

360 GRADER RUNDT OM MULTISYGDOM

360 grader rundt om multisygdom

Danske Regioner 2020

Layout: Berit Winsnes/BW grafisk design

I 2019 arbejdede en politisk arbejdsgruppe i Danske Regioner på at afdække multisygdomsområdet og pege på løsninger til en forbedret indsats for at forebygge og behandle multisygdom. Denne publikation er et uddrag af arbejdsgruppens arbejde, og indeholder Danske Regioners anbefalinger på området.

Intro

Der er behov for at forbedre indsatsen hele vejen rundt i forhold til at forebygge og behandle multisygdom. Det er nu – og i de kommende år frem – at de nødvendige skridt skal tages. Multisygdom er en af de største udfordringer for sundhedsvæsenet – organisatorisk, behandlingsmæssigt og økonomisk. Og for det enkelte menneske kan det at leve med flere kroniske sygdomme betyde, at sygdommene hæmmer muligheden for at leve det liv, man ønsker.

Selvom vi i dag har begrænset viden om multisygdom, så er det muligt at forbedre indsatsen på samme tid med, at vi tilegner os mere viden. Alternativet er, at vi om få år står med uoverstigelige udfordringer i sundhedsvæsenet, i samfundet som hele og ikke mindst for den enkelte.

Der vil ske en stigning i antallet af mennesker med kroniske sygdomme, og mange vil udvikle mere end én kronisk sygdom, dvs. de vil lide af multisygdom. I dag lever fire ud af ti borgere med multisygdom, men sygdomskompleksiteten og oplevelsen af livskvalitet varierer meget. Det kalder på en differentieret indsats.

De mest komplekse tilfælde af multisygdom udgør ca. fem procent af befolkningen¹. Det svarer til 240.000 danskere eller til befolkningerne i Vejle og Esbjerg tilsammen. Det er desuden værd at bemærke, at det også er yngre mennesker, der udvikler multisygdom. For eksempel har 30 procent af de 45 - 54-årige to til tre kroniske sygdomme, og næsten ti procent af samme aldersgruppe har fire eller flere sygdomme på samme tid og oplever en markant forringet livskvalitet². Hertil er der en markant social ulighed i, hvem der udvikler multisygdom, og hvem der hårdest ramt af multisygdom. Det er en uacceptabel ulighed, som regionerne vil bidrage til at gøre op med.

Regionerne har fremlagt ny viden om risikoen for at udvikle multisygdom. Den nye viden dokumenterer, at svær overvægt er den største risikofaktor for at udvikle multisygdom generelt og i særlig høj grad for at udvikle kompleks multisygdom med både somatiske og psykiske sygdomme³. På samme tid ved vi, at danskernes vægt fortsat stiger, og vi ved, at det også gælder vores børns vægt⁴. Det er alarmerende tal, når vi kender risikoen for at udvikle kompleks multisygdom senere i livet. Det er derfor en højt prioriteret politisk opgave at forebygge svær overvægt, og vi skal sætte tidligt ind med en bred forebyggende indsats på tværs af flere sektorer og velfærdsområder.

I denne publikation giver vi vores bud på de skridt, der bør tages i en forbedret indsats for at forebygge og behandle multisygdom. Det er bud, der bevæger sig 360 grader rundt om udfordringen med multisygdom.

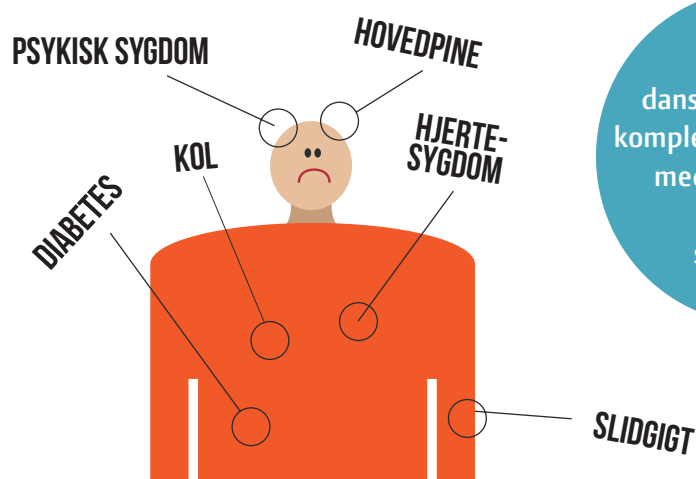
Det handler overordnet om, at sundhedsvæsenet bliver gearret til at møde behovene hos mennesker med multisygdom. Sundhedsvæsenet har en opgave i at tilbyde en hurtig udredning, nære tilbud samt et helhedsorienteret blik på den enkelte. Men det handler også om, at alle der har et medansvar for folkesundheden samarbejder om at forebygge multisygdom. En samlet slagkraftig indsats med begge perspektiver i spil kan bidrage til at skabe mere lighed i sundhed og til at skabe flere sunde og gode leveår blandt mennesker med multisygdom.

Planen er klar: Færre skal udvikle multisygdom, og den sociale skævhed, der er forbundet med udvikling af multisygdom, skal reduceres. Flere skal opleve at møde et sundhedsvæsen, der ser hele patientens sygdomsbillede og leverer en sammenhængende indsats af høj kvalitet, så vidt muligt tæt på borgerne. Og sidst men ikke mindst skal flere opleve, at sundhedsvæsenet understøtter den enkelte i at mestre eget liv med multisygdom.

Med denne publikation indbyder vi til en dialog om de nødvendige skridt hen mod en forbedret indsats for forebyggelse og behandling af multisygdom.

