



SUNDHEDSREFORMEN

GENERISK MODEL
FOR PAKKEFORLØB
FOR MENNESKER
MED KRONISK
SYGDOM

**GENERISK MODEL FOR PAKKEFORLØB FOR
MENNESKER MED KRONISK SYGDOM**

©Sundhedsstyrelsen 2025

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

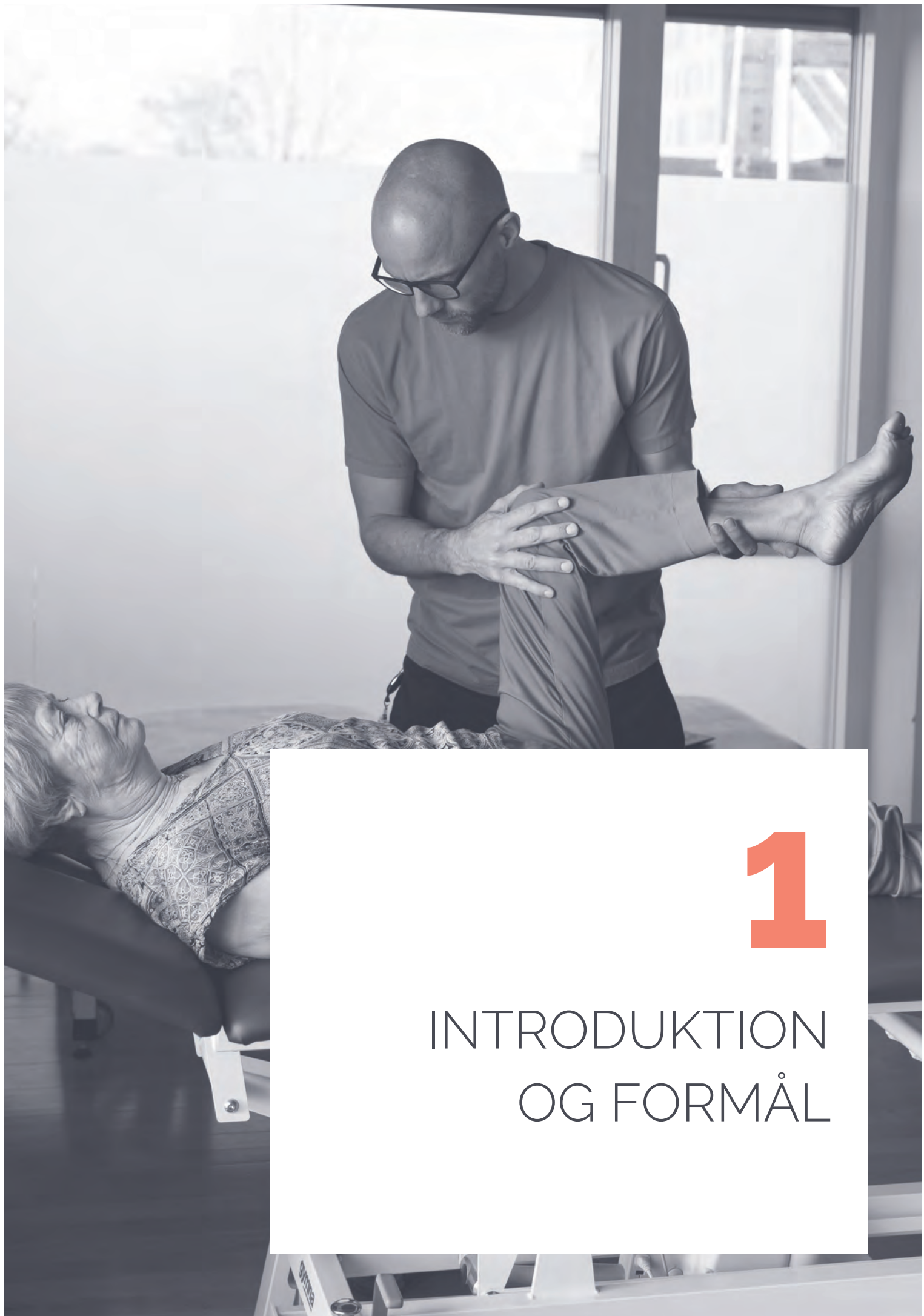
ISBN: 978-87-7014-688-3 (elektronisk)

Design og layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Januar 2026

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INTRODUKTION OG FORMÅL	5
1.1. Baggrund.....	5
1.2. Formål med pakkeforløb	6
1.3. Målgrupper og kronisk sygdom.....	8
2. INDHOLD I PAKKEFORLØB.....	11
2.1. Elementer i pakkeforløb.....	11
2.2. Indledende fase: Trin 1. Opstart af pakkeforløb	12
2.3. Indledende fase: Trin 2. Yderligere indsatser	19
2.4. Vedvarende fase.....	23
3. IMPLEMENTERING.....	26
3.1. Indfasning af pakkeforløb og digital understøttelse	26
3.2. Opfølgning.....	28
3.3. Kvalitetsudvikling og monitorering.....	28
4. BILAG	30
Bilag 1. Kommissorium: Følgegruppen for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom.....	31
Bilag 2. Følgegruppens sammensætning	32



1

INTRODUKTION OG FORMÅL

1. INTRODUKTION OG FORMÅL

1.1. BAGGRUND

Sundhedsstyrelsen har til opgave at udarbejde først en generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom og sidenhen pakkeforløb for specifikke målgrupper. Pakkeforløbene ("kroniker-pakker") er en del af den politiske aftale om sundhedsreformen fra 2024.

Pakkeforløbene skal ses i sammenhæng med flere af reformens øvrige tiltag. Det gælder særligt udvidelsen af funktion og kapacitet i almenmedicinske tilbud samt den nationale opgavebeskrivelse, som definerer de fremtidige opgaver og krav til almenmedicinske tilbud – herunder også i relation til mennesker med kroniske sygdomme. Pakkeforløbene og den styrkede indsats i almenmedicinske tilbud skal ses i sammenhæng med koordinatorsvaret og den differentierede honorarstruktur, der skal sikre speciallægen i almen medicin mere tid til patienter med høj sygdomstungde, herunder patienter med kronisk sygdom. Herudover får regionerne ansvaret for den patientrettede forebyggelse, der skal indgå som en integreret del af pakkeforløbene, mens digital understøttelse, muligheder for hjemmebehandling og udgående funktioner ligeledes indgår som centrale elementer i reformen. Pakkeforløbene skal fra start tilpasses den nye struktur og anden udvikling i de behandlingsmæssige og teknologiske muligheder.

MÅLGRUPPER

Følgende målgrupper er udvalgt til målgruppe specifikke pakkeforløb, der træder i kraft over en årrække:

- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) fra 2027
- Kroniske lænderygsmærter fra 2027
- Type 2-diabetes fra 2028
- Hjertesygdom fra 2029
- Kompleks multisygdom fra 2031

De nævnte målgrupper har en betydelig mængde af det samlede antal kontakter til sundhedsvæsenet og har ofte et særligt behov for en mere sammenhængende og koordineret indsats.

Patienter i et pakkeforløb får ret til en behandlingsplan målrettet den enkelte og opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud inden for en given tidsfrist. De nærmere fastsatte patientrettigheder er ikke en del af selve den generiske model for pakkeforløb.

1.2. FORMÅL MED PAKKEFORLØB

Det overordnede formål med pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom er at støtte den enkelte bedst muligt i at leve et godt og meningsfuldt liv med kronisk sygdom både på kort og lang sigt. Som en del af dette formål skal pakkeforløbene styrke sundhedsvæsenets tilrettelæggelse af gode

og sammenhængende forløb af høj kvalitet ved at indføre en fælles ramme, der angiver et tydeligt placeret koordinationsansvar i almenmedicinske tilbud samt systematikker til at vurdere og differentiere patienternes behov.

Pakkeforløbene skal på den baggrund:



- **Forankre ansvaret ét sted i sundhedsvæsenet**

Pakkeforløb forankres i almenmedicinske tilbud¹, som vil varetage en stor del af patienternes forløb og have en central rolle som koordinator. Med pakkeforløbene følger hermed også krav til almenmedicinske tilbuds rolle og indsatser – herunder blandt andet en styrket rolle i at skabe kontinuitet, sammenhæng og koordinering på tværs af sektorer og sundhedsfaglige aktører.



- **Styrke en tidlig indsats efter diagnose**

I den første tid efter diagnosen er patientens behov for støtte, viden og koordination ofte størst, hvorfor pakkeforløbene har særlig fokus på indsatsen her. Der stilles krav til, at almenmedicinske tilbud i opstarten af pakkeforløbet foretager en behovsvurdering og en systematisk differentiering af patientens behov for støtte samt udarbejder en behandlingsplan i samarbejde med patienten.



- **Fremme rådgivning og samarbejde mellem relevante sundhedsfaglige aktører**

I pakkeforløb skal der fortsat være mulighed for løbende samarbejde mellem almenmedicinske tilbud og øvrige relevante sundhedsfaglige aktører med henblik på at understøtte almenmedicinske tilbuds rolle, koordination og faglig kvalitet i forløbet.



- **Integrere patientrettet forebyggelse**

Patientrettede forebyggelsestilbud spiller en afgørende rolle i at støtte patienter i at leve bedre med deres kroniske sygdom blandt andet ved at understøtte patientens rehabilitering, sygdomsmestring og forhindre sygdomsforværring. Patientrettet forebyggelse indgår derfor som en integreret og systematisk del af pakkeforløb.

¹ Almenmedicinske tilbud bruges i denne udgivelse om det samlede tilbud, som regionen har ansvar for at stille vederlagsfrit til rådighed for patienterne i henhold til sundhedsloven. Tilbuddene udgør patientens primære og uvisiterede adgang til sundhedsvæsenet og omfatter den lægelige indsats ved speciallæger i almen medicin samt øvrigt sundhedspersonale, der virker under almenmedicinsk lægefaglig ledelse. Regionerne tilvejebringer de almenmedicinske tilbud gennem selvstændige praktiserende læger suppleret med regionsklinikker og udbudsklinikker.



- **Tilrettelægge efter den enkeltes behov, ressourcer, motivation og livssituation**

I pakkeforløb tilbydes patienten en differentieret og behovsorienteret indsats, der tager afsæt i den enkelte patients behov, ressourcer, motivation og livssituation for at skabe det bedst mulige forløb. Digital understøttelse og brugen af data i pakkeforløb skal blandt andet understøtte en behovsbaseret differentiering i almenmedicinske tilbud, individualisering og tilpasning af indsatser og opfølgning.



- **Understøtte patientens empowerment og bidrage til reduceret ulighed i sundhed**

Pakkeforløb skal bidrage til at understøtte patienters empowerment ved at fremme aktiv inddragelse, motivation og medbestemmelse i egen behandling og sygdomshåndtering. Herudover skal pakkeforløb indrettes, så de sundhedsfaglige aktører i videst muligt omfang tilrettelægger forløb, opfølgning og kommunikation på måder, der tager udgangspunkt i den enkelte patients behov, sundhedskompetence og motivation. Herudover indebærer pakkeforløb en proaktiv opfølgning fra almenmedicinske tilbud for patienter i en sårbar position og patienter, der har svært ved at følge behandlingsplanen.



