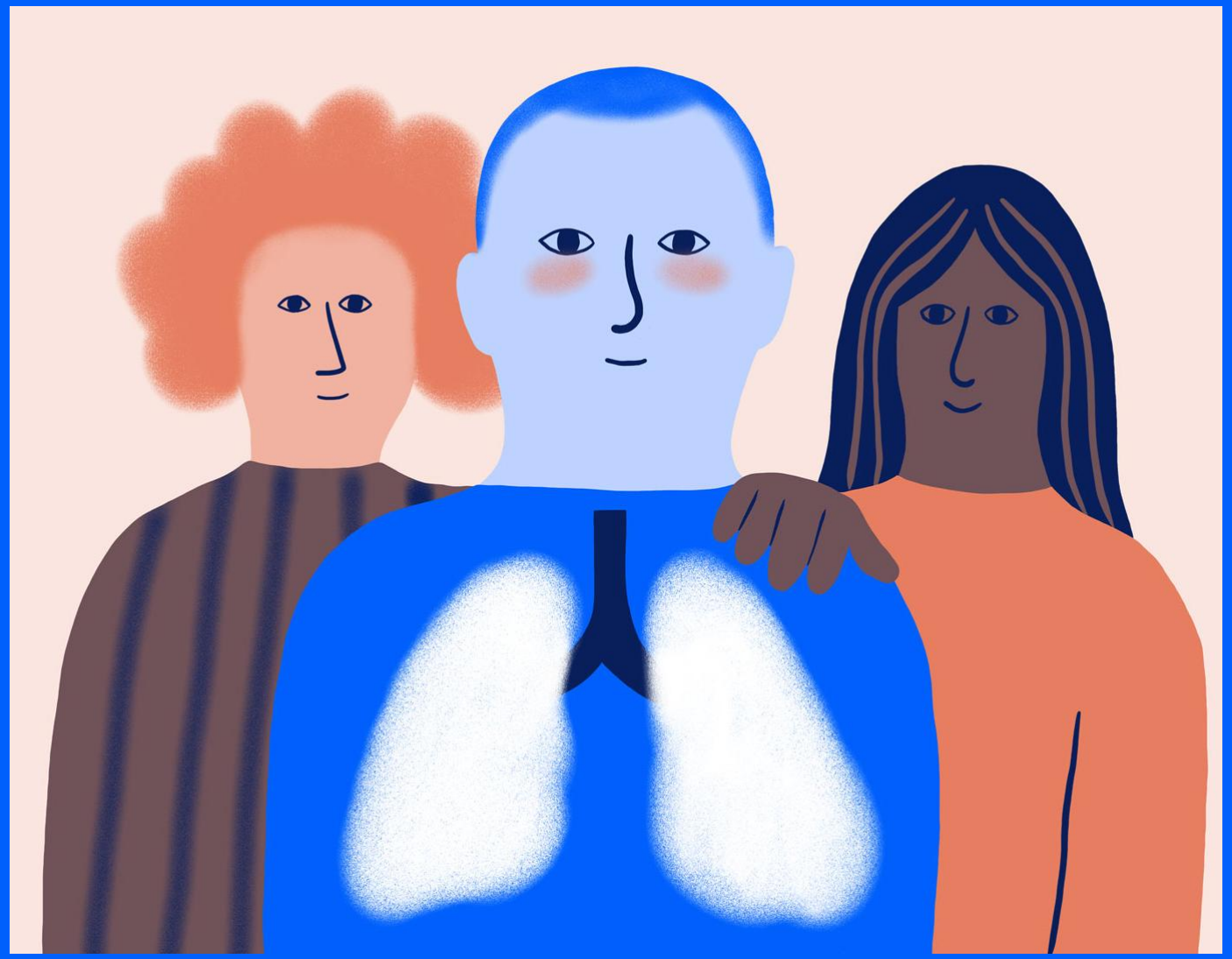
Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom – hvor langt er vi?