Stephanie Lose
formand for Danske Regioner

Poul-Erik Svendsen
formand for Danske Regioners midlertidige
politiske arbejdsgruppe om multisygdom



Fokus på forskellige multisygdomsgrupper

En forbedret indsats for multisygdom skal tage afsæt i, at mennesker med multisygdom er en varieret gruppe med forskellige karakteristika og behov. Ikke alle har behov for det samme. Der er stor forskel på, hvordan multisygdom influerer på den enkeltes livskvalitet, og hvor kompleks og behandlingskrævende kombinationen af sygdomme er.

På baggrund af målgruppeanalyser og data på området⁵ anbefaler regionerne, at indsatsen overordnet tager afsæt i fem målgrupper. På denne måde planlægges indsatsen, så sundhedsvæsenets tilbud imødekommer patienternes for-

skellige sygdomsbillede, behov og ressourcer. Målgrupperne spænder fra gruppen med kompleks multisygdom og markant forringet livskvalitet og til grupperne, hvor det forebyggende potentiale er størst ift. at undgå senere udvikling af multisygdom.

REGIONERNE ANBEFALER, at der i en forbedret indsats for mennesker med multisygdom rettes særligt fokus på:

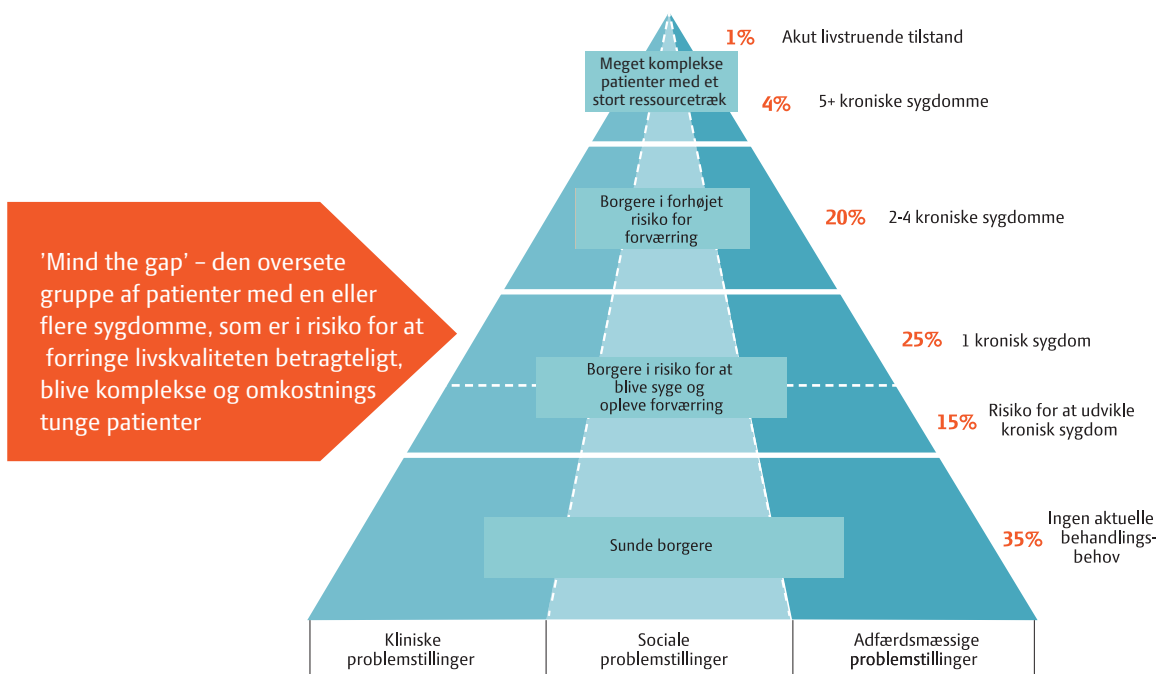
De fem procent af befolkningen med kompleks multisygdom med særligt fokus på aldersgruppen 35-65 år, som har en dårlig livskvalitet, som måske har familie- og arbejdsliv, og som ofte besøger flere forskellige ambulatorier og afdelinger.

Mennesker, der lider af psykisk og somatisk sygdom, som har brug for en helhedsorienteret indsats på tværs af sektorer, og som har en markant kortere levetid end normalbefolkningen.

Ældre patienter, der er særligt skrøbelige, idet de får meget medicin, har flere kroniske sygdomme og har en dårlig egen mestring. Denne gruppe har behov for nær understøttelse fra egen læge, støtte til mestring, og et velfungerende, tværsektorielt samarbejde.

Ældre patienter, der har flere almindelige kroniske sygdomme, og som har brug for kontinuerlig understøttelse fra deres praktiserende læge, og som har en forholdsvis god egen mestring. Fokus skal være på at forebygge komplekse tilstande.

Patienter som er i risiko for at bevæge sig fra at have en eller flere sygdomme til at udvikle nye sygdomme og få komplekse og ressourcekrævende tilstande med forringet livskvalitet til følge. Fokus skal være på at forebygge komplekse tilstande.



➔ EKSEMPEL

FUSIONSKLINIK MELLEML PSYKIATRI OG SOMATIK

I Region Sjælland er åbnet en fusionsklinik mellem diabetes og psykiatri – Steno diabetes center i psykiatrien. Centeret bliver et specialiseret tilbud målrettet patienter med både psykiske lidelser og diabetes. Fusionsklinikken er et eksempel på en målrettet og sammenhængende indsats med tværfaglig ekspertise og et helhedsorienteret blik på patienten.

Fusionsklinikken laver også opsøgende aktiviteter og samarbejder fx med bosteder om at aflægge besøg. Målet er at nå flere og bidrage til mere lighed sundhed.

