

EGENOMSORG VED KRONISK SYGDOM

Tema-avis fra nordisk konference
om egenomsorg

"Når det er mig selv, der tager blodprøver, noterer mine tal og fører skemaer, er det pludselig også mit ansvar at følge med. Jeg får en meget bedre føling med min sygdom og kan bedre justere min livsstil og min kost efter, hvad der virker," siger Nini Leroul.

Norske resultater fra lærings-
og mestringscentre



Svenske patienter har adgang
til egne webbaserede data



Astmapatienter passer
på sig selv i Finland



Patienters egenomsorg skal kvalitetssikres

Flere ældre borgere og patienter overlever eller lever med en sygdom. Det stiller krav om udvikling, patientinddragelse og sammenhængende forløb for patienter med kronisk sygdom.

Af Jean Hald Jensen

Sundhedsstyrelsen arbejder med udvikling af forløbsprogrammer og patientuddannelse for kroniske sygdomme, og i den forbindelse er Sundhedsstyrelsen ved at definere og sætte de faglige rammer for, hvordan regionerne kan udarbejde og indføre forløbsprogrammer på i første omgang fire udvalgte områder.

Sundhedsstyrelsens arbejde tager først og fremmest afsæt i, at der er behov for at revidere den bagvedliggende ramme, en såkaldt generisk model, for forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. Ændringerne er nødvendige, fordi den første model fra 2008 tager udgangspunkt i enkelte sygdomme, og

der er behov for, at modellen også kan håndtere, at mange patienter har mere end en sygdom på en gang.

Den generiske model skal desuden udbygges med hjælpemoduler, som kan støtte arbejdet med kronisk sygdom og herunder også patienternes egenomsorg. Sundhedsstyrelsen planlægger en elektronisk version af den generiske model med uddybende bilag, så kommuner og regioner i fællesskab lettere kan gå til opgaven med at udarbejde og indføre de konkrete forløbsprogrammer.

Egenbehandling som behandlingsprincip vil blive fastlagt i en ny vejledning. Der vil samtidig blive udarbejdet en vejledning for kvalitetssikring af patientuddannelser ved kronisk

sygdom, da en MTV-rapport fra Sundhedsstyrelsen har beskrevet, at der er brug for at afklare, hvilken organisering og hvilke pædagogiske modeller, der giver den højeste kvalitet og de mest effektive forløb.

Monitorering af kronisk sygdom er et tredje felt, som Sundhedsstyrelsen skal definere og sikre en fælles platform for monitorering af indsatser fra de mange aktører, der er involveret i behandlingen af patienter med kroniske sygdomme. Det drejer sig blandt andet om statistik, for hvor mange patienter med kronisk sygdom, der modtager behandling i hospitalsregi, i almen praksis og oplysninger om medicinforbrug.

Der er i øjeblikket en erfaringsudveksling mellem aktø-



Konferencen om egenomsorg ved kronisk sygdom satte gang i debatten om vidensdeling fra projekter og erfaringer med patientuddannelse.

erne, og Sundhedsstyrelsen afholder blandt andet erfaringsmøder sammen med kommuner og regioner og diskuterer emner som f.eks. sundhedspædagogik i patientuddannelserne. De kommende forløbsprogrammer vil også indeholde en beskrivelse af særlige forhold, der gør sig gældende ved psykiatrisk sygdom og ved behandlingen af særligt udsatte ældre medicinske patienter.

Der er afsat en pulje på 590 mio. kr. i regioner, kommuner og stat til en forstærket ind-

sats for patienter med kronisk sygdom som led i regeringens kvalitetsreform. Midlerne skal blandt andet anvendes til udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer samt til videreudvikling af patientundervisning og programmer for egenbehandling for kronisk syge patienter i årene 2010-2012. ■

Fremtiden byder på egenomsorg

Modeller for kronisk syges egenomsorg har vist sig at have stor effekt. Først og fremmest på patienternes sygdomme, men også på deres livskvalitet og på samfundets økonomi. "Meget mere af det," lyder det fra Sundhedsstyrelsen.

Kroniske sygdomme som f.eks. diabetes, rygerlunger og åreforkalkning kræver en anden behandling end akutte sygdomme som f.eks. infektions sygdommene. Derfor har Sundhedsstyrelsen de seneste år haft fokus på de kroniske sygdommes særlige udfordringer.

"De kroniske sygdomme er sygdomme, som folk lever med 365 dage om året i mange år. Vi ved også, at der for de kroniske sygdommes vedkommende er en tæt sammenhæng mellem adfærd og sygdomsudvikling," fortæller speciallægekonsulent Svend Juul Jørgensen fra Sundhedsstyrelsen.

Fra forskningen ved man tillige, at jo mere viden, patienterne får om deres egen sygdom, jo større bliver deres erkendelse og lyst til inddragelse.

"Hele egenomsorgstanken bygges på adfærdspsykologiske studier, der viser, at man kan flytte folk, og det mener vi, at sundhedsvæsenet er forpligtet til," siger han.

Ifølge Svend Juul Jørgensen er både forebyggelse og egenomsorg i fokus i sundhedsvæsenet i disse år.

"Det er så heldigt, at den måde, patienter bedst muligt kan hjælpes på, tillige passer

ind i nogle af de omstændigheder, samfundet står i i dag, såsom en stigende ældrebefolkning, større grupper af kroniske sygdomme, stigende sundhedsudgifter," siger han.

Kvalitet er afgørende

Men det vigtigste i forhold til egenomsorgsmodeller er, at kvaliteten skal være i orden.

"Vi ved, at man kan gå ind og påvirke forløbet hos kroniske syge ved en forebyggende indsats, så de ikke udvikler symptomer, der belaster dem selv og sundhedsvæsenet. F.eks. har det vist sig inden for anti-koagulationsbehandling, at de, der er i egenbehandling, er velbehandlede, at de har færre komplikationer, og at de meget ressourcetunge hjerneblødninger næsten kan undgås," fortæller Svend Juul Jørgensen. Han mener, at sundhedsvæsenet har en opgave i at støtte patienterne i egenomsorg, og at man i højere grad skal spille sammen med patienterne for at højne kvaliteten.

"Sundhedsvæsenet skal være en aktiv part, og patienten skal have viden om sin sygdom. F.eks. inden for astma, her skal patienten vide, hvad sygdommen er, kende symptomerne og

lære at bemærke optræk til et nyt anfald. De skal lære at måle peakflow og vide, hvordan de skal reagere, hvad enten det er ved at kontakte sundhedsvæsenet eller selv justere sin medicin.

