

Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom



Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-546-6

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 10.05.2023

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Maj 2023

Indholdsfortegnelse

Resumé	5
1. Introduktion	8
1.1. Baggrund	8
1.2. Opdrag og formål.....	10
1.3. Anvendte begreber	11
1.4. Læsevejledning	12
1.5. Sammenhæng med øvrige publikationer på området.....	13
2. Sammenfatning af anbefalinger	15
3. Mennesker med multisygdom.....	17
3.1. Afgrænsning og forekomst af multisygdom i Danmark	17
3.2. Karakteristik af mennesker med multisygdom.....	18
4. Inddragelse af personer med multisygdom og deres pårørende	25
4.1. Generelt om inddragelse af mennesker med multisygdom og deres pårørende.....	25
4.2. Fælles beslutningstagning og beslutningsstøtteværktøjer.....	27
4.3. Den inddragende dialog	27
4.4. PRO-data	28
4.5. Forløbsplaner i almen praksis	28
4.6. Pårørendeinddragelse og -samarbejde	29
5. Modeller for organisering af sammenhængende og koordinerede forløb.....	31
5.1. Forløbskoordination	33
5.2. Patientansvarlig læge.....	35
5.3. Brobyggerpsygeplejersker.....	35
5.4. Specialistrådgivning, tværfagligt samarbejde og multidisciplinære konferencer.....	36
5.5. Kommunikationsplatforme.....	39
6. Modeller for en helhedsorienteret og differentieret indsats.....	40
6.1. Identifikation af personer med behov for en særlig indsats	41
6.2. Fleksible konsultationsformer	42
6.3. Telemedicin	45
6.4. Modeller for en proaktiv og håndholdt indsats	46
7. Aktører og samarbejde.....	48
7.1. Principper for håndtering af mennesker med multisygdom	49
7.2. Ansvars- og opgavefordeling mellem aktører.....	49
7.3. Samarbejde og implementering.....	52
7.4. Sundhedsfaglige kompetencer.....	53

8. Viden og udvikling	55
8.1. Organiseringen af sammenhængende forløb	55
8.2. Dataindsamling	56
Referenceliste	58
Bilagsfortegnelse	70
Bilag 1: Kommissorium	71
Bilag 2: Følgegruppens sammensætning	73
Bilag 3: Modeller fordelt på gennemgående principper	75

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. Mange mennesker med multisygdom lever et liv, hvor sygdom ikke begrænser dem i dagligdagen. Men multisygdom kan i nogle tilfælde have store konsekvenser 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, mangeartede 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. Samtidig oplever sundhedsvæsenet udfordringer med bl.a. rekruttering og fastholdelse af personale, hvilket giver yderligere udfordringer ift. at skabe sammenhængende forløb.

Formålet med denne publikation er at samle eksisterende erfaringer og viden om 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 særlig vigtigt at have fokus på i forhold til multisygdom, nemlig:

- Ældre med multisygdom
- Voksne i den arbejdsdygtige alder med multisygdom og komplekse problemstillinger
- Voksne 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 indsats 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 understøtte 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 samarbejdsaftaler eller sundhedsaftaler, beskrives, hvilket ansvar og opgaver de 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 og er en af de største udfordringer i fremtidens sundhedsvæsen, dels fordi omfanget er stigende, dels fordi sundhedsvæsenets er organiseret på en måde, som kan gøre det vanskeligt at skabe sammenhæng i forløb for mennesker med komplekse og langvarige problemstillinger.

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 (1–3).

Multisygdom kan have store 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 (4–9).

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, samt personer med varierende egenomsorg, mestringsevne og sundhedskompetence og/eller 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 og lovgrundlag. Indsatser er ofte organiseret forskelligt, både geografisk og på tværs af sektorer og det er en yderligere udfordring ift. at skabe sammenhæng, at der ikke er let digital adgang til relevante oplysninger om en patients samlede behandlingsforløb.

Sundhedsvæsenet har gennem de seneste 15-20 år gennemgået en markant udvikling med det formål at øge kvaliteten gennem samling og specialisering af sygehusbehandling. Dette har, sammen med en lang række andre tiltag, bidraget til et markant kvalitetsløft, store behandlingsmæssige fremskridt og understøttet en nødvendig faglig udvikling med stor betydning for det rette tilbud og kvalitet. Denne udvikling har været vigtig og nødvendig, og bør understøttes og fastholdes i fremtiden. Udviklingen har dog også haft nogle afledte konsekvenser i form af bl.a. længere afstand for mange til sygehus tilbud og et fragmenteret sundhedsvæsen, som i høj grad arbejder med fokus på enkeltsygdomme og med skarpe skel mellem sektorerne. Samtidig stiller en kortere indlæggelsestid krav til, at det primære sundhedsvæsen

har kompetencer og ressourcer til at modtage og varetage et eventuelt fortsat behandlingsbehov, ligesom det stiller større krav til gode overgange fra sygehusbehandling til det primære sundhedsvæsen. Derudover har kommunerne i stigende grad udvidet og udviklet deres opgavevaretagelse på sundhedsområdet, så de i dag varetager flere og mere komplekse opgaver end tidligere. Det giver et større behov for et tæt samarbejde med sygehuse og almen praksis. Sundhedsvæsenet har således gennemgået en række ændringer, som har gjort det mere fragmenteret og som har affødt både behov for og udfordringer med vidensdeling, koordinering og sammentænkning af indsatser på tværs af aktører.

Derudover står sundhedsvæsenet over for betydelige udfordringer med rekruttering og fastholdelse af personale, samtidig med at den demografiske udvikling gør, at der i de kommende år vil være flere, der har behov for ydelser i sundhedsvæsenet. Der vil således både være patienter med behov for en tidsafgrænset, kurativ behandling og patienter med kroniske sygdomme og længerevarende forløb, samt patienter med behov for begge dele sideløbende. Dette fordrer et sundhedsvæsen der kan rumme begge dele og formår at prioritere ressourcer hensigtsmæssigt til både specialiseret behandling, og forløb der kræver en længerevarende koordineret indsats. Samlet set er der en række strukturelle udfordringer i sundhedsvæsenet, en udvikling som ligeledes ses i andre lande (10) og som der har været arbejdet med længe (11), og som der ikke er én samlet løsning på. Disse udfordringer er ikke særlige for multisygdom, men mens problemstillingerne for mennesker med multisygdom er komplekse, mangeartede og stiller krav til helhedsorientering og sammenhæng, så løses de som oftest på lige fod med enkeltsygdomme i et sundhedsvæsen, som i vid grad arbejder specialiseret og sektoropdelt. Samtidig vil mange patienter med kroniske sygdomme og multisygdom i perioder have behov for tidsafgrænsede kurative behandlinger, hvilket medfører et behov for integration mellem de tidsafgrænsede indsatser og længerevarende forløb. 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. kan blive forstærket, hvis man fejler mere end én ting.

Samtidig er der sparsom viden om, hvordan man mest hensigtsmæssigt tilrettelægger forebyggelse og behandling af sygdom, lidelse og nedsat funktionsevne til mennesker med multisygdom, så det har effekt på livskvalitet, helbred og forbrug af sundhedsydelser (12–16). 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.

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. I alle sektorer er der arbejde i gang, som har til sigte at styrke samarbejde på tværs af specialer i sygehuset

samt tværsektorielt og tværfagligt, og det er vigtigt, at dette arbejde understøttes og udbygges. Der kan også være behov for en vurdering af, hvordan forskellige faggrupperes kompetencer og erfaringer benyttes og bedst kommer i spil ved varetagelsen af de enkelte patientgruppers forløb på tværs af sektorer og i de enkelte sektorer. 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. Omvendt vil flere af modellerne være relevante for mennesker med komplekse forløb, som ikke har 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, samt anbefalinger til områder, hvor der er behov for, at ny viden opbygges" (16). Der er således fokus på de organisatoriske tiltag, der kan bedre forløbene for mennesker med multisygdom. Organisatoriske tiltag skal ses som blot et ud af flere virkemidler der kan medvirke til at gøre sundhedsvæsenet bedre i stand til at tage vare på mennesker med multisygdom. Samlet set kan det være andre indsatser der er behov for, eksempelvis at give de sundhedsprofessionelle bedre forudsætninger for at behandle 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 1 og 2. Præsenterede modeller er udvalgt efter rådgivning fra følgegruppen samt ud fra rapporter, der er udarbejdet som del af satspuljeinitiativet (se afsnit 1.5).

Følgegruppen har peget på, at der, foruden anbefalinger for organiseringen af forløb til mennesker med multisygdom, er et stort behov for viden og anbefalinger om forebyggelse af multisygdom såvel som kliniske retningslinjer for behandlingen. Sundhedsstyrelsen er enig i, at flere af de udfordringer, vi ser ift. multisygdom kalder på endnu bredere indsatser i sundhedsvæsenet, herunder forebyggelse og forskning, der muliggør udarbejdelse af kliniske retningslinjer for behandling af multisygdom. Det falder imidlertid uden for disse anbefalingers opdrag at afdække disse områder.

Arbejdet blev pauseret under covid-19 pandemien, men genoptaget i 2022, hvorved anbefalingerne gennemgik gennemgående revidering og opdatering.

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*' (17). Betegnelsen 'kompleks multisygdom' anvendes oftest om personer med 3-4 kroniske lidelser eller flere, eller personer med multisygdom og polyfarmaci, dvs. brug af mange lægemidler på samme tid, men definitionen afhænger af kilden. (18). Disse definitioner er bl.a. blevet kritiseret for udelukkende at fokusere på antallet af sygdomme, uanset sværhedsgrad og patientens funktionsevne.

Komplekse problemstillinger og forløb

Nogle mennesker med multisygdom er kendetegnet ved at have komplekse problemstillinger, knyttet til somatiske og psykiske sygdomme, sociale problemer, lav sundhedskompetence og udfordret arbejdsmarkedstilknøytning. 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 (forebyggelse, udredning, behandling, pleje, rehabilitering, palliation, støtteindsatser og øvrige faglige indsatser).

