Notat

Danske Regioner

Høringssvar vedrørende pakkeforløb for mennesker med KOL og pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter

27-10-2026
EMN-2024-01215

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive høringssvar til pakkeforløb for mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og mennesker med kroniske lænderygsmerter.

For Danske Regioner er det centralt, at pakkerforløbene giver patienterne mere sammenhængende forløb, forebygger forværring og understøtter behandling tæt på hverdagen. Det skal ske gennem mere systematik, støtte efter behov og bedre adgang til relevant patientrettet forebyggelse. Ressourcerne skal målrettes dem med størst behov, mens andre patienter skal støttes til at klare mere selv. Pakkerne skal samtidig bidrage til, at flere kan behandles og følges i det nære sundhedsvæsen med relevant specialiststøtte. Dette fremgår som vigtige elementer i den udsendte beskrivelse, som vi derfor kan bakke op om.

Vi mener også, at et væsentligt formål med pakkeforløb er at samle patientens forløb omkring egen læge og sikre en dialog om patientens behov og mål, og at der udarbejdes en personlig behandlingsplan, der tager udgangspunkt i, hvad patienten ønsker at kunne i hverdagen. Det mener vi generelt er afspejlet i det faglige grundlag.

Der er dog fortsat behov for en række præciseringer og afklaringer ift. de nuværende faglige grundlag. Og ikke mindst i lyset af tidspresset omkring arbejdet, den korte høringsperiode og behovet for at udvikle understøttende teknologi og data parallelt med den faglige udvikling er der behov for at fastlægge en realistisk og trinvis implementering, der skaber klarhed om

forventninger på kort og længere sigt og sikrer, at den nødvendige udvikling og tilpasning fortsætter efter 1. januar 2027.

Sundhedsstyrelsens beskrivelser danner det faglige grundlag for pakkeforløbene på hhv. KOL og lænderyg. Ved siden af dette skal de understøttende værktøjer udvikles. Det gælder bl.a. en digital behandlingsplan i det almenmedicinske tilbud, anvendelse af PRO-data til sundhedskompetencevurdering, visningsløsninger af behandlingsplanen for patienten, dokumentation og deling af oplysninger om indsatser mellem de forskellige aktører og indsatser i forløbet, og adgang til data til opfølgning, herunder om effekten for patienterne og tidskravene i pakkerne. Vi har stor forståelse for, at alle disse elementer ikke kan nå at være på plads i forbindelse med ikrafttrædelsestidspunktet, og at der - som det også fremgår af udkastet - vil være behov for en trinvis implementering. Det indebærer bl.a. at værktøjerne udvikles og videreudvikles sideløbende med indførelsen af pakkeforløbene. Danske Regioner bakker op om dette og ser frem til fortsat at deltage i udviklingsarbejdet sammen med Sundhedsstyrelsen, Digital Sundhed Danmark og øvrige relevante aktører.

Danske Regioner opfordrer til, at der sikres en tydelig kommunikation og forventningsafstemning om dette og den trinvise implementeringsproces.

Generelle bemærkninger til begge pakkeforløb

Differentiering og forebyggelse

Differentiering er en grundsten i Danske Regioners tilgang til pakkeforløb, og vi bakker op om, at patienterne ikke tilbydes de samme indsatser og den samme opfølgning, men støtte, der er tilpasset deres behov. Udkastene beskriver tre niveauer for det almenmedicinske tilbuds støtte: støttet egenomsorg, proaktiv opfølgning og proaktiv opfølgning med udvidet støtte. Indplaceringen skal bero på en samlet vurdering af sygdommens kompleksitet, patientens mulighed for at forstå og håndtere sygdommen samt eventuelle sårbare livsvilkår. Patienter med størst behov skal have mest støtte, mens patienter med mindre støttebehov skal kunne have enklere forløb med færre kontakter.

Danske Regioner støtter også, at pakkerne skal føre til mere systematisk vurdering og henvisning til patientrettet forebyggelse, da det kan bidrage til bedre livskvalitet og behandlingsresultater. Det er derfor positivt, at udkastene knytter henvisning til en sundhedsfaglig vurdering og dialog med patienten. Denne behovsbaserede tilgang bør fastholdes: Ikke alle patienter skal have de samme indsatser, og relevante igangværende tilbud og patientens egenomsorg skal indgå i vurderingen. Patienter på alle tre støtteniveauer kan efter en konkret vurdering have behov for patientrettet forebyggelse.

Sammenhæng mellem faglige beskrivelser og patientrettigheder

Patientrettighederne fastlægges i lovgivningen, som Danske Regioner har afgivet særskilt høringssvar til. Da rettighederne også beskrives i pakkeforløbene, skal beskrivelserne være entydige og ensartede. Det bør især præciseres, hvornår 30-dagesfristen for en behandlingsplan begynder.