Fokus på social ulighed i multisygdom

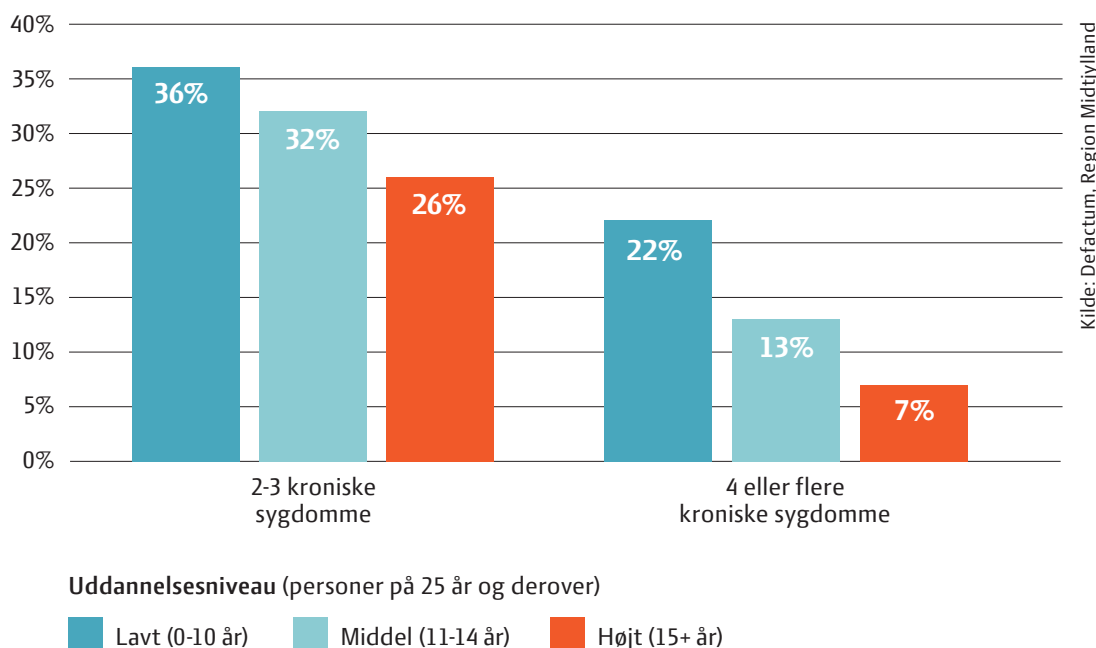
Der er en systematisk social ulighed i, hvem der udvikler multisygdom. Multisygdom ses oftere og tidligere hos personer med kort uddannelse eller personer, som ikke er i job. Det er også dokumenteret, at evnen til at mestre de udfordringer, sygdom giver, varierer med indkomst, uddannelsesniveau, samlivssituation og en række andre levevilkår. Det skyldes mange og komplicerede mekanismer gennem livet.

Social ulighed i sundhed skal først og fremmest forebygges gennem en bred og ambitiøs forebyggelsesindsats tidligt i livet. Men sundhedsvæsenet har også en vigtig rolle i at reducere uligheden i mødet med sundhedsvæsenet. Konkret skal al behandling og rehabilitering tilpasses den enkeltes behov, så uligheden ikke forstærkes. Det kan fx handle om tilgængelighed, kommunikation, at nogle patienter får mere støtte end

andre for at opnå samme effekt af behandlingen. Heriblandt nogle af de mennesker, der lider af multisygdom.

For at give alle lige muligheder, skal alle behandles forskelligt

Der er behov for, at sundhedsprofessionelle kan anlægge et helhedsorienteret perspektiv på mennesker med multisygdom. Det betyder, at der skal være tid til at spørge ind til de bagvedliggende forhold, der ligger til grund for den enkeltes sygdomsbillede, men også at der skal være tid til at involvere de rette fagkompetencer, velfærdsområder eller frivillige organisationer. Det handler grundlæggende om fortsat at arbejde mod et sundhedsvæsen, hvor der styres efter værdi for patienten, så det er værdien for patienten, der er i centrum og ikke produktiviteten.



DANSKE REGIONER VIL ARBEJDE FOR, at patienter med multisygdom og særlige behov kan tildeles mere tid og en i højere grad håndholdt indsats end andre patienter. Det vil give mulighed for i højere grad at differentiere indsatser i sundhedsvæsenet og dermed give større mulighed for et lige udbytte af sundhedsvæsenets indsatser.



EKSEMPEL

BROBYGGERSYGEPLEJERSKER I ALLE REGIONER

Borgere med behov for støtte i patientforløb på tværs af sundhedsvæsenet skal tilbydes personlig støtte fra en "brobyggerpsygeplejerske", der sikrer sammenhæng, overblik og tryghed for patient og pårørende. En brobyggerpsygeplejerske kender patientens behov og har det nødvendige overblik over patientens forløb og har specifikt til opgave at sikre, at de rette tiltag igangsættes på tværs af sektorer. Brobyggerpsygeplejersken fungerer herved som patientens anker i de komplekse forløb på tværs af sektorer.

Styrk den enkeltes evne til at mestre egen sygdom

Den enkeltes evne til at mestre sygdomme er afgørende for, hvor vellykket behandlingen af multisygdom er. Derfor skal der fokus på sundhedskompetencer – også kaldet health literacy - hos personer med multisygdom.

Ikke alle har samme forudsætninger for at mestre deres sygdomme. Derfor er der brug for viden om, hvordan man når de, som har sværest ved at tage hånd om egen sygdom, og hvordan sundhedspersonale rådgiver forskellige målgrupper om sygdomsmestring.

Ca. hver femte dansker oplever problemer med at forstå sundhedsinformation og indgå i dialog

med sundhedspersonalet. Der er desuden dokumenteret social ulighed i, hvem der forstår information fra sundhedspersonalet.⁶

Praktiserende læger, hospitaler og det kommunale sundhedspersonale har en vigtig opgave i at understøtte personer med multisygdom i at kunne mestre egen sygdom, bl.a. gennem støtte, rådgivning og henvisning til de rette behandlinger, patientuddannelser og forebyggelsestilbud. Herudover kan nogle grupper af mennesker med multisygdom have et særligt behov for, at sundhedspersoner eller civilsamfundet bygger bro eller er støttefunktion i behandlingsforløb.