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 kommunikere, fastholde og handle på disse beslutninger (19). 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 (20).

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 helbredsmaessige, personlige og omgivelsermaessige faktorer. En persons funktionsevne kan fx vurderes vha. verdenssundhedsorganisationens (WHO)

model for International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (21). Denne model gør det muligt i et standardiseret sprog at beskrive helbred, funktions-ejne 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 (22).

Det primære sundhedsvæsen

Det primære sundhedsvæsen er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og sikrer lige adgang til sundhedsydelse 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 (23).

Det fælles populationsansvar

Med det fælles populationsansvar forstås, at sundhedsvæsenets aktører har et fælles og tværsektorielt ansvar for at dække populationens sundhedsmæssige behov, således at der skabes og opretholdes den bedst mulige sundhed og velvære i populationen. Med populationen forstås de personer/patienter, som er tilknyttet den enkelte praksis/det enkelte sygehus/kommunen. Betegnelsen benyttes ofte i forbindelse med beskrivelse af aktørernes opgaver, den dertil hørende finansiering og det tværsektorielle samarbejde om udvalgte patientgrupper, hvor aktørerne således har et fælles ansvar for, på baggrund af data om populationen, at tilrettelægge de samlede indsatser (forebyggelse, udredning, behandling, pleje, rehabilitering, palliation, støtteindsatser og øvrige faglige indsatser) mest hensigtsmæssigt (24–26).

1.4. Læsevejledning

Publikationen er bygget op i 8 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* (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 patient-gruppe, 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 varende til, 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 (27)
- Viden om indsatser ved multisygdom: Et litteraturstudie af nationale og internationale erfaringer med organisering af sundhedsvæsenet for mennesker med multisygdom (15)
- Sammenhængende forløb for borgere med multisygdom: En vidensopsamling af kommunale erfaringer med tværgående indsatser (11)

Desuden har Sundhedsstyrelsen sideløbende etableret projektet *Polyfarmaci ved multisygdom* og anbefalingerne blev udgivet i foråret 2022 (28).

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 sundhedskompetence (20), social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet (29), revision af den lægelige videreuddannelse, forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen (30), det faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatrien (31) 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.

2. Sammenfatning af 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.

Sammenhængende og koordineret indsats

2. Kommuner, sygehuse og almen praksis har særlig fokus på at sikre sammenhæng i risikofyldte situationer og til mennesker med komplekse problemstillinger. Herunder kan der, efter individuel vurdering, anvendes forløbskoordination.
3. Kommuner og sygehuse og almen praksis samarbejder om gensidigt at stå til rådighed for sparring og specialistrådgivning mhp. at skabe et sammenhængende forløb for mennesker med multisygdom.
4. Kommuner, sygehuse og almen praksis tilstræber, at der i forløb for mennesker med multisygdom med komplekse problemstillinger, arbejdes tværfagligt.

Helhedsorienteret og differentieret indsats

5. Kommuner, sygehus og almen praksis tilrettelægger forløb for mennesker med multisygdom med udgangspunkt i løbende individuelle funktionsevne- og behovsvurderinger.
6. Forløb til mennesker med multisygdom kan med fordel tage udgangspunkt i et standardforløb, hvor aktører kender hinandens opgave- og ansvarsfordeling, men hvor der er mulighed for individuel tilpasning, afhængig af den enkeltes behov, ønsker og ressourcer.

Aktører og samarbejde

7. 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

8. I lokale aftaler beskrives, hvordan man lokalt arbejder med de gennemgående principper for håndtering af mennesker med multisygdom, herunder hvilke modeller og redskaber, der anvendes. Desuden beskrives rammerne for samarbejde, ansvars- og opgavefordeling i arbejdet med mennesker med multisygdom.
9. Lokale aftaler om tilrettelæggelsen af forløb for mennesker med multisygdom bør tage udgangspunkt i det fælles populationsansvar. Afhængig af lokale forhold, kan aftalerne tage udgangspunkt i følgende målgrupper:
 - Ældre med multisygdom
 - Voksne i den arbejdsdygtige alder med multisygdom og samtidige øvrige problemstillinger
 - Voksne med psykisk og somatisk sygdom
10. 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

11. Der er behov for en stærkere faglig konsensus om, hvordan man identificerer personer med multisygdom med behov for en særlig indsats.
12. Der er behov for yderligere forskning om, hvordan man bedst tilrettelægger og organiserer sammenhængende forløb til mennesker med multisygdom, såvel inden for som på tværs af aktører.
13. Der er behov for at generere og indsamle ensartede forskningsegne data vedr. multisygdom på tværs af fagligheder og aktører.

3. Mennesker med multisygdom

3.1. Afgrænsning og forekomst af multisygdom i Danmark

Betegnelsen multisygdom dækker over personer, der lever med flere samtidige kroniske fysiske eller psykiske 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 (32-35). Der skelnes i opgørelserne ikke mellem sværhedsgraden af sygdommene eller hvor meget de påvirker patientens funktionsevne, livskvalitet mv.

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/tilstande) (36), 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 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 en eller flere af 6 udvalgte

kroniske sygdomme¹ er steget fra 810.000 til 1 mio. i perioden 2010-2019, svarende til en stigning på næsten 25% (37). I samme periode er andelen af dem, der lever med multisygdom², 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 (37). 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 estimerne baseres på at have mindst to af de 6 udvalgte sygdomme.

3.2. Karakteristik af mennesker med multisygdom

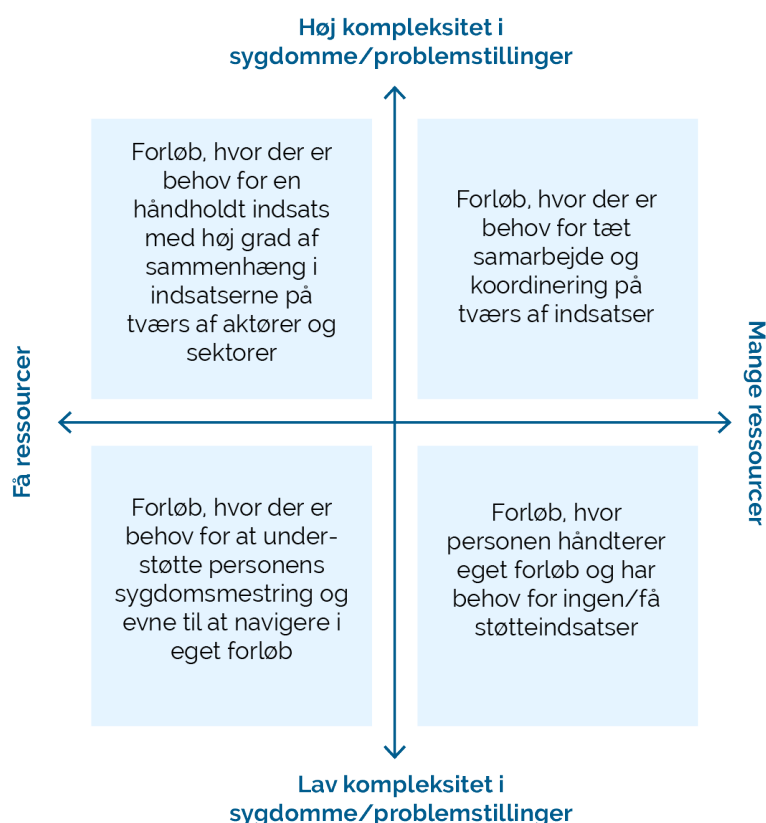
3.2.1. Grupper af mennesker med multisygdom

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 ofte er et særligt behov for, at de får en helhedsorienteret indsats på tværs af sektorer. Der vil inden for grupperne være personer med forskellige funktionsevne, ressourcer og behov (figur 1), men de nævnte grupper er karakteriseret ved, at der er en vis hyppighed af mennesker med komplekse problemstillinger, hvor der kan være et særligt behov for en sammenhængende indsats.

¹ En eller flere af følgende sygdomme: KOL, leddegigt, knogleskørhed, diabetes type 1 eller 2, astma

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

Figur 1:
Den heterogene gruppe af mennesker med multisygdom med forskellige behov



Figuren viser, at mennesker med multisygdom har forskellige behov, afhængig af dels kompleksiteten af deres sygdomme/problemstillinger, dels de ressourcer, de (og deres pårørende) har til at mestre sygdommene og øvrige problemstillinger. Det betyder, at behovet for indsatser også vil variere, hvor nogle mennesker har behov for få eller ingen støtteindsatser, mens personer med få ressourcer og en høj kompleksitet i sygdomme og/eller problemstillinger kan have behov for en håndholdt indsats med en høj grad af sammenhæng i indsatserne på tværs af aktører og sektorer (38). Kompleksiteten kan ændre sig over tid.

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), ca. 21% af de +75-årige (39), og har ofte behov for både kommunal- og sygehusindsats (40), som følge af sygdomme og livsbetingelser. Endelig er der blandt de ældre en gruppe af meget skrøbelige patienter med multisygdom, som har vanskeligt ved at transportere sig til vurdering og indsatser uden for eget hjem. Ældre med multisygdom har således ofte behov for flere samtidige og koordinerede tværfaglige og tværsektorielle indsatser.

Voksne i den arbejdsdygtige alder med multisygdom og samtidige øvrige problemstillinger

Mens en stor andel af mennesker med multisygdom er ældre, er forekomsten blandt yngre mennesker ikke ubetydelig (se kapitel 3) og er forbundet med bl.a. en lavere socioøkonomisk status, et lavere uddannelsesniveau og en lavere tilknytning til arbejdsmarkedet. Mennesker 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 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 prioriteres på bekostning af det andet.