Det bør også fremgå klart, hvornår retten til opstart af patientrettet forebyggelse inden for 21 kalenderdage er opfyldt. En relevant afklarende samtale bør kunne opfylde retten, ligesom digitale indsatser og sundhedsfagligt begrundet brobygning bør kunne indgå. Senere opstart efter patientens ønske eller af sundhedsfaglige grunde skal kunne adskilles fra fristbrud, og reglerne om genhenvisning bør være ens i begge pakker.

Danske Regioner støtter, at deltagelse i et pakkeforløb er frivillig, og at patientens fravalg – også senere i forløbet – skal imødekommes og registreres. Beskrivelsen bør suppleres med mulighed for fagligt begrundet afslutning, hvis diagnosen viser sig forkert eller ændres, eller hvis målgruppekriterierne ikke er opfyldt. Fravalg og afslutning skal håndteres uden at begrænse patientens fortsatte adgang til relevant behandling.

Digital understøttelse på tværs – faseopdelt videreudvikling

Danske Regioner støtter den trinvise digitale udvikling med en første version af den digitale understøttelse fra januar 2027 og en videreudvikling derefter. Løsningen skal udvikles til at kunne understøtte lægens arbejde, patientens overblik og deling af relevante oplysninger med de ansvarlige aktører samt rumme én samlet plan ved flere sygdomme.

Det skal være tydeligt for patienter og fagpersoner, hvilken funktionalitet der er tilgængelig fra januar 2027, og hvad der først udvikles senere. Det gælder blandt andet, hvilke oplysninger behandlingsplanen kan indeholde og vise i første fase, hvordan den kan anvendes og deles, og hvilke data der fra start kan bruges til opfølgning og monitorering. Der skal samtidig forventningsafstemmes om, at behandlingsplanen og monitoreringen udbygges trinvist i takt med, at funktionalitet, datagrundlag og adgang på tværs af aktører udvikles.

Den digitale understøttelse bør på sigt skabe sammenhæng og sikre deling af relevante oplysninger på tværs af almenmedicinske tilbud, den øvrige praksissektor, sygehuse og patientrettede forebyggelsestilbud. Ambitionen bør være, at de ansvarlige aktører kan få adgang til de oplysninger, de har behov for i patientens samlede forløb, og at patienten kan opleve ét sammenhængende forløb på tværs af sektorer. Det forudsætter en trinvis videreudvikling af den fælles digitale infrastruktur.

Opfølgning og monitorering af effekten

Der er behov for et særskilt arbejde med at udvikle monitoreringen af pakkeforløbene. Den bør på sigt belyse både implementering og fristoverholdelse samt pakkernes betydning for kliniske parametre, patienternes funktionsevne og deres egen vurdering af udbytte og sammenhæng. Det kræver en nærmere afklaring af relevante målepunkter, datakilder og mulighederne for at indsamle og dele data uden unødige registreringsbyrder. SundK vil have en central rolle i dette arbejde sammen med Sundhedsstyrelsen, Digital Sundhed Danmark, regionerne og øvrige relevante aktører. Indikatorerne bør derfor udvikles trinvist på grundlag af de faktiske datamuligheder og erfaringerne fra implementeringen frem for at blive fastlagt som en omfattende liste, før datagrundlaget er på plads.

Pakkerne som bidrag til omstillingen

Danske Regioner støtter, at pakkeforløbene forankres i det almenmedicinske tilbud og bygger videre på gældende faglige retningslinjer og regionale forløbsprogrammer. Det bør tydeliggøres, hvordan pakkeforløbene og de eksisterende forløbsprogrammer skal spille sammen, herunder om forløbsprogrammerne forventes tilpasset. Det er positivt, at specialister skal understøtte det nære sundhedsvæsen gennem faglig sparring og rådgivning,

så flere patienter kan behandles og følges tæt på deres hverdag. Pakkernes bidrag til omstillingen bør konkretiseres ved at beskrive, hvordan behandlingsplan, koordinering og specialiststøtte kan gøre det muligt at varetage flere relevante indsatser i det nære sundhedsvæsen og på sigt reducere behovet for sygehuskontakter.

