

KUF Multisyge

Strategiplan 2026-2030
Med handleplan 2026-2027
Revideret udgave januar 2026



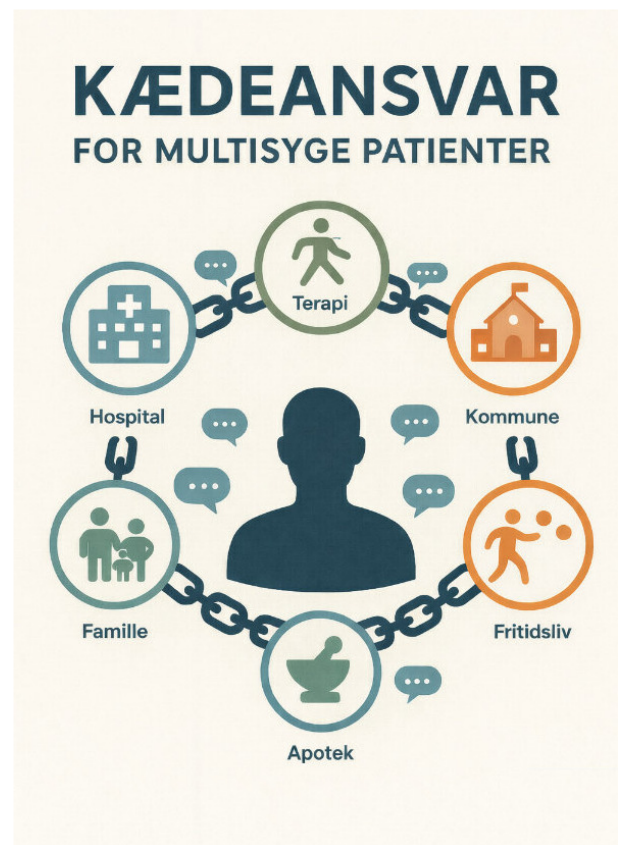
1. Indledning og baggrund

Sundhedsreformen 2024 stiller krav om større sammenhæng i borgerens samlede forløb gennem indførelse af **kædeansvar** – at alle aktører fra civilsamfund, kommune, almen praksis og hospitaler til patient og pårørende er en del af én sammenhængende behandlingkæde hvor ingen led kan stå alene.

For borgere med multisygdom er dette særligt presserende. Det er veldokumenteret at multisyge har svært ved at navigere i sundhedsvæsenets mange tilbud (Hvidbog om multisygdom, Frølich, Olesen & Kristensen, 2017), og den væsentligste udfordring er netop manglende kædeansvar med brud i forløbene og utilstrækkelig koordinering.

Kædeansvar i KUF-kontekst betyder for os konkret at facilitere og styrke den relationelle koordinering mellem alle forløbsaktører, sikre at ingen patient tabes i overgangene, afklare hvem der har ansvar for hvad og hvornår, samt gøre borgeren i stand til at navigere gennem komplekse behandlingsforløb med beslutningsstøtte.

Strategiplanen relaterer sig til Hospitalsenhed Midts virksomhedsgrundlag, som vægter helhed, sammenhæng og styrket samarbejde på tværs af sektorer. Den sparring KUF Multisyge har modtaget gennem 2025 understreger at relationel koordinering og udnyttelse af relationel kapacitet er afgørende for at skabe sammenhængende forløb for multisyge borgere med komplekse behov.



Et centralt element i Sundhedsreformen er **kronikerpakker**, hvor kronikerpakken for multisyge forventes udmøntet i 2030. Pakkeforløbene skal bidrage til bedre og mere sammenhængende forløb med særligt fokus på indsatsen i den første tid efter diagnosen. KUF Multisyge vil tage en proaktiv rolle i udviklingen af denne pakke gennem hele strategiperioden og være med til at sikre at alle kroniker pakker ses i sammenhæng med genkendelige strukturer og relationer.