DANSKE REGIONER VIL ARBEJDE FOR, at der tilbydes støtte til egen mestring af livet med sygdom, og koordinering af indsatsen, til de borgere, der har behov. Regionerne vil arbejde for, at de borgere, der selv kan varetage og koordinere, får mulighed for det – fx med digital understøttelse.

REGIONERNE VIL BYGGE VIDERE PÅ erfaringerne med de fællesregionale satsninger som aktiv patientstøtte og den patientrettede hjemmeside Helbredsprofilen.dk med særligt fokus på mennesker med multisygdom og sundhedskompetence.



EKSEMPEL

HELBREDSPROFILEN PÅ TVÆRS AF ALLE REGIONER

Helbredsprofilen.dk er en hjemmeside der formidler viden om livet med længerevarende sygdom, herunder livet med flere kroniske sygdomme. Hjemmesiden understøtter den syge og pårørende på deres vej gennem sundhedsvæsenet med fakta om sygdom og behandling og ved at formidle andres erfaringer om livet med sygdom. Der formidles via video, og det er fagfolk, borgere med sygdom og deres pårørende, der fortæller om fakta, og hvordan en hverdag kan blive god sammen med en eller flere sygdomme. Der arbejdes systematisk med tilgængelighed, sproget er ligetil og hjemmesiden arbejder med tilgængelighed for borgere med handicap eller problemer med brug af IT.



EKSEMPEL

AKTIV PATIENTSTØTTE I ALLE REGIONER

Aktiv Patientstøtte er en landsdækkende støttefunktion. Patienter med et forventet højt forbrug af sundhedsydelser i det regionale sundhedsvæsen identificeres og tilbydes et telefonisk støtteforløb med en sygeplejerske. Formålet med støtteforløbet er at give patienterne en bedre mestringsevne og livskvalitet i en hverdag med en eller flere diagnoser – typisk kronikere med mere end en sygdom. Der forventes at være resultater fra indsatsen i løbet af foråret 2020, som blandt andet vil fortælle, om patienterne får færre sengedage.



Multisygdom i de sundhedsfaglige uddannelser

Sundhedspersonale på tværs af sektorer skal være klædt på til at møde patienternes behov. Med flere og flere mennesker med multisygdom bliver det mere udtalt, at der er behov for et helhedsorienteret blik på de forskellige patientgrupper. Det betyder, at viden om udbredelse og

konsekvenser af multisygdom bør være en central del af uddannelserne sammen med et fokus på 'den hele patient'. Konkret kan det betyde, at sundhedsfaglige, som led i deres uddannelse, får kompetencer til at se på tværs af flere sygdomme.

DANSKE REGIONER VIL ARBEJDE FOR at sikre det nødvendige fokus på multisygdom i de sundhedsfaglige uddannelser. Et første skridt kan være, at der i kommende revisioner af speciallægeuddannelserne særligt sikres bredde indenfor de specialer, der ser mange mennesker med multisygdom. Det kan fx være indenfor de medicinske specialer.

Tiltag der skaber sammenhæng, nærhed og kvalitet

Sammenhæng, nærhed og kvalitet er nøgleord i en forbedret indsats for mennesker med multisygdom. En stor del af indsatsen omkring mennesker med multisygdom bør så vidt muligt foregå tæt på bopælen med relevant understøttelse fra specialisterne fra hospitalerne. Selvom mennesker med flere samtidige sygdomme kan have behov for at komme på hospitalet, så leves livet i hjemmet og lokalområdet.

I dag kan mere og mere foregå uden for hospitalet, med den rette understøttelse fra hospitalet, så der er tryghed omkring den faglige ekspertise. Når indsatserne på tværs af sundhedsvæsenet planlægges, skal afsættet altid være i den enkeltes behov og ressourcer. Mange mennesker med multisygdom har også kontakter til socialvæsen og beskæftigelsesindsats. Derfor skal samarbejdet række ud over sundhedsvæsenet med fokus på en integreret indsats mellem relevante velfærdsområder.

Et styrket samarbejde lokalt med ny fælles beslutningsstruktur

Det skal være nemmere at være patient med flere kroniske sygdomme, og hvor behandlingsforløbet går på tværs af sundhedsvæsenet. Det er ca. en tiendedel af alle patienter, der ikke afsluttes af egen læge, men henvises til hospitalet, og det er ca. en tiendedel af hospitalets patienter, der har brug for kommunen. Selvom det er relativt få borgere, der har kontakt med både kommunen, hospitalet og den praktiserende læge, så er det her vi finder mennesker med kronisk sygdom og multisygdom, der har mange kontakter og en særlig risiko for at falde mellem stolene.

Der er behov for at styrke samarbejdet lokalt om patientforløb for mennesker med multisygdom. Det handler konkret om at skabe bedre rammer for det tværgående samarbejde med fokus på de gode løsninger, der skabes i hverdagen mellem de sundhedsprofessionelle på hospitalerne, i praksissektoren og i den kommunale hjemme-

sygepleje. En ny fælles beslutningsstruktur, med afsæt i de eksisterende klynger omkring hvert akuthospital, kan være en del af løsningen. Her kan hospitalsledelsen, de praktiserende læger og sundhedsdirektører/sundhedschefer fra de berørte kommuner i fællesskab fjerne barrierer og skabe gode rammer for det daglige samarbejde om sammenhængende patientforløb – også for mennesker med multisygdom. Herudover bliver det centralt, at lovgivningen ikke spænder ben for reelle fælles tilbud med fælles opgaveløsning og fælles økonomi.