- **Skabe fælles overblik over patientens forløb**

Et fælles overblik over forløbet skal muliggøre et tættere og mere effektivt samarbejde mellem relevante sundhedsfaglige aktører og give patienter (og relevante pårørende) let adgang til og et godt overblik over deres forløb, hvilket kan styrke tryghed og egenomsorg. Den digitale understøttelse af pakkeforløb skal bidrage til et fælles digitalt overblik over forløb for både patienter og relevante sundhedsfaglige aktører.



- **Bygge bro til civilsamfund**

Lokale foreninger og fællesskaber kan understøtte patientens forløb gennem sociale relationer, nærhed og mulighed for spejling i andre med tilsvarende erfaringer. Civilsamfundets ressourcer skal derfor inddrages aktivt som en del af pakkeforløb for at understøtte den enkeltes egenomsorg og fastholdelse af sunde vaner, herunder som en integreret del af de patientrettede forebyggelsestilbud.



- **Bidrage til sammenhæng og lette arbejdsgange i sundhedsvæsenet**

Automatisering og digitalisering af arbejdsgange kan bidrage til øget kvalitet og sammenhæng i forløbene ved at understøtte rettidig information og koordinering på tværs af aktører. Den digitale understøttelse af pakkeforløb skal understøtte og lette konkrete arbejdsgange i almenmedicinske tilbud, herunder give mulighed for videndeling og kommunikation mellem relevante sundhedsfaglige aktører i patientens forløb i sundhedsvæsenet, fx mellem sygehus og almenmedicinske tilbud.



- **Levere data til kvalitetsudvikling af pakkeforløb**

Monitorering af pakkeforløb på populationsniveau kan bidrage til arbejdet med at fremme høj faglig og ensartet kvalitet i forløbene. Data fra pakkeforløbene skal danne grundlag for monitorering på populationsniveau og kvalitetsudvikling samt kvalitetssikring på tværs af sektorer.

Forventningerne til almenmedicinske tilbud i pakkeforløb skal ses i sammenhæng med udviklingen af de nære og almenmedicinske tilbud frem mod 2035 som led i sundhedsreformen 2024. Almenmedicinske tilbuds rolle og opgaver udbygges i takt med flere læger og øget kapacitet, hvilket medfører, at visse opgaver i almenmedicinske tilbud løbende vil udvides i takt med kapacitetsudvidelse og styrkede kompetencer. Derudover vil der for de enkelte målgruppespecifikke pakkeforløb være en gradvis indfasning, hvor nydiagnosticerede bliver vurderet i forbindelse med diagnosen, mens patienter, der tidligere har fået en diagnose, vurderes løbende ved kontakt med almenmedicinsk tilbud.

Pakkeforløb tager afsæt i den nationale ramme for sundhedsplanlægning, der blandt andet består af en national sundhedsplan, den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for almenmedicinske tilbud, specialeplanlægning, kvalitetsstandarder mv. Det sundhedsfaglige indhold i et pakkeforløb vil basere sig på gældende retningslinjer på området – eksempelvis kliniske retningslinjer, faglige anbefalinger og relevante vejledninger.

Formålet med den generiske model for pakkeforløb er at fastlægge de overordnede principper, strukturer og rammer for indholdet i de følgende målgruppespecifikke pakkeforløb, herunder beskrive de elementer, der skal være en del af de målgruppespecifikke pakkeforløb.

De målgruppespecifikke pakkeforløb skal efterfølgende udarbejdes inden for rammen af den generiske model. Målgrupperne for de målgruppespecifikke pakkeforløb er kendetegnet ved stor heterogenitet, hvilket blandt andet gælder variation i symptombillede, sværhedsgrad, sygdomsforløb og patienternes individuelle behov mv. Den generiske model for pakkeforløb skal derfor rumme betydelige forskelle mellem patientgrupper.

Udviklingen af den generiske model for pakkeforløb bygger på et bredt erfaringsgrundlag, herunder forløbsprogrammer for kronisk sygdom, kræft- og hjertepakkeforløb, forløbsbeskrivelser, visitationsretningslinjer og kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom mv.

Erfaringerne er, at pakkeforløb og standardisering generelt fungerer bedst, når målgrupper, indsatser og forløb er relativt homogene. Dette er centralt i udviklingen af den generiske model for pakkeforløb, hvor målgrupperne ofte er heterogene med varierende behov. Det fordrer en model, der balancerer nyttig standardisering med fleksibilitet og mulighed for individuel tilpasning – både i den overordnede ramme og i de målgruppespecifikke pakkeforløb.

Sundhedsstyrelsens arbejde med den generiske model er gennemført med inddragelse af en bredt sammensat følgegruppe bestående af repræsentanter fra regioner, kommuner, faglige miljøer og civilsamfund (bilag 2). Der er derudover indhentet faglig viden gennem møder med videnspersoner om specifikke emner og områder.

1.3. MÅLGRUPPER OG KRONISK SYGDOM

Igennem mange år er forekomsten af kroniske sygdomme i befolkningen steget således, at flere mennesker lever med én eller flere kroniske sygdomme (multisygdom).

Kroniske sygdomme er typisk livslange, kræver løbende behandling og opfølgning, og de har stor indflydelse på både livskvalitet og funktionsevne. Mennesker med kronisk sygdom har som regel kontakt med mange dele af sundhedsvæsenet, et øget behov for medicinsk behandling samt en højere risiko for indlæggelser og udvikling af følgesygdomme. For nogle er der behov for kompleks pleje, løbende opfølgning og tæt koordinering – både tværfagligt og på tværs af sektorer – for at skabe en sammenhængende og effektiv behandling. Ligeledes udgør patientrettet forebyggelse og forebyggelse af sygdomsforværring og følgesygdomme ofte en væsentlig del af behandlingen.

Generelt stiger risikoen for kroniske sygdomme med alderen. Det vil sige, at når flere i befolkningen bliver ældre, bliver der også flere mennesker med kroniske sygdomme, funktionsevnenedsættelser, der skal tilpasses i hverdagslivet mv. Herudover stiger risikoen for kronisk sygdom også ved færre sociale og økonomiske ressourcer.

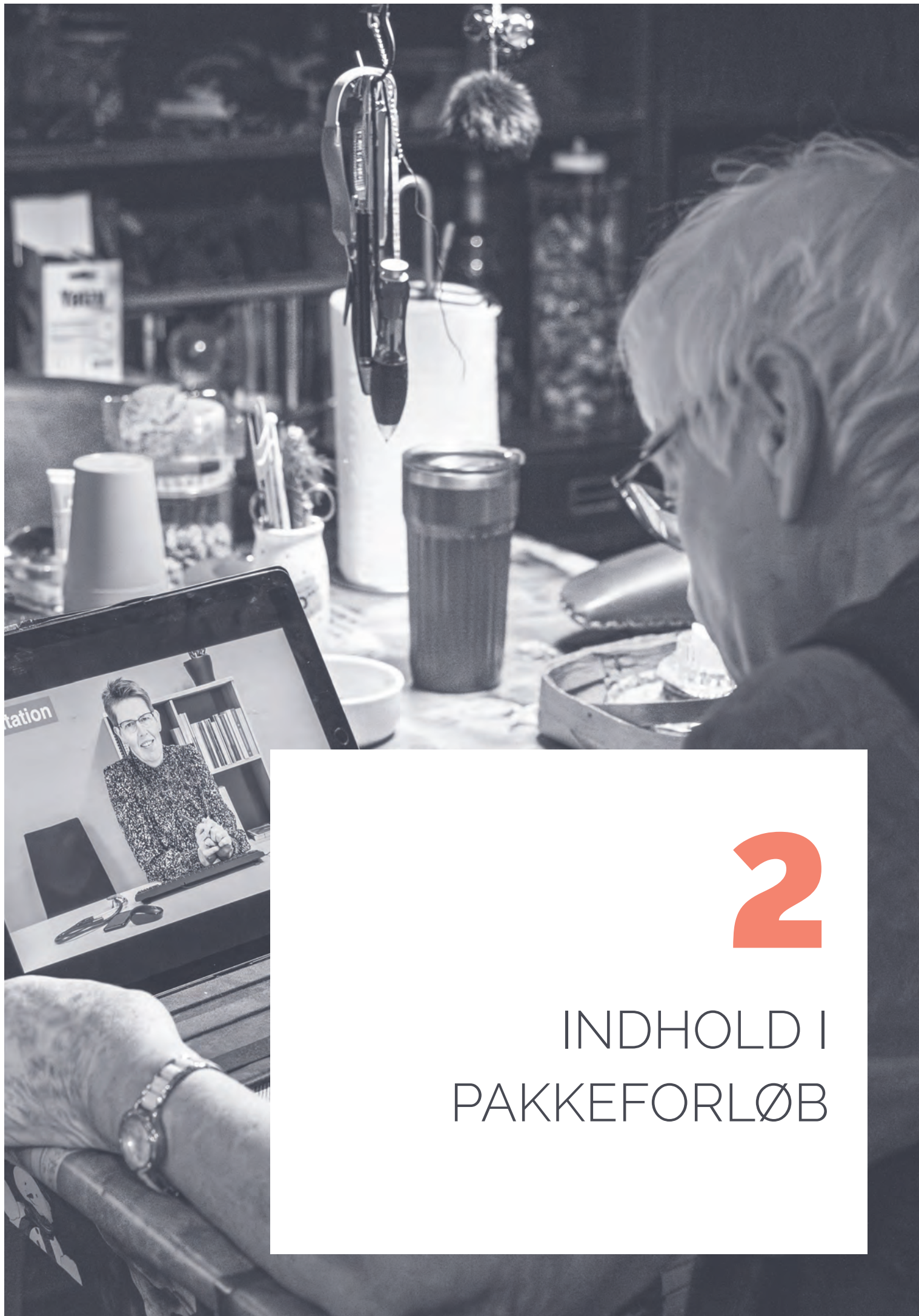
De udvalgte målgrupper for pakkeforløbene; KOL, kroniske lænderygsmærter, type 2-diabetes, hjertesygdom og kompleks multisygdom lever ofte med betydelige og vedvarende helbredsudfordringer, der kan påvirke familieliv, føre til længerevarende sygefravær eller førtidspension samt medføre hyppig kontakt med sundhedsvæsenet. Det har en række negative konsekvenser for den enkelte og medfører store omkostninger for både sundhedsvæsenet og samfundet som helhed².

- **KOL** udvikler sig gradvist, og i mange tilfælde opdages sygdommen først sent i forløbet. Forværring af sygdommen – og tiltagende åndenød – kan føre til nedsat funktionsevne og øget isolation. Det er derfor vigtigt at sætte ind med behandling og motivere til sunde vaner tidligt i forløbet med henblik på at bremse sygdomsudvikling. Patienter med KOL er en gruppe med betydelig risiko for akutte forværringer og gentagende indlæggelser.
- **Kroniske Lænderygsmærter** er karakteriseret ved hyppige og/eller vedvarende episoder af smerter i lænderyggen, som kan lede til nedsat funktionsevne og livskvalitet samt nedsat eller i nogle tilfælde tab af arbejdsevne. Der er tale om en meget heterogen gruppe, hvor nogle oplever vedvarende lænderygsmærter med svingende intensitet, mens andre har tilbagevendende episoder. Smerternes kompleksitet og graden af funktionsnedsættelse varierer og påvirkes af både psykiske faktorer såvel som sociale forhold.
- **Type 2-diabetes** er den mest udbredte diabetestype, men vurderes fortsat underdiagnosticeret i Danmark. Type 2-diabetes er forbundet med en øget risiko for følgesygdomme, såsom hjerte-kar-sygdom, nyresygdom, nerveskader og synsnedsættelse, og mange patienter har allerede følgesygdomme ved diagnosetidspunktet. Behandlingen stiller store krav til både medicinsk behandling og støtte til sunde vaner, som tidligt i forløbet kan bremse sygdommens progression og mindske risikoen for komplikationer.

