



# Dansk Selskab for Folkesundhed

København og Århus, den 26. februar 2007

## Høringssvar

### Forløbsprogram for Kronisk Sygdom, dateret 26. januar 2007

Dansk Selskab for Folkesundhed (DSFF) vil med dette høringssvar anerkende Sundhedsstyrelsens initiativ til at udarbejde et generisk forløbsprogram for kronisk sygdom. Selskabet finder, at der er tale om en vigtig vejledning, som på sigt bør føre til en bedre indsats for landets mange kronikere.

DSFF ser flere grunde til at anerkende udkastet til vejledning:

- *Mange kronikere.* Omkring 40 % af den voksne danske befolkning og 10-15 % af børn og unge lever med en kronisk sygdom – bedømt ud fra nationalt repræsentative befolkningsundersøgelser. 11 % af voksenbefolkningen i Danmark er i deres dagligdag meget hæmmet af deres kroniske sygdom og ganske mange lever i dagligdagen med flere kroniske sygdomme
- *Ingen klar diagnose, men permanent hæmmet i daglig livsførelse.* Erfaringer fra daglig klinik er at (et ukendt stort antal) borgere med symptomer, der ikke kan klassificeres som egentlig sygdom, er hæmmet eller meget hæmmet i daglig livsførelse. Denne gruppe må ikke glemmes, selv om der ikke foreligger en klar diagnose
- *Almen lægepraksis møder hyppigt risikofaktorer og kronikere.* Den alment praktiserende læge i Danmark har i gennemsnit ca. 80 voksenkonsultationer om ugen, heraf er 42 konsultationer relateret til de 8 folkesygdomme som optræder i Regeringens program ”Sund hele livet”. Mange af almen praksis’ voksne patienter ryger, drikker for meget alkohol, spiser uhensigtsmæssigt, dyrker for lidt motion, har skadeligt arbejdsmiljø, en belastet familiesituation eller en på anden måde uhensigtsmæssig livsstil. Mere end halvdelen af alle konsultationer (53,6 %) omhandler en patient med potentielt sundhedsskadelig livsstil og dermed potentielt behov for

**Formand Finn Kamper-Jørgensen**, Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5  
1399 København K, Tlf. 3920 7777, [fkj@si-folkesundhed.dk](mailto:fkj@si-folkesundhed.dk).

**Sekretær Claus Vinther Nielsen**, Center for Folkesundhed, Olof Palmes Allé 17, 1. sal, 8200  
Århus N · Tlf. 8728 4741/2223 9488, [claus.vinther@stab.rm.dk](mailto:claus.vinther@stab.rm.dk) ·

[www.dankselskabforfolkesundhed.dk](http://www.dankselskabforfolkesundhed.dk)



# Dansk Selskab for Folkesundhed

forebyggelsesrådgivning og livsstilsændringer. Hver tredje patient har én risikofaktor og næsten hver fjerde patient mere end én

*Sammenhæng mellem behandling, pleje, sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering.*

Styrkelse af sammenhæng på tværs af fag og sektorer, større bevidsthed om hinandens opgaver.

Styrkelse af en tilpasset offentlig indsats til et specifikt behov på det rigtige tidspunkt i den rette sammenhæng – (hvem, gør hvad overfor hvem og hvornår).

*Større bevidsthed om behov for indsats* herunder ikke bare generelt overfor udsatte grupper (ulighed), men også specielt udsatte perioder i et forløb (overgange mellem institutioner, fag, sektorer). Undgå for stor og mangelfuld indsats

*Sundhedsfremme og forebyggelse.* Skabe betingelser for at den enkelte borger (egenomsorg) og dennes relationer (pårørende, venner, børne- og ældreinstitutioner, uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser etc (omgivelsesomsorg)) kan håndtere borgerens funktions-, aktivitets- og deltagelsestab, således at de offentlige systemer aflastes og giver plads til de med større behandlingsbehov specielt og indsatsbehov generelt.