Digital støtte i hverdagen

Ny teknologi betyder, at hospitalsydelser som monitorering, konsultationer mv. bliver nemmere for den enkelte at komme til, da de i vidt omfang kan foregå i borgerens eget hjem. Regionerne har en ambition om, at der i fremtidens sundhedsvæsen skal være flere sundhedstilbud i hjemmet via digitale løsninger, som fx telemedicin. Der er et potentiale i at udbrede de digitale løsninger, som har vist sig effektfulde. Telemedicin kan være en støtte og tryghed i den enkeltes hverdag og fungere som hospitalets forlængede arm. Det kan medvirke til, at flere undgår turen til hospitalet og hospitalerne kan frigøre tid til specialiseret behandling.

En proaktiv og koordinerende indsats i almen praksis

Almen praksis har en nøglerolle i at have overblik over den samlede patientgruppe og i at arbejde

populationsorienteret. Der er patienter, som kan tilses i almen praksis med en intensiveret indsats fremfor at blive behandlet på hospitalet. Det gælder fx mennesker med multisygdom, der er i risiko for at blive meget komplekse. Samtidig visiteres de patienter, der har behov for en specialiseret indsats til hospitalerne.

Udvikling af sundhedshuse

Der findes i dag omkring 40 større sundhedshuse, hvor kommunale tilbud bor sammen med almen praksis og i mange tilfælde også sygehusfunktioner. Der er potentiale for, at sundhedshusene i fremtiden kan danne ramme for et nært og sammenhængende tilbud til bl.a. mennesker med multisygdom, hvor de forskellige fagligheder og funktioner har tæt sparring om den enkelte borgers forløb. Social- og beskæftigelsesindsatser kan med fordel også være en del af sundhedshuset. Sundhedshuset kan også ligge i sammenhæng med kultur- og fritidstilbud, som biblioteker eller idrætshaller, og er på den måde være en integreret del af borgerens nærmiljø.

Det kræver først og fremmest, at der kan ske et reelt samarbejde mellem funktionerne i sundhedshuset, så det er mere end et bofællesskab. Det skal lovgivningen være med til at sikre. Hvis det sker, kan fremtidens sundhedshuse danne ramme for et styrket tværsektorielt og tværfagligt fokus på forebyggelse af multisygdom og forværring af multisygdom.

DANSKE REGIONER ANBEFALER, at der, med ambitioner om at skabe gode rammer lokalt for det daglige samarbejde om sammenhængende patientforløb for mennesker med multisygdom, etableres en stærk fælles beslutningsstruktur alle steder i landet omkring de 21 akuthospitaler.



EKSEMPEL

NY VIDEN OM TRÆNING SOM BEHANDLING AF MULTISYGDOM

Forskning viser, at træning kan behandle 26 kroniske sygdomme og forebygge 36 kroniske sygdomme, herunder også nogle mentale lidelser⁷. Nu undersøger forskningsprojektet MOBILIZE træning som behandling specifikt til mennesker, der lider af multisygdom. Træning kan vise sig at være et effektivt tiltag overfor multisygdom.

Det er dokumenteret, at træning har positiv effekt i forhold til funktionsniveau og livskvalitet. På samme tid er træning en omkostningslav indsats for sundhedsvæsenet sammenlignet med dyre medicinske behandlinger og operationer. Herudover er træning mindre indgribende for den enkelte og kan foregå som et tilbud nær eget hjem fx som et behandlingstilbud i et sundhedshus.



EKSEMPEL

LÆGEFÆLLESSKABET I GRENAA

Lægefællesskabet i Grenaa arbejder populationsorienteret.

Multisyge, komplekse og sårbare patienter identificeres af læger og klinikpersonale, når de henvender sig i klinikken. Særligt sårbare markeres med stjerne (stjerne-patient) og får særlige "rettigheder".

Stjernepatienterne tilbydes i dag inden for gældende overenskomst:

Længere og hyppigere konsultationer, tid samme dag – hyppigere hjemmebesøg, tættere opfølgning fx daglige eller ugentlige opringninger, konsultationer med det team af sygeplejersker og læger, som samarbejder om patientens problemstillinger og målsamtaler med kortlægning af forløb og samarbejde med patienten om prioritering i forhold til patientens forløb det næste år.

Norddjurs Kommune er en kommune med mange socialt og helbredsmæssigt udfordrede borgere.

Flere sammedagsløsninger på hospitalerne

I dag er landets 21 akutsygehuse ikke fuldt ud organisatorisk gearet til, at patienter har flere symptomer og flere sygdomme på samme tid. Det har især konsekvenser for mennesker med multisygdom og særligt for den gruppe, der har svære forudsætninger for at mestre deres eget sygdomsforløb og i højere grad har brug for en håndholdt indsats.

Alle regioner tilbyder i dag sammedagsløsninger og samler løbende erfaringer omkring organiseringen af tilbuddene og hvilke patienter, der har gavn af løsningerne.

FÆLLESMEDICINSKE AMBULATORIER

På de fællesmedicinske ambulatorier får borgeren en tid på ambulatoriet, og bliver på samme dag tilset af læger inden for alle de specialer, som er relevante for den enkeltes sygdomsbillede. Derefter holder lægerne en fælles konference, hvor der bliver talt om den specifikke patient og lagt en plan for det videre behandlingsforløb. Det er denne form for sammedagsløsning, som man typisk forbinder med "samme dag, under samme tag".

DE FÆLLESMEDICINSKE AMBULATORIER ER OPRETTET PÅ ...