- **Hjertesygdom** dækker over flere tilstande, herunder blandt andet iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt, hjerterytmeforstyrrelser og hjerteklapsygdom. Bedre behandlingsmuligheder og forebyggelsesindsatser har medført et fald i dødeligheden af hjertesygdomme, men sygdommene er fortsat forbundet med høj dødelighed og betydelige funktionsevnenedsættelser. Der er risiko for akutte hændelser som blodpropper og hjertestop, som ofte kræver indlæggelse og specialiseret behandling. Flere mennesker lever i dag længere med deres hjertesygdom end tidligere, men da hjertesygdom dækker over en række diagnoser, er der også tale om en række forskellige forløb, udgangspunkter og behov.
- **Kompleks multisygdom** er en tilstand hos mennesker med multisygdom, der har både høj sygdoms- og behandlerbyrde. Det vil sige, at tilstanden ikke kun defineres ud fra antallet af diagnoser og medicin, men også påvirkningen af den enkeltes hverdag. Patienter med kompleks multisygdom har derfor ofte forløb på tværs af sektorer og fagligheder, der stiller store krav til koordinering for at undgå uhenigtsmæssig polyfarmaci og en oplevelse af fragmenterede forløb.

I det følgende beskrives indholdet i den generiske model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom.

² Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2022



2

INDHOLD I PAKKEFORLØB

2. INDHOLD I PAKKEFORLØB

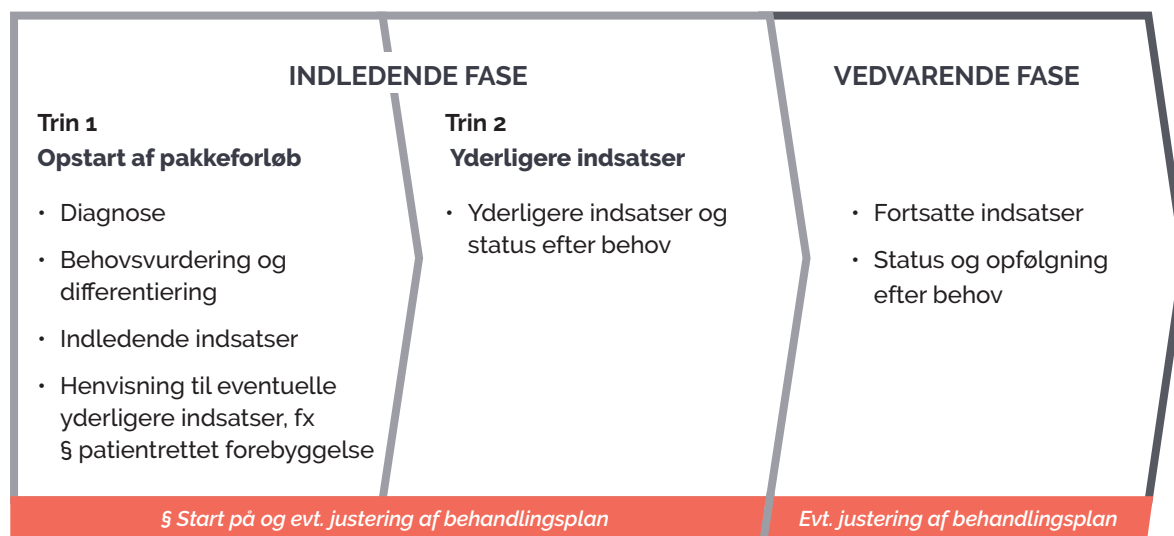
2.1. ELEMENTER I PAKKEFORLØB

I dette kapitel beskrives de enkelte elementer i et pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom med henblik på at danne en fælles ramme og struktur for indholdet i de følgende målgruppespecifikke pakkeforløb.

Figuren herunder illustrerer den overordnede struktur og patientens vej gennem et pakkeforløb i to faser, og danner dermed udgangspunkt for den efterfølgende gennemgang af pakkeforløbets centrale elementer. Den indledende fase udgør det tidlige forløb fra den initiale behovsvurdering og behandlingsplan til iværksættelse af målrettede indsatser. For de fleste vil en kronisk sygdom dog være livslang og kræve fortsat behandling og opfølgning. Derfor beskriver den vedvarende fase det levede liv med en kronisk sygdom i et pakkeforløb.

Figur 1.

En patients kronologiske vej i et pakkeforløb



- Pakkeforløbet starter på tidspunktet for en stillet diagnose, og det er varigt
- Der er særligt fokus på patientens første tid efter en diagnose
- Patientens behandlingsplan er forankret i almenmedicinsk tilbud
- Behandlingsplanen bygger på patientens samlede situation, muligheder og behov

- Begrebet 'indsatser' omfatter udredning samt farmakologisk og nonfarmakologisk behandling, herunder blandt andet patientrettet forebyggelse mv.
- Pakkeforløb indfases gradvist, hvor nydiagnosticerede bliver vurderet i forbindelse med diagnosen, mens patienter, der tidligere har fået en diagnose, vurderes løbende ved kontakt med almenmedicinsk tilbud

2.2. INDLEDENDE FASE:

TRIN 1. OPSTART AF PAKKEFORLØB

Trin 1 i den indledende fase i et pakkeforløb dækker den tidlige periode efter diagnosen, hvor der foretages en initial behovsvurdering, og der udarbejdes en behandlingsplan i samarbejde mellem almenmedicinske tilbud og patienten. I forbindelse hermed igangsættes indledende indsatser, og der tages stilling til henvisning til eventuelle yderligere indsatser.

Et pakkeforløb starter ved diagnosetidspunktet og forankres i almenmedicinske tilbud.

Pakkeforløb kan være multidisciplinært- og tværsektorielt organiseret, dvs. de kan foruden almenmedicinske tilbud i relevant omfang involvere både patientrettet forebyggelse, relevante kommunale indsatser, øvrig praksissektor, sygehuse og cívilsamfund. Selvstændigt eller i samarbejde varetager disse aktører forskellige dele af forløbet.

Det konkrete forløb skal altid tage udgangspunkt i patientens sygdomstilstand og funktionsevne, livssituation, ressourcer og motivation. Inddragelse af patienten skal være et centralt element i et pakkeforløb.

Pakkeforløb omfatter de indsatser, der ligger efter, at den målgruppespecifikke diagnose er stillet, og derfor beskrives den diagnostiske fase op til pakkeforløbet ikke. Det forudsættes dog, at udredningen gennemføres i overensstemmelse med kliniske retningslinjer og gældende regler, herunder ret til hurtig udredning.

Ønsker en patient alligevel ikke at være i et pakkeforløb, skal dette imødekommes og registreres.

2.2.1. KRITERIER FOR INDGANG TIL PAKKEFORLØB

Et pakkeforløb skal have klare og entydige indgangskriterier, som bidrager til en præcis og objektiv afgrænsning af målgruppen.

Diagnosekoder baseret på ICD-10 eller ICPC-2 anvendes som grundlag for inklusion i pakkeforløb, og diagnosticeringen skal ske i overensstemmelse med gældende kliniske retningslinjer.

I visse tilfælde kan det være nødvendigt at supplere med yderligere afgrænsninger eller tillægsdiagnoser, eksempelvis hvis specifikke koder mangler eller ved behov for underinddeling inden for ICD-10.

Der kan i fremtidige pakkeforløb være behov for opdatering af diagnosekoderne i forbindelse med, at diagnoseklassifikationerne overgår fra ICD-10 til ICD-11, og ICPC-2 overgår til ICPC-3.

DIAGNOSEKODER OG MÅLGRUPPESPECIFIKKE HENSYN

For kompleks multisygdom findes der på nuværende tidspunkt hverken en specifik diagnosekode eller en entydig definition. Derfor vil der være behov for både en særskilt faglig vurdering og eventuelle supplerende kriterier for at kunne afgrænse målgruppen præcist i indgangskriterierne. Ligeledes vil der være behov for en særskilt faglig vurdering af, hvilke diagnosekoder der bør indgå inden for kroniske lænderygssmerter og hjertesygdomme. Disse afklaringer vil indgå som en del af udviklingen af de målgruppespecifikke pakkeforløb.

Når diagnose stilles i almenmedicinske tilbud, iværksættes pakkeforløbet.

En del patienter diagnosticeres uden for almenmedicinske tilbud, eksempelvis i forbindelse med indlæggelse eller ambulant udredning på sygehus eller ved kontakt til andre sundhedsfaglige aktører, herunder praktiserende speciallæger eller fx fysioterapeuter. Disse patienter er fortsat omfattet af et pakkeforløb, uanset at udredning og behandling varetages eller igangsættes af en anden aktør. Det skal derfor fremgå af epikrise eller notat til almenmedicinske tilbud, at patienten skal være omfattet af et pakkeforløb og skal indkaldes til en initial behovsvurdering. Almenmedicinske tilbud har herefter ansvar for at indkalde patienten til en initial behovsvurdering. Når patienten indgår i et pakkeforløb, indebærer det ikke, at almenmedicinske tilbud overtager behandlingsansvar og indsatser, der allerede varetages i andet regi, men at almenmedicinske tilbud understøtter og koordinerer forløbet, hvor der er behov.

Ved fortsat behandling hos anden sundhedsfaglig aktør skal almenmedicinske tilbud løbende orienteres med henblik på opstart og koordinering af pakkeforløbet, hvis det vurderes relevant.

Almenmedicinske tilbud og øvrige sundhedsfaglige aktører skal være opmærksomme på at undgå parallelle forløb med overlap af indsatser. Behandlingsplan og iværksættelse af indsatser i pakkeforløbet skal tilpasses i samspil med – og under hensyntagen til – eventuelt igangværende forløb. Dette med henblik på sammenhæng og hensigtsmæssig ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet.

2.2.2. BEHOVSVURDERING

Behovsvurdering i almenmedicinske tilbud udgør en obligatorisk og integreret del af et pakkeforløb og har til formål at medvirke til, at den individuelle behandlingsplan og den efterfølgende opfølgning tilpasses patientens helbredsmæssige, psykiske og sociale situation.

Behovsvurdering er en systematisk og kvalificeret afklaring af patientens individuelle behov og ressourcer med inddragelse af relevante helbredsmæssige, psykiske og sociale forhold. Behovsvurderingen baseres på almenmedicinske tilbuds sundhedsfaglige vurdering og en personcentreret almenmedicinsk tilgang med inddragelse af og i samarbejde med patienten. Vurderingen tager udgangspunkt i samtale med patienten og hvis relevant dennes pårørende. I den faglige vurdering inddrages oplysninger fra journalen fx patienthistorik, parakliniske undersøgelser og billeddiagnostik. Derudover kan øvrige kilder være relevante.