Voksne 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 (41). 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 livs-omstændigheder som fx netværk, social situation, alder, uddannelse eller arbejde. Psykisk lidelse vil hos nogle, i perioder eller permanent, medføre begrænset overskud til at varetage behandlingen af både psykisk og somatisk sygdom, og ofte er de somatiske sygdomme underbehandlede eller slet ikke diagnosticerede hos denne gruppe (31). Desuden er der risiko for, at de får en mindre effektiv behandling af deres somatiske sygdom og på et sent tidspunkt i deres forløb (31). Personer med svære psykiske lidelser lever mellem 10 til 15 år kortere og med mere sygdom end den øvrige befolkning (42). Den kortere levetid skyldes bl.a. underbehandling eller uhen-sigtsmæssig behandling af både den psykiske lidelse og samtidig somatisk sygdom,

manglende forebyggende indsats overfor livsstilsrelaterede sygdomme, (metaboliske) bivirkninger til medicin, en højere forekomst af selvmord og ulykker samt afledte effekter af misbrug (31).

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 at passe uddannelse eller arbejde. Nogle personer med psykisk lidelse har et sparsomt netværk og sparsomme ressourcer til at varetage behandlingen. Desuden er psykisk lidelse hyppigt årsag til en nedsat arbejdsevne, hvormed denne gruppe også ofte står uden for arbejdsmarkedet eller er på førtidspension (43).

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 (34).

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 (44,54).

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 multisygdom³, som er i beskæftigelse eller uddannelse (45). 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).

Livsstilsrelaterede risikofaktorer

Livsstilsrelaterede risikofaktorer, som rygning, et højt alkoholindtag, fysisk inaktivitet, svær overvægt samt usunde kostvaner er alle forbundet med en øget risiko for at udvikle multisygdom (34,46). Risikoen er højst, hvis man har flere samtidige risikofaktorer (34). En analyse fra Statens Institut for Folkesundhed har vist, at svær overvægt (BMI \geq 30) er stærkt forbundet med udvikling af multisygdom (46). Også sygdomme i tænder og mund har tæt kobling til multisygdom. Mennesker med multisygdom har en øget

³ Multisygdom defineret som personer med mindst 2 af følgende kroniske sygdomme: KOL, leddegigt, knogleskørhed, diabetes type 1 eller 2, astma

risiko for at udvikle sygdom i tænder og mund. Sammenhængen mellem multisygdom og oral sygdom er kompleks og influeret af fælles risikofaktorer (usund kost, brug af tobak, alkohol) og har flere af de samme sociale og sundhedsadfærdsmæssige årsagssammenhænge. Videre forligger der sammenhæng mellem forskellige kroniske sygdomme og mundens sygdomme som fx type-2diabetes og parodontitis. Behandling af multisygdom med eks. stråleterapi eller medicin kan medføre bivirkninger som kan øge risiko for oral sygdom, og nedsat fysisk og psykisk funktionsevne kan indvirke på livsstil, egenomsorg, og regelmæssige tandplejebesøg (47).

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 (48–50). Det fænomen kaldes clusters (klynger).

Danske og internationale studier viser, at clusters ofte inkluderer mennesker med kardio-metaboliske sygdomme (altså hjertekarsygdomme, metaboliske lidelser som fx diabetes) eller psykiske lidelser (5,18,48,51). Det betyder, at der er en tendens til ophobning af flere andre sygdomme blandt mennesker med fx hjertekarlidelser, og at personer med psykisk sygdom ofte har en eller flere samtidige sygdomme, som kan være både somatiske og psykiske. Der synes også at være en ophobning af sygdomme/clusters blandt mennesker med muskel-skeletlidelser eller allergiske lidelser (18,48).

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 læge (52). Fx er 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 (52). 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 (53).

Udgifterne på samfundsplan ved multisygdom er også høje og stiger med antallet af kroniske sygdomme. I en rapport fra Statens Serum Institut fra 2015 (52) 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 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 og hvem der er i særlig risiko for at få mange lægemidler. Det beskrives også, hvordan sundhedspersonale kan finde de patienter, der har behov for en ekstra indsats i forhold til behandling med medicin, hvem der skal gennemføre medicingennemgang og hvordan samarbejdet om dette mellem aktørerne kan understøttes (28).

Multisygdom - en udfordring for patienten

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, adfærdsændringer samt behandlings- og rehabiliteringsforløb (behandlingsbyrden) (51). 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 (29).

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 (29). Dels forekommer multisygdom hyppigere og i en tidli-

gere 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 (54). 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 (55,56).

Social ulighed er tæt forbundet med sundhedskompetence, som er en kombination af personlige kompetencer og ressourcer i omgivelserne, der bestemmer menneskers 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 (19). 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 persons sundhedskompetence er tilstrækkelig til at finde, forstå og få udbytte af relevante tilbud og forløb (20).

En dansk spørgeskemaundersøgelse fra 2014 viste, at ca. hver femte dansker havde problemer med at forstå sundhedsinformation og indgå i dialog med sundhedspersonalet (57). 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. Sproglige vanskeligheder, herunder tolkningsbehov, og kognitive vanskeligheder kan yderligere bidrage til en lavere sundhedskompetence.

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. Det er muligt at arbejde målrettet med at nedsætte kompleksiteten og gøre behandlingsforløb forståelige og tilgængelige for alle, så udbyttet af forebyggelse og behandling af sygdom, lidelse og funktionsnedsættelse ikke afhænger af den enkeltes sundhedskompetence (20).

4. Inddragelse af personer med multisygdom og deres 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 (58). De kan endvidere opleve, at det er svært at imødekomme de krav, der stilles i forbindelse med behandling, såsom medicinindtagelse, koordinering af aftaler, adfærdssændringer samt forebyggelses-, behandlings-, rehabiliteringsforløb og palliation (59–61).

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 (3,62).

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, prioritering 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 og har betydning for både behandlingsudfald, forbrug af sundhedsydelser og livskvalitet (63–65). 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 (63,66).

I forbindelse med multisygdom bør der særligt være opmærksomhed på inddragelse ifm. planlægning af et samlet forløb og fastsættelse af mål for forløbet. Der bør være fokus på, at brugerinddragelse er en integreret tilgang til mennesker med multisygdom i alle interaktioner mellem medarbejdere i sundhedsvæsenet og mennesker med multisygdom. Derudover kan der være risikofyldte 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 personen flyttes mellem sektorer, afdelinger mv., når der er tale om akutte situationer og når personen involveres i egen behandling, eksempelvis opstart af hjemmebehandling (20).

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 Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (67), herunder eksempler på brugerinddragelse på kommunalt plan i publikationen *Borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver* (68). 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.

I nogle tilfælde vil inddragelse indebære, at der prioriteres i indsatserne og at der træffes valg og fravalg for behandlingen. Det kan betyde, at der opstår en konflikt ift. behandlingsvejledninger og gældende nationale anbefalinger, som ikke nødvendigvis adresserer de særlige forhold, der gør sig gældende ift. multisygdom. Hvis der træffes beslutning om en behandling, seponering eller prioritering, som ikke følger retningslinjer eller behandlingsvejledninger for specifikke sygdomme, bør lægen, som i andre situationer, hvor der afviges, informere patienten grundigt om mulige gavnlige og skadelige virkninger, dokumentere overvejelserne i journalen samt huske kontrol og opfølgning med patienten.(28)

Der fokuseres i denne publikation på inddragelse på et individuelt plan. Det fokus er valgt fordi den individuelle inddragelse vurderes særlig betydningsfuld i forhold til at differentiere indsatser til den heterogene gruppe af mennesker med multisygdom. Imidlertid er det væsentligt, at der i hele sundhedsvæsenet også arbejdes med organisatorisk brugerinddragelse, så brugerperspektivet medtages i planlægningen og implementeringen af indsatser til mennesker med multisygdom (20,69).

4.1.1. Inddragelse og sundhedskompetence

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 (19). Eksempelvis kan det være nødvendigt, at beslutninger om komplekse forløb, som ved multisygdom, skal tages trinvis. 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. Der findes flere redskaber til at beskrive den individuelle sundhedskompetence, herunder CHAT og HLQ (20,70). Ingen af redskaberne er implementeret systematisk i Danmark, men anvendes i udvalgte kommuner og på udvalgte sygehusafdelinger. Redskaberne består af en række spørgsmål fordelt på forskellige domæner og forudsætter som udgangspunkt, at der afsættes tid til specifikt at afdække den enkeltes sundhedskompetence. I den daglige kontakt med patienten foregår en vurdering af sundhedskompetencer gennem samtalen med og kendskabet til patienten. Det vurderes, at et øget kendskab til sundhedskompetencer generelt kan bidrage til en bedre kommunikation og inddragelse af den enkelte.

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 (71).

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 (71). Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet har oversat et generisk beslutningsstøtteværktøj, som kan anvendes til beslutninger om helbreds-mæssige eller sociale forhold (71). Frem for information om specifikke behandlingsmuligheder, indeholder dette værktøj en række spørgsmål, der har til sigte at afklare personens viden om den beslutning, der skal træffes vedrørende sygdommen, og belyse hvilke fordele, ulemper eller risici der kan være ved hver mulighed, og hvilke overvejelser det skaber for personen.

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 (72). 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 (73). 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. Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet har oversat et generisk dialogstøtteredskab, der har til formål at understøtte sundhedsprofessionelle i deres forberedelse af dialogen med patienter/borgere (74).

4.4. PRO-data

PRO-data (Patient Rapporterede Oplysninger) er oplysninger om en persons helbredstilstand, herunder fysisk og mentalt helbred, symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau, som rapporteres direkte af patienten, som bliver indsamlet gennem spørgeskemaer (75).