A map of Denmark with red location pins indicating the locations of shared medical ambulatories. The pins are connected to text boxes listing the following hospitals:

- REGIONSHOSPITAL NORDJYLLAND
- AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
- HOLBÆK SYGEHUS
- BISPEBJERG OG FREDERIKSBERG HOSPITAL, FREDERIKSBERG-MATRIKLEN
- AMAGER OG HVIDOVRE HOSPITAL, AMAGER-MATRIKLEN
- AMBULANTCENTER SVENDBORG
- REGIONSHOSPITALET SILKEBORG

SAMMEDAGSLØSNINGER FOR UDVALGTE SYGDOMME

Nogle ambulatorier arbejder fællesmedicinsk med udvalgte sygdomme. Der er således tale om en fælles organisering, hvor bestemte kroniske sygdomme indgår, og hvor borgeren møder op en dag og et sted for kontrol mv. af de udvalgte sygdomme.

SAMMEDAGSLØSNINGERNE FOR UDVALGTE SYGDOMME ER OPRETTET PÅ ...



A map of Denmark with red location pins indicating the locations of shared medical solutions for selected diseases. The pins are connected to text boxes listing the following hospitals and their specialties:

- REGIONSHOSPITALET SKIVE (KOL og hjertesygdom samt endokrinologi og nefrologi samt ortopædkirurgi og osteoporose samt KOL og ortopædkirurgi)
- NORDSJÆLLANDS HOSPITAL (Endokrinologi og nefrologi, gynækologi og endokrinologi samt lunge- og infektionsmedicinsk afdeling)
- SJÆLLANDS UNIVERSITETSHOSPITAL, ROSKILDE (Allergicerter med lungemedicinsk, dermatologi, pædiatri, ØNH og arbejdsmedicin)
- RIGSHOSPITALET (Endokrinologi og nefrologi samt KOL og ortopædkirurgi)
- SYDVESTJYSK SYGEHUS (Diabetes og nefrologi)
- SØNDERBORG SYGEHUS (Diabetes og nefrologi)

KOORDINERING MELLEM SPECIALER

Sammedagsløsningen ses også som en koordinering mellem specialer, hvor borgerens ambulatorietider bliver koordineret, således at man kun skal møde op et sted for at få tilset alle sine sygdomme på samme dag. Specialerne er organisatorisk opdelt men samlet på samme matrikel og deler faciliteter. Speciallægerne samarbejder om den enkelte borger.

KOORDINERING MELLEM SPECIALER SKER PÅ ...



Fælles for løsningerne er, at der er tale om ambulatorier, som er målrettet patienter, der lider af flere kroniske sygdomme på samme tid, og som samler patientens forløb fysisk ét sted. Samtidig er det kendetegnende, at flere specialer går sammen om at behandle og planlægge forløbet for den enkelte patient. Løsningerne varierer ift. den konkrete organisering, og hvor mange sygdomme der er omfattet.

Udover de tre typer af sammedagsløsninger findes også andre tilbud i regionerne, der kommer mennesker med flere kroniske sygdomme til

gavn. Det gælder fx sammedagsløsninger på regionernes steno centre, hvor diabetespatienter samme dag som deres diabeteskontrol også kan få kontrol af de mest almindelige nærliggende sygdomstilstande som øjenssygdom, fodsygdom og andet.

Flere steder i landet er der desuden oprettet særlige afdelinger for bestemte patientgrupper som sårbare patienter og etniske minoriteter. Ældre patienter med flere kroniske sygdomme tilses desuden på de geriatriske afdelinger, hvor personalet er trænet i at tilse og behandle multisyg-

ØNSKER TIL SUNDHEDSVÆSENET FRA EN PATIENT MED FLERE SYGDOMME

Louise er 40 år gammel og bor sammen med sin teenagedatter. Louise har kronisk tarmsygdom, diabetes, psoriasis og følgesygdomme som gigtknuder og forstadie til nyresvigt. Louise har kroniske smerter som følge af mange operationer. Louise oplever det som et fuldtidsjob at være patient med flere sygdomme på samme tid.

Louises ønsker til sundhedsvæsenet er, at den enkelte bliver mødt med et helhedsorienteret blik, at der er stærkt samarbejde og tillid mellem specialer, at der er mere tid til patienter der har flere sygdomme, at den enkelte læge er opmærksom på følgesygdomme, selvom disse ligger udenfor det faglige felt, og at der overvejes en koordinator, hvor der er behov.

REGIONERNE VIL udvikle og udbrede sammedagsløsningerne yderligere med afsæt i fælles principper om differentiering af tilbud, målgruppekendskab og smart planlægning til gavn for den enkelte patient. Principperne skal bidrage til at sikre videndeling på tværs af regionerne om, hvordan tilbud til mennesker med multisygdom er bedst muligt organiseret til gavn for patienterne og optimal anvendelse af ressourcer i organisationen.

1. INDHOLD AF UNDERSØGELSERNE SKAL DIFFERENTIERES

Indholdet i sammedagsundersøgelser skal tage udgangspunkt i den enkelte patients situation og ressourcer. De sundhedsprofessionelle skal have blik for, hvornår det opleves mest hensigtsmæssigt at undgå pakkeforløb og i stedet skabe en unik pakke for hver patient.

2. DER SKAL TAGES HØJDE FOR MÅLGRUPPERNES FORSKELLIGHED IFT. PLANLÆGNING AF UNDERSØGELSER

Ved planlægning af sammedagsundersøgelse skal der tages højde for den enkeltes patients præferencer i forhold til sammedagsundersøgelser eller ej. Længden af dagen og mængden af information opleves fx som udfordrende for særlige målgrupper såsom skrøbelige ældre patienter. Sammedagsundersøgelser opleves særligt positivt blandt yngre erhvervsaktive, omend der også her er nogle, som foretrækker flerdagesundersøgelser⁸. Der skal tages højde for, at mange mennesker med kompleks multisygdom også har psykiske lidelser, som kan betyde, at egenomsorgen er dårlig. Her kan den håndholdte indsats med eventuelle støttefunktion være ekstra gavnlige.

dom. Herudover udvikler regionerne løsninger, som imødekommer gruppen af patienter med særligt komplekse tilstande. Det er patienter, hvor der ofte er tale om multisygdom og et højt medicinforbrug af mange forskellige præparater. Her lægges vægt på tværgående udredningsfor-

løb med tværfaglige speciallægekonferencer. Der er erfaringer med et tæt samarbejde med almen praksis om at henvise direkte til enhederne, når de oplever ikke at kunne komme videre med en patient og har brug for tværgående specialistkompetencer.