*Rehabilitering.* Større bevidsthed om at et velfungerede hverdagsliv for patienter med vedvarende helbredsbetaget funktionstab ikke opnås af biomedicinsk vej, men i høj grad ved involvering af social-, arbejdsmarkeds- og uddannelsessektoren

Vi bemærker, (p.5) at denne publikation er den første af tre, og at de efterfølgende vil omhandle et forløbsprogram for diabetes hhv. anbefalinger for sundhedsvæsenets organisation, som forudsætning for implementering af forløbsprogrammer.

Vi bemærker ligeledes, som centralt for publikationen følgende definition og afgrænsning:

- Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling, samt koordinering og kommunikation mellem de involverede parter. Videre at

**Formand Finn Kamper-Jørgensen**, Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5  
1399 København K, Tlf. 3920 7777, [fkj@si-folkesundhed.dk](mailto:fkj@si-folkesundhed.dk).

**Sekretær Claus Vinther Nielsen**, Center for Folkesundhed, Olof Palmes Allé 17, 1. sal, 8200  
Århus N · Tlf. 8728 4741/2223 9488, [claus.vinther@stab.rm.dk](mailto:claus.vinther@stab.rm.dk) ·

[www.danskselskabforfolkesundhed.dk](http://www.danskselskabforfolkesundhed.dk)



# Dansk Selskab for Folkesundhed

- Den primære målgruppe .... er den del af befolkningen, som har fået stillet diagnosen for den pågældende kroniske sygdom.

Netop s. 5 giver DSFF anledning til flere kommentarer.

Definitionen af et forløbsprogram bør efter vor opfattelse udvides til også at omfatte kroniske symptomer uden klar diagnose, dvs. at det foreslås, at teksten ændres således ..... *indsats for en given kronisk sygdom og kroniske symptomer, der sikrer anvendelse .....*

Også i ramme 2 på side 5 er der behov for justering. Det foreslås at teksten ændres til:

*Målgruppen for et forløbsprogram for en kronisk sygdom og kroniske symptomer er den del af befolkningen, som har fået stillet diagnosen for den pågældende kroniske sygdom eller lever med kroniske symptomer uden klar diagnose.*

Dansk Selskab for Folkesundhed repræsenterer 600 aktører indenfor alle offentlige sektorer, som alle har specielt fokus på ulighed i sundhed og ulighed for behandling. Således fokus på de borgere med helbredsproblemer, som har problemer med at klare hverdagslivet bl.a., fordi der ikke er sammenhæng i forløb på tværs af faggrupper, institutioner, sektorer etc.

I forhold til definitionen i ramme 1 på s. 5 ser DSFF behov for at uddybe og definere og afklare en række begreber, så der findes en rimelig fælles forståelse af begreberne. Det drejer sig om

- tværfaglig
- tværsektoriel
- kronisk sygdom
- sundhedsfaglig
- involverede parter
- primære målgrupper vs sekundære og tertiære etc.

Når vi læser publikationen, bliver vi ganske enkelt usikre på, om de relevante faggrupper og sektorer er tænkt med.

Det forekommer generelt uklart hvilken referenceramme, der anvendes – om der er tale om en snæver biomedicinsk eller tilnærmet bio-psyko-social – 1. om der primært er fokus på at

**Formand Finn Kamper-Jørgensen**, Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5  
1399 København K, Tlf. 3920 7777, [fkj@si-folkesundhed.dk](mailto:fkj@si-folkesundhed.dk).

**Sekretær Claus Vinther Nielsen**, Center for Folkesundhed, Olof Palmes Allé 17, 1. sal, 8200  
Århus N · Tlf. 8728 4741/2223 9488, [claus.vinther@stab.rm.dk](mailto:claus.vinther@stab.rm.dk) ·

[www.dankselskabforfolkesundhed.dk](http://www.dankselskabforfolkesundhed.dk)



# Dansk Selskab for Folkesundhed

begrænse symptomer eller 2. begrænse symptomer og begrænse følgerne heraf i hverdagslivet (aktivitet og deltagelse).

Referencerammen bør være klar, og den bør kunne forstås og anvendes af patienter, pårørende og de professionelle faggrupper, som er principielle deltagere i et forløb.