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 (75). Der indsamles ikke systematisk PRO-data for patienter med multisygdom. Jf. kapitel 8 kan det med fordel overvejes, om der skal indsamles særlige 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 med multisygdom ikke skal udfylde separate PRO-skemaer, med risiko for 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, eller hjertesygdom) (75) 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 (76). 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. Formålet med forløbsplaner er ligeledes at give almen praksis et værktøj til populationsoverblik for de pågældende populationer, og der arbejdes på en afprøvning af deling af forløbsplaner med andre sektorer, som det fremgår af aftale om sundhedsreformen (77).

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 2020 og 2022 (78,79). Evalueringerne viser, at implementeringen og anvendelse heraf fortsat udstår i en del klinikker. Evalueringen viser også, at patienterne kun i begrænset omfang, har benyttet sig af muligheden for at tilgå egne forløbsplaner digitalt. Der peges på behovet 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., hvilket efterfølgende har været et fokus i videreudvikling bl.a. ved borgerens adgang til forløbsplaner i appen Min Læge og inddragelse af patientbrugergruppe. 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.

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 særskilt støtteindsats (80).

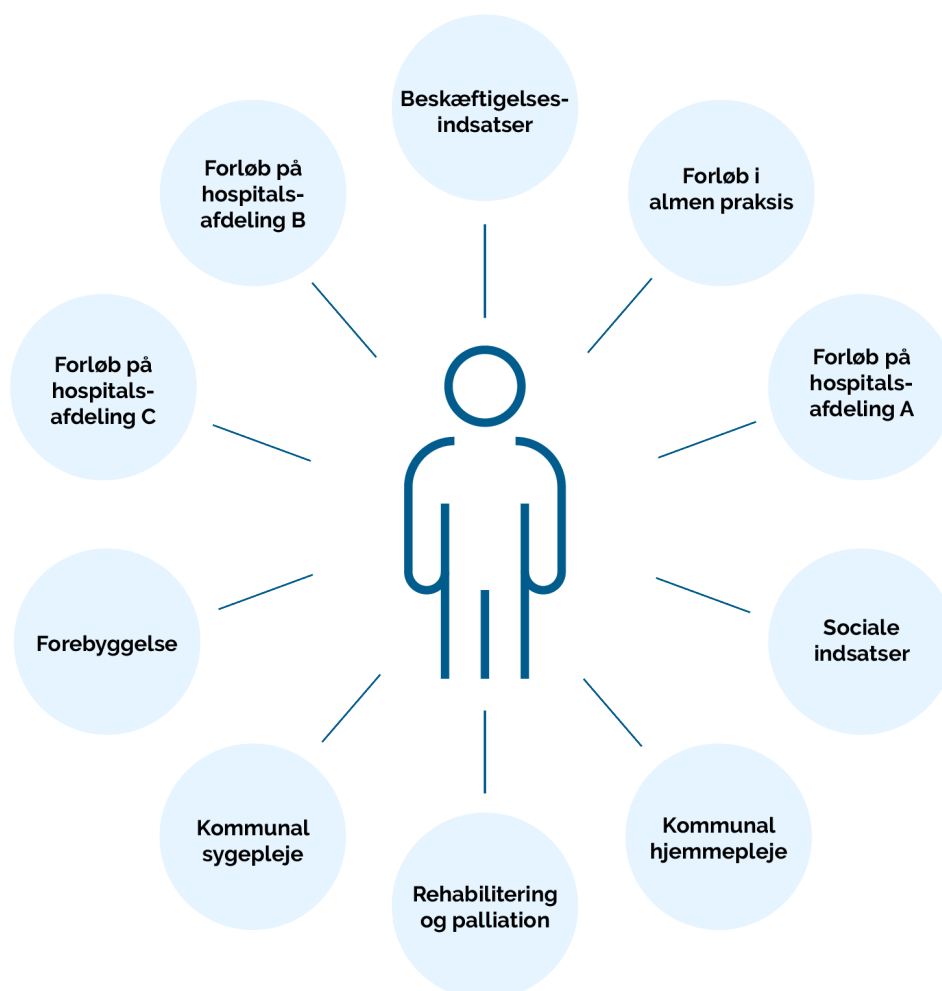
Erfaringer med pårørendeinddragelse viser, at det øger tilfredsheden hos både patienter, pårørende og sundhedsmedarbejdere, og samtidig giver et løft af kvaliteten fx ved at bidrage til mere hensigtsmæssige arbejds gange (81).

Inden for psykiatrien findes der evidens for de positive effekter af pårørendeinddragelse (80). Flere undersøgelser har vist, at risikoen for tilbagefald af sygdom og genindlæggelser reduceres, når pårørende inddrages i forløbet (82) og i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatrien anbefales det, at de pårørendes ressourcer bruges mere aktivt, systematisk og ensartet i både den kommunale og den regionale indsats (31).

Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet 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 (81). Der er endnu sparsom erfaring med videokonsulteret stuegang med pårørende i Danmark, men der er projekter i gang (jf. afsnit 6.3).

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 gælder fx personer med multisygdom, som har kontakt til flere specialiserede afdelinger og hvor den sundhedsprofessionelle kan være udfordret både ift. kompleksiteten af de medicinske problemstillinger og ift. at understøtte et koordineret og sammenhængende forløb.

Figur 2: Det komplekse forløb for mennesker med multisygdom

Multisygdom kan, i varierende grad, og skiftevis over tid, involvere aktører og indsatser på tværs af sektorer. 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 tværs (83). 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 (15). Forskning viser også, at indsatser, der har til sigte at understøtte patienternes evne til egenomsorg, kan have en positiv effekt på mental sundhed (15). 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 sygdom (13).

Der findes en række forskellige modeller, hvis primære formål er, at koordinere hele eller dele af et patientforløb 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. 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.

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 afsættet 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 per-

sons forløb er behov for støtte. Der er konkrete nationale eksempler på gode erfaringer med forløbskoordination, som kan findes i Sundhedsstyrelsens 'Vidensopsamling af kommunale erfaringer' (84).

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 patienten 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 visitation (85). 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 hermed 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/frivillig, hvorfor mange indsatser også bliver båret af frivillige aktører.

Der er flere gode erfaringer med forløbsstøtte, hvor bl.a. Navigator projekterne (86) 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 sundhedsvæsenet og de borgernære sundhedstilbud. Lignende gode erfaringer med forløbsstøtte findes hos Kræftens Bekæmpelse, der har udviklet og afprøvet indsatsen for socialt sårbare kræftpatienter (87), og har dannet grundlag for udvikling af 'Navigator' projekterne.

5.2. Patientansvarlig læge

Den patientansvarlige læge er en ordning, der skal understøtte patientens oplevelse af sammenhæng, koordinering og tryghed i deres forløb både ambulant og/eller under indlæggelse. Ordningen er en del af aftalen om en sundhedsreform fra maj 2022 (88) og bygger videre på den eksisterende nationale aftale mellem Sundhedsministeriet, Kræftens Bekæmpelse, Overlægeforeningen, Yngre Læger, Danske Patienter, Dansk Sygeplejeråd og regionerne fra 2018 (89,90). Det er et tilbud, som personer med multisygdom bør tilbydes ved behov. Funktionen behøver ikke varetages af en læge, men kan varetages af en anden sundhedsperson med passende kompetencer (88).

Den patientansvarlige læge eller anden sundhedsperson 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 eller anden sundhedsperson 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 eller anden sundhedsperson, som kan bidrage til det sammenhængende og koordinerede forløb. Således kan der med fordel være fokus på implementering af ordningen til disse patienter.

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 undersøgelse (91) 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 brobyggerpsygeplejerskernes funktion og opgaver indeholder elementer, der har tæt sammenhæng med de sygeplejefaglige handlinger i Transitional Care Modellen (TCM), herunder bl.a. brobyggerpsygeplejersken 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 brobyggerpsygeplejefunktioner der arbejder med udgangspunkt i TCM og elementerne herfra, medfører en reduktion i genindlæggelser og økonomiske udgifter, samt forbedrer livskvalitet og øger tilfredsheden hos ældre borgere med medicinsk multisygdom.

5.4. Specialrådgivning, tværfagligt samarbejde og multidisciplinære konferencer

I arbejdet med mennesker med multisygdom efterlyses ofte bred viden på tværs af sygdomme, viden om sygdommens 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 specialrådgivning, 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. Specialrådgivning

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 findes tilstrækkelig viden inden for egen organisation. Det kan dreje sig om en afgrænset problemstilling, enkeltsygdomme og samspillet med andre sygdomme mv. og der kan være tale om rådgivning inden for samme sektor, fra primær sektor til sekundær sektor eller omvendt.

I nogle regioner er der etableret forskellige telefonrådgivningsmuligheder, hvor speciallæger i almen medicin kan hente faglig sparring om konkrete patientforløb/problemmstillinger. Eksempelvis er der mulighed for sparring fra Lægemiddelrådgivningen ved de klinisk farmakologiske afdelinger om konkrete kliniske problemstillinger ved behandling med lægemidler (92), ligesom der i Region Syddanmark er etableret et telefarmakologisk ambulatorium (93). 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 specialrådgivning. Eksempelvis er den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), et tilbud til kommuner, regioner og fagpersoner i de sager, hvor der er brug for sparring, supplerende viden, specialrådgiv-

ning 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 (94). 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 (13). Desuden anbefales det i EU-projektet, SELFIE (10), at der i behandlingen af mennesker med multisygdom, indruges et tværfagligt team, der går på tværs af sundhedsvæsenet, den sociale sektor og civilsamfundet (3). 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 (95). I det danske sundhedsvæsen anvendes en tværfaglig tilgang i høj grad som en 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) (83,96–98). 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 yderligere målgrupper fx dobbeltdiagnoser og yngre voksne 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 (99). 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 (83). Resultater relateret til omkostninger, forebyggelse af indlæggelser, bolig-situation 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 fx konkret betyde, at alle involverede speciallæger og øvrige sundhedsprofessionelle på sygehuset mødes til konference og lægger en plan for den samlede behandling (100). 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 (101). 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 (102).