Gradvis og realistisk indfasning af patienter i pakkeforløb

Danske Regioner bakker op om en gradvis indfasning, hvor nydiagnosticerede patienter og patienter, der aktuelt vurderes at opfylde kriterierne, tilbydes opstart, mens patienter med kendt sygdom som udgangspunkt indfases ved kontakt med det almenmedicinske tilbud. Sundhedsstyrelsen bør tydeliggøre, hvordan denne indfasning skal gennemføres, herunder hvordan patienter med størst behov og patienter uden løbende kontakt identificeres og prioriteres. Det skal samtidig fremgå klart, hvordan indfasningen hænger sammen med retten til en behandlingsplan inden for 30 dage.

Generelle bemærkninger til pakkeforløbet for KOL

Danske Regioner bakker overordnet op om pakkeforløbet for mennesker med KOL. Nedenfor peger vi på behov for præciseringer, der skal understøtte en klar målgruppe, sammenhængende indsatser og entydig ansvarsfordeling mellem det almenmedicinske tilbud, sygehuse og øvrige aktører.

Målgruppe og behandling med specialiststøtte

Danske Regioner støtter, at alle patienter med en KOL-diagnose tilbydes et behovstilpasset pakkeforløb uden en generel aldersgrænse. Vi bakker samtidig op om, at det almenmedicinske tilbud, når det er fagligt relevant, kan bevare behandlingsansvaret med rådgivning fra lungemedicinske specialister og dermed mindske behovet for sygehuskontakt.

Pakkeforløbet bør kort præcisere, hvornår lungemedicinsk ekspertise skal inddrages, og hvordan ansvaret fordeles mellem det almenmedicinske tilbud og hospitalet for patienter i specialiserede forløb eller efter indlæggelse. For patienter med svær og kompleks KOL bør sammenhængen til relevante telemedicinske tilbud, pleje, omsorg og palliation desuden fremgå.

KOL-rehabilitering og sammenhæng mellem indsatser

Pakkeforløbet beskriver KOL-rehabilitering, patientrettet forebyggelse og genoptræning som særskilte indsatser, men indhold og målgrupper kan i praksis overlappe. Det vil derfor være nyttigt at tydeliggøre henvisningsvejene mellem tilbuddene samt ansvarsfordelingen og koordineringen af indsatserne. Endelig skal det stå klart, at 21-dagesrettigheden gælder patientrettet forebyggelse, og hvordan overgange mellem tilbuddene håndteres, så patienten oplever ét sammenhængende forløb.

Generelle bemærkninger til pakkeforløbet for kroniske lænderygsmerter

Danske Regioner ser positivt på, at mennesker med kroniske lænderygsmerter omfattes af et pakkeforløb. For denne gruppe er der et vigtigt potentiale i en mere systematisk tilgang i det nære sundhedsvæsen, hvor dialogen med egen læge, sygdomsmestring og fysisk aktivitet kan give patienterne bedre redskaber til at håndtere smerterne og bevare deres funktionsevne og deltagelse i hverdags- og arbejdsliv.

Målgruppeafgrænsning

Danske Regioner bakker op om, at pakkeforløbet afgrænses til patienter med kroniske lænderygsmerter, som både har haft smerter i mere end tre måneder gennem det seneste år og har betydeligt nedsat funktionsevne med konsekvenser for daglige, arbejdsrelaterede eller sociale aktiviteter. Det bør samtidig præciseres, at målgruppen er patienter med behov for en koordineret indsats og hvordan dette behov indgår i den samlede kliniske vurdering. Der er desuden behov for en mere ensartet vurdering af funktionsevnen og en klar afgrænsning mellem patienter i almindelig udredning og patienter, der bør opstartes i et pakkeforløb. Det er vigtigt både for patienternes forståelse af tilbuddet og for at målrette kapaciteten i de almenmedicinske tilbud til patienter med størst behov.

Målgruppens størrelse er usikker. Kriterierne bør derfor revideres på baggrund af erfaringerne fra implementeringen.

Sygdomsmestring og forebyggelsesindsatser som bærende indsatser og grundlag for dialog med patienten

Danske Regioner finder det meget positivt, at støttet egenomsorg, sygdomsmestring og fysisk aktivitet er de bærende indsatser for målgruppen. Danske Regioner bakker også op om, at patienter med kroniske

lænderygsmerter i målgruppen understøttes mere i at deltage i relevante indsatser inden for patientrettet forebyggelse og civilsamfundet. Vi støtter også målet om deltagelse i hverdags- og arbejdsliv og det er positivt, at der er et selvstændigt afsnit om beskæftigelsesindsatser og tilbagevenden til arbejde, da det er vigtigt for at understøtte patientens funktionsevne og livskvalitet.