Det samme gør sig gældende inden for diabetes og også inden for antikoagulation. Her viser tallene faktisk, at 30-40 pct. af patienterne vil være i stand til at varetage egenbehandling og derved få en bedre behandling," siger han.

Men det er ikke uden problemer. Mange patienter vil være nervøse i starten. Det er ukendt land, og de mangler tillid til, at de selv kan gøre det lige så godt som en fagperson. "Men den nervøsitet forsvinder hurtigt, når de får viden og erfaring. Mange af dem oplever sidenhen, at deres livskvalitet stiger, når de bliver uafhængige af hyppige kontroller hos lægen," fortæller Svend Juul Jørgensen.

Meget mere egenomsorg

Han ser gerne egenomsorgsmodeller udviklet inden for mange flere områder.

"Ambitionen er at nå derhen, hvor man for hver enkelt borger, der får konstateret en kronisk sygdom, tager stilling til, hvad denne patient har brug



"Mange patienter vil i starten være nervøse, men den forsvinder hurtigt, når de får viden og erfaring," siger speciallægekonsulent Svend Juul Jørgensen fra Sundhedsstyrelsen.

for af viden og derefter har mulighed for at give dem et patientuddannelsesstilbud, der kan gøre, at de kan lære at leve med deres sygdom og i meget høj grad behandle den selv, enten med monitorering, udlevering

af apparatur eller ved at registrere fysiske ting," siger Svend Juul Jørgensen og nævner i den forbindelse astma- og diabetes-skolerne som gode eksempler på dette. ■

Sundhedsvæsenet har ansvar for at ruste patienter til egenomsorg

Patienter med kroniske sygdomme som astma, diabetes og hjertesygdom skal i fremtiden have et større ansvar for deres egen sygdom. Flere patientgrupper monitorerer allerede i dag deres egen behandling, men det er sundhedsvæsenets forpligtelse at bibringe patienterne viden og evner til at tage ansvar for deres egen sundhed, sagde sundhedsminister Bertel Haarder (V) på Sundhedsstyrelsens konference om egenomsorg ved kronisk sygdom i december 2010.

”Nogle gange skal borgeren følges tæt, tages ved hånden på det meste af turen – andre gange er et enkelt godt råd tilstrækkeligt. På mine besøg rundt i sundhedsvæsenet har jeg set og hørt om mange gode tiltag, der understøtter patienternes muligheder for at varetage egenomsorgen – ikke mindst mange spændende telemedicinske løsninger,” sagde Bertel Haarder.

Han vurderer, at der er et stort udviklingspotentiale på det telemedicinske område, både i forhold til at styrke patienters mulighed for at udøve

egenomsorg og i forhold til at eksportere de gode løsninger til udlandet.

”De nordiske lande har – med højt udviklede sundhedsvæsen, højt uddannelsesniveau og en solid teknologisk viden – et forspring, som jeg synes, vi skal udnytte,” sagde han.

Egenomsorg og patientuddannelse er et fokusområde for Sundhedsstyrelsen, som er ved at udarbejde en vejledning på området, og begge områder skal forankres fagligt og dokumenteres, konstaterede overlæge Svend Juul Jørgensen på konferencen.

”Vi savner forskning på området, men den manglende evidens er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at der ikke er effekt af egenomsorg. Man kan se flere eksempler på åbenlyst effektive og nyttige modeller, som er indført på trods af, at der ikke er evidens. Det gælder f.eks. diabetes-målingsudstyr og de metoder, som i dag gør det muligt for patienter på antikoagulationsområdet at agere som behandlere,” sagde Svend Juul Jørgensen.

I Danmark har 70 kommuner i dag tilbud om uddannelse af patienter, men Norge er i dag længst fremme med 63 lærings- og mestringscentre. Over hele Norge fik 40.000 patienter og pårørende i 2009 et uddannelsstilbud indenfor sygdomme som blandt andre KOL, astma, overvægt, hjertesygdom og diabetes.

Konferencen satte fokus på behovet for en øget forskning på området og på, at de nordi-

ske lande kan have stor gavn af i regi af Nordisk Råd at sikre, at der fortsat sker en vidensdeling på området. Der er behov for en kvalitetssikring af egenomsorg som behandlingsprincip og for, at de nordiske lande definerer fælles standarder på området. ■



”Der er et stort udviklingspotentiale i telemedicin, både når det gælder egenomsorg og fremtidig eksport af gode løsninger,” sagde sundhedsminister Bertel Haarder.



Patientuddannelser og teknologi udfordrer sundhedsvæsenet

Hvor er det største potentiale inden for egenomsorg?

Telemedicinske løsninger som giver patienterne mulighed for at rapportere data i en form, hvor alle involverede behandlere kan kigge med og få adgang til opdaterede oplysninger. Det vil først og fremmest give patienterne mulighed for at følge bedre med i deres egen sygdom, og så vil det spare sundhedsvæsenet for mange unødvendige indlæggelser.

Hvordan bliver det mere udbredt?

Der mangler forskning på området og dokumentation for effekten af egenomsorg, og så mangler der beslutninger om at give flere kompetencer til det sundhedspersonale, som patienterne løbende er i dialog med. Der er behov for, at patienterne får større kompetencer, så de selv kan styre deres behandling i dialog med de sundhedsprofessionelle, når patienterne beder om en vurdering af selvrapporterede data.

Hvem er dit forbillede?

Vi kan lære meget af den norske lærings- og mestringsmodel, som giver patienterne ejerskab for deres sygdom og øger sandsynligheden for, at de mestrer behandlingen og lærer at leve med deres sygdom.



Britta Ortiz,
lægefaglig konsulent,
Region Sjælland

Hvor er det største potentiale i egenomsorg?

Patientuddannelse rummer et stort uudnyttet potentiale, da patienterne det meste af deres tid er på egen hånd med deres sygdom. Vi har mange erfaringer med patientuddannelse i Danmark, men man savner evidens for effekter og pædagogik og ikke mindst sammenhæng mellem effekter og pædagogiske metoder. Lige nu er det kun Stanford-modellen, der lever op til dette.

Hvordan bliver det mere udbredt?

Vi skal tænke andre forskningstraditioner ind i vores arbejde, så vinklen på egenomsorg og patientuddannelser ikke alene er præget af en medicinsk tilgang, men bliver kombineret med humanistiske teorier og forskningstraditioner.