2. Målgrupper

KUF Multisyge målgruppe **er patienter med tre eller flere kroniske sygdomme** i Hospitalsenhed Midt. Dette omfatter et betydeligt og voksende patientantal

kendetegnet ved høj sygdomsforekomst, flere indlæggelser og genindlæggelser, øget dødelighed og lavere livskvalitet.

Vores primære målgrupper er:

Ældre multisyge patienter (65+) med fire eller flere kroniske sygdomme og hyppige genindlæggelser, som oplever manglende sammenhæng mellem hospitalsophold og efterfølgende opfølgning i primærsektor og kommune.

Multisyge patienter med psykiatrisk komorbiditet, hvor koordinering mellem somatisk og psykiatrisk behandling er utilstrækkelig, og hvor somatisk sygdom ofte underbehandles. Denne gruppe har særligt høj risiko for komplekse forløb og dårlige behandlingsresultater.

Multisyge patienter i overgangen mellem hospital og primærsektor, hvor risikoen for brud i behandlingsskæden er størst, og hvor manglende kommunikation om medicin, opfølgingsansvar og behandlingsplaner skaber utryghed og unødvendige genindlæggelser.

Pårørende til multisyge, som ofte fungerer som uformelle koordinatore og har brug for støtte til at navigere i systemet og forstå behandlingsplaner på tværs af sektorer.

Den multisyge patient risikerer manglende sammenhæng som kan medføre utryghed, unødige indlæggelser, tab af overblik og forværring af helbredstilstand. Det strategiske fokus for KUF Multisyge er derfor at styrke relationel koordinering og udnytte relationel kapacitet optimalt, så behandlingsskæden bliver mere sammenhængende og ansvarsfuld.

3. Strategiske fokusområder 2026-2030

KUF Multisyges overordnede opgave er at bidrage til den relationelle koordinering mellem forløbsaktørerne og udnytte relationel kapacitet bedst muligt. Dette indebærer fire strategiske fokusområder:

Understøtte en "cross border kultur" hvor fagpersoner på tværs af sektorer og specialer ser sig selv som del af en fælles behandlingsskæde og aktivt søger samarbejde og vidensdeling.

Bidrage til afklaring af ansvar ved at tydeliggøre hvem der har ansvar for hvad og hvornår i patientforløbet, særligt i overgangene mellem sektorer hvor ansvar ofte er uklart.

Facilitere kontakt og kommunikation mellem almen praksis, kommuner og hospital gennem etablering af strukturerede samarbejdsfora, fælles værktøjer og direkte kommunikationskanaler.

Sikre opfølgning på aftaler på tværs af sektorer, herunder implementering af overordnede klyngeaftaler og nationale retningslinjer tilpasset multisyge patienters komplekse behov.

KUF Multisyge er ikke nødvendigvis selv udførende i alle indsatser, men har **medansvar for at intet tabes i overgangene** og fungerer som facilitator, koordinator og katalysator for forbedringer af behandlingsskæden.

En central del af kædeansvaret er **inddragelse af patient og pårørende som medansvarlige**. Konkret vil vi facilitere patientvejledninger, patientskoler og

beslutningsstøtteværktøjer, der gør borgeren i stand til at navigere gennem forløbene og tage informerede beslutninger om egen behandling.

Sundhedsreformen påkræver intensiveret brug af **sundhedsteknologi og digitale løsninger**. KUF Multisyge vil derfor have stærkt fokus på anvendelse af nye teknologier, digitale kommunikationsplatforme og AI-løsninger der kan understøtte koordinering, informationsdeling og patientinddragelse.

4. Konkrete indsatser 2026-2027 kunne være:

Indsats 1: Pilotprojekt med multisyge-koordinatorer

Periode: Januar 2026 – december 2027

Formål: At teste og evaluere en koordinatorfunktion for højrisiko multisyge patienter med fire eller flere kroniske sygdomme, som sikrer sammenhæng i behandlingsforløbet på tværs af hospital, almen praksis og kommune.