I behovsvurderingen bør som udgangspunkt inddrages screenings- og vurderingsværktøjer som understøttende element for generelle såvel som specifikke vurderinger på tværs af målgrupper. I et pakkeforløb foretages den initiale behovsvurdering ved konsultation i almenmedicinske tilbud. Behovsvurderingen gennemføres ved opstart af pakkeforløbet og danner grundlag for udarbejdelse af en individuel behandlingsplan samt for placering i differentieringsniveau (1, 2 eller 3).

Der foretages herefter løbende behovsvurderinger ved opfølgninger i almenmedicinske tilbud, afhængig af patientens udvikling og behov. Patientinvolvering er centralt i alle dele af behovsvurderingen, som skal tage udgangspunkt i den enkelte.

Øvrige relevante sundhedsfaglige aktører og almenmedicinske tilbud skal samarbejde med henblik på koordination og faglig understøttelse af pakkeforløbet (se afsnit 2.3.6 for yderligere om tværfagligt og -sektorielt samarbejde).

Der skal ske en digital understøttelse af almenmedicinske tilbuds arbejde med behovsvurdering af patienten og differentiering i pakkeforløb. Den digitale understøttelse skal bidrage til, at almenmedicinske tilbud og øvrige sundhedsfaglige aktører automatisk får overblik over relevante tværsektorielle oplysninger fra relevante systemer og kilder som afsæt for behovsvurdering og differentiering. Tillige skal relevante informationer fra behovsvurderingen og differentieringen registreres hos almenmedicinske tilbud og deles gennem den nationale digitale infrastruktur, så de kan tilgås digitalt af patienten selv såvel som relevante sundhedsfaglige aktører involveret i forløbet.

DEN INITIALE BEHOVSVURDERING

Et pakkeforløb starter med en initial behovsvurdering, som tilrettelægges med det formål at danne et billede af patientens samlede situation, omfattende en systematisk afdækning af ikke kun patientens fysiske og psykiske helbredstilstand, men også øvrige aspekter som fx livsomstændigheder, ressourcer, sundhedskompetence, herunder digitale sundhedskompetencer, samt patientens egne ønsker, mål og forventninger til forløbet. På baggrund af den initiale behovsvurdering tilbydes og planlægges der et individuelt tilpasset forløb i samarbejde med patienten om indsatser, herunder yderligere udredning og behandlingsmuligheder.

Det beror på en sundhedsfaglig vurdering og en forventningsafstemning med patienten, hvilke elementer der skal drøftes ved konsultation(er), samt i hvilken rækkefølge og detaljeringsgrad det sker ved.

Der foreligger sygdomsspecifikke kliniske retningslinjer, som beskriver udredningen af de respektive sygdomme omfattet af et pakkeforløb, herunder hvilke forhold der bør afklares gennem objektiv undersøgelse og parakliniske undersøgelser. Der kan ligeledes være behov for øvrige individuelle undersøgelser, afhængigt af patientens specifikke symptomer, komorbiditeter eller øvrige kliniske forhold.

I et pakkeforløb bør følgende elementer indgå i den samlede behovsvurdering i almenmedicinske tilbud:

- **Diagnoser og medicinsk behandling**

Patientens aktuelle somatiske og psykiatriske diagnoser, sværhedsgrad, komorbiditet, symptombyrde og eventuelle komplikationer, samt relevante parakliniske fund gennemgås. Det afklares, om der er behov for yderligere udredning eller screening, herunder opsporing af følgesygdomme og om det eventuelt medfører henvisning til sygehus eller praktiserende speciallæge. Aktuell medicinsk behandling drøftes, herunder præparater, behandlingsmål, bivirkninger, opfølgning og eventuelt behov for henvisning til medicinsamtale på apotek. Muligheder for egenmonitorering vurderes, fx blodsukker, peak flow eller iltmætning. Behandlingsmål som HbA1c, blodtryk, NYHA-klasse eller symptomlindring kan indgå. Vaccinationsstatus vurderes.

- **Forebyggelse og sundhedskompetencer**

Gennemgang og vurdering af sundhedsadfærd som kost og ernæring, rygestatus, alkoholforbrug, fysisk aktivitet, søvn og restitution. Vurdering af patientens sundhedskompetence, herunder digitale sundhedskompetencer samt sygdomsopfattelse og sundhedsforståelse, motivation, egne mål og evne til egenomsorg. Vurdering af behov og tidspunkt for henvisning til relevante sundhedsfaglige tilbud, herunder patientrettet forebyggelse samt eksempelvis fodterapeut, fysioterapi, ergoterapeut eller diætist.

- **Psykosociale forhold**

Psykosociale forhold afdækkes, herunder mental trivsel, psykosociale ressourcer, sociale forhold, herunder bolig, socialt netværk, herunder støtte fra pårørende, ensomhed samt eventuelle belastninger eller bekymringer. Afdækning af eventuelle sproglige barrierer. Relevante henvisninger overvejes, fx psykolog, psykiatri, kommune eller andre indsatser. Behov for tolk overvejes. Pårørende inddrages i relevant omfang.

- **Funktionsevne, arbejds- og uddannelsesmæssige forhold**

Drøftelse af patientens daglige funktionsevne og evne til at varetage daglige aktiviteter, deltagelse i sociale aspekter, herunder i hvilken grad patienten er selvhjulpnen, har behov for støtte til almindelige gøremål, eller om der er begrænsninger, der kan hindre deltagelse i forebyggende eller rehabiliterende tilbud. I forlængelse heraf bør patientens skrøbelighed vurderes, og ligeledes om der er behov for at tage kontakt til kommunen med henblik på yderligere vurdering af funktionsevnen, sociale eller pædagogiske indsatser, kommunal sygepleje, helhedspleje eller anden praktisk eller personlig støtte.

Derudover drøftes patientens aktuelle arbejds- og/eller uddannelsessituation, herunder hvorvidt patientens helbredstilstand påvirker evnen til at deltage i eller vende tilbage til arbejde eller uddannelse, og om der er behov for skånehensyn eller tilpasning af rammer og opgaver. Det skal vurderes, hvorvidt der er behov for kontakt til kommunen, med henblik på vurdering af kommunal støtte eller hjælpemidler, fysioterapeut, ergoterapeut eller anden relevant faglig indsats, eller behov for iværksættelse af konkrete indsatser eller aftaler, fx arbejdsfastholdelse eller gradvis tilbagevenden.

- **Fremtidsønsker og palliation**

Der kan i forskellige faser af sygdomsforløbet, herunder ved forværring eller livstruende sygdom, men også tidligere i forløbet, være behov for at drøfte patientens ønsker for fremtidig pleje og behandling og behov for palliative indsatser. Dette kan omfatte fastsættelse af behandlingsniveau, inddragelse af pårørende samt overvejelse af, om patienten ønsker at udarbejde et behandlingstestamente.

- **Plan for videre forløb**

Lægen udarbejder i samarbejde med patienten en plan for det videre forløb. Eventuelle pårørende og/eller andre sundheds- eller socialfaglige kontaktpersoner kan inddrages i planen, hvis det vurderes hensigtsmæssigt. Der skal fremgå et resumé og konklusion på den samlede behovsvurdering, samt en plan for det videre forløb, herunder differentieringsniveau, ordinationer, henvisninger til yderligere udredning eller indsatser samt plan for opfølgning. Den sundhedsfaglige vurdering af tidspunktet for næste opfølgning baseres på gældende retningslinjer for den pågældende sygdom eller medicinske behandling samt en differentieret vurdering af patientens individuelle behov. Ligeledes skal det fremgå, hvorvidt der er behov for sparring og rådgivning med øvrige aktører eller tværsektoriel konference. Samtykke til videregivelse af oplysninger skal endvidere fremgå.

Der kan være overlap mellem indholdet i behovsvurderingen i almenmedicinske tilbud og den afklarende samtale i forbindelse med opstart af patientrettede forebyggelsestilbud. Hvor den afklarende samtale har til formål at afdække den enkelte borgers behov, ressourcer og ønsker med henblik på at kunne tilrettelægge et forebyggelses- og rehabiliteringsforløb, er formålet med behovsvurderingen i almenmedicinske tilbud at foretage en samlet vurdering af patientens helbredsmæssige, psykiske og sociale situation som grundlag for differentiering og en individuel behandlingsplan. For at undgå unødvendige gentagelser for patienter i pakkeforløb er det vigtigt, at relevante oplysninger deles mellem almenmedicinske tilbud og de patientrettede forebyggelsestilbud.

2.2.3. DIFFERENTIERET ALMENMEDICINSKE TILBUD

Almenmedicinske tilbuds rolle i det enkelte pakkeforløb skal tage udgangspunkt i den enkelte patients forudsætninger, ønsker og behov. Ved opstart af et pakkeforløb vurderes patientens behov for støtte ved hjælp af fx PRO om sundhedskompetence og journaldata, herunder relevante kliniske mål. På baggrund af patientens behov foretager

almenmedicinske tilbud en differentiering, der afgør almenmedicinske tilbuds rolle og proaktivitet i forløbet, jf. figur 2. Differentieringen omhandler således ikke indsatserne, som de enkelte patienter tilbydes. Der skal være fokus på, at differentieringen ikke opleves stigmatiserende for patienten. Differentieringsniveauet fastlægges af almenmedicinske tilbud i dialog med og med samtykke fra patienten.

Differentieringen skal baseres på:

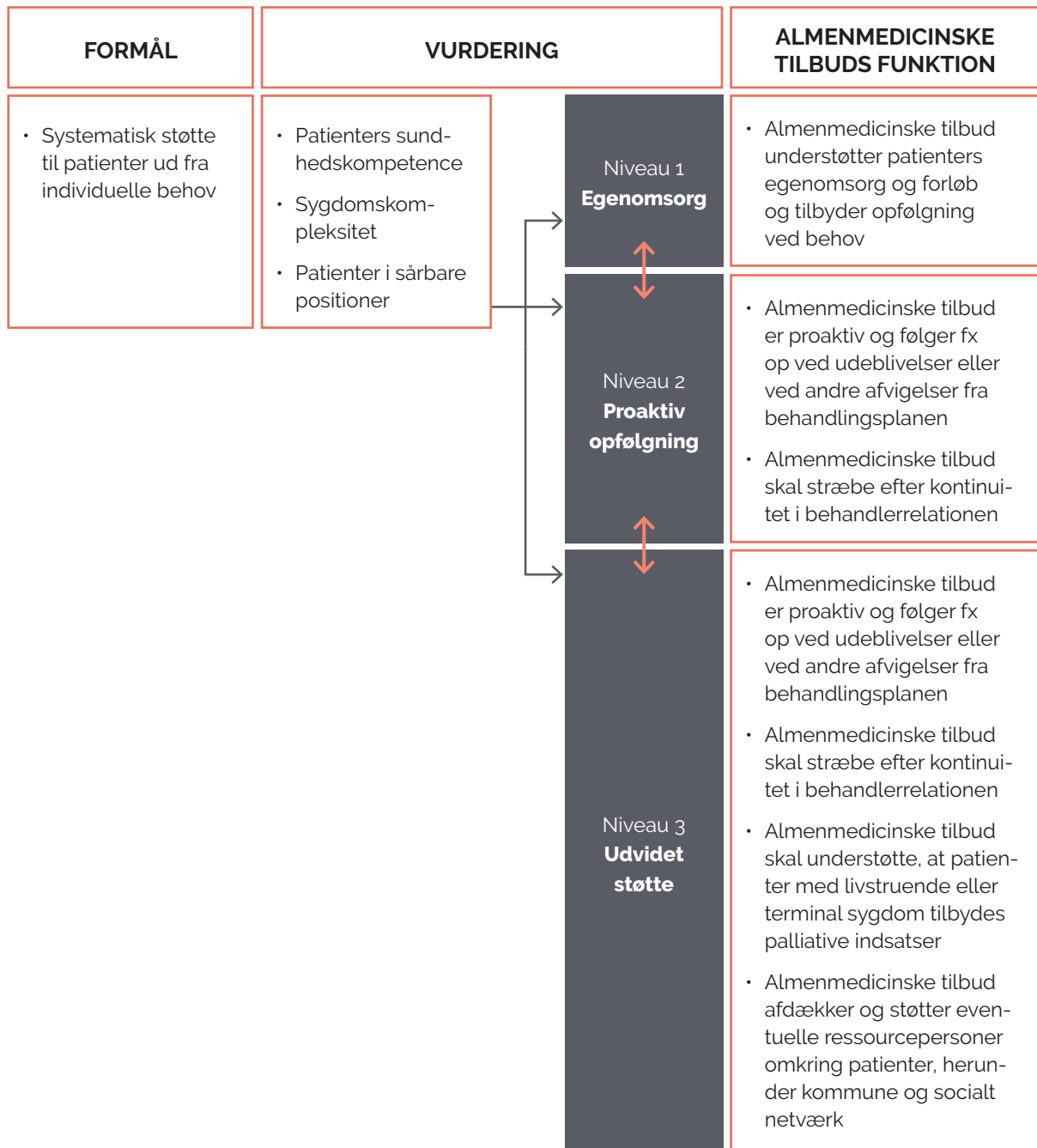
- Patientens sundhedskompetence, dvs. patientens evne til at tilgå, forstå og handle på information, samt patientens digitale sundhedskompetencer og støtte fra pårørende
- Sygdomskompleksitet, fx sværhedsgrad, stadiet, inddeling eller påvirkning af funktionsevne
- Patienter i sårbare positioner med alvorlige begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne, fx svær psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse, livstruende eller terminal sygdom, rusmiddelafhængighed eller komplekse sociale problemstillinger.

Differentieringen foretages ved den initiale behovsvurdering ved opstart af pakkeforløbet i almenmedicinske tilbud. Der skal anvendes en systematisk, struktureret og digitalt understøttet tilgang, hvor patienten og eventuelt pårørende inddrages aktivt blandt andet gennem udfyldelse af spørgeskema, fx PRO-skema, forud for konsultationen. Vurderingen skal baseres både på patientens oplysninger samt faglig vurdering. Registreringen af differentieringsniveauet skal ske struktureret, så der kan foretages analyser og kvalitetsopfølgning af grundlaget for vurderingen. Differentieringen skal fremgå af behandlingsplanen.

I et pakkeforløb kan differentieringsniveauet revurderes ved opfølgninger i almenmedicinske tilbud, og når almenmedicinske tilbud vurderer, at det er relevant. Revurdering skal som minimum overvejes, når der opstår væsentlige ændringer i patientens sygdomsforløb eller livssituation, fx ved en akut indlæggelse. Revurderingen kan føre til en ændring i almenmedicinske tilbuds proaktivitet i begge retninger. Revurderinger skal fremgå af behandlingsplanen.

Figur 2.

Systematisk differentiering af patienters behov for støtte i pakkeforløb



UDVIKLING AF REDSKAB TIL BESLUTNINGSSTØTTE

Der skal udvikles et redskab til beslutningsstøtte, der, baseret på validerede scoringsværktøjer, automatisk angiver et foreslået differentieringsniveau ud fra patientens besvarelser. Beslutningsstøtten skal give en systematik til vurdering på tværs af almenmedicinske tilbud og patienter, men værktøjet vil ikke erstatte den faglige vurdering. Almenmedicinske tilbud vil fortsat kunne fravige forslaget, når helhedsvurderingen tilsiger det. En sådan fravigelse skal dog begrundes og registreres struktureret.

Da der ikke eksisterer et samlet valideret redskab til afdækning af de tre parametre:

1. patienters sundhedskompetence
2. sygdomskompleksitet
3. patienter i sårbare positioner,

vil udviklings- og valideringsarbejdet tage tid. Det forventes derfor ikke, at redskabet til beslutningsstøtte er klar til brug ved implementeringen af de første målgruppespecifikke pakkeforløb fra januar 2027. Indtil dette er udviklet, anvendes en dialogbaseret model som beskrevet ovenstående i afsnit 2.2.3.

Selvom der endnu ikke findes et færdigudviklet redskab til beslutningsstøtte, er det vigtigt, at almenmedicinske tilbud påbegynder ensartet registrering af differentieringsniveauer i behandlingsplanen. Den systematiske registrering vil over tid generere værdifulde data, som kan anvendes i udviklingen af et fremtidigt redskab til beslutningsstøtte. Det vil gøre det muligt at identificere mønstre i fx sundhedskompetence, sygdomsbillede og funktionsevne, som har ført til placering i et givent differentieringsniveau. Denne viden vil kunne danne grundlag for en mere præcis og datainformeret model på sigt.

2.2.4. BEHANDLINGSPLAN

Patienter i et pakkeforløb har ret til en individuel tilrettelagt behandlingsplan, der udarbejdes i almenmedicinske tilbud på baggrund af behovsvurdering og differentiering. De oplyste elementer fra behovsvurderingen i afsnit 2.2.2 bør indgå i behandlingsplanen.

Behandlingsplanen skal give dokumentation og overblik over patientens videre plan og mål for behandling, udredning, indsatser, støtte og opfølgning. Behandlingsplanen justeres løbende i takt med ændringer i patientens tilstand, behov eller ønsker. Behandlingsplanen følger samme overordnede struktur som de normale journalkoncepter, der anvendes af sundhedsfaglige. Men med udgangspunkt i behovsvurderingen, har behandlingsplanen samtidig til formål at beskrive en udvidet vurdering af de psykosociale elementer fremfor kun at fokusere på den biomedicinske del af patientens behandling og indsatser. Almenmedicinske tilbud skal derfor vurdere, om behandlingsplanen skal justeres, når der sker ændringer i ikke kun den sygdomsspecifikke og medicinske del af patientens liv,

men ligeledes ved større livsomstændigheder, som fx sociale eller beskæftigelsesrettede ændringer.

Øvrige involverede sundhedsfaglige aktører i et pakkeforløb har desuden ansvar for, at behandlingsplanen indeholder opdaterede oplysninger for de dele, som aktøren har behandlingsansvar for.

Der skal kunne tilgås et digitalt overblik over behandlingsplanen, som opdateres i realtid af almenmedicinske tilbud, patienter og andre sundhedsfaglige aktører med et ansvar for elementer i pakkeforløbet. Der skal være mulighed for, at patienter uden digitale forudsætninger og adgang kan få behandlingsplanen udleveret i en anden tilgængelig form fx printet på papir.

FÆLLES DIGITALT OVERBLIK

Det digitale overblik over behandlingsplanen ("MinPlan") skal gøre det let at involvere patienten i tilrettelæggelsen af og målene for forløbet. Det muliggør desuden, at der koordineres og deles viden mellem relevante sundhedsfaglige aktører involveret i patientens behandlingsplan og forløb.

Overblikket skal desuden skabe transparens i forløbet ved, at henvisninger, aftaler, mål, resultater og opfølgninger fremgår tydeligt for alle parter. Informationerne i behandlingsplanen skal registreres i et struktureret format, så de lagres og deles på tværs af systemer samt analyseres statistisk til brug for kvalitetsudvikling, planlægning mv.

Informationer, der indgår i det fælles digitale overblik, kan fx være spørgeskema (PRO), differentiering, journaloplysninger, herunder relevante parakliniske værdier og billeddiagnostiske beskrivelser, baggrundsoplysninger, behandlingsmål, vurdering og valgte indsatser, aktivitetsoplysninger fra patient om egenomsorg, patientrettede forebyggelsestilbud eller tilbud i civilsamfund.

Almenmedicinske tilbud er ansvarlig for at følge op på oplysningerne om patienten i pakkeforløb med afsæt i det digitale overblik. Relevante oplysninger, som allerede er registreret, hentes/tilgås automatisk. Det fælles digitale overblik skal løbende suppleres med oplysninger i realtid fra aktører involveret i planen, herunder patienten selv. Informationerne og overblikket skal gøre det muligt for almenmedicinske tilbud at følge proaktivt op overfor patienter (differentieringsniveau 2 og 3), hvis fx udeblivelser medfører behov for justering af behandlingsplanen. Alle registreringer af proaktiv opfølgning skal dokumenteres i almenmedicinske tilbud til fx kvalitetsudvikling.

2.2.5. HENVISNING TIL YDERLIGERE UDREDNING OG INDSATSER

I et pakkeforløb skal målgruppens henvisningsmuligheder beskrives.

Det kan omfatte behov for henvisning til specialiseret udredning af den konkrete sygdom eller screening for relevante følgesygdomme ud fra gældende kliniske retningslinjer, visitationskrav og lægefaglig vurdering.

Det kan ligeledes omfatte behov for henvisning til relevante indsatser, herunder til afklarende samtale med henblik på patientrettet forebyggelse, kommunal rehabilitering eller andre kommunale indsatser. Endvidere kan det omfatte behov for henvisning til praktiserende fysioterapeut, kiropraktor, klinisk diætist eller til psykolog mv., afhængigt af patientens individuelle behov og forudsætninger.

For specialiseret udredning og rehabilitering vil det typisk være almenmedicinske tilbud, der henviser, og for andre indsatser som fx fysioterapeut eller psykolog kan det være patienten selv, der kan tage kontakt, eventuelt med en henvisning fra almenmedicinske tilbud, hvis henvisningskriterierne er opfyldt.

Pakkeforløbene medfører således ikke ændringer i eksisterende henvisningsmuligheder og -praksis.

Nogle patienter i pakkeforløb vil blive henvist til genoptræning efter sundhedsloven på baggrund af et lægefagligt begrundet behov efter forløb på sygehuset. I disse tilfælde bør en sådan henvisning fremgå af den samlede behandlingsplan, så øvrige involverede aktører er orienteret med henblik på at understøtte sammenhæng, undgå parallelle forløb med overlap i indsatser og aftaler mv.

Pakkeforløb har en bærende rolle i at understøtte en mere systematisk henvisning af patienter fra almenmedicinske tilbud til patientrettet forebyggelse. Det skal bidrage til, at flere med kronisk sygdom får tilbudt og gennemfører patientrettede forebyggelsestilbud med henblik på at få indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med kronisk(e) sygdom(me) fx forbedret helbredsstatus og egenomsorg (se afsnit 3.3.3).

Er speciallægen i almen medicin i tvivl om, hvorvidt en henvisning til sygehus eller praktiserende speciallæge er indiceret, kan der ved behov sparreres med relevant speciallæge eller sygehusafdeling, eksempelvis via telefonisk eller digital konsultation (se afsnit 3.3.6). Sparring og rådgivning kan understøtte vurderingen af henvisningsbehov og understøtte udarbejdelsen af henvisningen, herunder blandt andet præcisere, hvilke undersøgelser eller indsatser der er relevante.