Hvem er dit forbillede?

Stanford Universitet er et forbillede i deres arbejde med at koble pædagogik og patientuddannelse. På den måde bliver der udviklet patientuddannelser, der har en systematisk sammenhæng mellem pædagogik, indhold, effekter og kompetenceudvikling af underviserne.



Lea Dunkerley,
projektkoordinator,
Komiteen for Sundhedsoplysning

Største potentiale i egenomsorg?

Det ligger i at nå de største patientgrupper diabetes, KOL og overvægtige og at motivere dem til gennem brug af teknologi at få permanente livsstilsændringer.

Hvordan bliver det mere udbredt?

Der må være et samarbejde mellem myndigheder og patientorganisationer, og vi ser i den sammenhæng nogle lande, som går virkelig langt i dette samarbejde og tillader patienter at behandle hinanden og i et enkelt land, Kuwait, er myndighederne gået så langt, at de uddanner patienter og giver dem begrænset autorisation til at ordinere/udskrive medicin til andre patienter.



Gunnar Hartvigsen,
professor, Norsk
center for telemedicin,
Universitetshospitalet
i Nordnorge

Hvor ser du det største potentiale inden for egenomsorg?

Forebyggende hjemmemonitorering. At vi fanger patienterne, mens de har det godt og lærer dem at mestre deres sygdom ved at bruge ny teknologi til hjemmemonitorering. Der er et stort potentiale i, at vi møder patienterne på deres hjemmebane. Vi kan se i vores Telekat projekt, at det det er muligt at få patienterne til at monitorere blodtryk, puls, vægt, lungefunktion og iltmætning i blodet 1-2 gange om ugen.

Hvem er dit forbillede inden for egenomsorg?

Michael Hasenkam og antikoagulationsområdet, som er nået langt med deres resultater på et kompliceret område, og hvis man ser til udlandet, vil jeg fremhæve de erfaringer, man har i forsikringsbranchen med at organisere og monitorere patienter i egenbehandling gennem Callcentre, hvor en enkelt medarbejder kan fungere som kontaktperson for op til 2-3.000 patienter, som de f.eks. gør på Cleveland Clinic, Ohio i USA



Birthe Dinesen,
ass. professor
og Ph.D. master
i administration,
Aalborg Universitet

Svensk reumatologis kvalitetsregister

Første patient blev registreret på blanket i 1995.
 Internettjenesten blev etableret i 2003.
 Registeret er landsdækkende og har 63 tilsluttede enheder.
 649 registrerede brugere
 37.164 inkluderede patienter
 34.252 aktive patienter
 225.307 besøg totalt
 31.171 besøg per år
 55 diagnoser: Arthritis og Bechterews sygdom
 Inflammatoriske systemsygdomme og blodkarinflammation.

"Jo flere data patienterne har og følger med i, jo mere motiverede bliver de til at tage hånd om sig selv," siger Carina Andrén, der er vårddesigner på Svensk Reumatologi Register i Stockholm.



Gigtpatienter overvåger og registrerer symptomer

I Sverige kan gigtpatienter selv overvåge og registrere deres symptomer elektronisk. Registeret har forbindelse til alle, der er involveret i behandlingen af patienterne, og det hæver niveauet af plejen.

Carina Andrén lider selv af gig. Hun har derfor i mange år været optaget af, hvordan man bedst muligt lever med en kronisk sygdom som gig. Hun har været involveret i den svenske gigforening og haft mange kontakter i sundhedsvæsenet. Og hun var fyr og flamme, da hun for nogle år siden blev kontaktet af overlæge Staffan Lindblad fra Karolinska Sygehuset i Stockholm.

"Han deltog i mange møder med fagfolk, der sad og diskuterede en masse emner om gig, og om hvordan gigtpatienter skulle have det i fremtiden. Han ville derfor gerne have en person med, der selv led af gig. Det synes jeg jo, var en ret god ide," smiler Carina Andrén, der regnede med, at det arbejde vil-

le tage et par timer om ugen. I dag arbejder hun så meget, hun kan, som det, svenskerne kalder "vårddesigner", og som på dansk kan oversættes til noget i retning af plejedesigner.

Hendes job går ud på at skabe, udvikle og implementere nye værktøjer til patienterne for at give dem mulighed for at blive delagtiggjort i deres egen pleje, og for at plejen tager hensyn til de kundskaber, patienterne har, fortæller hun.

Patienter har data på web-tjeneste

Staffan Lindblads opringning blev starten på Carinas arbejde med PER – Patientens Egen Registrering, et internetbaseret elektronisk system, hvor gigtpatienter kan registrere alt,

der har med deres sygdom at gøre, såsom smerte, livskvalitet, daglig funktion, ledhævelser og ledømhed. PER er direkte koblet op til SRQ – Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister, så alle patienters og lægers registreringer skrives direkte ind i registeret. Når gigtpatienterne derefter er til deres tjek hos lægen, er alle resultater samlet et sted, og udviklingen kan ses over tid.

"På den måde får man som patient et meget detaljeret overblik over, hvad det er, der påvirker sygdommen," fortæller Carina Andrén.

De første patienter registrerede sig via blanketter i 1995, men siden 2003 har tjenesten været webbaseret, og den kan bruges helt gratis af alle sygehuse i Sverige. "Baggrunden er, at jo flere data patienten har og følger med i vedrørende deres egen sygdom, jo mere motiverede bliver de til at tage hånd om sig selv og går ikke bare til lægen og forventer, at han gør noget," fortælle Carina Andrén og fortsætter: "Vi patienter får et indblik i og forstår, hvad det er, der styrer symptomerne. Dermed tager vi mere ansvar og kan også hurtigt se, at den ændring, vi gør i f.eks. vores kost eller stress, har en betydning," siger hun.

Lettere at følge eget sygdomsforløb

Selv har Carina Andrén også fået det bedre. "Jeg arbejder

meget mere, end jeg nogensinde har gjort, og det her projekt bare vokser og vokser. Det vidste vi jo ikke, det ville gøre. Men min medicinering er meget finjusteret, og jeg har fået en viden om, hvad det er ved min livsstil, der virker, og jeg har bare fået det så godt," fortæller hun.

Og det er ikke bare Carina Andrén, der har fået det bedre. Forskning, der har været tilknyttet projektet, viser bl.a., at lægerne får bedre overblik over status, og at behandlingen dermed går hurtigere. Hertil kommer, at de mange konkrete data giver en umiddelbar feedback ved lægebesøget, ligesom registreringen er et godt opfølgningssværktøj.