Målgruppe: 50 patienter identificeret ved indlæggelse eller ambulans kontakt som værende i særlig risiko for genindlæggelse baseret på antal kroniske sygdomme, tidligere indlæggelser, polyfarmaci og social sårbarhed.

Dokumentation for relevans: Registerdata fra Hospitalsenhed Midt viser at patienter med fire eller flere kroniske tilstande har 2,5 gange højere genindlæggelsesrate end gennemsnittet. International evidens dokumenterer at case management kan reducere genindlæggelser med 20-30% for komplekse patientgrupper. Patientinterviews fra 2025 viser gentagne oplevelser af manglende koordinering og utryghed ved udskrivelse.

Partnere: To udvalgte kommuner (Viborg og Silkeborg), almen praksis via PLO Midtjylland, Medicinsk Afdeling Viborg og Silkeborg, Klinisk Farmaci, samt patient- og pårørende repræsentanter fra Danske Patienter.

Succeskriterier:

- Reduktion i 30-dages genindlæggelsesrate med minimum 20% for inkluderede patienter sammenlignet med kontrolgruppe
- Patienttilfredshed målt ved standardiseret spørgeskema (CollaboRATE) viser forbedring på minimum 25% i oplevelse af koordinering
- Dokumenteret reduktion i antal akutte henvendelser til hospital og almen praksis med 15%
- Kvalitativ evaluering gennem interviews viser forbedret oplevelse af sammenhæng og tryghed
- Udviklet implementeringsklar model til bredere udrulning

Kobling til projektmodel: Fase I afsluttet efterår 2025 (forskning identificerede problemstilling). Fase II gennemføres 2026-2027 (klinisk afprøvning og evaluering). Ved positive resultater fortsættes til Fase III i 2028.

Indsats 2: Tværsektoriel søvnintervention for multisyge

Periode: April 2026 – december 2027

Formål: At implementere systematisk søvnscreening og evidensbaseret søvnintervention for indlagte multisyge patienter med opfølgning i primærsektor, da søvnforstyrrelser forværrer kronisk sygdom og øger risiko for genindlæggelse.

Målgruppe: 200 indlagte multisyge patienter med tre eller flere kroniske sygdomme screenet for søvnproblemer, hvoraf identificerede patienter tilbydes intervention.

Dokumentation for relevans: KUF Multisyge-støttet forskning viser høj prævalens af søvnforstyrrelser hos indlagte multisyge. Litteraturen dokumenterer at behandling af søvnproblemer forbedrer håndtering af kronisk sygdom, reducerer symptombyrde og kan forebygge genindlæggelser. Dette er et underbelyst område i behandlingen af multisyge.

Partnere: KUF Tværsektoriel (fælles projektudvikling), søvnambulatorier på Hospitalsenhed Midt, kommunale sundhedscentre, almen praksis, samt ph.d.-studerende tilknyttet søvnprojektet.

Succeskriterier:

- Implementeret systematisk søvnscreening på to medicinske afdelinger
- Minimum 200 patienter screenet, og identificerede patienter tilbudt intervention
- Måling af effekt på søvnkvalitet (Pittsburgh Sleep Quality Index), livskvalitet (WHO-5) og genindlæggelsesrate efter 3 og 6 måneder
- Udviklet tværsektoriel opfølgingsmodel hvor søvnproblemer håndteres koordineret mellem hospital og primærsektor
- Evaluering viser patienttilfredshed og feasibility af modellen

Kobling til projektmodel: Fase I afsluttet 2025. Fase II 2026-2027 med klinisk afprøvning. Evaluering danner grundlag for beslutning om Fase III.

Indsats 3: Systematisk polyfarmaci-gennemgang ved udskrivelse

Periode: August 2026 - juni 2027

Formål: At sikre systematisk medicin-gennemgang for multisyge med ti eller flere præparater ved udskrivelse fra hospital med struktureret kommunikation til almen praksis og kommune om medicinjusteringer og opfølgningsansvar.