Henvisningen skal indeholde alle relevante kliniske oplysninger og overholde krav til henvisning, herunder beskrive symptomkompleks, relevante prøver og undersøgelser, tidligere behandling samt tydelig beskrivelse af henvisningsårsag og problemstilling og relevante psykosociale forhold, herunder differentieringsniveau.

2.3. INDLEDENDE FASE:

TRIN 2. YDERLIGERE INDSATSER

Trin 2 i den indledende fase i pakkeforløbet omfatter den periode, der følger efter den indledende behovsvurdering, differentiering og udarbejdelse af behandlingsplan og har fokus på målrettet iværksættelse af relevante indsatser, herunder behandling, opfølgning og eventuel supplerende udredning.

I et pakkeforløb skal mulighederne for indsatser for målgruppen beskrives.

Et pakkeforløb involverer typisk flere aktører, som bidrager med forskellige indsatser på tværs af sektorer og fagligheder. I et pakkeforløb skal de enkelte aktørers ansvar og roller i forbindelse med udredning, behandling og øvrige indsatser beskrives, så opgavefordelingen fremstår tydeligt.

I et pakkeforløb har alle aktører et ansvar for at understøtte udredning, behandling og øvrige indsatser i pakkeforløbet inden for deres respektive ansvarsområder og kompetencer.

Alle involverede aktører skal desuden videregive og dele relevant information, herunder via fælles digitalt overblik, så patienten oplever kontinuitet og helhed i sit forløb (se afsnit 2.2.4). Her er overgange mellem sektorer fx ved udskrivelse fra sygehus særligt vigtige.

I forbindelse med pakkeforløb skal muligheder for at benytte digital understøttelse i forbindelse med yderligere udredning, behandling og øvrige indsatser udnyttes, så konsultationer og behandlinger i relevant omfang kan foregå tæt på eller i hjemmet. Videokonsultationer og hjemmemonitorering er allerede en mulighed. Relevant digital understøttelse og teknologi forventes taget i brug i pakkeforløbene. Det gælder også digital understøttelse i relation til patientrettet forebyggelse fx træning.

I det følgende beskrives centrale aktørers overordnede roller og indsatser i et pakkeforløb. Beskrivelserne af udredning, behandling og øvrige indsatser fra sygehus, øvrig praksissektor, kommune og

civilsamfund tager i overvejende grad afsæt i eksisterende praksis, hvorimod almenmedicinske tilbud får en række nye opgaver med pakkeforløbene. Herudover beskrives rammerne for tværfagligt og -sektorielt samarbejde i pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom.

2.3.1. ALMENMEDICINSKE TILBUD

I et pakkeforløb skal almenmedicinske tilbuds rolle og indsatser i forløbet beskrives.

Pakkeforløb forankres hos almenmedicinske tilbud, som vil varetage en stor del af patienternes forløb og have en central rolle som koordinator. Almenmedicinske tilbud skal bidrage til at skabe overblik, koordinere indsatser på tværs af sektorer og aktører og medvirke til, at behandling og støtteindsatser hænger sammen og tager udgangspunkt i den enkelte patients samlede behov.

I den daglige kliniske praksis skal almenmedicinske tilbud iværksætte, justere og følge op på behandling i overensstemmelse med eksisterende praksis og gældende retningslinjer. Det omfatter både farmakologiske og non-farmakologiske indsatser. Almenmedicinske tilbud skal samtidig have fokus på patientens behov for støtte til egenomsorg med henblik på, at patienten opnår indsigt i egen sygdom, håndtering af symptomer og motivation for og fastholdelse af sunde vaner. Dette sker i opfølgningerne gennem rådgivning, dialog og henvisning til patientrettet forebyggelse.

Almenmedicinske tilbud skal ved behov og i overensstemmelse med eksisterende praksis henvise til videre udredning eller behandling hos praktiserende speciallæger, sygehusafdelinger eller andre praksisområder, såsom fysioterapi, kiropraktik, fodterapi, klinisk diætist eller smerteklinik.

Almenmedicinske tilbud bør tage initiativ til at kontakte kommunen, fx når der er behov for indsatser inden for sundheds-, social-, ældre- eller beskæftigelsesområdet. Det kan fx være ved behov for psykosocial støtte, hjemmepleje, rehabilitering eller beskæftigelsesrettede tiltag.

2.3.2. SYGEHUSE OG ØVRIG PRAKSISSEKTOR

I et pakkeforløb skal sygehuse og den øvrige praksissektors rolle og indsatser i forløbet beskrives. Sygehuse og den øvrige praksissektor skal understøtte almenmedicinske tilbuds rolle i pakkeforløbet fx ved deling af relevant information i behandlingsplanen, sparring og rådgivning om relevante indsatser mv. til den enkelte patient.

Sygehusene skal inden for deres ansvarsområde overordnet set varetage diagnostik og behandling, herunder opstart, justering og monitorering af medicinsk behandling samt vurdering og håndtering af komplicerede sygdomsforløb for de patienter, hvis tilstand tilsiger, at det foregår i sygehusregi. Det sker i overensstemmelse med eksisterende praksis. Derudover skal sygehusene medvirke i patientuddannelse, rådgivning og genoptræning, særligt i tilfælde hvor patienten har komplekse behov, samt ved lægefagligt begrundet behov henvise til genoptræning efter sundhedsloven. Det forudsætter tæt koordinering og samarbejde med både almenmedicinske tilbud og kommunale aktører.

Den øvrige praksissektor, herunder praktiserende speciallæger, psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter, tandlæger m.fl., skal levere ydelser, der understøtter og/eller supplerer øvrige indsatser i pakkeforløbet med afsæt i eksisterende praksis. Det kan fx omfatte udredning og behandling, genoptræning, psykosocial støtte og andre sundhedsydelser med relevans for patientens samlede situation.

2.3.3. PATIENTTRETET FOREBYGGELSE

Gennem deltagelse i patientrettede forebyggelsestilbud kan patienter opnå viden om samt redskaber og tillid til egne evner, hvilket over tid kan forbedre egenomsorg, sundhedsadfærd og helbredsstatus.

Med et pakkeforløb følger en ret til opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud inden for en given tidsfrist. Den nærmere fastsættelse af patientrettigheden følger af særskilt lovgivningsproces. Indholdet og kravene til forebyggelsestilbuddene fremgår af Sundhedsstyrelsens 'Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom'. Kvalitetsstandarderne skal bidrage til ensartet kvalitet og tilgængelighed i tilbuddene på tværs af landet.

Det bemærkes i forlængelse heraf, at regionerne har myndighedsansvaret for den patientrettede forebyggelse med virkning fra januar 2027. En region kan selv varetage driftsansvaret for den patientrettede forebyggelse eller indgå i et samarbejde med en eller flere kommuner herom.

Patientrettede forebyggelsestilbud tilrettelægges individuelt med en rehabiliterende tilgang med udgangspunkt i den afklarende samtale. Tilbuddene kan eksempelvis vedrøre sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats eller forebyggende samtale om alkohol. I tilrettelæggelsen af patientrettede forebyggelsestilbud skal der være fleksibilitet fx i forhold til opstart, mulighed for gentagne forløb, digitale forløb mv., og der skal være et gennemgående fokus på fastholdelse og brobygning til civilsamfundet.

Henvisning til en afklarende samtale og iværksættelse af patientrettede forebyggelsestilbud skal som hovedregel ske tidligt i sygdomsforløbet – gerne kort tid efter, at diagnosen er stillet. Tidlig indsats har positiv indvirkning på sundhedstilstanden, og patientens motivation er ofte størst tidligt i sygdomsforløbet. Vurderingen af tidspunkt for henvisning skal dog ske ud fra den enkeltes patients ressourcer, behov og ønsker.

I et pakkeforløb foretages henvisning til den afklarende samtale som udgangspunkt af almenmedicinske tilbud, men kan også komme fra andre relevante sundhedsfaglige aktører. Den afklarende samtale danner grundlag for planlægning af den patientrettede forebyggelse, herunder med fokus på at skabe et individuelt tilpasset forløb – organisering og omfang af den afklarende samtale tilpasses nye strukturer som led i ændret opgaveansvar fra januar 2027 og implementeringen af pakkeforløb. Fx skal informationer fra behandlingsplanen ligeledes anvendes i planlægningen af den patientrettede forebyggelse i det omfang, det er relevant.

Samtidig psykisk lidelse eller sproglige barrierer må ikke udgøre en barriere for henvisning og adgang til den afklarende samtale og iværksættelse af patientrettet forebyggelse som led i et pakkeforløb, så længe patienten vurderes at have en funktionsevne, der gør deltagelse relevant og mulig.

Der skal ske digital deling af informationer mellem almenmedicinske tilbud og de patientrettede forebyggelsestilbud via fælles digitalt overblik (se afsnit 2.2.4), som blandt andet skal understøtte registrering og visning af planlagte og gennemførte forebyggelsestilbud, herunder også frafald. Fælles digitalt overblik skal bidrage til, at relevante sundhedsfaglige aktører har adgang til opdateret information og kan følge op i det videre forløb i almenmedicinske tilbud.

2.3.4. KOMMUNE

I et pakkeforløb skal den kommunale rolle og de kommunale indsatser i forløbet beskrives. Kommunerne skal overordnet set bidrage aktivt til pakkeforløb ved at levere rehabiliterende og støttende indsatser med afsæt i gældende praksis på tværs af relevante velfærdsområder. Herudover skal kommunerne bidrage til behandlingsplanen, når det vurderes relevant.

Patienter i pakkeforløb kan have behov for kommunale indsatser, der blandt andet kan omfatte rehabilitering, genoptræning efter forløb på sygehus, kommunal sygepleje, basale palliative indsatser mv. Der kan ligeledes være behov for støtte til medicinadministration, sårpleje, personlig pleje, hjælp og træning til at klare daglige gøremål og aktiviteter afhængig af sygdommens karakter og funktionsevnepåvirkning, borgerrettet forebyggelse mv. Herudover kan der være behov for sociale og beskæftigelsesrettede indsatser.

For at understøtte en sammenhængende og effektiv indsats kan det være en fordel med et tæt samarbejde mellem og koordinering på tværs af de kommunale velfærdsområder fx sundheds-, social-, ældre- og beskæftigelsesområdet, som kan tage del i patientens forløb og varetage rehabiliterende eller støttende indsatser.

Kommunen bør i det omfang, det er muligt, understøtte, at almenmedicinske tilbud har et overblik over tilgængelige indsatser i kommunen og let adgang til relevant kontakt med henblik på at fremme transparens og smidig opfølgning på patienter i pakkeforløb fx via sundhed.dk (SOFT-portalen).

2.3.5. CIVILSAMFUND

Alle mennesker er en del af et civilsamfund, hvor de indgår i fællesskaber som nabolag, foreninger, arbejdspladser mv. Civilsamfund er dermed en vigtig ressource og bør inddrages aktivt som en del af indsatsen for mennesker med kronisk sygdom. Det kan omfatte, at patientrettede forebyggelsestilbud bygger bro til det lokale civilsamfund, så patienterne får adgang til støttende fællesskaber, der kan fremme egenomsorg og fastholde sunde vaner. Der kan også være tale om strukturerede samarbejder med relevante aktører i civilsamfund, herunder frivilligcentre, idrætsforeninger og patientforeninger.