Det fremgår af den nationale kliniske retningslinje på området og anbefalinger fra Vælg Klogt, at der skal undgås billeddiagnostisk udredning med MR-scanning eller røntgenundersøgelse hos patienter med nyopståede lænderygsmerter, når der ikke er mistanke om alvorlig lidelse. Det er derfor også positivt, at udkastet afspejler den eksisterende viden. Det bør dog i højere grad fremhæves som en integreret del af dialogen med patienten allerede ved opstart og indgå i dialogen om behandlingsplanen. Dermed kan pakkeforløbet bidrage til at sikre en mere ens kommunikation til patienten på tværs af det almenmedicinske tilbud, øvrig praksissektor, forebyggelsestilbud og sygehuse, og modvirke, at patienten møder modstridende forklaringer af, hvad der virker, og hvilken behandling og støtte der kan forventes.

Egenbetaling til fysioterapi og øvrig praksissektor

Pakkeforløbet ændrer ikke på de gældende regler om egenbetaling i dele af praksissektoren. Det bør fremgå tydeligt af informationen til patienterne.

Supplerende tekstnære bemærkninger

1. Tværgående bemærkninger

1.1 Ansvarsfordeling og samarbejde i tværsektorielle patientforløb

Begge udkast, særligt afsnit 1.1-1.2, 2.2-2.4 og 3.1

Pakkeforløbene bør tydeligere beskrive den overordnede ansvarsfordeling og samarbejdet mellem almenmedicinske tilbud, sygehuse, speciallægepraksis, den øvrige praksissektor, patientrettede forebyggelsestilbud og kommunale indsatser. Det er særligt vigtigt for patienter i samtidige sygehusforløb, med multisygdom eller i overgange og parallelle indsatser. Det bør fremgå, hvem der har ansvar for behandling, koordinering og opfølgning, og hvornår direkte dialog er nødvendig.

1.2 Specialiststøtte gennem hele forløbet

Begge udkast, særligt baggrundsafsnittene og beskrivelserne af specialiserede indsatser

Behovet for og adgangsvejene til faglig sparring bør beskrives gennem hele forløbet, herunder ved diagnostisk usikkerhed, vurdering af undersøgelser, behandlingsoptimering og væsentlige ændringer i patientens tilstand. Det bør fremgå, hvilke funktioner de udadvendte sygehusfunktioner skal varetage i understøttelsen af de almenmedicinske tilbud og øvrige aktører, og i hvilke situationer rådgivning kan erstatte henvisning eller overtagelse af behandlingsansvaret. Den konkrete organisering af adgangen til specialiststøtte kan fastlægges regionalt.

1.3 Patientrettigheder: ensartet og operationel beskrivelse

KOL s. 3, 11 og 25-26; lænderyg s. 3, 9-11 og 23-25

Patientrettighederne bør beskrives ensartet og afstemmes med de endelige retlige rammer. For 30-dagesfristen skal starttidspunktet samt ansvaret for orientering, indkaldelse og registrering fremgå entydigt, også når diagnosen stilles på sygehus eller i speciallægepraksis, patienten er indlagt, eller det almenmedicinske tilbud mangler oplysninger. For retten til patientrettet forebyggelse inden for 21 kalenderdage skal det præciseres, hvilke indsatser der opfylder retten. En sundhedsfaglig afklarende samtale bør kunne opfylde retten og kan være tilstrækkelig for patienten, ligesom relevante digitale indsatser og sundhedsfagligt begrundet brobygning bør kunne indgå. Senere opstart efter patientens ønske eller af sundhedsfaglige grunde skal registreres særskilt fra fristbrud, og reglerne om genhenvisning bør være ens i begge forløb.

1.4 Fravalg og sundhedsfagligt begrundet afslutning

Begge udkast, afsnittene om målgruppe og opstart

Det er relevant, at patienten kan fravælge pakkeforløbet. Beskrivelserne bør suppleres med, hvordan fravalg dokumenteres og deles med relevante aktører, samt hvordan patienten senere kan tilvælge forløbet. Der bør også beskrives en mulighed for sundhedsfagligt begrundet afslutning, hvis diagnosen ændres, viser sig forkert, eller patienten ikke opfylder målgruppekriterierne. Fravalg eller afslutning må ikke begrænse patientens adgang til relevant behandling uden for pakkeforløbet.

1.5 PRO, behovsvurdering og genbrug af oplysninger

KOL s. 13, 18 og 19; lænderyg s. 12-17

Det bør fremgå, at PRO kan undlades efter en konkret sundhedsfaglig vurdering, eksempelvis ved kognitive, kommunikative eller andre forhold, der gør skemaet uhensigtsmæssigt. Sundhedskompetence og støttebehov skal fortsat kunne vurderes gennem dialog og øvrige relevante oplysninger. Der bør være en arbejdsgang, hvis den digitale løsning eller det validerede skema ikke er til rådighed. Oplysninger fra behovsvurdering, behandlingsplan, patientrettet forebyggelse og sygdomsspecifikke PRO-skemaer bør så vidt muligt genbruges, så gentagne afdækninger og dobbeltregistrering begrænses.