Der findes enkelte eksempler på faste multidisciplinære teamkonferencer for personer med multisygdom (103). 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 (104).

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 og at medarbejderne ikke bruger unødige

ressourcer på at indhente oplysninger om patienterne. Mange data deles i dag, men der er behov for, at der i højere grad deles relevante data på en måde, der er nem at tilgå i klinikken. Dertil kommer, at datadeling på tværs af bl.a. sundhedsområdet og socialområdet er vanskeligt pga. lovgivningsmæssige barrierer. Det giver risiko for vidensstab og gør overgange i forløb ekstra sårbare.

Der findes en række muligheder for datadeling på tværs af sundhedsvæsenet gennem de digitale løsninger, herunder Sundhedsjournalen (105), Et Samlet Patientoverblik (106) samt MedComs digitale meddelelser (107). Desuden deles recepter ved hjælp af Fælles Medicinkort (FMK). Der er potentiale for at udbrede kendskabet til disse løsninger og eksisterende juridiske og tekniske muligheder for at dele data. Med den politiske aftale om sundhedsreformen og den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2022-2025 indgået mellem regeringen, KL og Danske Regioner, er der afsat midler til videreudvikling og modernisering af disse digitale løsninger til datadeling, så flere oplysninger kan deles mellem aktører. Bl.a. arbejdes der på at udvalgte sundhedspersoner i kommunerne kan få adgang til relevante oplysninger om en patients behandlingsforløb i Sundhedsjournalen. En anden digital løsning til at dele data på tværs er Et Samlet Patientoverblik (106), som skal styrke det sammenhængende sundhedsvæsen ved at sikre deling og overblik over oplysninger om patientens behandling på tværs af regioner, kommuner, praksissektor. Det skal gøre det lettere for sundhedspersoner at samarbejde om patientforløb og understøtte patienter og pårørendes overblik over behandlingsforløb. Programmet har udviklet løsninger for et fælles stamkort og for en aftaleoversigt, som er ved at blive implementeret i lokale journalsystemer. Med den politiske aftale om Sundhedsreformen er der afsat midler til at udbygge Et Samlet Patientoverblik med oplysninger om patientens planer, som indeholder diagnoser, aktiviteter og mål.

Som en del af sundhedsreformen og i den efterfølgende udmøntningsaftale med KL og Danske Regioner, er der endvidere aftalt et arbejde for afdækning af barrierer for, at flere relevante oplysninger kan deles på tværs af kommuner, regioner og almen praksis, særligt på tværs af forskellige lovgivninger som servicelov og sundhedslov.

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. For nogle er det naturligt, at man selv er den, der ved mest om eget forløb og uden problemer navigerer i de eksisterende tilbud. Andre har 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 social- eller beskæftigelsesområdet.

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 (108). 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 hér 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 praksis eksempler 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

En vurdering af den enkeltes funktionsevne og behov ligger til grund for de indsatser, der iværksættes for den enkelte. For en række sygdomme, fx diabetes eller astma, foretages en risikovurdering af den enkelte patient, som kan være vejledende ift. at fastlægge et niveau af behandling, og identificere de personer, der skal henvises til specialiseret udredning og behandling (109). Risikostratificeringen sker på baggrund af en række fastsatte variable og risikofaktorer (110). 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, 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.

Mens det sjældent forvolder problemer at finde de personer, der har to eller flere diagnoser, har flere studier vist, at det kan være vanskeligt at finde prædiktorer eller indikatorer for, hvilke patienter med multisygdom, der har brug for en særlig indsats og der findes aktuelt ikke en model for risikostratificering af multisygdom (111,112). I nogle lægepraksis, foregår risikostratificering på baggrund af en individuel vurdering ved læger eller klinikpersonale med kendskab til personen og dennes helbredsmaessige 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 engelske prioriteringsinstitut, NICE, anbefaler i deres retningslinjer for multisygdom, at klinikere aktivt tager stilling til, om patienten har behov for en særlig indsats, hvis:

i) patienten har svært ved at overkomme behandling eller almindelige aktiviteter, ii) patienten får behandling eller indsatser fra flere aktører, iii) patienten har samtidig somatisk og psykisk sygdom, iv) patienten tager flere forskellige slags medicin, v) patienten er skrøbelig (113).

Det vurderes, at der er behov for en stærkere faglig konsensus om, hvordan man identificerer personer med multisygdom med behov for en særlig indsats. Herunder kan det undersøges, om det er hensigtsmæssigt at udvikle en virksom risikostratificeringsmodel eller om eksisterende kriterier fra nationale projekter, internationale retningslinjer eller andre lignende områder med komplekse problemstillinger (fx skrøbelighed (111)) kan anvendes.

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.

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 (114). 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 multisygdom (104), udarbejdet anbefalinger for organisering af sammedagsundersøgelser for mennesker med diabetes (115). 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 (116). 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 pilotprojekt⁴, 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 (117). 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 (118).

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 sundhedsvæsenet ved behov og/eller får indflydelse på placeringen af forskellige aktiviteter i sundhedsvæsenet, herunder kontroller, indlæggelser mv (119).

Der er bl.a. erfaringer med brugerstyret behandling blandt personer med kroniske lidelser og andre langvarige forløb (120).

Der findes eksempler på selvstyringsskemaer, hvor personen hjemmefra kan håndtere egen behandling og guides til, hvornår der skal rettes kontakt til sundhedsvæsenet (121). 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 (122). Fleksible og brugerstyrede forløb baseret på PRO-data anvendes

⁴ 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.

fx i Region Midt til personer med epilepsi, søvnapnø, samt ifm. behandling og opfølgning af visse kræftformer (123).

Inden for psykiatrien har Region Midtjylland, som en del af det nationale projekt *Brugerstyrede senge* i 2013 (124), 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 (125).

Et norsk studie viste, at brugen af brugerstyrede senge i psykiatrien øgede antallet af indlæggelser, mens varigheden af indlæggelserne faldt og brugen af tvang blev reduceret (126). Et danske studie har vist, at fleksible indlæggelser øgede de samlede omkostninger til personer med svære psykiske lidelser i de første 12 måneder efter fleksible indlæggelser blev tilbudt til patienten, sammenlignet med almindelig behandling (127).

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 sundhedsydelse tyder på at stagnere blandt de inkluderede patienter i ordningen (128). I en opdatering af tallene fra 2020 viser, tyder det på, at patienter med adgang til fleksible indlæggelser, havde færre indlæggelser, sengedage og lægevagtskontakter, men flere ambulante besøg (129). 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. 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 sundhedsydelse, 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 individuelt 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, herunder multisygdom. 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. Personen kan derved opleve større fleksibilitet i behandling og opfølgning. Ydermere kan telemedicinske tilbud understøtte øget inddragelse af pårørende, som får mulighed for at deltage i stuegang, møder mv. Derudover kan telemedicinske løsninger anvendes ifm. rehabilitering i regionalt eller kommunalt regi. Personen kan eksempelvis rapportere målinger foretaget 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.

En fordel ved telemedicinske tilbud er, at de kan differentieres, 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.

I Sundhedsstyrelsens litteraturstudie af nationale og internationale erfaringer med organisering af sundhedsvæsenet for mennesker med multisygdom (15) peges på at telemedicinske indsatser kan have en positiv effekt på mental sundhed, udvalgte kliniske parametre og fysisk funktion, når de er målrettet personer med specifikke sygdomskombinationer. Den samlede evidens for effekten af telemedicinske indsatser ved multisygdom er dog begrænset (15).

I Danmark er der gode erfaringer med afprøvning af telemedicinske løsninger til borgere med KOL og hjertesvigt, som bl.a. har vist resultater i form af færre og kortere indlæggelser, samt en oplevelse af øget mestring hos de borgere der har fået tilbudt løsningen (130,131). I projekterne er telemedicin afprøvet med fokus på enkelt-diagnoser, men der er kendte kommende projekter i gang, der stiler mod at afprøve telemedicinske løsninger til borgere med flere kroniske sygdomme med henblik på at udvikle en generisk løsning der kan tilbydes til mennesker med multisygdom (132). Andre digitale løsninger kan være anvendelse af videomøder der, som ovenfor nævnt, også kan have positive effekter ift. at øge mulighederne for pårørendeinddragelse. Der er bl.a. erfaringer med firepartsmøder, hvor personen med multisygdom og dennes pårørende, samt kommune, sygehus og almen praksis sammen koordinerer de forskellige pleje- og behandlingskontekster, som indgår i personens forløb og hverdag (133). Det skal bemærkes at telemedicinske tilbud ikke nødvendigvis er den rette løsning for alle og det bør altid overvejes, om den enkelte person har de nødvendige kompetencer til fx at betjene det nødvendige udstyr. Erfaringer

peger dog på, at personer med lav sundhedskompetence⁵ også kan have god gavn af telemedicin, og har et sammenligneligt udbytte med personer med høj sundhedskompetence målt på effekter som tryghed og mestring (130).

Ved implementering af telemedicinske løsninger, kan der i øvrigt være behov for øget opmærksomhed på afklaring af ansvar mellem sektorer. Her har man i Region Nordjylland gode erfaringer med at forankre drift og udviklingsarbejde af de telemedicinske tilbud i et fælles sekretariat for kommune, sygehus og almen praksis (130).

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 (134). 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 praksis (117) 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. Endvidere findes der i regi af overenskomsten en mulighed for at tilbyde en opsøgende fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykiske lidelser. Formålet med de tre 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. Desuden udfylder de kommunale akutfunktioner en vigtig rolle i forhold til at forebygge akut forværring af eksisterende sygdom, herunder blandt mennesker med multisygdom (135).