Det er uklart, hvad der menes med kronisk sygdom – er der tale om sygdom, der kræver livslang monitorering og behandling, sygdom der giver varige evt. progredierende aktivitets og deltagelsestab eller andet. Mange mennesker kan ikke få stillet en klar diagnose, har vedvarende komplekse symptomer og et progredierende aktivitets og deltagelsestab. Hvis et forløbsprogram forudsætter en diagnose vil en hermed yderligere fokusering på veletablerede sygdomsgrupper som diabetes, KOL, hjertesygdom, cancer etc. forstærke uligheden for offentlige indsatser, idet ikke diagnostiserbare tilstande eller mere uspecifikke tilstande (fx symptomer fra bevægeapparatet, psykiske symptomer, som udgør en betydelig del af sygemeldinger og førtidspensioneringer) vil få mindre status og opmærksomhed. Der ønskes en afklaring heraf.

Det er uklart, hvad man mener med sundhedsfaglig. Hvis et forløbsprogram skal ” beskrive den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats”, da involveres andre sektorer end sundhedssektoren (regionalt og kommunalt) og andet en sundhedsfagligt personale. Langvarige forløb involverer som minimum socialektoren, men vil også ofte involvere uddannelsessektoren og arbejdsmarkedssektoren. Der ønskes en kraftigere betoning heraf.

Ligeledes ønskes en kraftigere betoning af samarbejdet med kommunale aktører. Kommunerne skal fremover varetage genoptræning og borgerrettet forebyggelse. Den kommunale indsats vil ofte forudsætte involvering af andre faggrupper end sundhedsfaglige og andre ligeledes andre sektorer.

På s. 5 tales om 3 forskellige populationer., I et forløbsprogram, der omhandler kronisk sygdom virker det ikke hensigtsmæssigt at medtage dette afsnit.

I ”Sund hele livet” finder der s. 33 en figur, hvor man til venstre lister 8 folkesygdomme og til højre lister et antal risikofaktorer fra livsstil og levevilkår. I en sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende sammenhæng vil man kunne erkende de omtalte risikofaktorer fx rygning,

**Formand Finn Kamper-Jørgensen**, Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5  
1399 København K, Tlf. 3920 7777, [fkj@si-folkesundhed.dk](mailto:fkj@si-folkesundhed.dk).

**Sekretær Claus Vinther Nielsen**, Center for Folkesundhed, Olof Palmes Allé 17, 1. sal, 8200  
Århus N · Tlf. 8728 4741/2223 9488, [claus.vinther@stab.rm.dk](mailto:claus.vinther@stab.rm.dk) ·

[www.dankselskabforfolkesundhed.dk](http://www.dankselskabforfolkesundhed.dk)



# Dansk Selskab for Folkesundhed

for megen alkohol, dårligt arbejdsmiljø – og gøre noget ved disse forhold. Når man intervenserer og fx mindsker en risikofaktor vil dette kunne spores ved nedgang eller ændring i flere sygdomskategorier – for rygnings vedkommende fx kræft, hjerte-kredsløbssygdomme og KOL. I en forebyggelsesstrategisk sammenhæng forekommer det ikke rimeligt, at indsats over for risikofaktorer skal relateres til en bestemt diagnose.

Det omtalte afsnit på s. 6 er derfor båret af traditionel lægelig tankegang, hvor man tænker fra en diagnose hen imod risikofaktorerne. Men det, man kan gøre ved de kommunale sundhedscentre og i almen lægepraksis, er at erkende de omtalte risikofaktorer og mindske disse – helt uafhængigt af hvilke diagnose, der til sin tid ikke vil forekomme.

På s. 18 er det ganske uklart, hvorledes man vil stratificere. Kriterierne for stratificeringen medtager overhovedet ikke patientens omgivelser (omgivelsesomsorg)(fx netværk, arbejdspladskrav, tilgængelighed). Der skal stratificeres til det mest hensigtsmæssige niveau for behandling, kontrol og omsorg (p.18). Her får man atter indtryk af uklarhed i referencerammen. Et forløb er andet end behandling – det er også forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering. Stratificeringen skal kunne foretages af enhver sygeplejerske eller læge (p.18). Det er en af udfordringerne i et forløb at stratificering eller behovsvurdering skal kunne foretages af mange faggrupper indenfor eget fagområde evt. også andres – og at dette skal foregå ved tværfaglig eller multidisciplinær konsensus.