Mere viden om multisygdom

Der mangler i dag viden om målrettet og effektiv behandling til mennesker med multisygdom. I Region Sjælland er der fra april 2019 etableret et nyt center for multisygdom og kronisk sygdom. Centeret skal samarbejde med forskere, kliniker, ledere og administratorer på tværs af sygehuse, steno centre, kommuner og almen praksis. Desuden samarbejder centeret med danske universiteter og internationale forskergrupper.

Målet for centeret er udvikle sammenhængende, patientfokuserede patientforløb af høj kvalitet for mennesker med multisygdom og kroniske sygdomme. Det skal ske gennem udvikling af tværsektorielle og tværfaglige samarbejder samt fokuseret forskning indenfor området.

Data anvendt i praksis til gavn for patienterne

Regionerne er gået sammen med universiteterne om en fælles vision om at oprette regionale datastøttecentre. Datastøttecentre er beskrevet men endnu ikke fuldt oprettet eller finansieret. Herudover er regionerne i samarbejde med de danske universiteter og staten i gang med at udvikle et såkaldt datalandkort, der skal give et samlet overblik over de danske sundhedsdata. Et sådan findes ikke i dag. Med datastøttecentre og datalandkortet opstår en unik mulighed for at sikre, at data kan blive anvendt i den kliniske praksis til gavn for mennesker med flere sygdomme.

Som det er i dag, søger lægen viden inden for de enkelte sygdomme, når lægen møder en pa-

tient med flere sygdomme. Lægen har begrænsede muligheder for at søge på tværs af data om lignende patienter. Der findes mange forskellige databaser og for at få adgang til relevante databaser skal lægen typisk søge mange forskellige steder. Det er både tidskrævende og ofte besværligt. Med regionale datastøttecentre og datalandkortet får lægen rådgivning, service og støtte til anvendelse af sundhedsdata i hverdagen.

I forskningsøjemed kan datastøttecentre bidrage med viden om karakteristika for forskellige målgrupper – hvilken medicin tager de typisk, hvor ofte er de indlagt mv.

REGIONERNE VIL prioritere forskning om multisygdom og have fokus på at data og viden om multisygdom anvendes aktivt i indsatsen for en forbedret indsats for mennesker med multisygdom.

Et styrket samarbejde og løft af forebyggelsen i Danmark

Den bedste forebyggelse foregår på flere niveauer og starter tidligt i livet. Regionerne har i tidligere udspil foreslået, at der sættes fokus på sundhed for alle børn og unge. Det indebærer, at børn og unge motiveres til bevægelse og til at indgå i fællesskaber. Regionerne har ligeledes foreslået, at der sættes ind i forhold til at skabe rammer for de gode, sunde måltider på skoler. Regionerne har også foreslået at sætte prisen op på cigaretter og alkohol. Det er alt sammen tiltag, der gør det sunde valg nemmere, så det er lettere at tage ansvar for sig selv og sine børns sundhed. Det er dokumenteret, at sådanne tiltag forebygger udvikling af sygdom, og at tiltagene er med til at reducere den sociale ulighed i sundhed.

Regionerne har fremlagt nye tal, der viser, at

svær overvægt er den største risikofaktor, der kan forbindes til udvikling af alle former for multisygdom⁹. Den nye viden skal ses i lyset af, at regionernes sundhedsprofiler dokumenterer, at stadigt flere bliver svært overvægtige, dvs. har et BMI på 30 eller derover. I dag er omkring hver sjette dansker svært overvægtig. Og over halvdelen af os er moderat eller svært overvægtige. Danskernes stigende vægt understøtter derfor behovet for en mere ambitiøs og systematisk forebyggelsesindsats.

Ny folkesundhedslov i Danmark

Politisk fokus kommer ikke af sig selv. En folkesundhedslov i Danmark kan være en politisk ramme og løftestang til at nedbringe social ulighed i sundhed. En folkesundhedslov kan skubbe til, at



HVER SJETTE DANSKER ER SVÆRT OVERVÆGTIG

Udover et fortsat skarpt fokus på røgforebyggelse, så skal der fremover også rettes et intensiveret fokus på forebyggelse af svær overvægt. Mennesker der er svært overvægtige har **over tre gange højere** risiko for at udvikle **kompleks** multisygdom, som er kendetegnet for mennesker med mere end fire kroniske sygdomme⁵.

der tages flere virksomme midler i brug til at skabe sundhed for alle. Med en folkesundhedslov er målet, at forebyggelse og sundhedsfremme prioriteres på tværs af sektorer, velfærdsområder og politikker.

Også forebyggelsen af overvægt kan styrkes ved en folkesundhedslov. Det kan fx ske gennem partnerskaber mellem fødevarerindustrien, dagligvarehandelen, skoler og statslige organer, hvor fokus er på at gøre det nemmere at vælge sund mad til familien i form af sundere mad på de attraktive hylder i supermarkederne, arbejde med mindre portionsstørrelse og tilgængelighed af sund mad. Der er allerede gjort erfaringer med sådanne partnerskaber, som med en folkesundhedslov kan udvikles og udbredes. Men en folkesundhedslov vil adressere langt mere end udfordringen med overvægt. En folkesundhedslov vil skabe politisk fokus, sikre systematisk prioritering af forebyggelse og sundhedsfremme og løfte den brede forebyggelsesindsats til næste niveau.