6.4.1. Støtte til sygdomsmestring for mennesker med kroniske sygdomme

En af de modeller, der har været afprøvet til en differentieret indsats for personer med multisygdom er det nationale forskningsprojekt Aktiv Patientstøtte, som blev afsluttet i 2022. Aktiv Patientstøtte var et tilbud til personer med flere kroniske sygdomme, som fik tilbud om en støtteindsats i 6-9 måneder. Støtteindsatsen bestod af telefonisk rådgivning ved en sygeplejerske, og fungerede som et supplement til den

⁵ Mere specifikt funktionel sundhedskompetence, som betegner evnen til og muligheden for at tilegne sig og forstå viden.

vanlige sygdomsbehandling og kontrolbesøg. Samtalerne havde til sigte at understøtte personen med multisygdom i at få mere viden om sin sygdom og sit helbred og til bedre sygdomsmestring, samt at kunne navigere i sundhedsvæsenet. Indsatsen var national og der var etableret støtteenheder i alle fem regioner.

Formålet med Aktiv Patientstøtte var at øge patienternes livskvalitet, mestringsevne og derigennem at mindske risikoen for akutte og forebyggelige indlæggelser i en periode på 6-9 måneder. Evalueringen af Aktiv Patientstøtte viste imidlertid, at indsatsen ikke var effektivt i forhold til at forebygge indlæggelser, samtidig med at den var omkostningstungt. Effektmålene ift. livskvalitet og mestring af egen sygdom var beskedne, dog var der store individuelle variationer. I evalueringens kvalitative del ses, at brugerne oplevede at den kontinuerlige støtte og tilgængelighed, forbedrede deres handlekompetence, livskvalitet og øget selvtillid. Der er planer om at videreføre nogle af de positive erfaringer fra projektet til andre projekter (136).

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. Ulempen 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 (137). 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.

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 (20,29).

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 bør fungere som den gennemgående sundhedsaktør for de fleste mennesker med multisygdom. Rollen som den gennemgående sundhedsaktør betyder, at almen praksis, med sit kendskab til patienten og historikken i dennes forskellige helbredsproblematikker, fastholder kontakten med patienten og sikrer, at der er lavet aftale om opfølgning i almen praksis, afhængig af patientens behov og ønsker.

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*.(138) At udarbejde fyldestgørende attester til brug i kommunal sagsbehandling.
- Som udgangspunkt at varetage den løbende vurdering af den samlede farmakologiske behandling af personer med multisygdom, som ikke er i længevarende behandling på hospitalet (28).
- 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 overordnet kendskab til relevante tilbud i kommunerne og hos andre aktører, fx via Sundhed.dk, formelle netværksdannelser eller tværsektorielle uddannelsesstiltag. Kendskab til andre aktørers indsatser er et vigtigt incitament for, at der tages kontakt til og henvises til relevant indsats.

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 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 (114), hvor koordinering og faglig sparring mellem specialer som udgangspunkt er en del af organiseringen.

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 enkelt sygdomme 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 om fysisk eller virtuelt netværksmøde, udskrivningssamtale el.lign. med deltagelse af relevante kommunale områder, hvis personen har været indlagt, kan understøtte en sammenhængende, helhedsorienteret og inddragende indsats.
- 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, indvandrermedicinsk klinik eller lignende tilbud. 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 velfærdsydelse. I den forbindelse har kommunerne et særligt ansvar i forhold til at understøtte, at indsatser til mennesker med multisygdom på sundhedsområdet, det sociale område og beskæftigelsesområdet sammentænkes, herunder med særlig fokus på mennesker med komplekse forløb (139).

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 undervisningslovgivning (140).
- 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* (138).
- 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 (141).
- 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, undervisnings- og/eller beskæftigelsesmæssige problematikker.
- At samarbejde med almen praksis, sygehuse og praksisområdet mhp. at understøtte en sammenhængende indsats til personer med multisygdom, herunder at overveje, om fysisk eller virtuelt netværksmøde, udskrivningssamtale el.lign. kan understøtte en sammenhængende, helhedsorienteret og inddragende indsats.

7.3. Samarbejde og 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 på sigt også beskriver, hvordan samarbejdet mellem aktører skal foregå, når der er flere sygdomme, behov for involvering af flere aktører og 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 kan 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 3 findes eksempler på, hvilke modeller for organisering, der kan være særligt relevante at anvende, for forskellige aktører. Der kan desuden findes eksempler på konkrete projekter i følgende rapporter: *Viden om organisatoriske og patientrettede indsatser ved multisygdom* (15), *Sammenhængende forløb for borgere med multisygdom: En vidensopsamling af kommunale erfaringer med tværgående*

indsatser (11), Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kroniske sygdom, herunder social ulighed i sundhed (142) og Katalog med beskrivelse af udvalgte cases (142) (se bilag 3).

Diagnosticering af multisygdom er, givet definitionen, sjældent vanskelig. Derimod forvolder det større problemer at identificere de personer, der har komplekse forløb og som har behov for en særlig indsats (jf. afsnit 6.1). I fraværet af værktøjer til systematisk at opspore disse personer, anbefaler Sundhedsstyrelsen at der initielt er fokus på at beskrive samarbejdet om de konkrete målgrupper, som er beskrevet i afsnit 3.2.1. Derudover anbefales det, at de lokale aftaler tager udgangspunkt i det fælles populationsansvar og tilgængelige populationsdata.

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 om risikofyldte situationer (20), hvor der også bør være opmærksomhed på, at personen tilbydes de rette indsatser og at identificere personer, som kan have behov for en særlig indsats:

- Ved sektorovergange
- Ved ændringer i den enkeltes sundhedstilstand og/eller betydelige ændringer i den enkeltes sociale indsats
- Ved større ændringer i medicin (28)
- 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 alle faggrupper, der har regelmæssig kontakt til mennesker med multisygdom, have 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.

8.1. 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 patient-rapporterede 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 3.2.1, dvs. ældre med multisygdom, voksne i den arbejdsdygtige alder med multisygdom og komplekse problemstillinger, voksne med samtidig psykisk og somatisk sygdom, 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 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 (30). Herunder er det vigtigt, at allerede igangværende initiativer i det primære sundhedsvæsen for at indsamle, ensarte og dele data, styrkes og udbygges og der kan være behov for yderligere initiativer, 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 praksis (afsnit 6.2.2) og igangværende initiativer med modeller for udgående funktioner fra sygehusene til patienter i hjemmet, forskellige virtuelle løsninger samt fusionsklinikker, hvor eksempelvis behandlingen af psykiske somatiske lidelser integreres. Desuden ses der et behov for yderligere viden om differentierede indsatser, herunder fx brugerstyret behandling, fleksible konsultationsformer og -indlæggelser samt telemedicin. I alle de ovennævnte initiativer 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.

8.2. Dataindsamling

Der er behov for at generere og indsamle ensartede forskningsegne 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 og ensarte infrastrukturen for generering og brug af data på tværs af fagligheder og aktører.

Der kan med fordel indsamles PRO-data fra personer med multisygdom som grundlag for inddragelse i eget forløb. Derudover kan PRO-data benyttes som grundlag for beslutningsstøtte, stratificering, monitorering og kvalitetsudvikling. Der kan med fordel tænkes i løsninger, hvor data på tværs af specialer og aktører samles, således at en person med multisygdom eksempelvis ikke skal udfylde separate PRO-skemaer for hver enkelt sygdom, men i stedet et samlet skema, hvor de samme spørgsmål kun besvares en gang. Det kan være en udfordring at udarbejde et sådant generisk skema, hvis der skal være plads til både generiske og sygdomsspecifikke spørgsmål.

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 enkeltsygdomme (143) 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 eksisterede data vedr. (udvalgte) somatiske og psykiske lidelser, kan genbruges og kobles i en database vedr. multisygdom.

Referenceliste

1. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years. *European Journal of General Practice*. 2008 Jan 11;14(sup1): 28–32.
2. Kingston A, Robinson L, Booth H, Knapp M, Jagger C. 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 May 1;47(3):374–80.
3. Leijten FRM, Struckmann V, van Ginneken E, Czypionka T, Kraus M, Reiss M, et al. The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy (New York)*. 2018 Jan;122(1):12–22.
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 Aug; 53 :100903.
5. Larsen FB, Pedersen MH, Friis K, Glümer C, Lasgaard M. 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 Jan 5;12(1): e0169426.
6. Statens Serum Institut. Store udgifter forbundet med multisygdom. 2015; København.
7. Saaby M, Kongstad LP, Lydixen NV, Engel-Andreasen C, Olsen KR. Sundhedsøkonomiske omkostninger for multisyge og komplekst multisyge patienter. Syddansk Universitet. 2017.
8. Willadsen T, Siersma V, Nicolaisdóttir D, Køster-Rasmussen R, Jarbøl D, Reventlow S, et al. Multimorbidity and mortality. *J Comorb*. 2018 Jan 1;8(1):2235042X1880406.
9. Lund Jensen N, Pedersen HS, Vestergaard M, Mercer S, Glümer C, Prior A. The impact of socioeconomic status and multimorbidity on mortality: a population-based cohort study. *Clin Epidemiol*. 2017 May;Volume 9:279–89.
10. SELFIE (Sustainable integrated chronic care models for multimorbidity: delivery, financing and performance); <https://www.selfie2020.eu/> (Besøgt: 22. marts 2023).