1.6 Funktionsevne som tværgående vurderings- og resultatmål

Begge udkast, især behovsvurdering, behandlingsplan og monitorering

Patientens funktionsevne og mulighed for at udføre daglige aktiviteter bør indgå systematisk i behovsvurderingen, behandlingsplanen og den løbende opfølgning. Ændringer i funktionsevne kan være et selvstændigt tegn på ændrede behov, også hvor den kliniske sygdomssværhedsgrad er uændret. Relevante validerede redskaber kan understøtte dialog og koordination, men der bør ikke fastlægges ét obligatorisk redskab for alle patienter og situationer.

1.7 Informationsdeling og tilbagemeldinger fra indsatser

KOL s. 22 og 25; lænderyg s. 22-27

Krav om tilbagemeldinger bør beskrives på et overordnet niveau og understøtte, at relevante aktører har de nødvendige oplysninger om patientens deltagelse, udbytte og videre behov.

Det bør samtidig fremgå, hvilke hændelser der kræver en tilbagemelding, og at tilbagemeldingen skal være rettidig og stå i rimeligt forhold til hændelsens betydning, så enkeltstående afbud eller udeblivelser ikke udløser unødige informationer. Den konkrete arbejdsgang og digitale understøttelse kan fastlægges i implementeringen med henblik på at undgå parallelle manuelle processer.

1.8 Brobygning til civilsamfund

KOL s. 26; lænderyg s. 23-26

Det kan tydeliggøres, hvem der har ansvar for at identificere relevante lokale tilbud og understøtte overgangen til civilsamfundet. Brobygning bør tage højde for patientens funktionsevne, motivation, økonomi og praktiske muligheder for deltagelse. Det bør desuden afklares, under hvilke forudsætninger en sundhedsfagligt begrundet brobyggende indsats kan indgå i opfyldelsen af retten til opstart af patientrettet forebyggelse.

1.9 Digital understøttelse og overgangsløsninger

KOL s. 34-35; lænderyg s. 30-31

Afsnittet bør tydeliggøre, hvilke centrale digitale funktioner der forventes tilgængelige ved pakkeforløbets ikrafttræden, og hvilke funktioner der udvikles efterfølgende. Det bør samtidig fremgå, hvordan pakkeforløbet kan gennemføres, indtil den fulde funktionalitet er etableret. På sigt bør den digitale understøttelse kunne rumme én samlet behandlingsplan ved samtidige sygdomme og understøtte sammenhæng frem for parallelle planer.

1.10 Monitorering, kvalitetsudvikling og følgeforskning

KOL s. 35-36; lænderyg s. 31-32

Pakkeforløbet bør angive monitoreringens overordnede formål og de centrale områder, der skal følges, herunder visitation, henvisning, deltagelse, gennemførelse, fristoverholdelse og patienternes udbytte. Indikatorerne bør kunne skelne mellem egentlige fristbrud og senere opstart efter patientens ønske eller af sundhedsfaglige grunde. De konkrete indikatorer, datakilder og opgørelsesmetoder bør udvikles i et særskilt monitoreringsspor med henblik på national sammenlignelighed, belysning af social og geografisk ulighed og begrænsning af registreringsbyrden. Behovet for følgeforskning kan indgå som en anbefaling til den samlede implementering.

2. Bemærkninger til pakkeforløbet for mennesker med KOL

2.1 Henvisningsveje og 21-dagesrettigheden

KOL s. 3 og 25

På side 3 knyttes 21-dagesrettigheden til henvisning fra almenmedicinske tilbud, mens side 25 også omfatter sygehuse, praktiserende speciallæger, selvhenvendelse og kommunale forvaltningsområder. Det bør fremgå, at rettigheden kun gælder når patienten henvises fra almenmedicinske tilbud som led i et pakkeforløb.

2.2 Diagnosedato og orientering af almenmedicinske tilbud

KOL s. 11

Teksten i kantede parenteser om diagnosedato bør færdiggøres.
Det bør fremgå af pakkeforløbet, hvilke oplysninger der skal videregives, og hvem der har ansvar for at orientere og reagere,

når diagnosen stilles på sygehus eller i speciallægepraksis. Diagnosedato, tidspunkt for orientering samt ansvar for indkaldelse og opstart bør fremgå entydigt og kunne registreres til monitorering.