Vision om fem strategiske folkesundhedscentre

Regionerne vil bidrage endnu stærkere til samarbejdet om forebyggelse. Regionerne har derfor

en vision om at oprette fem strategiske folkesundhedscentre – et i hver region.

Det er en vision, der skal udfoldes i tæt dialog med kommunerne og bygge ovenpå det gode samarbejde om forebyggelse, der er lokalt mellem regioner og kommuner. Herudover skal centrene have tæt dialog og samarbejde med de eksisterende forskningsmiljøer indenfor forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark. Erfaringer og ekspertise fra det landsdækkende og sektorfri forebyggelseslaboratorium kan bæres ind i arbejdet med at udvikle de fem folkesundhedscentre, ligesom der kan trækkes på internationale erfaringer med lignende konstruktioner.

Folkesundhedscentrene skal drives med afsæt i regionernes rådgivningsforpligtelse på forebyggelsesområdet og regionernes generelle forskningsforpligtelse. Folkesundhedscentrene skal producere viden, analyser og binde relevante partnere sammen til gavn for et målrettet og decentralt forebyggelsesarbejde og for folkesundheden i Danmark. Centrene skal bidrage med viden om forebyggelse og om udfordringer i befolkningen i regionen. I nogle områder er der f.eks. mange overvægtige, eller unge der

mistrives. Centeret skal være stedet i regionen, hvor man som kommune eller andre organisationer kan søge rådgivning om forebyggelse. Folkesundhedscentre skal indgå et tæt dagligt samarbejde med kommunerne, som skal være med til at definere, hvad centrene skal rådgive om, og hvilke ydelser der skal tilbydes.

Centrene skal også være motor og drivkraft i et systematisk arbejde om at bringe partnere sam-

men i brede forebyggelsesindsatser, hvor effekten af indsatserne skal dokumenteres. Centrene skal kobles direkte op på ambitionerne i sundhedsaftalerne. De fem folkesundhedscentre skal samle de eksisterende forskningskræfter på forebyggelsesområdet. Det betyder bl.a. partnerskaber med universiteterne.

DANSKE REGIONER ANBEFALER, at der med nyeste viden om risikofaktorer for udvikling af multisygdom arbejdes for en styrket og mere ambitiøs forebyggelsesindsats i Danmark, og at der udover røgforebyggelse rettes et intensiveret fokus på forebyggelse af svær overvægt.

DANSKE REGIONER OPFORDRER til, at Folketinget og regeringen indfører en folkesundhedslov, der sikrer, at sundhedsfremme og forebyggelse tænkes på tværs af alle sektorer, velfærdsområder og politikker i Danmark.

REGIONERNE INDBYDER KOMMUNER, STAT, UNIVERSITETER med flere til en dialog om et fremtidigt samarbejde om fem folkesundhedscentre.

INSPIRATION FRA AUSTRALIEN

I Australien har man oprettet et nationalt forebyggelses- og partnerskabscenter. Centeret bygger på et samarbejde mellem mere end 200 forskere, beslutningstagere og praktikere fra hele landet, der i fællesskab laver forskning om, hvad der virker og ikke virker inden for forebyggelse og sundhedsfremme.

Centeret har skabt en ny model for udvikling og implementering af evidens, og centeret er på kort tid blevet omdrejningspunktet for forebyggelse i Australien. Centeret har som erklæret mål at levere indsigter og værktøjer, der kan bruges af politiske beslutningstagere og praktikere – og dermed skabe viden, der bliver omsat til resultater.

Centeret har prioriterede områder som overvægt mm, men har interesse i alle områder, der kan fremme sundhed i Australien. Centeret formidler også viden om, hvad der virker til sektorer udenfor sundhedsvæsenet såsom fx skoler, fødevareproduktion, detailhandel og byplanlægning.

Referencer

- 1 Larsen FB, Pedersen MH, Friis K, Glümer C, Lasgaard M (2017) A Latent Class Analysis of Multimorbidity and the Relationship to Socio-Demographic Factors and Health-Related Quality of Life. A National Population-Based Study
- 2 Larsen FB, Pedersen MH, Friis K, Glümer C, Lasgaard M (2017) A Latent Class Analysis of Multimorbidity and the Relationship to Socio-Demographic Factors and Health-Related Quality of Life. A National Population-Based Study
- 3 Udarbejdet for Danske Regioner af Statens Institut for Folkesundhed: Risikofaktorer for multisygdom, 2019
- 4 Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017. Statens institut for Folkesundhed, 2018 og Børnesundhedsprofil fra Region Nordjylland. Region Nordjylland, 2019
- 5 Danskernes Sundhed - Den nationale sundhedsprofil, 2017. Sundhedsstyrelsen, 2018; Larsen FB, Pedersen MH, Friis K, Glümer C, Lasgaard M (2017) A Latent Class Analysis of Multimorbidity and the Relationship to Socio-Demographic Factors and Health-Related Quality of Life. A National Population-Based Study
- 6 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: 1095
- 7 B. K. Pedersen, B. Saltin. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases, 2015. Frank W. Booth, Ph.D., Christian K. Roberts, Ph.D., and Matthew J. Laye, Ph.D. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases, 2012
- 8 Terkildsen MD, Thrane SA, Meillier L, Palmhøj Nielsen C. Erfaringsopsamling af eksisterende modeller for organisering af samedagsløsninger og -opfølgning for patienter med diabetes og patienter med multisygdom, 2019
- 9 Udarbejdet for Danske Regioner af Statens Institut for Folkesundhed: Risikofaktorer for multisygdom, 2019
- 10 Udarbejdet for Danske Regioner af Statens Institut for Folkesundhed: Risikofaktorer for multisygdom, 2019

