, at vi tænker det ind i forhold til de planer, vi skal til at udforme i fællesskab.

[Opsamling på de mange initiativer og behov for forsat fokus]

Nu har jeg nævnt nogle af de mange initiativer, der er i gang for at understøtte sammenhængende patientforløb af høj, ensartet kvalitet for patienterne.

- Og det kan måske lyde som om, at jeg bare synes, at alt er i den skønneste orden.

Det mener jeg nu ikke nødvendigvis, at alt er på alle områder, men jeg synes nu, at det er centralt at dvæle ved, at sundhedsvæsenet er nået langt og fortsat er stadig er i fuld sving med at løfte de store handleplaner på området.

- Og som vil have positiv effekt for den gruppe vi taler om, netop patienter med multisygdom.
- Og at vi skal have lov til at få de penge, men også de handleplaner, ud at virke til gavn for de patienter, vi taler om her.

Men vi er selvsagt ikke i mål endnu.

- Og spørgsmålet er også, hvad der skal til for, at vi kan blive bedre til at skabe sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet.
- Og netop nedbryde nogle af de siloer, der nogle gange kan være mellem de forskellige specialer.

Det betyder også, at der er behov for en bred indsats, som involverer alle sundhedsvæsenets parter.

- Jeg tror sådan set, at i det jeg har sagt indtil videre har nævnt mere eller mindre dem alle sammen.

Og det er jo også det, der ligger i den her indsats, hvis vi skal have det her til at fungere med multisygdom.

- Så er det både almen praksis, det er kommunerne og det er regionerne, og det er også de faglige specialer på tværs.

Fordi er en kompleks problemstilling.



Og der er ikke nogen simpel løsning på udfordringerne.

- Det er et langt sejt træk at få tilrettelagt nogle behandlingsforløb for den enkelte patient, hvor sundhedsvæsenet løfter i flok.
- Og hvor alle parter er opmærksom på, at den her patient jo ikke kun har et forløb på en afdeling, men i nogle tilfælde har forløb på adskillige afdelinger.

[Almen praksis' afgørende rolle som koordinator]

Hvis vi kigger på det her med at løfte i flok, så kan man sige, at den *første* spiller, det er den alment praktiserende læge - som med sin løbende relation til patienten - har en helt afgørende rolle.

- Og de praktiserende lægers relation til patienter med multisygdom strækker sig jo sådan set helt fra opsporing og udredning til behandlingen og opfølgningen på de kroniske lidelser, der er.

Og derfor har jeg klare forventninger til, at den alment praktiserende læge - som koordinator for patientens forløb – også har et blik for, at de er nødt til også at have overblikket over patientens forskellige behov, men også indsatser.

Og det er også sådan et sted, hvor der er et kæmpe stort potentiale for at udvikle vores almene praksis i Danmark.

- Bl.a. ved at styrke hele deres indsats på kronikerområdet og også deres kompetencer på det her område.

Vi ved også i dag, at der er meget stor forskel på, hvor god almen praksis er til at være opmærksom på de her meget komplekse multisygdomsforløb, som nogle patienter har.

- Vi ved, at variationen i andelen af patienter, der tilbydes kronikeropfølgning på tværs af landets alment praktiserende læger, er meget stor.
- Nogen steder får nærmest alle får tilbudt noget, nogen steder er det en lille andel.

Derfor håber jeg også, at de overenskomstforhandlingerne, som på nuværende tidspunkt er på pause, at de kan blive genoptaget.

- Så vi kan få udviklet almen praksis og også overenskomstaftalerne på det her område.
- Så vi kan få en større kronikerindsats ud til den alment praktiserende læge.

[Kommunernes rolle]

Så er der kommunerne.

Kommunerne er også i høj grad en aktør, som bliver nødt til at påtage sig en central rolle i forhold til at tilbyde en forebyggende, plejende og rehabiliterende indsats af høj, ensartet kvalitet.

Blandt andet udgav Sundhedsstyrelsen sidste år anbefalinger til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

- Og der er nu vidensbaserede værktøjer med faglige anbefalinger, som kan hjælpe kommunerne med at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

Og det er jo vigtigt, at kommunerne - særligt når vi taler de ældre patienter - har et øje for det her, fordi de i forvejen er i kontakt med rigtig mange af de ældre, som også har flere kroniske lidelser.

[Sygehusenes rolle]

For det *tredje* er sygehusenes rolle vigtige.

Inden for sygehusene der er det afgørende, at de enkelte indsatser og specialer i højere grad tilrettelægges tværgående og tværfagligt.

- Man kan måske sige, som man også gør i "Hvidbogen om multisygdom, at der er behov, at Hjerte-Jens taler noget mere sammen med Lunge-Jens.

- Altså, at man ikke kun kigger på sin egen specialfunktion, men at man netop kigger på tværs.
- Den hjerteansvarlige læge, hvis vi har Hjerte-Jens på den ene side, som udskriver medicin, og som koordinerer, skal i højere grad være i kontakt med den lungeansvarlige læge, hvis det er de lidelser, vi taler om

Og det kræver i høj grad, at både de enkelte speciallæger har fokus på sammenspillet mellem patientens kroniske lidelser, men det kræver også, at ledelsen på sygehuset har et fokus på det stigende antal patienter, der har multiple kroniske lidelser.

Og så spiller sygehusene en afgørende rolle i forhold til samarbejdet med almen praksis og kommunerne.

Så som sagt, når almen praksis skal holde overblikket over patientens indsatser, så er det også vigtigt, at sygehusene rådgiver almen praksis og hurtigt videregiver de nødvendige oplysninger om patienten, som man ligger inde med.

Og på samme måde er det vigtigt, at sygehusene understøtter kommunernes indsatser for patienter med multisygdom.

[Afslutning: behov for samarbejde på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis]

Så det her tætte sammenspil og samarbejde mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne, det er afgørende for, at vi får et sundhedsvæsenet, som er i stand til at skabe sammenhængende patientforløb.

Og så kan man måske slutte af med i den sammenhæng at gøre lidt reklame for, at vi jo så heldigvis også snart får anbefalingerne fra det udvalg, som blev nedsat af Venstre-regeringen sammen med Danske Regioner og KL i 2016, som har kigget på det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Og som jo skal komme med forslag til netop, hvordan vi sikrer den tværgående sammenhæng.

Og som jo også har fået en specifik opgave at komme med forslag til gavn patienter med kroniske lidelser – og dermed også patienter med multisygdom.

Og jeg glæder mig også til, at når de kommer med deres anbefalinger, at vi så politisk skal følge op på deres anbefalinger.

For der er ingen tvivl om, at generelt har behov for at styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet.

- Og vi har især behov for at styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet, når vi taler om den her gruppe af patienter med multiple kroniske lidelser.

[Slut]

\*\*\*