



Sundhedsstyrelsen har sendt udkast til rapporten: "Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom" i høring med svarfrist d. 24. oktober 2022. DASAMS takker for muligheden for at kommentere på udkastet og fremsender hermed Selskabets kommentarer.

Generelle bemærkninger

DASAMS anerkender rapportens formål om at fokusere samt opsamle viden på et væsentligt område, som omfatter en meget stor andel af den danske befolkning. Rapporten er grundig, omhyggelig og klar med kildehenvisninger til baggrundsstof mv. Der foreligger hermed en sober faglig oversigt og status for området. Overordnet konkluderes, at der mangler viden på området og det således kan være vanskeligt at fremsætte konkrete anbefalinger fx vedr. effektive modeller for handling.

Det fremgår, at multisygdom, således som den her defineres, er en tilstand som en meget stor andel af befolkningen har og lever med. Det gør det vigtigt at være opmærksom på, om mennesker med multisygdom generelt oplever specielle store udfordringer og problemer i sundhedsvæsenet og relaterede områder som social- og arbejdsmarkedsområdet udover de problemer, som er de mere generelle kendte udfordringer ved borgeres/ patienters møde med sundhedsvæsenet og relaterede områder ved sygdom og funktionshæmning.

Umiddelbart kan man overveje om den multisyge blot i højere grad oplever de samme udfordringer som andre i mødet med et meget opdelt og effektiviseret sundhedsvæsen, der kun sjældent er organiseret så der handles i forhold til et helhedsperspektiv på patientens samlede behov og funktion. De generelle udfordringer med sammenhæng i sygdomsforløb, vurdering af det samlede funktionsniveau og problemer med sektorovergange og opfølgning, kontrol og rehabiliteringstilbud genkendes af mange patienter både patienter med solitær diagnose, patienter med mange forskellige diagnoser og i forbindelse med både akutte og kroniske sygdomsforløb. I sådan forbindelse kan generelle løsninger af sundhedsvæsenets udfordringer blive væsentligere end specifikke tiltag for mennesker med multisygdom.

Beskrivelser af de udfordringer, som mennesker med multisygdom "ofte har" kan komme til at virke problematisk, når man tænker på, at det omfatter ca. 20 % af befolkningen, og at der er en meget stor spændvidde. Beskrivelsen af nogle af grupperne med multisygdom tenderer til at få en lidt stigmatiserende karakter når man beskriver det i teksten. Fx s. 16 - 50 % af de +65-årige har multisygdom, og beskrives som ofte havende nedsat ernæringsstilstand, lavere social status og lav sundhedskompetence mv. Den samtidige forekomst af flere forskellige andre belastende forhold fx begrænset økonomi øger naturligvis den generelle sårbarhed, men forekomsten af to eller flere diagnoser er måske ikke det væsentligste problem for borgeren/patienten. Fx kunne ændring i en begrænset økonomisk formåen til at købe den relevante kost eller medicin være mere væsentlig end om der fokuseres lige på en særlig organisatorisk indsats begrundet i en for personens situation relativt betydningsløs forekomst af to eller flere diagnoser. Selve indfaldsvinklen multisygdom kan således i sig selv komme til at flytte fokus fra væsentlige generelle problemer i særligt sårbare grupper. Det kunne man ønske kom til at fremgå mere tydeligt i rapporten end der umiddelbart har været mulighed for.



Opsummerende: Når så mange mennesker er omfattet, kunne det pege på, at man bør overveje at tilpasse systemerne, både i sundhedsvæsenet og relaterede områder til generelt at passe til borgerne/ patienterne herunder også til mennesker med multisygdom i stedet for at lave alle mulige specielle tilpasninger og knopskydninger kun til mennesker med multisygdom. Nogle af de foreslåede principper vil kunne udgøre en effektivisering og samtidig en kvalitetsforbedring for mange flere patienter fx sammedags-løsninger og koordinering mellem specialer.

Under alle omstændigheder bør det overvejes hvilke ressourcer, der vil være forbundet med øget brug af forløbskoordination, PAL, teams mv. specifikt for mennesker med multisygdom. Der er generelt behov for klar differentiering ift. hvem der har behov for dette og skal modtage et tilbud om en særlig organisatorisk/administrativ indsats, fx fremskudt visitation og fokus på at sikre, at de, som principielt kan selv, også konkret har let adgang og mulighed til selv at organisere deres forløb og derfor også lykkes med at gøre det.

Mere tekstnære

s. 8, afsnit 2. Palliation bør også nævnes som en relevant sundhedsindsats for mennesker med multisygdom, gælder generelt for rapporten, hvor identifikation af palliative behov også kan falde mellem to eller flere stole ift den multisyge patient.

s. 12. Her kan suppleres med Sundhedsstyrelsens publikationer om "National strategi for sjældne sygdomme" Som indeholder dybtgående analyser, erfaringer og modeller for indsatser for mennesker med sygdomme og syndromer, der involverer mange forskellige instanser i og uden for sygehusvæsenet.

s. 16, Ældre med multisygdom: 50 % af alle +65, det beskrives at de ofte har forskellige supplerende udfordringer, kan de præciseres hvor ofte?

Kapitel 4. Meget vigtigt – overvej at inddrage ny Hvidbog om rehabilitering ift den nye fælles definition af rehabilitering og anbefaling 1, som belyser vigtigheden af, at al aktivitet i rehabilitering tager afsæt i personens behov, håb, ressourcer og hele livssituation.

s. 26, sidste linje. PRO kan "med fordel tænkes på tværs" – dette bør være et SKAL. s. 27, sidste linje. Tilsvarende vigtigt

Kapitel 7. Dataindsamling – meget vigtigt, så der opnås mere viden, og så de forskellige indsatser kan evalueres mhp rationel brug af ressourcer og reelle kvalitetsforbedringer.

Kapitel 8. Hvis ambitionen om fælles data på tværs af sygdomsområder og sektorer skal blive til virkelighed vil det være nødvendigt, at en national myndighed tager ansvar for at understøtte muligheden for at samle data på tværs af specialer, sektorer mv.

Dorthe Goldschmidt

Speciallæge i Samfundsmedicin

Forperson i DASAMS