Ann Leistiko, direktør, Lungeforeningen
Louise Lauridsen, enhedschef, Sundhedsstyrelsen
Maria Krüger, praktiserende læge, forperson, Dansk Selskab for Almen Medicin
Moderatorer: Henrik Rasmussen, praktiserende læge, lægekonsulent i KiAP &
Charlotte Cerqueira, enhedsleder, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Lungeforeningen

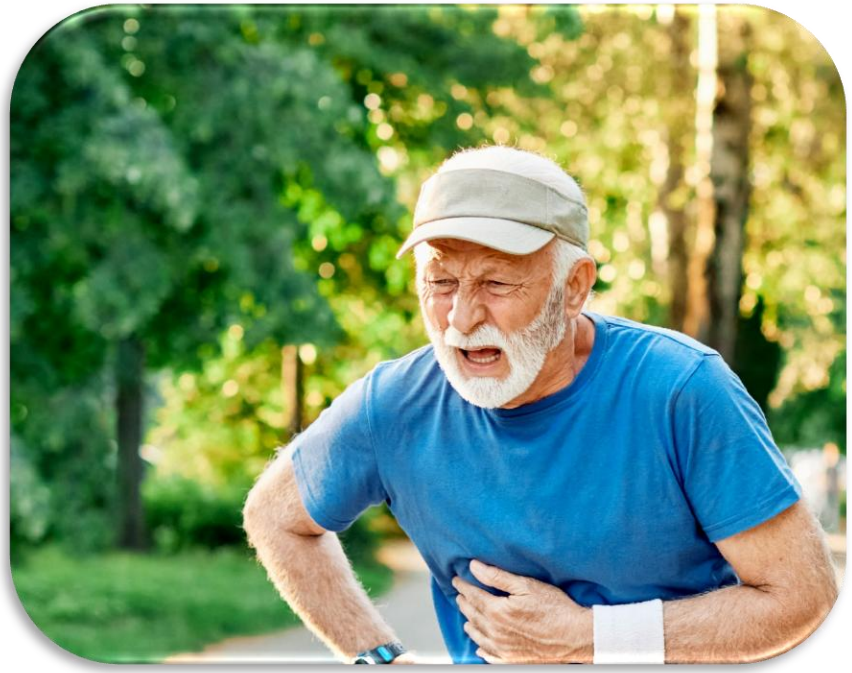
Pakkeforløb for mennesker med KOL



28-10-2026

Sygdommen KOL

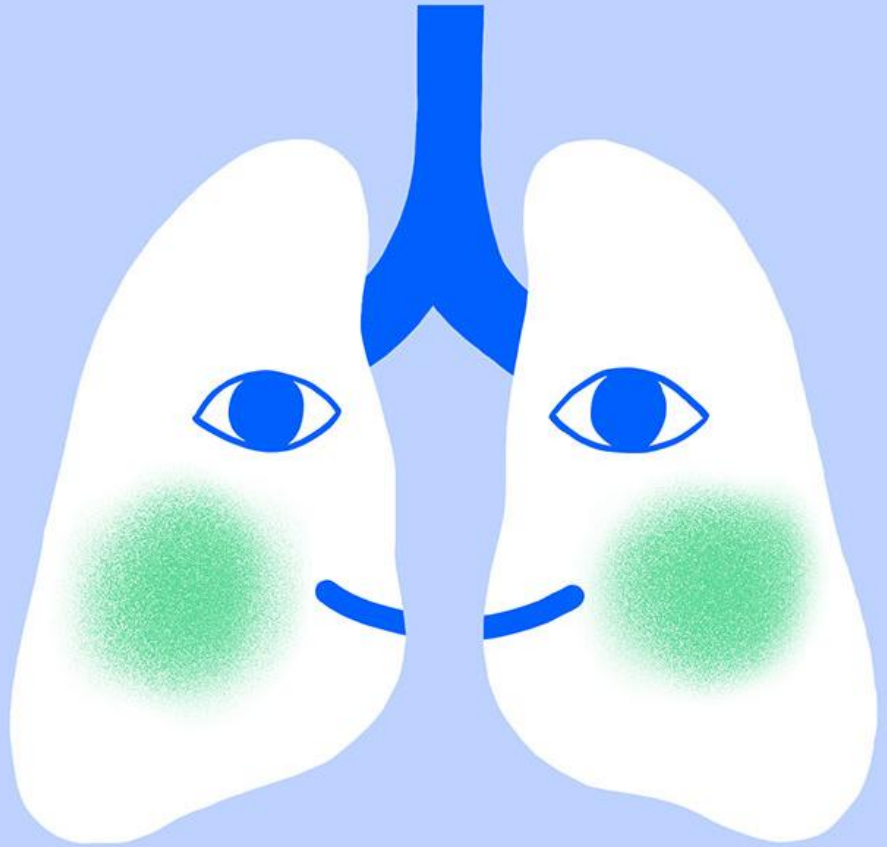
- 400.000 danskere har KOL, men under halvdelen ved, at de har sygdommen
- Opdages sygdommen tidligt, giver det mulighed for livsstilsændringer og flere gode leveår
- 3.835 danskere døde af KOL i 2023 – svarende til 10 danskere om dagen
- Enkeltsygdom, der er årsag til flest dødsfald i Danmark
- Etårsmortaliteten er 31 % for patienter, der er indlagt første gang
- På landsplan dør 16 % af de akut indlagte patienter indenfor 30 dage



Hvad er vigtigt for medlemmerne?