11. Sundhedsstyrelsen. Sammenhængende forløb for borgere med multisygdom: En vidensopsamling af kommunale erfaringer med tværgående indsatser. 2023.
12. Smith SM, Bayliss EA, Mercer SW, Gunn J, Vestergaard M, Wyke S, et al. How to Design and Evaluate Interventions to Improve Outcomes for Patients with Multimorbidity. *J Comorb.* 2013 Jan 8;3(1):10–7.
13. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions to improve outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. In: Smith SM, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007.
14. Hopman P, de Bruin SR, Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Tonnara G, Lemmens LC, et al. Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty: A systematic literature review. *Health Policy (New York)*. 2016 Jul;120(7):818–32.
15. Eriksen CU, Birke H, Holding SAL, Frølich A. Viden om organisatoriske og patientrettede indsatser ved multisygdom. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse for Sundhedsstyrelsen. 2019.
16. Sundhedsministeriet. Aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2018-2021. 2017 <https://www.regeringen.dk/media/4291/aftale-satspuljen-sundhedsomraadet-2018-2021.pdf> (Besøgt: 22. marts 2023).
17. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. 2012.
18. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*. 2022 Dec 14;8(1):48.
19. Bröder J, Chang P, Kickbusch I, Levin-Zamir D, McElhinney E, Nutbeam D, et al. IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. *Glob Health Promot*. 2018 Dec 11;25(4):79–88.
20. Sundhedsstyrelsen. Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. En vej til mere lighed. 2022.
21. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (Besøgt: 22. marts 2023).
22. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom. 2020.

23. Sundhedsstyrelsen. Faglig ramme for etablering af nærhospitaler. 2022.
24. Sundhedsministeriet. Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger). 2021. <https://sum.dk/Media/637589953597284286/Aftale-tekst%20vedr.%20sundhedsklynger%20pdf.pdf> (Besøgt: 22. marts 2023).
25. Fonden for Almen Praksis. Notat om Populationsomsorg i almen praksis. 2018.
26. Region Syddanmark S. Forslag til ny finansieringsmodel for sygehusene (somatik og psykiatri) i Region Syddanmark 2016. <https://do-cplayer.dk/106837082-Forslag-til-ny-finansieringsmodel-for-sygehusene-somatik-og-psykiatri-i-region-syddanmark.html> (Besøgt: 22. marts 2023).
27. Statens Institut for Folkesundhed. Multisygdom i Danmark. 2019.
28. Sundhedsstyrelsen. Polyfarmaci ved multisygdom – Viden, fokusområder og anbefalinger til videre arbejde. 2022.
29. Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang. 2022.
30. Sundhedsstyrelsen. Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen - en national strategi. 2022.
31. Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. 2022.
32. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, Glümer C, Frølich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity – A register-based population study. BMC Public Health. 2017 Dec 10;17(1):422.
33. Pagh S, Laursen MB, Johannesen CK, Schramm S. Multisygdom i Danmark. 2019.
34. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021. 2022.
35. Sundhedsdatastyrelsen. Borgere med multisygdom: Borgere med kroniske sygdomme i 2017. 2020.
36. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. 2018.
37. Sundhedsdatastyrelsen. Sundhedsdata – Kort Nyt: Antal borgere med kroniske sygdomme er steget med 25 pct. siden 2010. 2020.

38. Hujala A, Taskinen H, Rissanen S. How to support integration to promote care for people with multimorbidity in Europe? 2017
http://www.icare4eu.org/pdf/PB_26.pdf (Besøgt: 22. marts 2023).
39. Sundhedsdatastyrelsen. Færre ældre får mange slags medicin. 2022.
https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2022/polyfarmaci_160922
(Besøgt: 22. marts 2023)
40. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient. Fagligt oplæg til en handlingsplan 2016-2019. 2016.
41. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børglum AD, Christensen MK, et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *New England Journal of Medicine*. 2020 Apr 30;382(18):1721–31.
42. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet*. 2019 Nov;394(10211):1827–35.
43. Petersen SR, Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Er helhedsløsninger i kommunerne vejen frem? I Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. 2017;66–72.
44. Danske Regioner. Sundhed For Alle 2020 Børn og unges trivsel. [Danske Regioner - Sundhed for alle børn og unge](#) (Besøgt: 24. marts 2023)
45. Sundhedsdatastyrelsen. Borgere med multisygdom på arbejdsmarkedet. 2018.
46. Statens Institut for Folkesundhed for Danske Regioner, Møller SP, Johannesen CK, Tolstrup JS, Laursen B, Shramm S. Risikofaktorer for multisygdom. 2019.
47. Petersen PET, Davidsen M, Ekholm. O, Christensen AI. Tandsundhed Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen. 2017.
48. Møller SP, Laursen B, Johannesen CK, Statens Institut for Folkesundheds for Sundhedsstyrelsen. Multisygdom i Danmark. 2019.
49. 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.

50. Schäfer I, Kaduszkiewicz H, Wagner HO, Schön G, Scherer M, van den Bussche H. Reducing complexity: a visualisation of multimorbidity by combining disease clusters and triads. *BMC Public Health*. 2014 Dec 16;14(1):1285.
51. Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om multisygdom - Dokumentation af multisygdom i det danske samfund - fra silotænkning til sammenhæng. 2017.
52. Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation. Store udgifter forbundet med multisygdom. 2015.
53. Frølich A, Ghith N, Schiøtz M, Jacobsen R, Stockmarr A. Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. *PLoS One*. 2019 Aug 1;14(8):e0214183.
54. Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed SU. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010 - 2017. 2020.
55. Rigsrevisionen. Forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene. 2019.
56. Mercer SW, Guthrie B, Furler J, Watt GCM, Hart JT. Multimorbidity and the inverse care law in primary care. *BMJ*. 2012 Jun 19;344(jun19 2):e4152-e4152.
57. 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 Dec 22;14(1):1095.
58. Ørtenblad L, Jönsson AR, Meillier L. Komplekse liv. Patientinddragelse som vej til et bedre hverdagsliv for multisyge? *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*. 2015 Aug 24;(22).
59. 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.
60. Morris JE, Roderick PJ, Harris S, Yao G, Crowe S, Phillips D, et al. Treatment burden for patients with multimorbidity: cross-sectional study with exploration of a single-item measure. *British Journal of General Practice*. 2021 May;71(706):e381-90.
61. Sav A, King MA, Whitty JA, Kendall E, McMillan SS, Kelly F, et al. Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. *Health Expectations*. 2015 Jun;18(3):312-24.

62. Rehabiliteringsforum Danmark A, Maribo T, Ibsen C, Thuesen J, Nielsen C v, Johansen JS, et al. Hvidbog om rehabilitering, 1. udgave. 2022.
63. Deeny S, Thorlby. R, Steventon A. Briefing: Reducing emergency admissions: unlocking the potential of people to better manage their long-term conditions. 2018.
64. Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Effekter af individuel brugerinddragelse – hvad siger litteraturen? 2019.
65. Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G, Binns-Calvey A, Ashley N, Kelly B, et al. Patient-Centered Decision Making and Health Care Outcomes. *Ann Intern Med.* 2013 Apr 16;158(8):573.
66. Sundhedsstyrelsen. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed. – En empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. 2008.
67. Danske Patienter. VIBIS. <https://danskepatienter.dk/vibis>. (Besøgt: 22. marts 2023).
68. Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Inspirationskatalon Borgerinddragelse i kommunernes sundhedsopgaver. 10 eksempler på borgerinddragelse i kommuner. 2018.
69. Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og patientinddragelsesudvalg [Internet]. Retsinformation. 2022. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/1248> (Besøgt: 22. marts 2023).
70. Aarhus Universitet I for F. Sundhedskompetence <https://ph.au.dk/sundhedskompetence> (Besøgt: 22. marts 2023).
71. Videncenter for brugerinddragelse – i sundhedsvæsenet. Inspirationskatalog for udvikling af beslutningsstøtteværktøjer. 2016.
72. Dansk Sundhedsinstitut Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse S, Københavns Kommune. Dialogstøtteredskaber, konkrete veje til patientinddragelse. 2009.
73. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale. 2019.

74. Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Den brugerinddragende dialog. Et dialogstøtteredskab til individuel inddragelse. 2017.
75. PRO sekretariatet Sundhedsdatastyrelsen. <https://pro-danmark.dk/da> (Besøgt: 22. marts 2023).
76. Medcom. Informationsmateriale 2022 <https://www.medcom.dk/projekter/forloebplaner/informationsmateriale> (Besøgt: 24- marts 2023).
77. Sundhedsministeriet. Sundhedsreform . 2022 <https://sum.dk/Media/637888973082282053/Aftale%20-%20Et%20sam-menh%C3%A6ngende.%20n%C3%A6rt%20og%20st%C3%A6rkt%20sundheds%C3%A6sen.pdf> (Besøgt: 24. marts 2023).
78. Muusmann. Evaluering af digitale forløbsplaner i almen praksis. 2020.
79. Medcom. Udbredelse af forløbsplaner i almen praksis. 2022.
80. Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen. Koncept for systematisk inddragelse af pårørende. 2018.
81. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Tema: Pårørendeinddragelse. 2015 https://danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/A_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelser/tema_om_paroerendeinddragelse.pdf (Besøgt: 22. marts 2023)
82. Bedre Psykiatri. Inddragelse af pårørende <https://bedrepsykiatri.dk/viden/inddragelse-af-paroerende/> (Besøgt: 22. marts 2023).
83. Viden til Velfærd. Sammenhæng i patientforløb – Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis? 2018.
84. KORA for Sundhedsstyrelsen, Buch MS, Jakobsen M. Evaluering af indsats for forløbskoordination - Slutstatus for regionale og kommunale aktiviteter og resultater. 2016.
85. KORA, Buch MS, Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Ladekjær E. Evaluering af indsats for forløbskoordination – Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner. 2016.
86. Sundhedsstyrelsen. Evaluering af navigationsprojekterne - første delrapport af satspulje i projektet, fremme af lighed i sundhed og Sundhedsvæsenet. 2018.