2.3 Indfasning af patienter med kendt KOL

KOL s. 11 og 34

Fodnoten om tilbud om behandlingsplan inden for det første år bør indarbejdes i hovedteksten og afstemmes med den gradvise indfasning. Pakkeforløbet bør angive de overordnede principper for, hvilke patienter med KOL der omfattes af indfasningen, hvordan patienter uden løbende kontakt identificeres og tilbydes opstart, hvordan patienter med størst behov prioriteres, og hvordan formuleringen om gerne inden for 30 dage ved patientens egen henvendelse skal forstås i forhold til en egentlig rettighed.

2.4 Sygdomsspecifikt KOL-PRO

KOL s. 18

Det bør præciseres, hvordan det sygdomsspecifikke KOL-PRO spiller sammen med det generiske skema om sundhedskompetence, og hvornår brugen er relevant. Anvendelse og deling på tværs af aktører bør understøtte genbrug af oplysninger og undgå unødige gentagne besvarelser.

2.5 Differentiering af støtte og proaktivitet

KOL s. 20-21

Præciseringen af, at differentieringsniveauet vedrører støtte og proaktivitet, bør fastholdes. Det bør samtidig fremgå, at indsatsernes indhold, omfang og hyppighed altid tilpasses patientens samlede behov. Niveau 3 bør være tydeligt adskilt fra klinisk sygdomssværhedsgrad, så svær KOL ikke automatisk medfører placering på niveau 3, og lettere KOL ikke udelukker et højt støttebehov ved sociale, psykiske eller kognitive udfordringer.

2.6 KOL-rehabilitering, patientrettet forebyggelse og genoptræning

KOL s. 24-26

Pakkeforløbet bør fagligt afgrænse sygdomsspecifik KOL-rehabilitering, patientrettet forebyggelse og genoptræning efter opgaveflytningen. Det bør fremgå, hvilken myndighed der har ansvar, hvilke henvisningsgrundlag der gælder og at det udelukkende er den patientrettede forebyggelse, der er omfattet af 21-dagesrettigheden. Det bør desuden fremgå, at samtidige indsatser skal koordineres, så unødige parallelle forløb undgås.

2.7 Afklarende samtale, direkte henvisning og indholdskrav

KOL s. 25-26

Det bemærkes, at tekstboksen flere steder beskriver KOL-specifikke formål, effekter og indhold af de patientrettede forebyggelsestilbud. Da kvalitetsstandarderne for patientrettet forebyggelse er generisk opbygget og gælder på tværs af sygdomsområder, bør det sikres, at beskrivelsen af indsatserne i pakkeforløbet ikke går længere end det indhold og den detaljeringsgrad, der fremgår af kvalitetsstandarderne.

2.8 Opfølgning efter eksacerbation og adgang til lungemedicinsk vurdering

KOL s. 21 og 28

Epikrisen bør entydigt angive ansvar og tidspunkt for opfølgning, behandlingsændringer og rehabiliteringsbehov. Hvis ansvaret ligger i det almenmedicinske tilbud, når andet ikke er angivet, kræver det rettidig orientering. Pakkeforløbet bør beskrive, hvornår lungemedicinsk vurdering er nødvendig, herunder ved diagnostisk usikkerhed, utilstrækkelig sygdomskontrol, betydeligt eller tiltagende funktionstab samt gentagne eller alvorlige eksacerbationer. Formålet er rettidig specialistvurdering uden unødige dobbeltkontroller eller permanent sygehusopfølgning.

2.9 Psykiske lidelser, angst og social isolation

KOL s. 5-8 og beskrivelserne af behovsvurdering

Pakkeforløbet bør tydeligere omsætte beskrivelsen af psykisk sårbarhed, angst og social isolation til konkrete opmærksomhedspunkter i behovsvurderingen og behandlingsplanen.

et bør fremgå, at relevante psykiske og sociale forhold skal indgå i vurderingen af patientens støttebehov og i tilrettelæggelsen af den samlede indsats.

Hensigten er ikke at etablere parallelle forløb, men at sikre, at væsentlige barrierer for behandling, egenomsorg og deltagelse identificeres og håndteres.

2.10 Telemedicinske tilbud

KOL s. 24 og 32

Det er positivt, at anvendelsen knyttes til et klart klinisk formål og værdi for patienten. TeleKOL bør fortsat fremstå som et eksempel, så andre relevante regionale og lokale løsninger kan anvendes. Ansvar for vurdering af data, reaktion ved forværring samt adgang til specialiststøtte bør fremgå.