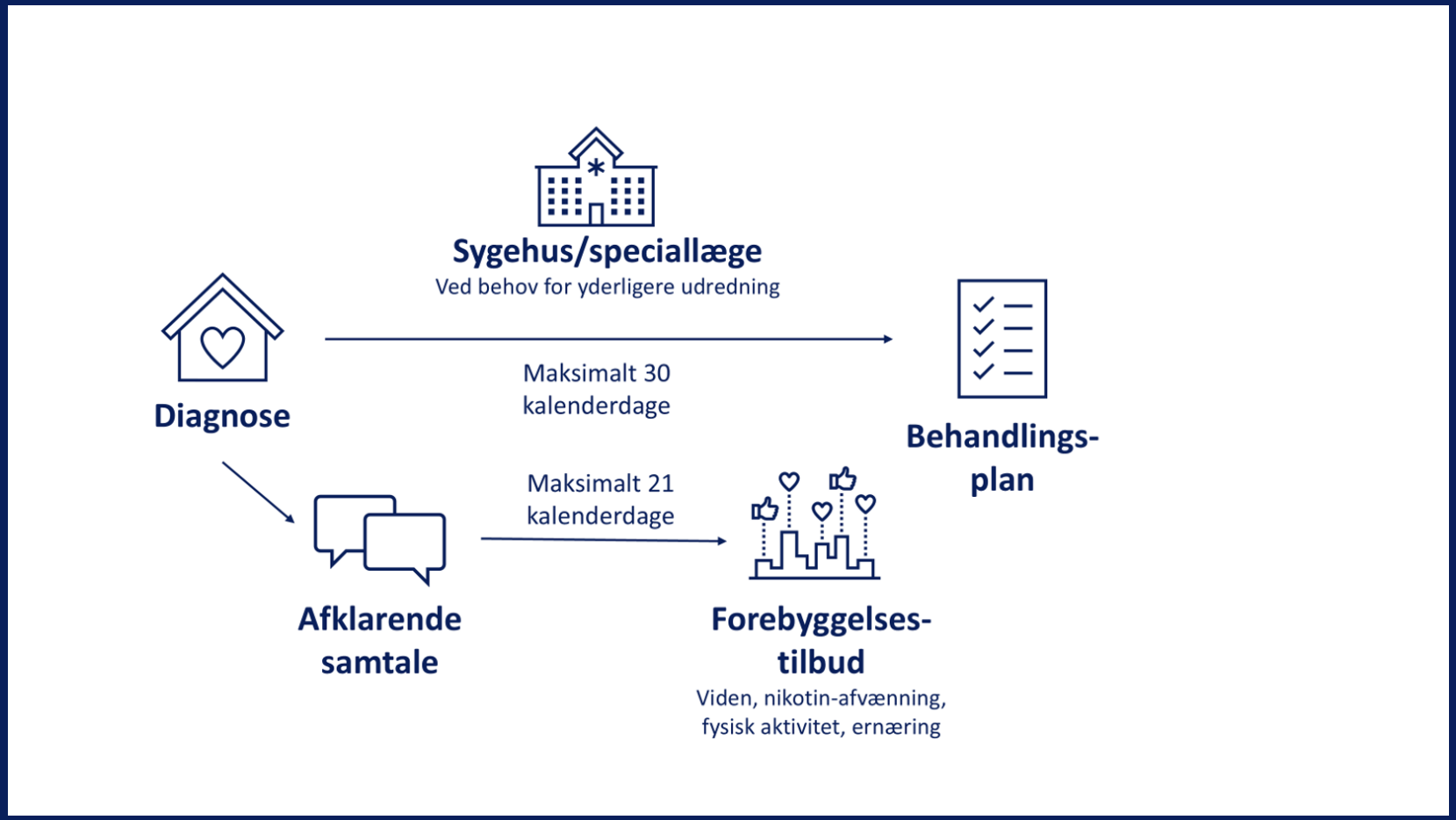
- Koordineret og sammenhængende behandling
- Mere opfølgning og regelmæssige kontroller
- Kortere ventetider og hurtigere behandling
- Bedre information og vejledning
- Øget viden hos praktiserende læger
- Bedre adgang til specialister
- Mere fokus på træning og rehabilitering
- Lige adgang til behandling uanset bopæl
- Billigere eller gratis medicin og vacciner
- Mere fokus på livskvalitet