87. Kræftens Bekæmpelse. Navigatorprogram for kræftpatienter - En målrettet indsats til forbedring af kræftforløbet for socialt sårbare kræftpatienter. 2015.
88. Sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreformen. 2022. <https://sum.dk/nyheder/2022/maj/bred-aftale-om-sundhedsreformen> (Besøgt: 22. marts 2023).
89. Sundhedsministeriet. Uddybende forståelse til aftale om national model for patientansvarlige læger. 2016.
90. Danske Regioner. Hvidbog for den patientansvarlige læge. 2017.
91. Forskningsstøtteenheden, Sjællands Universitetshospital. Brobygger projektet - Brobyggerpsygeplejerskernes kompetencer, funktion og praksis i koordineringen af komplekse tværsektorielle forløb for ældre borgere med medicinsk multisygdom . 2022.
92. Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi. Lægemedlerådgivning <https://klinisk-farmakologi.dk/laegemiddelraadgivning> (Besøgt: 22. marts 2023).
93. Telefarmakologisk Ambulatorium <https://telefarmakologi.dk/> (Besøgt: 22. marts 2023).
94. Social- og Boligstyrelsen. VISO. <https://socialstyrelsen.dk/viso>. (Besøgt: 22. marts 2023).
95. National Institute for health and Care Excellence. Older people with social care needs and multiple long-term conditions. 2015.
96. van Veldhuizen JR. FACT: A Dutch Version of ACT. Community Ment Health J. 2007 Aug 21;43(4):421-33.
97. Nugter MA, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. Community Ment Health J. 2016 Nov 4;52(8):898-907.
98. FACT-FACTS. Flexible Assertive Community Treatment or Flexible ACT (FACT). [Internet]. [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://fact-facts.nl/>
99. Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen. Model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. 2015.
100. World Health Organization. Multimorbidity. 2016.
101. Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for tværgående specialfunktioner . 2021.

102. Boisen AS, Balslev NE. Ugeskrift for Læger. 2016.
103. Regionshospitalet S. Klinik for Multisygdom og Polyfarmaci - Patientinformation. [klinik-for-multisygdom-og-polyfarmaci-patientinformation-7098.pdf \(danskepatienter.dk\)](#) (Besøgt: den 24. marts 2023)
104. DEFACTUM for Sundhedsstyrelsen. Erfaringsopsamling af eksisterende modeller for organisering af sammedagsundersøgelse og -opfølgning for patienter med diabetes og patienter med multisygdom. 2019.
105. Sundhed.dk. Sundhedsjournalen. <https://www.sundhed.dk/borger/min-side/min-sundhedsjournal/>. (Besøgt: 22. marts 2023).
106. Sundhedsdatastyrelsen. Et Samlet Patientoverblik. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/etsamletpatientoverblik>.
107. Medcom. <https://www.medcom.dk/>. (Besøgt: 24. marts 2023).
108. Looman W, Struckmann V, Köppen J, Baltaxe E, Czypionka T, Huic M, 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 May;277:113728.
109. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. 2017.
110. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. 2005.
111. Vass M, Hendriksen C. Der mangler dansk konsensus om definitionen af skrøbelighed. *Ugeskr Læger* 2016; V04160279(178).
112. Rijken M, Valderas JM, Heins M, Schellevis F, Korevaar J. 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 Dec 29;21(1):75.
113. National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management. 2016.
114. Danske Regioner. 360 grader rundt om multisygdom. 2020.
115. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af sammedagsundersøgelse - for mennesker med diabetes. 2021.

116. Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA), Region Hovedstaden. Forebyggende undersøgelser for senkomplikationer - Drivere og barrierer hos personer med type 2-diabetes. 2019.
117. Regionernes lønnings- og takstnævn, Praktiserende lægers organisation. Overenskomst om almen praksis 2022. [Overenskomst om almen praksis \(laeger.dk\)](https://www.laeger.dk) (besøgt 24. marts 2023)
118. Dansk Selskab for Almen Medicin. Overblikstatus og årsstatus. <https://vejledninger.dsam.dk/media/files/21/overblikstatus-og-rsstatus.pdf>. (Besøgt: 9. marts 2023).
119. Martin HM, Pedersen LH, Johansen AMU. Ugeskrift for Læger 2017.
120. Whear R, Abdul-Rahman AK, Boddy K, Thompson-Coon J, Perry M, Stein K. The Clinical Effectiveness of Patient Initiated Clinics for Patients with Chronic or Recurrent Conditions Managed in Secondary Care: A Systematic Review. PLoS One. 2013 Oct.
121. Danske Patienter. Skema til selvstyring af behandling. <https://danskepatienter.dk/vibis/vaerktoejer-til-inddragelse/brugerstyret-behandling/skema-til-selvstyring-af-behandling>. (Besøgt: 9. marts 2023).
122. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitets- og patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. 3. udgave, 2018.
123. Region Midtjylland. AmbuFlex, Center for Patientrapporterede Oplysninger. <https://www.rm.dk/sundhed/faginfo/ambuflex/>. (Besøgt: 9. marts 2023).
124. Sundhedsministeriet. Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2013-2016. 2012.
125. Region Midtjylland. Udsigt til patientstyrede indlæggelser i hele voksenpsykiatrien inden 2019. <https://www.rm.dk/om-os/aktuelt/nyheder/news-2016/december/udsigt-til-patientstyrede-indlæggelser-i-hele-voksenpsykiatrien-inden-2019/>. (Besøgt: 24. marts 2023).
126. Tidsskrift for den Norske Laegeforening, Heskestad S, Tytlandsvik M. Brukerstyrte kriseinnleggelse ved alvorlig psykisk lidelse. 2008; 32-5.
127. Paaske LS, Sopina L, Olsen KR, Thomsen CT, Benros ME, Nordentoft M, et al. The impact of patient-controlled hospital admissions among patients with severe mental disorders on health care cost: A nationwide register-based cohort study using quasi-experimental design. J Psychiatr Res. 2021 Dec;

128. Silkeborg Kommune, Regionshospitalet Silkeborg diagnostisk center. Styregruppen for Fleksible Indlæggelser, 2.års evaluering af Fleksible Indlæggelser. 2018.
129. Schlünsen ADM. Acute exacerbation of chronic conditions: Evaluation of an inter sectorial intervention to integrate and optimise treatment and follow-up. Ph.d afhandling, Aarhus Universitet. 2020.
130. Region Nordjylland. Fra tro til viden - afrapportering fra TeleCare Nord. <https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/telecare-nord/telemedicin-kol/nordjyske-erfaringer-med-telemedicin-kol/forskning-og-evaluering/fra-tro-til-viden-afrapportering-fra-telecare-nord>. 2017. (Besøgt: 22. marts 2023).
131. Region Nordjylland. Fra tro til viden - afrapportering fra TeleCare Nord - Hjertesvigt. <https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/telecare-nord/telemedicin-hjertesvigt/nordjyske-erfaringer-med-telemedicin-hjertesvigt/forskning-og-evaluering/fra-tro-til-viden-afrapportering-fra-telecare-nord-hjertesvigt>. 2020. (Besøgt: 22. marts 2023).
132. Region Nordjylland. Sundhedsinnovation: Telemedicinsk hjemmemonitorering af patienter med multisygdom. https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/TelecareNord/Om-TeleCare-Nord/Sundhedsinnovation-Telemedicinsk-hjemmemonitorering-af-patienter-med-multisygdom-vers3.ashx?la=da. (Besøgt: 22. marts 2023).
133. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Tværsektorielle videomøder om den ustabile patient. 2022.
134. Vedsted P, Rytter L, Olesen F. Hvad vil det sige at være proaktiv i kronikerindsatsen i almen praksis? 2008.
135. Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser. 2017.
136. Region Midtjylland, DEFACTUM. Aktiv Patientstøtte – Forskningsresultater. <https://www.defactum.dk/publikationer/showPublication?publicationId=1095&pageId=309986>. 2022. (Besøgt: 22. marts 2023).
137. Petersen CH, Buch MS. Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. 2014.
138. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016.

139. Sundhedsstyrelsen. Helhedsorienterede beskæftigelsesindsatser med fokus på sundhed. 2019.
140. Socialministeriet, Indenrigsministeriet, Undervisningsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet. Vejledning om kommunal rehabilitering. 2011.
141. Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om hjemmesygepleje: VEJ nr. 102 af 11/12/2006.
142. Rambøll Management Consulting for Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen. Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed. 2022.
143. Regioners kliniske kvalitetsudviklingsprogram. Kommunale repræsentanter og kommunale data i de kliniske kvalitetsdatabaser. Drejebog version 1.1. 2020.
144. Rambøll Management Consulting for Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen. Katalog med beskrivelse af udvalgte cases - Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed. 2022.

Bilagsfortegnelse

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

Bilag 1: Kommissorium

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 indsatsler 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 Adsersen 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
Line Riddersholm	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.

Der kan findes eksempler på konkrete projekter i følgende rapporter: *Viden om organisatoriske og patientrettede indsatser ved multisygdom* (15) er en gennemgang af en række nationale og internationale studier om patientrettede og/eller organisatoriske indsatser til mennesker med multisygdom i almen praksis, kommuner og på sygehuse. I *Sammenhængende forløb for borgere med multisygdom: En vidensopsamling af kommunale erfaringer med tværgående indsatser* (11) er der eksempler på en række konkrete projekter gennemført i danske kommuner. Endelig findes der i rapporten *Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kroniske sygdomme, herunder social ulighed i sundhed* (142) og det tilhørende bilag *Katalog med beskrivelse af udvalgte cases* (144) eksempler på projekter målrettet mennesker med kroniske sygdomme, der enten understøtter tværsektorielt samarbejde, datadeling, mindsker den sociale ulighed i sundhed i mødet med sundhedsvæsenet og/eller understøttelse det enkelte forløb teknologisk.

Aktør	Gennemgående princip	Model
Almen praksis	Inddragelse	Fælles beslutningstagning og beslutningsstøtteværktøjer. (afsnit 4.2)
		Den inddragende dialog (evt. vha. dialogstøtteredskaber). (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 overblikkonsultation. (afsnit 6.2)
	Sygehus/region	Inddragelse
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 eller anden sundhedsperson. (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)
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