2.11 Palliation

KOL s. 29-30

Den tydeligere beskrivelse af palliation bør fastholdes og suppleres med en mere konkret beskrivelse af samarbejdet mellem almenmedicinske tilbud, lungemedicinske afdelinger, øvrig praksissektor og relevante regionale og kommunale tilbud. Specialistens rolle bør fremgå ved komplicerede symptomer og behov for specialiseret palliation. Sundheds- og omsorgspladser og kommunale tilbud bør adskilles tydeligt og afstemmes med det regionale ansvar for sundheds- og omsorgspladser fra 2027.

2.12 KOL-specifik monitorering

KOL s. 35-36

Den KOL-specifikke monitorering bør omfatte centrale områder som adgang til og gennemførelse af rehabilitering, opfølgning efter eksacerbation, akutte kontakter, indlæggelser, genhenvisninger, funktionsevne og livskvalitet. De konkrete indikatorer og datakilder bør udvikles i det særskilte monitoreringsspor. Mulighederne for at samordne monitoreringen med eksisterende registrering i DrKOL bør undersøges, så dobbeltregistrering begrænses, og data kan understøtte kvalitetsudvikling på tværs af forløbet.

2.13 Patientcases

KOL s. 44-47

Casene bør kvalitetssikres for sammenhæng mellem kliniske beskrivelser, klassifikationer og differentieringsniveau. Niveau 1-casens omtale af genhenvisning bør afstemmes med, at patienten beskrives som nydiagnosticeret. Det bør fremgå tydeligt, at casene illustrerer støttebehov og ikke fastlægger standardforløb eller selvstændige henvisningskriterier.

3. Bemærkninger til pakkeforløbet for mennesker med kroniske lænderygsmerter

3.1 Målgruppe, afgrænsning og samlet klinisk vurdering

Lænderyg s. 5-7 og 9-11

Begge inklusionskriterier bør fortsat være opfyldt, og tilstanden relevant afklaret inden opstart. Målgruppen er dog fortsat bred. Ud over smertevarighed og betydelig funktionspåvirkning bør behov for støtte, koordinering eller en sammenhængende indsats indgå tydeligere i den kliniske vurdering. Det bør også fremgå, hvem pakkeforløbet ikke er relevant for. Målgruppens størrelse og sammensætning bør følges i implementeringsperioden med henblik på senere revision af kriterierne.

3.2 Funktionsevne og biopsykosocial vurdering

Lænderyg s. 14-17

Vurderingen af sygdomskompleksitet bør tage udgangspunkt i funktionsevne og deltagelse i et biopsykosocialt perspektiv og inddrage relevante kliniske, psykiske og sociale forhold, herunder multisygdom. Funktionsevne bør være et centralt udgangspunkt for behovsvurdering, behandlingsmål og opfølgning, så fokus ikke alene bliver smerteintensitet eller diagnose. Det bør overvejes at beskrive en fælles og systematisk ramme for vurdering af funktionsevne på tværs af aktører.

3.3 Opstart og informationsdeling fra fysioterapeuter, kiropraktorer og andre aktører

Lænderyg s. 9-11

Det er positivt, at det almenmedicinske tilbud bekræfter inklusionskriterierne og opstarter pakkeforløbet, mens andre aktører bidrager med vurderinger. Det bør præciseres, hvilke oplysninger et notat fra fysioterapeut, kiropraktor eller anden relevant aktør skal indeholde, og hvordan de videregives. Arbejdsgangen bør gøre det muligt at bekræfte kriterier og udarbejde behandlingsplan uden unødige gentagelser eller forsinkelser.

3.4 Enkeltstående specialistvurdering

Lænderyg s. 10-11

Den generiske beskrivelse af en enkeltstående specialistvurdering bør fastholdes. Det bør fremgå, at vurderingen kan organiseres forskelligt og inddrage forskellige relevante faglige miljøer og fagpersoner. Pakkeforløbet bør ikke stille én bestemt faggruppe eller organisatorisk model som forudsætning for diagnostisk afklaring og opstart.

3.5 Aktiv behandling, patientuddannelse og egenmestring

Lænderyg s. 22-27

Det er positivt, at støttet egenomsorg, sygdomsmestring og fysisk aktivitet er de bærende indsatser med mål om funktion og deltagelse i aktiviteter frem for smertefrihed. Beskrivelsen bør tydeligere understøtte et skifte fra forventninger om gentagne udredninger og passive behandlinger til aktiv behandling, smerteforståelse, træning, patientuddannelse og egenhåndtering. Det bør fremgå mere tydeligt, at parallelle eller gentagne indsatser med samme formål eller utilstrækkelig effekt bør undgås. Valget mellem patientrettet forebyggelse, praksissektor og andre tilbud skal bero på patientens behov, mål, ressourcer og erfaringer.