I et pakkeforløb skal det beskrives, hvordan civilsamfund inddrages som en del af forløbet, særligt i overgangene, herunder ved afslutning af et patientrettet forebyggelsestilbud. Herudover henvises til Sundhedsstyrelsens 'Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' vedrørende anbefalinger til samarbejdet mellem patientrettede forebyggelsestilbud og civilsamfund.

I forbindelse med den afklarende samtale eller deltagelse i patientrettede forebyggelsestilbud bør patienter kunne få information om og, hvis ønsket, kontaktoplysninger til relevante aktører i civilsamfundet. Lokale foreninger og fællesskaber kan understøtte patienternes videre forløb gennem sociale relationer, nærhed og mulighed for spejling i andre med tilsvarende erfaringer. Det kan være afgørende for at opretholde de ændringer, der er opnået gennem forebyggelsestilbuddene.

Civilsamfund spiller desuden en vigtig rolle i at engagere målgrupper, som sundhedsvæsenet traditionelt har svært ved at nå, fx ældre, psykisk sårbare eller socialt udsatte borgere. Her kan ressourcer fra civilsamfund blive inddraget aktivt som en del af et pakkeforløb for at understøtte den enkeltes egenomsorg og fastholde sunde vaner.

Som led i den digitale understøttelse af pakkeforløbene skal det være muligt for patienten at registrere deltagelse i relevante aktiviteter i civilsamfund via fælles digitalt overblik (se afsnit 2.2.4). Dette skal bidrage til øget transparens, kontinuitet og fælles overblik i patientens samlede forløb og understøtte relevante aktørers mulighed for opfølgning og dialog.

2.3.6. TVÆRFAGLIGT OG -SEKTORIELT SAMARBEJDE

Størstedelen af patienter i pakkeforløb forventes at kunne behandles i almenmedicinske tilbud. Dog forventes det, at en del patienter vil have problemstillinger, der nødvendiggør, at speciallægen i almen medicin, sygehus og praktiserende speciallæger samarbejder og koordinerer. Speciallægen i almen medicin kan have behov for at få adgang til rådgivning og faglig sparring om specifikke problemstillinger med fx sygehus eller praktiserende speciallæger. For at understøtte forløb på fx sygehus og hos kommunen, vil der ligeledes være behov for, at almenmedicinske tilbud er tilgængelige for rådgivning og faglig sparring om konkrete patienter. En mindre gruppe af patienterne vil desuden have mere komplekse problemstillinger og forløb, hvor fælles drøftelser på tværs af faggrupper og sektorer vil være hensigtsmæssige.

Et stærkt samarbejde mellem almenmedicinske tilbud, sygehuse, kommuner og øvrige aktører i et pakkeforløb skal bidrage til sammenhæng i patientens forløb, der tager højde for patientens samlede situation. Dette skal bidrage til at mindske overlappende og modstridende indsatser, herunder forebygge unødigt udredning, kontrol og behandling. Der er derfor behov for at understøtte let adgang til samarbejde om den enkelte patient, samt let adgang til fx diagnostiske undersøgelser for almenmedicinske tilbud – og for at sygehuse i højere grad kan bidrage til behandling og indsatser i det primære sundhedsvæsen.

Dette ansvar placeres i sundhedsrådene for at skabe fælles retning og en god implementering af pakkeforløb på tværs af sektorer. Der vil dog samtidig være behov for, at man fra regionalt hold bidrager til ensartede løsninger på tværs af landet.

EKSEMPLER PÅ SAMARBEJDE

- **Faglig sparring og rådgivning til almenmedicinske tilbud.** Dette skal bidrage til hurtige, kvalificerede beslutninger vedrørende udredning og henvisning samt medicinsk behandling og opfølgning. Mulighed for samarbejde skal samtidig understøtte sammenhæng i indsatser, patientsikkerhed og forebygge unødvendige sygehusindlæggelser. Mulighed for faglig sparring og rådgivning bør være tilgængelig inden for relevante lægefaglige specialer samt øvrige relevante sundhedsfaglige aktører.
- **Almenmedicinsk faglig sparring og rådgivning til sygehuse og kommuner** kan være relevant, da almenmedicinske tilbud kan have et bredt og langvarigt kendskab til patienternes samlede sygdomsbillede og livsomstændigheder. Denne viden er central ved vurdering af behandlingsplan og behov for koordinering.
- **Tværasektorielle konferencer** kan udvikles på sigt og anvendes i de mest komplekse forløb, som går på tværs af fagligheder og sektorer og særligt ved samtidige somatiske og psykiske sygdomme og psykosociale belastninger. Konferencen bør samle relevante aktører, herunder fx almenmedicinske tilbud, sygehus og kommune, og tage udgangspunkt i patientens behov og perspektiver. Patienten og eventuelle pårørende kan inddrages aktivt i konferencen. Konferencer kan afholdes digitalt. Den tværasektorielle konference skal bidrage til fælles forståelse og koordineret indsats, herunder afdække behov for fx psykologbistand, socialrådgivning, rusmiddelbehandling eller beskæftigelsesrettet støtte. Afholdelse af tværasektorielle konferencer forudsætter en tydelig organisering, hvor det er klart, hvem der har ansvar for at indkalde de relevante aktører, og det understøttes, at drøftelserne tager udgangspunkt i patientens samlede situation.

2.4. VEDVARENDE FASE

For de fleste mennesker vil en kronisk sygdom vare hele livet og kræve vedvarende behandling og opfølgning. Tilstanden kan variere over tid med perioder med bedring og stabilisering samt perioder med forværring, hvilket stiller krav til løbende vurdering, justering af behandling og koordination af øvrige indsatser. Pakkeforløbet er derfor varigt og afsluttes ikke.

Efter den indledende diagnosticering, behandling og initiale indsatser overgår patienten til den vedvarende fase, som omhandler det vedvarende forløb med en kronisk sygdom. Her er fokus på kontinuerlig håndtering af sygdommen, forebyggelse af forværring og komplikationer, vedligeholdelse af funktionsevne og opretholdelse af livskvalitet. Ved overgangen fra den indledende fase til den vedvarende fase skal der ske en aftalt opfølgning ved konsultation i almenmedicinske tilbud.

Kroniske sygdomme kan ændre sig over tid med perioder med forværring, komplikationer og nedsat funktionsevne, og nye eller ændrede behov kan opstå på forskellige tidspunkter i forløbet. I nogle tilfælde kan patienter, som allerede er i et målgruppespecifikt pakkeforløb, få diagnosticeret en ny kronisk sygdom, som giver adgang til et andet pakkeforløb eller til pakkeforløb for kompleks multisygdom. I sådanne situationer skal patienten indkaldes til en behovsvurdering i almenmedicinske tilbud. Her vurderes, hvordan det videre forløb skal tilrettelægges, og behandlingsplanen opdateres, så der skabes ét samlet overblik. I disse tilfælde skal der være en opmærksomhed på ikke at skabe parallelle forløb.

Det er almenmedicinske tilbuds ansvar at foretage løbende opfølgning og justering af behandlingsplanen på baggrund af patientens udvikling, behov, ressourcer og motivation samt at opdatere i det fælles digitale overblik (se afsnit 2.2.4). Alle sundhedsfaglige aktører har dog et ansvar for at understøtte opfølgning i pakkeforløbet inden for deres respektive ansvarsområder og kompetencer.

Civilsamfund spiller ligeledes en vigtig rolle i den vedvarende fase jf. afsnit 2.3.5

2.4.1. OPFØLGNING VED ALMENMEDICINSKE TILBUD

Opfølgning på behandlingsplanen skal ske i almenmedicinske tilbud. Uanset om patienten følges af øvrige sundhedsfaglige aktører i fx sygehusregi eller af praktiserende speciallæger, har almenmedicinske tilbud ansvar for at vurdere behov for at udføre relevant opfølgning eventuelt i samarbejde med øvrige relevante sundhedsfaglige aktører.

I et pakkeforløb skal det beskrives, hvordan opfølgning skal ske for de forskellige målgrupper, herunder stratificering i forhold til sygdommens sværhedsgrad og kompleksitet. Frekvens og omfang af opfølgning beror på gældende kliniske retningslinjer og en faglig vurdering og afhænger herudover af det differentierede behov (niveau 1, 2 og 3), og om patienten følges i andet regi.

I opstarten af et pakkeforløb skal der i samarbejde med patienten lægges en plan for tidspunktet for næste opfølgning (overgang fra indledende fase til vedvarende fase).

Efterfølgende opfølgning kan herefter finde sted som aftalt i behandlingsplanen, som årsstatus eller ved behov. Særlige behov for opfølgning og opdatering af behandlingsplan er eksempelvis i forbindelse med sygdomsforværring, indlæggelse eller henvendelse fra patient, pårørende eller kommune.

Formålet med opfølgningen er individuelt og afhænger af patientens behov for støtte samt resultater, udredninger og/eller iværksatte indsatser, der er behov for opfølgning på. Det kan fx være videregivelse af svar og videre tiltag på resultater af undersøgelser, fx blodprøver, udredning ved anden instans eller deltagelse i patientrettede forebyggelsestilbud. Der kan ligeledes være tale om en aftalt opfølgning på sygdommens aktuelle status. Uafhængig af formålet, skal behandlingsplanen efterfølgende ajourføres i dialog med patienten, og der bør beskrives videre plan for eventuel udredning, indsatser og fastlæggelse af behovet for videre opfølgning.

Pakkeforløbene skal beskrive almenmedicinske tilbuds rolle og ansvar ved symptomforværring, resultatafvigelse ved fx blodprøver eller andre undersøgelser samt opfølgning efter sygehusindlæggelser. Ved alle opfølgende kontakter vurderes behovet for gentaget behovsvurdering, og behandlingsplanen opdateres, så det til alle tider fremgår, hvornår næste opfølgning skal ske, eller om det er patientens eget ansvar at tage kontakt til almenmedicinske tilbud ved behov for opfølgning.

Pakkeforløbene skal ligeledes beskrive, at der – som led i den differentierede tilgang – ved planlægning af opfølgning skal tages stilling til, om konsultationen med fordel kan gennemføres digitalt fx via video eller varetages helt eller delvist af andet praksispersonale med relevante kompetencer.

Ligeledes skal der tages stilling til, hvorvidt almenmedicinske tilbud skal have en mere proaktiv rolle i forbindelse med patientens udeblivelser. Ved gentagne udeblivelser, manglende kontakt eller andre tegn på manglende compliance skal der foretages en faglig vurdering af behovet for en proaktiv indsats. Dette kan omfatte opsøgende kontakt, inddragelse af pårørende eller samarbejde med kommunen med henblik på, at patienten tilbydes relevant opfølgning og støtte. Almenmedicinske tilbud skal i den forbindelse have lettilgængelig information at handle ud fra, fx opfølgningsflag i behandlingsplanen.