Forskningen viser også, at patienterne mener, det bliver lettere at følge deres sygdomsforløb. Informationerne gør, at de føler sig delagtige i deres egen pleje, og de sætter pris på, at når alle informationerne er på plads, får de mere tid til at stille spørgsmål i konsultationerne. Det har også vist sig, at patienternes egne undersøgelser af deres led med tiden bliver lige så god som lægens, ligesom den viser, at velinformerede og involverede patienter får bedre behandlingseffekt og resultat af deres rehabilitering.

Kulturen skal ændres

Alt i alt lyder det jo som en solstrålehistorie. Og Carina Andrén er da også godt tilfreds.

Der er 21 sygehusenheder, der benytter sig af PER, og 11, der er ved at gøre klar til det. Der laves ca. 700 registreringer om måneden af patienter, og tallet øges hele tiden. Så umiddelbart er det svært at forstå, hvorfor ikke alle sygehuse benytter sig af det. "Mange af de store sygehuse har været igennem så mange forandringer de seneste år, at selv sådan en lille ting, der på sigt ville gøre deres arbejde lettere, er svær at finde overskud til. De mindre sygehuse synes ikke, de har tid eller penge, selvom det jo ikke koster noget," fortæller Carina Andrén.

Hendes erfaring er, at projektet skal drives af ildsjæle.

"Der skal være nogle, der går ind og tager det til sig og udbreder det til de andre. Der er tale om en kulturbarriere, der skal overkommes, for mange personer i sundhedsvæsenet har stadig den holdning, at lægen passer sine ting, og patienten passer sine. De er ikke vant til at blande sig i hinandens ting. Men de, der har forstået det, finder ud af, at de rent faktisk kan bruge konsultationerne nu til at tale med deres patienter i stedet for at bruge tid på kontrol og rutining," slutter Carina Andrén. ■

Fakta om PER

Patientens Egen Registrering er et internetbaseret elektronisk system, hvor gigtpatienter kan registrere alt, der har med deres sygdom at gøre, såsom smerte, livskvalitet, daglig funktion, ledhævelser og ledømhed. PER er direkte koblet op til SRQ – Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister, så alle patienters og lægers registreringer skrives direkte ind i registeret. Når gigtpatienterne derefter er til deres tjek hos lægen, er alle resultater samlet et sted, og udviklingen kan ses over tid. De første patienter registrerede sig via blanketter i 1995, men siden 2003 har tjenesten været webbaseret, og den kan bruges gratis af alle sygehuse i Sverige.

Kronisk syge i Norge bliver uddannet på mestringscentre

I Norge har man i 10 år haft en national strategi for lærings- og mestringscentre (LMS'er) over hele landet, hvis opgave bl.a. er at uddanne patienter i selv at tage hånd om deres kroniske sygdom.

63 steder i Norge ligger der et LMS knyttet til de forskellige sygehuse. Et lærings- og mestringscenter, hvor patienter med kroniske sygdomme kan blive uddannet i, hvordan de lever bedst med den sygdom, de har. Et sted, hvor de kan møde andre som dem selv, og et sted, hvor de kan søge og få information om deres sygdom.

På 10 år er lærings- og mestringscentrene blevet en helt central del af det norske sundhedsvæsen.

Det fortæller leder af Nationalt kompetencecenter for læring og mestring ved Oslo Universitetssykehus HF Anne Margrete Fletre. Kompetencecenteret skal tage initiativ til, medvirke i eller lede nationale udviklingsprojekter, forskningsprojekter eller bidrage til etablering af lærings- og mestrings tilbud ved landets lærings- og mestringscentre. Det skal sprede kompetencen og videreudvikle netværkssamarbejde med lærings- og mestringscentrene, patientforeninger, uddannelsesinstitutioner, myndigheder og samarbejdspartnere.

Primært kroniske sygdomme

Ideen til centrene blev udviklet i 1997 i et samarbejde mellem den daværende sundhedsminister, hospitalsledelsen og en række patientforeninger

Resultatet blev et samarbejde om etablering af et 'learning center'. Ideen har spredt sig, og der kommer hele tiden nye LMS'er til. Det er primært inden for kroniske sygdomme på områder som diabetes, neurologi, mave-tarm, KOL, astma, hjerte, sansetab, overvægt og kræft.

"Vi udbygger området, og nu er vi f.eks. i gang med et projekt, der sætter fokus på lærings- og mestrings tilbud for børn med psykisk syge eller rusmiddelafhængige forældre," fortæller Anne Margrete Fletre.

På centeret i Oslo er opgaven at starte og lede udviklingsprojekter af national interesse samt at sprede og udvikle netværkssamarbejde.

"Et vigtigt punkt i LMS'erne har været at etablere en praksis, hvor fagpersoner og brugere samarbejder om læringstilbudene som ligeværdige.

De, der har erfaring med sygdommen, bidrager til centrene både i planlægningen, gennemførslen og evaluering, fordi netop her ligger nøglen til at møde mennesker. De skal føle, at det er meningsfyldt for dem at lære det, de skal lære," siger Anne Margrete Fletre.

Involverer brugerne

Erfaringerne med LMS'erne viser, at 40.000 patienter og pårørende har fået oplæring, de er 130 ansatte og har 2600 forskellige læringstilbud.

"Mange vil måske studse over, hvor få ansatte der er, men det er faktisk lykket bl.a. på grund af den måde, de arbejder på, og fordi vi involverer brugerne så meget," fortæller Anne Margrete Fletre og fortsætter:

"Den aktive deltagelse fra brugerne, som vi benytter os af, giver glade og tilfredse patienter og pårørende," siger hun.

"En af mine hjertesager er, at brugermedvirkning skal være forankret i det tilbud, patienterne får. De fagpersoner, der er gået ind i det her, har fået en anden bevidsthed, for det er faktisk sådan, at det er de syge, der ved, hvad der er bedst for dem selv og ikke fagpersonerne," siger Anne Margrete Fletre.

En anden forklaring på LMS'ernes succes er ifølge Anne Margrete Fletre, at de stort

set altid benytter sig af læring i grupper. "Læring i grupper er en god måde at få viden på. Udvekslingen af erfaringer og dynamikken er vigtig. Målet er hele tiden 'mestringen'. Nemlig det at finde ud af, hvad du kan gøre noget ved, og hvad du ikke kan gøre noget ved, og at fokus bliver på det, du faktisk kan gøre noget ved," siger hun.