94% af medlemmerne mener, at der er behov for pakkeforløb for at forbedre deres behandling



Lungeforeningen

Patientrettigheder og tidsfrister



Tal ifølge Sundhedsstyrelsen

- 169.000 er diagnosticeret med KOL
- 15.500 diagnosticeres årligt med KOL
- 34.000 patienter med diagnosen har en forløbsplan

Specifikke elementer, som Lungeforeningen arbejder på at få inkluderet

- Gratis vaccination mod pneumokokker og RS-virus
- Inddragelse af andre faggrupper end praktiserende læger i patienternes behandling – fx fysioterapeuter, ernæringseksperter og ergoterapeuter
- Større fokus på de psykologiske elementer i behandlingen
- Afstigmatisering – også blandt sundhedspersonalet

Monitorering og opfølgning

- **Behandlingsplaner:** Antal patienter med en behandlingsplan.
- **Forebyggelse og rehabilitering:** Antal henvisninger samt andel af patienter, der påbegynder og gennemfører et forløb.
- **Rygestop:** Antal henvisninger samt andel af patienter, der påbegynder og gennemfører et rygestopkursus, herunder hvor mange der efterfølgende bliver røgfri.
- **Genindlæggelser:** Antal genindlæggelser blandt KOL-patienter.
- **Psykologisk støtte:** Antal henvisninger samt andel af patienter, der gennemfører et psykologforløb.
- **Palliativ indsats:** Antal henvisninger til hospice og øvrige palliative tilbud, herunder psykologisk støtte og samtaler om den sidste tid.

Lungeforeningen



Fra pakkeforløb til bedre behandling

Hvad er den almenmedicinske opgave?

Dansk Selskab for Almen Medicin

En god start er ikke nok

- **Pakkeforløbenes model**
- Stor vægt på den indledende behovsvurdering
- Differentiering og behandlingsplan
- Vedvarende fase med ”løbende tilpasning” og proaktiv opfølgning
- **Men patienternes behov ændrer sig**
- Sygdomme udvikler sig og nye kommer til
- Psykiske, fysiske og sociale problemstillinger skal ses samlet
- Der er behov for et tilbagevendende overblik – ikke kun en god start

DSAM: Fra overblik til én samlet årsplan

1. Tilbagevendende overblikskonsultation:

Samlet behovsvurdering af patientens sygdomme, symptomer, ressourcer og ønsker - også psykiske og sociale forhold

2. Fælles prioritering:

Hvad er vigtigst nu? Hvad kan vente? Hvad kan undlades?

3. Én samlet årsplan / ét årshjul

Aftaler om behandling, konsultationer, ansvar og opfølgning.

Én patient – Én plan – Èt årshjul

- **Overblikskonsultation DSAM 2020/2026**
- **Et tilbud efter behov til patienter med kronisk sygdom**
- Patientens samlede helbredssituation
- Patientens ønsker
- En samlet årsplan
- Hvad er vigtigst?
- Hvad kan vente?
- Hvad kan udelades?
- Aftale om behandling/ konsultationer

- Gentages med 1-2 års interval

OVERBLIKSSTATUS

Overblikstatus bruges, hvis patienten har multisygdom, dvs. mindst to kroniske sygdomme. Overblikstatus kan gennemføres årligt, enten alene eller i forbindelse med en årsstatus. Overvej før konsultationen at lave eller opdatere et resumé eller en tidslinje over patientens sygdomshistorie.

FORMÅLET

At danne sig et samlet overblik over alle patientens forskellige kroniske sygdomme/tilstande og prioritere behandlingen heraf.