3.6 Praksissektorens rolle og kommunikation

Lænderyg s. 23-25

Fysioterapeuter og kiropraktorer indgår flere steder som aktører i vurdering, rådgivning, træning og patientuddannelse. Rollen bør beskrives mere sammenhængende, herunder forventninger til kommunikation med det almenmedicinske tilbud om indsatsen, patientens udbytte og behovet for justering. Hvis indsatser kræver egenbetaling, bør dette fremgå tydeligt af patientinformationen, og der bør være opmærksomhed på risiko for øget ulighed i adgang til fagligt relevante indsatser.

3.7 Beskæftigelsesrettet indsats

Lænderyg s. 26

Det er positivt, at arbejdsmedicinske klinikker og socialmedicinske funktioner fremgår som relevante ved komplekse forløb. Kommunen har ansvar for visitation, opfølgning og den beskæftigelsesrettede indsats, mens almenmedicinske tilbud bidrager med relevante sundhedsoplysninger. Det kan præciseres, hvornår arbejdsmedicinske og socialmedicinske funktioner med fordel inddrages, og hvordan sundheds- og beskæftigelsesindsatser koordineres uden at blande myndighedsansvar sammen.

3.8 Specialiserede indsatser og sygehusenes rolle

Lænderyg s. 3-4 og 27

Det bør fastholdes, at de fleste patienter håndteres i det nære sundhedsvæsen. Specialiserede kompetencer på sygehuse og speciallæge bør kunne understøtte almenmedicinske tilbud gennem rådgivning og faglig sparring.

Henvisning til sygehuse og speciallægepraksis bør primært ske ved nye eller væsentligt ændrede symptomer, markant forværring, mistanke om anden bagvedliggende sygdom eller komplekse forløb med konkret behov for specialiseret vurdering eller behandling. Formuleringer om manglende effekt af indsatser i primærsektoren bør præciseres, så manglende effekt ikke i sig selv bliver indikation for yderligere diagnostik eller sygehushenvisning.

3.9 Forværring, recidiv og genvurdering

Lænderyg s. 27-29

Det bør beskrives samlet, hvordan patienter med recidiverende smerter eller væsentligt ændrede behov genvurderes, herunder hvornår behovsvurderingen gentages, differentieringsniveauet revurderes og behandlingsplanen opdateres. Samtidig skal det vurderes, om der er tale om en kendt opblussen, som kan håndteres i pakkeforløbet, eller nye symptomer, der kræver diagnostisk afklaring. Genhenvisning til patientrettet forebyggelse

bør baseres på tidligere udbytte, motivation og et konkret mål frem for automatisk at udløse et nyt standardforløb eller tilbud.

3.10 Billeddiagnostik

Lænderyg s. 28 samt målgruppe- og opstartsafsnittene

Det er positivt, at billeddiagnostik beskrives som begrænset til situationer, hvor resultatet kan ændre diagnosen eller behandlingsplanen. Budskabet bør placeres tidligere og fremhæves mere gennemgående. Allerede ved målgruppeafgrænsning og opstart bør det fremgå, at billeddiagnostik ikke er en rutinemæssig del af pakkeforløbet, men anvendes på konkret faglig indikation. Det kan understøtte en ensartet dialog med patienten og modvirke unødige undersøgelser.

3.11 Lænderygspecifik monitorering

Lænderyg s. 31-32

Opfølgningen bør belyse målgruppens faktiske størrelse og fordeling på differentieringsniveauer, henvisninger til patientrettet forebyggelse, praksissektor og sygehus samt udviklingen i akut sygehusaktivitet og billeddiagnostik. Den bør også belyse gentagne henvisninger til indsatser uden tilstrækkelig effekt, funktionsevne, deltagelse i hverdags- og arbejdsliv samt patientoplevet udbytte. Monitoreringen bør også kunne belyse, om relevante indsatser når patienter med størst behov, herunder om der opstår social eller anden systematisk ulighed i adgang og deltagelse. Det er nødvendigt for at vurdere, om målgruppen er hensigtsmæssigt afgrænset og om ressourcerne målrettes patienter med størst behov.

3.12 Patientcases

Lænderyg s. 40-43

Casene viser relevant variation i sundhedskompetence, sygdomskompleksitet og sårbare livssituationer. Niveau 1-casen skaber dog tvivl om pakkeforløbets nedre afgrænsning. Det bør fremgå, hvorfor funktionspåvirkningen er væsentlig, og patienten har behov for et pakkeforløb frem for almindelig behandling og egenmestring. I niveau 2-casen bør det præciseres, at osteoporose behandles i specialiseret regi, mens pakkeforløbet vedrører smerter, funktionsevne, egenmestring og koordinering.