"Endelig har jeg lyst til at nævne økonomien, fordi den jo er en styrende faktor i alle sammenhænge. For det har faktisk vist sig i et forskningsprojekt om astma og KOL, udført af Frode Gallefoss, at over en 12-måneders opfølgningsperiode førte oplæring blandt astmatikere til en ca. 70 pct. reduktion i konsultationer hos lægen og en ca. 70 pct. reduktion i antallet af sygedage, ligesom patienternes lungefunktionen øgedes med 6 pct. Også livskvaliteten steg betydeligt," siger hun.

Men på trods af succesen er der ingen grund til at hvile på laurbærene.

Psykisk syge og minoriteter

"Vi arbejder inden for forskellige områder og i forhold til forskellige målgrupper og har fokus på de målgrupper, som ikke har så mange tilbud i forhold til oplæring, bl.a. i forhold til minoriteter," fortæller Anne



Margrete Fletre. Derudover har centeret nogle helt konkrete mål for 2011: "Et nationalt projekt, som vi har udviklet, er SMIL, som er et gruppebaseret lærings- og mestrings tilbud for børn med psykisk syge og/eller rusmiddelafhængige forældre, som spredes via LMS'erne."

I Norge er lærings- og mestringscentrene etableret i sygehusregi, men fra 2012 skal det overgå til kommunerne, og det bliver en udfordring. Anne Margrete Fletre fortæller også, at det nordiske samarbejde også skal i fokus i de kommende år:

"Det er min drøm, at vi med årene kan lægge forskning og erfaringer frem fra de forskellige nordiske lande. Der er absolut meget, vi kan lære af hinanden," slutter hun. ■



"De fagpersoner, der udvikler mestringscentre, har fået en anden bevidsthed, for det er faktisk sådan, at det er de syge, der ved, hvad der er bedst for dem selv," siger Anne Margrete Fletre fra Oslo Universitetssygehus.

Sundhedsstyrelsen

NYHEDER FRA SUNDHEDSSTYRELSEN

Følg med

– få regler, viden og rådgivning med det samme. Vi sender en mail til dig, når der er nyt på dit område.

Vælg mellem 30 nyhedskategorier og nyhedsbreve – blandt andet:

- Nyhedsbrev om kræftbehandling
- Tal og analyse
- Nye regler og vejledninger
- Smitsomme sygdomme
- Frit sygehusvalg.

Læs det seneste nye og tilmeld dig nyhedsmail og nyhedsbreve på:

www.sst.dk/nyhedscenter

Data skal samles til fordel for patienterne

Professor Ole Hejlesen advarer mod, at telemedicin opfattes som et nyt 'teknisk fix', der kan løse alle problemer i sundhedsvæsenet. Men hvis der en gang for alle etableres en offentligt ejet datastruktur, hvor alle informationer kan samles, kan det danne baggrund for nye løsninger.

Ole Hejlesen er professor og ekspert i krydsfeltet mellem medicin og teknologi. Han er en af forskerne bag projektet Telekat fra Aalborg Universitet – et projekt om hjælp til selvhjælp til patienter med KOL. Ole Hejlesen er en af de fagpersoner i Danmark, der ved mest om de tekniske løsninger, der gør det muligt at udføre diagnostik og behandlinger over store afstande.

"Telemedicin har traditionelt været brugt mellem faggrupper som f.eks. læger, der har sendt røntgenbilleder over lange afstande eller af det lille sygehus, der har kommunikeret med et større sygehus. F.eks. har man på det lille sygehus på Svalbard et rigtigt godt videokonferencestyr, som man kobler op til det langt større sygehus i Tromsø. Det nye er, at man også kan benytte telemedicin i patientens eget hjem, men den såkaldte 'tele-homecare' har vi endnu ikke så meget erfaring med," siger han.

Ole Hejlesen forklarer, at næsten alle teknologiske landvinninger virker på kort sigt for den enkelte, men at virkningen som regel falder på lidt længere sigt. Hans forskning viser dog, hvordan det kan komme til at virke.

"Hvis vi sørger for, at der sker noget i folks hoveder samtidig, så kan teknologien virke. Det at folk samtidig får en forståelse for deres situation, hvis man f.eks. som diabetespatient forstår, hvordan insulin og måltider arbejder sammen – altså får en fysiologisk forståelse – så virker det," siger Ole Hejlesen.

Data skal i spil

Han mener, alt for meget telemedicin i dag er baseret på, at patienten giver noget, men her og nu ikke får så meget igen.

Ole Hejlesen og hans kolleger på Institut for Sundhedsvidenskab og Teknologi på Aalborg Universitet forsker i at udvikle den sundhedsteknologi, der skal til for at finde frem til, hvad der virker, når det kommer til

egenbehandling. I dag samler hver enkelt patient masser af data sammen om deres sygdom, men det kniber mere med at få sat alle informationerne i spil og i system, så andre end den enkelte kan få gavn af al den viden, de samlet set er udtryk for.

Ole Hejlesen mener derfor, at det er på høje tid, at det offentlige går ind og skaber nogle rammer for, hvordan alle disse data skal håndteres. Altså en samlet datastruktur, der er offentligt ejet.

"Lige nu er der masser af små succeser inden for telemedicin. Problemet er, at de ikke bliver samlet op og sat i spil, så de kan danne baggrund for nye løsninger," siger Ole Hejlesen.

Han mener, problemet er, at man ikke får kigget bredt på hele området.

"Hidtil har man jo set på det, som at hvis en form for behandling virker for størstedelen af f.eks. 10.000 mennesker, så tror vi, det virker. Men i fremtiden vil vi have mulighed for

via alle de data, vi genererer, at få langt mere personalisering i behandlingen, men det kræver selvfølgelig, at man har systemer, der kan registrere det og tænke i sammenhænge," siger Ole Hejlesen.

Savner fælles retningslinjer

I dag er der mange mindre telemedicinske forsøg, der er en succes i projektperioden, men så sker der ikke mere, fordi den teknologiske infrastruktur ikke findes. Jeg mener, det er på høje tid at få den etableret eller i det mindste at få bestemt retningslinjer for, hvordan den skal fungere."

Og det behøver ifølge Ole Hejlesen ikke være så indviklet:

"Det er endnu ikke forsøgt inden for tele-homecare at stan-

dardisere systemerne, og det er en forudsætning. Hvis det kører på skinner, så kan jeg til gengæld se meget store perspektiver," siger han og sammenligner systemet med Banedanmark, der ejer den infrastruktur, som forskellige udbydere så kan køre på.