Målgruppe: 100 multisyge patienter med betydelig polyfarmaci (10+ præparater) ved udskrivelse fra medicinske afdelinger.

Dokumentation for relevans: Polyfarmaci er en af de største udfordringer for multisyge og øger risiko for bivirkninger, interaktioner, non-adherence og genindlæggelse. Det igangværende polyfarmaci-projekt støttet af KUF Multisyge har identificeret at medicin-information ved udskrivelse ofte er utilstrækkelig og at ansvaret for opfølgning er uklart.

Partnere: Klinisk Farmaci Hospitalsenhed Midt, Medicinsk Diagnostisk Center, almen praksis via PLO, kommunale sygeplejersker med medicinhåndteringsansvar, samt apotekere.

Succeskriterier:

- Implementeret på to medicinske afdelinger med systematisk proces for medicin-gennemgang før udskrivelse
- 100 patienter gennemgået med dokumentation af medicinjusteringer og begrundelser
- Struktureret kommunikation til almen praksis og kommune via fælles medicinkort og udskrivningsbrev
- Måling af reduktion i uhensigtsmæssig polyfarmaci (STOPP/START-kriterier) og potentielt skadelige interaktioner
- Opfølgning efter 30 dage viser forbedret adherence og færre medicin-relaterede problemer
- Patientevaluering viser øget forståelse af egen medicin

Kobling til projektmodel: Fase II 2026-2027. Bygger på eksisterende polyfarmaci-projekt (Fase I). Ved positive resultater udvikles implementeringsmateriale i Fase III.

Indsats 4: Psykiatri-somatik koordinering for multisyge

Periode: Januar 2027 - december 2027

Formål: At etablere systematisk koordinering mellem psykiatriske og somatiske behandlere for multisyge patienter med psykiatrisk komorbiditet, med fokus på opfølgning af somatiske risikofaktorer.

Målgruppe: Multisyge patienter i psykiatrisk behandling med samtidig diabetes, hjerte-kar-sygdom eller KOL, hvor somatisk behandling ofte er utilstrækkelig.

Dokumentation for relevans: KUF Multisyge støtter projekt om opfølgning på hypertension og dyslipidæmi i Psykiatrien, som dokumenterer betydelige huller i somatisk behandling. Denne patientgruppe har særligt høj dødelighed og har brug for tæt koordinering mellem psykiatri og somatik.

Partnere: Psykiatrien Region Midtjylland, Medicinsk Afdeling, Kardiologisk Afdeling, almen praksis, samt brugerrepræsentanter fra LAP (Landsforeningen af Nuværende og Tidligere Psykiatribrugere).

Succeskriterier:

- Etableret faste koordineringsmøder mellem psykiatri og relevante somatiske afdelinger
- Udviklet fælles retningslinjer for opfølgning på somatiske risikofaktorer hos psykiatriske patienter
- Implementeret systematisk screening og opfølgning for minimum 50 patienter
- Dokumenteret forbedring i behandling af diabetes, hypertension og dyslipidæmi målt ved kliniske parametre
- Patientevaluering viser øget tryghed og oplevelse af helhedsorienteret behandling

Kobling til projektmodel: Fase II 2027. Bygger på igangværende projekt (Fase I afsluttet 2025-2026).

5. Samarbejde og koordinering

Samarbejde med andre KUF'er

KUF Multisyge vil etablere **kvartalsvise koordineringsmøder med KUF Tværsektorielt samarbejde.

Ovenstående er helt på ide-stadiet og skal ses som mulige veje.

I strategiperioden vil der givet opstå ideer til yderligere projekter, som bør vurderes i forhold til strategiplanen. KUF multisyge hviler på et for spinkelt grundlag til selv at gennemføre planen.