Hvis ikke disse forhold præciseres kan man frygte, at der primært fokuseres på biomedicinske forhold og på kropsfunktioner ikke på psyko-sociale forhold - og mest på individ (egenomsorg) og ikke omgivelser. Der er ønsket en præcisering af disse forhold.

Det kan undre, at forslag til forløb ikke er lavet i samarbejde med repræsentanter fra social- og arbejdsmarkedsområdet. Med den nye offentlige struktur og centraliseringen af sygehusvæsenet med kortere indlæggelser til følge vil forløb i langt højere grad involvere lokale kommunale aktører. Det skal anbefales forløbsprogrammet revideres ved involvering af andre fagområder og kommunerne.

Det kan ligeledes undre, at man ikke har meget mere fokus på funktionsevne og hverdagsliv end tilfældet er. Afgørende for at reducere trækket på det offentlige sygehusvæsen er et

**Formand Finn Kamper-Jørgensen**, Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5  
1399 København K, Tlf. 3920 7777, [fkj@si-folkesundhed.dk](mailto:fkj@si-folkesundhed.dk).

**Sekretær Claus Vinther Nielsen**, Center for Folkesundhed, Olof Palmes Allé 17, 1. sal, 8200  
Århus N · Tlf. 8728 4741/2223 9488, [claus.vinther@stab.rm.dk](mailto:claus.vinther@stab.rm.dk) ·

[www.dankselskabforfolkesundhed.dk](http://www.dankselskabforfolkesundhed.dk)



# Dansk Selskab for Folkesundhed

velfungerende hverdagsliv. Et velfungerende hverdagsliv afhænger ikke kun af højt specialiseret medicinsk teknologi, men også en række andre indsatser, som nævnt. Givet disse leveres vil trækket på det højt specialiserede reduceres.

Sundhedsstyrelsen har udgivet oversættelsen af WHO's ICF som på dansk hedder International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. Heri præsenteres en bio-psyko-social referenceramme, som mere end 190 nationer har ratificeret, og som talrige lande omkring os i disse år forsøger at implementere som fælles reference i multidisciplinært samarbejde.

Bl.a. arbejdes der med udarbejdelse af såkaldte core set til stratificering. Sundhedsstyrelsen har ligeledes udgivet eksempler på, hvorledes denne klassifikation kan anvendes. Referencerammen er god, fordi den illustrerer den dynamiske sammenhæng mellem kropsfunktioner og deltagelse i en kontekst, som er påvirkelig af person (egenomsorg) og omgivelser (omgivelsesomsorg).

Det kan undre at ICF end ikke er nævnt som reference. ICF bruges som reference ved udarbejdelse af genoptræningsplaner, som reference til rehabiliteringsstandarder ved akkreditering og som inspiration for Fællessprog II. Det skal anbefales, at ICF-modellen anvendes som reference for beskrivelse af forløb.

At man i denne publikation forholder sig til de nævnte forhold er helt afgørende for anbefalingerne i den kommende publikation nummer 3.

Med venlig hilsen

Finn Kamper-Jørgensen  
formand

Claus Vinther Nielsen  
sekretær

**Formand Finn Kamper-Jørgensen**, Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5  
1399 København K, Tlf. 3920 7777, [fkj@si-folkesundhed.dk](mailto:fkj@si-folkesundhed.dk).

**Sekretær Claus Vinther Nielsen**, Center for Folkesundhed, Olof Palmes Allé 17, 1. sal, 8200  
Århus N · Tlf. 8728 4741/2223 9488, [claus.vinther@stab.rm.dk](mailto:claus.vinther@stab.rm.dk) ·

[www.dankselskabforfolkesundhed.dk](http://www.dankselskabforfolkesundhed.dk)