"Hvis vi har et system, hvor alle data kan lægges ind, så kan det bruges i mange forskellige sammenhænge og uafhængig af patientgrupper, og så er jeg ret sikker på, at det vil myldre frem med applikationer, som vil køre på samme skinner fra både kommuner, regioner, private firmaer, altså et tilbud af mange forskellige services," siger Ole Hejlesen, der meget gerne ser det ske i f.eks. samarbejde med de øvrige nordiske lande. ■



"Lige nu er der masser af succeser inden for telemedicin. Problemet er, at de ikke bliver samlet op og sat i spil," siger professor Ole Hejlesen.



I Finland passer astmapatienterne på sig selv

I 1994 satte det finske sundhedsvæsen sig det 10-årige mål, at landets stigende antal af astmapatienter skulle have det bedre. Gennem en kontinuerlig og ambitiøs plan er det lykkedes.

I starten af 1990'erne kunne Finland ligesom en række andre lande i den vestlige verden konstatere, at antallet af personer med astma bare steg og steg.

Det samme gjorde udgifterne til deres pleje.

Derfor satte det finske sundhedsministerium sig det mål, at antallet af personer med svær eller middelsvær astma i løbet af de næste 10 år skulle halveres. Antallet af indlæggelsesdage skulle også halveres, og det samme skulle udgifterne til patienternes pleje.

Der var også målsætninger på patienternes vegne. De skulle opnå frihed for symptomer eller i hvert fald en lindring af deres symptomer. Deres daglige

aktiviteter skulle ikke begrænses af astmaen, de skulle have normal lungefunktion, undgå akutte sygehusbesøg samt have en høj livskvalitet.

Diagnose og forebyggelse

Planen indholdt en række trin. "For det første skulle der en tidlig diagnose til. Vi ved fra undersøgelser, at en tidlig diagnose har stor betydning, idet vi så kan lære patienterne at gøre tingene på en god måde fra starten af," fortæller Anne Pietinalho, der er cheflæge og docent i lungemedicin ved Helsinki universitet.

Trinene omfattede også effektivt forebyggelsesarbejde, såsom rygeafvænnning og rådgivning i amning af spædbørn, ligesom effektiv forskning i astma også var på tapetet.

10 år efter – i 2004 – kunne Finland se tilbage på en meget succesfuld udvikling.

Selvom antallet af astmatikere i perioden var steget til næsten det firedobbelte, lykkes det at formindske antallet af indlæggelsesdage på grund af astma, ligesom dødeligheden for astmapatienterne faldt. Samtidig blev udgifterne pr. patient bevaret på det hidtidige niveau.

Den tilknyttede forskning viser tillige, at astmaangrebene

er formindskede, og at patienternes livskvalitet er steget.

Uddannelse er svaret

Uddannelse, uddannelse og uddannelse er ifølge Anne Pietinalho svaret på, hvorfor Finland har haft succes med sin astma-plan.



Uddannelse, uddannelse og uddannelse af patienter er forklaringen på Finlands succes, forklarer cheflæge Anne Pietinalho fra Helsinki Universitets Hospital.

"Tidligere var det kun speciallæger, der behandlede astmapatienter, men på 10 år har vi oprettet 400 astmaskoler og uddannet 36.000 patienter. Da programmet sluttede, fandtes der 200 astmalæger og 580 ast-

masygeplejersker i 250 sundhedscentre over hele landet," siger Anne Pietinalho. Arbejdet er koordineret af Filha (Finnish Lung Health Association) i samarbejde med hospitalsdistrikterne og de praktiserende læger.

Det, astmapatienterne primært er blevet undervist i, er, hvordan de kan mindske deres eksponering over for luftforurening både ude og inde. Derudover er de blevet undervist i den farmakologiske behandling af deres sygdom, ligesom de har lært at måle deres PEF-værdier. PEF står for Peak Expiratory Flow og er et tal, der viser den maksimale hastighed, hvormed luften kan pustes ud af lungerne. Peakflowmålinger foretages i hjemmet ved hjælp af et håndholdt apparat, og ved at følge det tal kan patienten forholde sig til, hvordan sygdommen har det.

Men trods den finske succes understreger Anne Pietinalho, at der er meget at gøre endnu.

"Vi bliver aldrig færdige. Vi bliver nødt til at fortsætte med at undervise og forske. Set fra personalets side er det en lang, sej proces, og hver gang man møder patienten, skal man følge op og udvide deres viden," siger Anne Pietinalho. ■



Jeg er blevet min egen ekspert

Da Nini Leroul i 1997 fik en blodprop i knæet, kom det som et chok. Endnu mere chokeret blev hun, da hun fandt ud af, at årsagen til blodproppen var en gendefekt.

Siden har hun været i livslang behandling med medicin. Og det meste af behandlingen klarer hun selv.

En gang om ugen finder Nini Leroul sit lille behandlingssæt frem. Det består af et batteridrevet apparat, en fingerprikker og strips.

Erfarent stikker hun sig selv i fingeren, trykker en dråbe blod ud på strippen og kører strippen igennem apparatet.

Kort efter fortæller apparatet hende blodets INR-tal. Tallet fortæller om blodets størkningstid, og Nini noterer talene ned i et skema.

”På den måde kan jeg uge for uge holde øje med, hvordan mine tal udvikler sig,” fortæller Nini Leroul, der hvert kvarter sender målingerne ind til AK-skolen på Rigshospitalet.

Nini Lerouls gendefekt betyder, at hendes blodplader klister sammen, hvis hun ikke behandles med medicin. Hun har haft defekten altid, og det har vist sig, at hun også som yngre har haft flere mindre blodpropper uden at vide det.

Behandlingen af sygdommen kompliceres af, at hendes INR-tal påvirkes af, hvad hun spiser. Nogle grøntsager kan ligefrem ophæve medicinens virkning. Derfor er nøje over-

vågning af blodet samt regulering af medicinen helt afgørende. ”Hvis jeg f.eks. opdager, at mit INR-tal ligger markant over, hvad det burde gøre, så kan jeg kontakte AK-skolen for vejledning.

Men hvis tallet kun er enten lidt over eller lidt under det anbefalede niveau, så har jeg lært, hvilke forholdsregler jeg skal tage, om jeg f.eks. skal ændre på antallet af ugentlige tabletter,” fortæller Nini Leroul.