STRUKTUREN

En overblikstatus er en lægelig ydelse, men fx medicinafstemning kan godt forberedes af personale. Ved overblikstatus skal læge og patient sammen:

- Forhandle og afklare **dagsorden** for konsultationen
- Afklare, hvilke **diagnoser** patienten har
- Afklare, hvilken **medicin** patienten indtager og på hvilken indikation (medicinafstemning) med støtte i FMK
- Afklare, om **behandlingsansvaret** for den enkelte kroniske sygdom ligger hos egen læge eller sygehus/anden speciallæge, herunder receptfornyelser
- Aftale, at **receptfornyelser** udføres af den behandlingsansvarlige læge
- Prioritere **indsatsområder** sammen med patienten/afklare, hvad der betyder mest for patientens liv og helbred
- Aftale, hvad vi skal følge op på **det næste år i lægehuset**, herunder om der er behov for årsstatus for en eller flere separate kroniske sygdomme, og om der er diagnoser, der ikke længere er gældende
- Planlægge **næste kontakt**.

ÅRSSTATUS

Årsstatus er en konsultation om en aftalt bestemt kronisk sygdom eller tilstand.

FORMÅLET

- At danne sig et overblik over **komplikationer** og evt. progression af eksisterende komplikationer
- At danne sig et overblik over **risikofaktorer**, som kan medføre behov for intervention
- At motivere og anerkende patientens **egenomsorg**
- At udarbejde **behandlingsplaner** sammen med patienten, herunder opstille individuelle **behandlingsmål** under hensyntagen til alder, formåen og ønsker
- At lave en **medicingennemgang** (se faktaboks).

STRUKTUREN

En årsstatus vil oftest bestå af to dele:

Del 1: Indsamling af de relevante parakliniske og livsstilsmæssige data. Kan med fordel udføres af praksispersonalet.

Del 2: Konsultation hos lægen.

Forslag til strukturen på konsultationen (del 2)

Indledningsvis forhandles dagsordenen. Fastholder vi det aftalte emne, eller er der opstået andre symptomer eller væsentlige bekymringer, der bør adresseres i dag? Vi tager det vigtigste først og aftaler, hvornår vi gør resten.

1. Patientens del

- Lad patienten fortælle. Hvordan går det? Er der særlige bekymringer, ønsker eller forventninger til lægen?

2. Lægens del

- Lægen stiller uddybende spørgsmål og gennemgår de parakliniske undersøgelser.
- Lægen foretager evt. relevant objektiv undersøgelse.
- Lægen informerer om behandlingsmuligheder, herunder viderehenvisninger.

3. Fællesdelen

- Læge og patient aftaler realistiske behandlingsmål.
- Sikrer, at der er opnået fælles forståelse af, hvordan patienten når sine behandlingsmål.
- Træffer fælles beslutning om valg af behandling – farmakologisk og nonfarmakologisk
- Foretager medicingennemgang. Medicin, som egen læge har ansvar for, reiteres til et år (eller til næste aftalte konsultation om emnet). FMK ajourføres.

4. Afslutning og sikkerhedsnet

- Hvornår skal vi ses igen, og hvem i lægehuset skal patienten se næste gang?
- Hvad skal patienten være opmærksom og evt. reagere på?

Behandlingsmål og planer noteres i journalen. Det er brugbart for hele praksisteamet.

Konsultationerne imellem årsstatus individualiseres. Praksispersonalet involveres afhængigt af personalets kompetencer og praksis' organisering.

En plan i sig selv er ikke et tilbud

- Reel adgang til behandling: Tilbuddene skal kunne bruges
- Barrierer for rehabilitering: Geografi, transport og mulighed for deltagelse
- Manglende deltagelse er ikke nødvendigvis manglende motivation
- Vaccination: Kan vi gøre det lettere for patienterne?
- Fælles ansvar: Tydelig ansvarsfordeling på tværs af sektorer

Når rettigheder udfordrer den faglige prioritering

- **30-dagesfrist**
- Patient på niveau 1 der allerede er i behandling
- Begrænset behov

- **Størst behov**
- Patient med komplekse problemer på niveau 3
- Behov for tid og kontinuitet

- Hvem skal have lægens tid først

Måler vi kvalitet – eller det, der er let at tælle?

- Hvad er let at måle: Planer og frister, niveauinddeling, PRO-skemaer, henvisninger
- PRO-Skemaer: Måler vi patientens kompetencer – eller systemets begrænsninger?
- Hvad skal vi måle for at vurdere patientværdien: Funktionsevne, livskvalitet, kontinuitet, reel adgang til behandling og mindre ulighed
- Kvalitetsudvikling skal understøtte læring og ikke reduceres til kontrol
- Evaluér også behandlingsbyrde, kapacitet, ressourceforbrug og fortrængning af andre patienter
- Kvalitet er ikke, at vi har gennemført pakken. Kvalitet er, at patienten har fået bedre behandling