Sparer tid

AK-skolen er det sted på Rigshospitalet, der varetager oplæring og vedligeholdelse af de AK-patienter, der bor i Region Hovedstadens område. Det var



”Jeg er blevet ekspert i min egen sygdom og føler mig egentlig mindre syg,” siger Nini Leroul.

også på AK-skolen, der tidligere lå på Gentofte Hospital, at Nini Leroul i sin tid lærte at betjene apparatet og blev undervist i antikoagulation og de

rutiner, der hører til, når man er i selvstyret behandling.

Nini Leroul har været i selvstyret behandling siden 2001, og hun er meget tilfreds med det. ”Der er flere ting i det. For det første er det rart, at jeg ikke skal bruge så meget tid på at gå til læge og på hospital. Før jeg startede i selvstyret behandling, skulle jeg bruge flere timer hver måned hos lægen, og det gjorde, at jeg måtte være fraværende på mit arbejde,” husker Nini Leroul.

Incitamentet kom, da Nini Lerouls søn og svigerdatter flyttede til USA. Nini ville gerne over og besøge dem, men det krævede, at hun selv kunne passe sin sygdom. ”Inden da havde jeg været lidt bekymret for den selvstyrede behandling. Men med deres flytning kom motivationen,” husker hun.

Nogle er bekymrede

Og faktisk er det en del patienter, der i starten er bekymrede for at komme i selvstyret behandling. ”Mange oplever en vis utryghed og er lidt afvisende for at tage ansvaret for deres egen sygdom, men jeg kan kun anbefale, at man går i gang,” siger Nini Leroul, for der er også en anden gevinst ved behandlingen.

”Når det er mig selv, der tager blodprøver, noterer mine tal og fører skemaer, er det pludselig også mit ansvar at følge med. Jeg får en meget bedre føling med min sygdom og kan bedre justere min livstil og min kost efter, hvad der virker. Jeg er faktisk blevet min egen eks-

pert og føler mig egentlig mindre syg, nu hvor jeg tager mere ansvar for min sygdom,” siger Nini Leroul.

Kendskabet til sin sygdommen og behandlingen af den har i det hele taget gjort Nini Leroul mere interesseret i at udbrede informationer om sin sygdommen og om, hvordan man bedst lever med den.

Det førte i 2002 til, at Nini Leroul var med til at stifte Blodprop og AK-patientforeningen med henblik på dels at skabe et sted, hvor man som patient kunne få indsigt i og viden om alle de faktorer, der påvirker AK-behandlingen, og dels at skabe et sted, hvor AK-patienter kunne mødes og udveksle erfaringer med andre AK-patienter.

Gode resultater

Overlæge Jørn Dalsgaard-Nielsen har arbejdet med selvstyrende patienter siden 1997, hvor han på Gentofte Hospital for fondsmidler introducerede de første små apparater for sine patienter, der havde brug for blodfortyndende behandling, og lærte dem, hvordan de skulle bruge det. Senere blev det til en egentlig AK-skole, og nu er centeret flyttet til Rigshospitalet.

Han kan bekræfte Nini Lerouls gode erfaringer.

”Vi har efterhånden uddannet 177 patienter, og resultaterne er gode. Langt færre patienter får blodpropper, og færre dør. Faktisk er det min overbevisning, at vi kan redde 500 liv om året, hvis selvkontrollen

var mere udbredt,” siger Jørn Dalsgaard-Nielsen og uddyber: ”Selvstyrende behandling betyder simpelthen, at patienternes medicinering er i et mere korrekt niveau. Mange ting kan påvirke den medicin, de skal tage, f.eks. feber, diare eller nogle fødevarer, og når patienterne selv lærer at kende alle disse forhold, tager de også deres medicin mere korrekt,” fortæller Jørn Dalsgaard-Nielsen.

Motivation er afgørende

Men der er også andre faktorer, der spiller ind. ”Patienterne skal som udgangspunkt tage en blodprøve en gang om ugen, og det er nemt nok at forlange, når de kan gøre det derhjemme.

Skal de til lægen eller på sygehuset, er det straks et ret stort indgreb i folks dagligdag,” siger Jørn Dalsgaard-Nielsen.

Det er vigtigt for ham at understrege, at selvstyrende behandling kun er noget for de patienter, der selv ønsker det.

”Nogle føler sig ikke trygge ved at overtage behandlingen selv, og vi gør aldrig noget for at overbevise dem. Vi informerer dem om muligheden, og så kan de selv tage stilling,” siger han.

Og det er der rigtig mange, der gerne vil.

”Problemet er, at ventetiden har været alt for lang. Den har været helt oppe på to år. Lige nu er den på et år, men vi ser frem til, at den falder, efterhånden som der er flere centre rundtomkring i landet på vej,” slutter Jørn Dalsgaard-Nielsen. ■

Den fynske model

Fyn er efterhånden blevet kendt som det sted, hvor egenomsorgen for diabetespatienter er længst fremme. Det har taget tid og krævet en hel mentalitetsændring, men i dag taler resultaterne for sig selv.

Danmarks førende ambulatorium, når det gælder egenomsorg for diabetespatienter ligger på tredje sal i en blandet samling bygninger med god udsigt over det store Odense Universitetshospital.

På stolene venter unge, børn, gravide, ældre fra hele Fyn, der alle sammen har det til fælles, at de har diabetes, og at de denne dag skal i konsultation for at få tjekket sine tal eller få en snak med en af fagpersonerne.

En af dem er Hans Marcuslund, der fik konstateret diabetes 2 for seks år siden. Han møder i ambulatoriet i Odense et par gange om året for at få en snak om sin sygdom og tjekket eventuelle uregelmæssigheder. Ellers passer han stort set selv sin sygdom.

"Efterhånden har jeg jo fået et godt indblik i min sygdom, og jeg måler mit blodsukker jævnligt og har nogenlunde styr på det og også på, hvad det er, jeg kan spise for at holde det stabilt," siger han.

I dag er han kommet til det regelmæssige eftersyn for sammen med Henning Beck-Nielsen at gennemgå sine tal.

En anden af dagens patienter er 38-årige Lars Bruun. Også han er inde til hvad han kalder et "serviceeftersyn".

Han måler selv sit blodsukker fire gange dagligt derhjemme og måler sit blodtryk efter behov. Efter målingerne justerer han selv sin medicin.

I dag spørger han også overlægen om, hvorvidt han mon kan få en insulinpen, der kan huske de sidste doser, han har taget. Lars Bruun er mekaniker og fortæller, at han godt nogle gange kan være lidt stresset og glemme, hvornår og hvor meget insulin han har taget.

Henning Beck-Nielsen fortæller, at der findes en sådan pen og lover at undersøge, om den kan bruges i Lars Bruuns tilfælde.

Egen viden er nødvendig

Den fynske model blev startet i 1995 ud fra den betragtning, at diabetespatienternes omsorg ikke var god nok. Der var for mange indlagte og for mange komplikationer, forklarer professor Henning Beck-Nielsen.

"Vi ville gøre en større indsats for at fokusere på det ambulante. Vi mente, det var vigtigt, at patienterne blev undervist godt og forstod deres sygdom. Derfor indførte vi en diabetes-skole ud fra den betragtning, at egen viden er nødvendig, og at man kun kan påtage sig ansvaret, hvis man ved noget," siger Henning Beck-Nielsen.

Han fortæller, at der siden dengang også er sket en holdningsændring. "Dengang var det hele mere patriarkalsk, og som patient fik man enten ros eller skældud af lægen. Den her måde at gøre tingene på var nykabende, fordi det nu blev patientens eget ansvar, og hvis de

ville påtage sig det, så kunne vi lære dem noget," siger Henning Beck-Nielsen.

Odense Universitetshospital indførte Den Fynske Diabetes-database – FDDDB – en web-baseret database, som bruges af alle behandlere omkring patienten: den praktiserende læge, fodterapeuten, diabetesklinikken. På en side får man det fulde overblik over patientens og oplysninger, såsom insulin-indhold, fodstatus og akutte komplikationer, ligesom den akkumulerer oplysning og altså i praksis fungerer som en elektronisk patientjournal. Faktisk kan den også bruges af patienten selv, der via sundhed.dk kan følge med i sin sag.

"Det er ikke ret mange år siden skulle man bede om aktindsigt for at se sin egen journal, og ofte fik man afslag. I dag virker det naturligt, men det har været en lang proces, og her er virkelig sket et skifte," siger Henning Beck-Nielsen. Han mener, at sundhedsvæsenet kan opnå de største fordele i behandlingen, hvis patienterne får et større ansvar for behandlingen. Det er dem, som hver eneste dag, hvert eneste minut i døgnnet kan forholde sig til deres blodsukker og kender til deres sygdom og dens symptomer," siger han. Og det var tanker, der dengang begyndte at udforme sig til det, man i dag i sundhedsvæsenet kalder den fynske model.

En uge på Diabetesskole

Når en patient bliver diagnosticeret med diabetes, laver man på Odense Universitetshospital en akut ambulant løsning.

"Patienterne er som oftest i chok, når de får diagnosen, og de er slet ikke klar til at lære noget om deres sygdom. Vi lærer dem blot det mest nødvendige for at kunne klare sig, det vil sige, at måle blodsukker, tage insulin og en smule om kost," fortæller Henning Beck-Nielsen.

Efter ca. tre måneder bliver patienterne så indkaldt til Diabetesskolen, hvor de bliver undervist af læger, sygeplejersker, fodterapeuter og diætister.

"Diabetesskolen består altid af hold på ca. 12 personer. Vi sammensætter dem helt bevidst efter andre af samme type, hvad enten det er ældre, gravide, unge eller folk med henholdsvis type 1- og type 2-diabetes. På den måde får de også et netværk af folk, der er der, hvor de selv er, og som de kan udveksle erfaringer med," fortæller han.

Der er også altid plads til pårørende på holdene, for når en person får diabetes, rammer det hele familien. Diabetesskolen varer en uge fra morgen til aften, og inden patienterne bliver sluppet fri, skal de bestå en lille test, der afgør, om de er klar til at tage vare på sig selv.

Det virker

Det er veldokumenteret, at den fynske model virker. "Alt det, vi måler på, bliver bedre. Den metaboliske regulation, patienternes blodtryk, de har mindre fedt i blodet, de ryger og drikker mindre, de har færre blodpropper, færre amputationer, færre nyresvigt, og de passer deres insulin," fortæller Henning

Beck-Nielsen. Også patientens livskvalitet stiger. De bliver mere uafhængige af sygehusvæsenet og føler sig mindre sygeliggjorte.

"Dengang sagde vi til politikerne, at hvis de ville give os nogle ekstra penge, så skulle vi nok sørge for at få vendt dette område rundt og få udgifterne til at falde," fortæller Henning Beck-Nielsen.

"Det beløb, vi fik til omlægning af behandlingen, kom femfold igen inden for fem år ved besparelser på indlæggelser," fortæller Henning Beck-Nielsen.

Erfaringerne fra den fynske model har spredt sig til de fleste andre regioner, og Henning Beck-Nielsen mener, at den med fordel kan bruges over for mange andre typer kroniske sygdomme end blot diabetes.

Og han håber på, at næste skridt kan være en it-konsultation.

"Jeg havde engang en patient fra det private erhvervsliv, der hadede at sidde i venteværelset, og han gjorde mig opmærksom på, at vi manglede service. I et venteværelse er man altid lidt bange. Man tænker over, hvad ens tal mon viser. Der er også lidt eksamen over det. Får man ros eller ris? Og så er der alle ammestuehistorierne, der floerer i venteværelset. Og han har ret. Vi skal have patienterne væk fra venteværelset, og i hvert fald halvdelen af dem, der kommer her, kunne man klare pr. e-mail," slutter Henning Beck-Nielsen. ■



Mekaniker Lars Bruun, 38, måler sit blodsukker fire gange dagligt og blodtryk efter behov. Han er inde til "serviceeftersyn" hos professor Henning Beck-Nielsen.

Egenomsorg ved kronisk sygdom
© Sundhedsstyrelsen, 2011

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Redaktion:
Speciallægekonsulent Svend Juul Jørgensen og pressechef Peter Aagaard Brixen,
Sundhedsstyrelsen
Journalist Trine Baadsgaard

Emneord: Orientering, Planlægning og kvalitet, Kronisk sygdom

Kategori: Faglig rådgivning,

Sprog: Dansk

Elektronisk ISBN:
978-87-7104-164-4

Trykt ISBN:
978-87-7104-165-1

Foto: Joachim Rode, Nils Lund

Tryk og layout: Rosendahls - Schultz Grafisk A/S

Udgivet af:
Sundhedsstyrelsen, januar 2011.