DIGITALT UNDERSTØTTET OPFØLGNING (POPULATIONSOVERBLIK)

For at styrke en proaktiv indsats i almenmedicinske tilbud udvikles et digitalt populationsoverblik, som giver almenmedicinske tilbud et samlet billede af patienter i et givent pakkeforløb. Den digitale understøttelse skal muliggøre målrettet opfølgning ved at skabe mulighed for, at almenmedicinske tilbud kan:

- Modtage information om manglende planlagt aktivitet i pakkeforløb og udeblivelser
- Identificere og følge patienter, der har behov for ekstra støtte til at gennemføre behandling og indsatser i pakkeforløbet, herunder understøtte proaktiv opfølgning (differentieringsniveau 2 og 3)



3

IMPLEMENTERING

3. IMPLEMENTERING

3.1. INDFASNING AF PAKKEFORLØB OG DIGITAL UNDERSTØTTELSE

I et pakkeforløb beskrives, hvordan det forberedes og implementeres.

De målgruppespecifikke pakkeforløb har alle det til fælles, at de træder i kraft på landsplan fra et angivet tidspunkt. Pakkeforløbene forberedes og implementeres organisatorisk ved, at de nødvendige forudsætninger er etableret ved ikrafttrædelsen. Det betyder, at kapacitet og kompetencer bør være til stede, og at medarbejdere skal have kendskab til centrale metoder og arbejdsgange, der indgår i pakkeforløbet. Derudover skal relevante redskaber, digital understøttelse mv. være tilgængelige og i brug i det omfang, det er muligt. Arbejdsgange og samarbejdsflader på tværs af sektorer og aktører bør være tilpasset. Der skal være opmærksomhed på, at ikke alle forudsætninger nødvendigvis er fuldt på plads ved implementeringen af det første målgruppespecifikke pakkeforløb i januar 2027.

Det er et opmærksomhedspunkt, at pakkeforløbene generer øgede forventninger til almenmedicinske tilbuds varetagelse af de omfattede målgrupper. Det skal ses i sammenhæng med udviklingen af de nære og almenmedicinske tilbud frem mod 2035. Almenmedicinske tilbuds rolle og opgaver vil udbygges i takt med flere læger og øget kapacitet. Der tages stilling til indfasning i de målgruppespecifikke pakkeforløb.

I implementeringen af pakkeforløbene vil nydiagnosticerede henvises til pakkeforløb i forbindelse med diagnosen samtidig med, at der skal ske en gradvis indfasning af patienter, der tidligere har fået en diagnose. De vil løbende henvises til pakkeforløb ved kontakt med almenmedicinske tilbud, hvor pakkeforløbet iværksættes og initial behovsvurdering og differentiering foretages med henblik på udarbejdelse af behandlingsplanen.

Det forventes, at Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer og anbefalinger for tværsektorielle forløb for de omfattede målgrupper i pakkeforløbene udfases i takt med implementeringen af pakkeforløbene, da indhold og beskrivelser er overlappende. Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer

og anbefalinger tager udgangspunkt i en given patientgruppe og er i dag en standardiseret beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og evidensbaserede sundhedsfaglige indsats samt opgavefordeling, samarbejde og koordinering mellem involverede aktører.

Den digitale understøttelse, fælles digitalt overblik og digitalt populationsoverblik vil foreligge i en første version i januar 2027 og vil løbende blive videreudviklet. Redskabet til beslutningsstøtte i forbindelse med differentiering skal udvikles og forventes ikke at være klar til brug ved implementeringen af de første målgruppespecifikke pakkeforløb i januar 2027.

Den digitale understøttelse af pakkeforløbene hos almenmedicinske tilbud og øvrige sundhedsfaglige aktører involveret i pakkeforløb skal ses som en del af et bredere økosystem af digital understøttelse og infrastruktur, som understøtter sammenhæng i sundhedsvæsenet generelt. Udviklingen af den samlede digitale understøttelse af pakkeforløb vil blive vurderet i sammenhæng med den løbende videreudvikling af digital understøttelse på sundhedsområdet. Dette gælder både den digitale understøttelse fra januar 2027 og på kort og mellemlangt sigte herefter. Den digitale understøttelse skal blandt andet lette processer og medvirke til indfrielse af kvalitetsmål, effektivisering og systematik i opgavevaretagelse og styrke henholdsvis samarbejde og patientens motivation i forløbet.

Den digitale understøttelse af pakkeforløb skal udvikles af Sundhedsdatastyrelsen (pr. januar 2027 Digital Sundhed Danmark) med involvering af relevante parter og i nærmere dialog med sundhedsfaglige aktører og patienter for at undersøge, hvordan den konkrete digitale understøttelse bedst muligt imødekommer de sundhedsfaglige aktører og patienternes behov. I denne proces vil en lang række problemstillinger blive afklaret fx juridiske og tekniske rammer for at vise informationer på tværs af sektorer, deling af patientoplysninger, inddragelse af oplysninger fra patienten om aktiviteter i civilsamfund, visning af flere samtidige sygdomme, tilgængelighed til behandlingsplan for patienter med digitale eller sproglige barrierer mv.

3.2. OPFØLGNING

I et pakkeforløb beskrives, hvordan der følges op for så vidt angår proces og resultater.

Fælles for alle pakkeforløb er, at der skal ske løbende og systematisk opfølgning på implementeringen. Denne opfølgning bør ske nationalt samt på tværs af sektorer – i praksissektoren, regionalt og kommunalt – med fokus på at understøtte sammenhæng og kvalitet i pakkeforløbene.

Det er regionernes og kommunernes ansvar gennem nærsundhedsplaner, samarbejdsaftaler mv. at understøtte, at mennesker med kronisk sygdom oplever veltilrettelagte og sammenhængende forløb. Sundhedsrådene skal følge op på implementering af pakkeforløbene som følge af deres populationsansvar og opgave med at planlægge og udvikle almenmedicinske tilbud samt omstilling til et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen. Sundhedsrådene skal have adgang til relevant data med henblik på at varetage opgaven.

Da pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom er et nyt koncept, vil opfølgningen i den første periode også have et lærings- og udviklingsformål. Det er derfor vigtigt løbende at vurdere, om der er behov for justeringer eller videreudvikling af konceptet efter ikrafttrædelse. Sundhedsstyrelsen vil følge op på konceptet to år efter implementeringen af de første målgruppespecifikke pakkeforløb med henblik på at vurdere erfaringerne og foretage eventuelle tilpasninger.

Over tid forventes det, at opfølgningen vil blive styrket gennem blandt andet et bedre datagrundlag og mere målrettet monitorering.

3.3. KVALITETSUDVIKLING OG MONITORERING

Kvalitetsudvikling er et vigtigt element i forhold til forbedringsarbejde, læring og den efterfølgende træning. Kvalitetsudvikling og monitorering vil være en del af alle pakkeforløb.

I et pakkeforløb beskrives, hvordan løbende kvalitetsudvikling kan understøttes af viden om populationen i pakkeforløbene. Opfølgning på den enkelte patients behandlingsplan og monitorering af patientpopulationens pakkeforløb har til formål at fremme både en høj faglig og ensartet kvalitet i pakkeforløbene og overholdelse af patientrettigheder.

Kvalitetsudvikling kan blandt andet baseres på viden om patientens adgang til behandlingsplan, henvisning til og deltagelse i patientrettet forebyggelse. Herudover kan patienternes oplevelse af inddragelse og sammenhæng i forløb anses som væsentlige parametre. Det skal være muligt at inddrage fx oplysninger om helbredsstatus, fremmøde, anvendelse af og udvikling i patientrapporterede oplysninger (PRO) samt antallet af pakkeforløb med og uden planlagt opfølgning.

Kvalitetsudvikling omfatter systematisk opfølgning baseret på data, hvor der identificeres områder med potentiale for forbedring. Kvalitetsudviklingen kan derfor med fordel understøttes ved at relevant viden formidles i en visning, der giver sundhedsfaglige aktører et overblik og understøtter prioritering af opfølgende indsatser som led i den digitale understøttelse af pakkeforløb. Den kan derudover understøtte indblik i kvaliteten af egen indsats sammenlignet med kvaliteten hos sammenlignelige aktører.

Data til kvalitetsudvikling og monitorering skal så vidt muligt tage udgangspunkt i den eksisterende registreringsindsats hos sundhedsaktørerne og genereres så tæt på kilden som muligt, uden at skabe unødvendige administrative byrder. Det er samtidig afgørende, at der sker kvalitetsudvikling og forbedringsarbejde tæt på praksis, så blandt andet almenmedicinske tilbud og de patientrettede forebyggelsestilbud løbende udvikler praksis og samarbejde baseret på bedste viden.

Forskning spiller en vigtig rolle i den løbende kvalitetsudvikling. Systematisk dataindsamling kan med fordel anvendes som grundlag for analyse og udvikling af nye tiltag i pakkeforløbene med det formål at højne kvalitet og sammenhæng i forløb.

Som led i monitoreringen vil der blive etableret en række indikatorer på nationalt plan. Nedenstående

er overvejelser om konkrete indikatorer, der beskrives nærmere blandt andet i de målgruppespecifikke pakkeforløb:

Det skal aftales, hvilken type datavisning, som indikatorer på nationalt plan skal følges via. Det kan evt. være i regi af de nationale mål for sundhedsvæsenet, hvilket vil skulle aftales mellem regeringen, Danske Regioner og KL. Supplerende hertil kan indikatorer indgå i datavisning til understøttelse af stat, regioner, kommuner, sundhedsråd mv., hvor data vises på forskellige geografiske niveauer. Der skal desuden udvikles et set-up for national monitorering og opfølgning på pakkeforløb.

Det nærmere set-up for fælles monitorering af pakkeforløb, herunder visning, skal udvikles og vil blandt andet varetages af Digital Sundhed Danmark.

EVENTUELLE INDIKATORER TIL NATIONAL MONITORERING MV.

- **Patienttilfredshed og patientoplevelt effekt**
 - fx andel patienter, der oplever sig inddraget i elementerne i pakkeforløbet, eller andel patienter, der oplever, at der er sammenhæng i forløbet
- **Faglige behandlingsmål for hvert målgruppespecifikt pakkeforløb**
 - i hvert målgruppespecifikt pakkeforløb kan der fastlægges fagligt relevante indikatorer for behandlingsmål
- **Deltagelse i henvist og visiteret patientrettet forebyggelse**
 - fx andel patienter med behandlingsplan og henvisning til afklarende samtaler, der har gennemført samtalen, fx andel patienter visiteret til forebyggelsestilbud, der har deltaget i tilbuddet/aktiviteter
- **Proaktiv opfølgning i almenmedicinske tilbud**
 - fx andel patienter med behandlingsplan på niveau 2 og 3, der har ikke er mødt op til henviste aktiviteter, og hvor almenmedicinske tilbud har fulgt op
- **Genbrug af patientrapporterede oplysninger**
 - fx andel af spørgsmål, som gentages i patientrettede spørgeskemaer, som anvendes i pakkeforløb
- **Patientrettigheder**
 - fx andel patienter, der har fået udarbejdet behandlingsplan inden for den lovfæstede tidsfrist, eller andel patienter, der er startet i patientrettet forebyggelse inden for den lovfæstede tidsfrist



4

BILAG

4. BILAG

I **bilag 1** findes kommissorium for følgegruppen for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom med beskrivelse af baggrund, formål, opgaver og oprindelig tidsplan.

I **bilag 2** findes et overblik over, hvilke personer og organisationer, der har deltaget i følgegruppen for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom.

Ved 3. følgegruppemøde den 16. september 2025 deltog en udvidet kreds med repræsentanter fra: Lægeforeningen, PLO, Dansk Sygeplejeråd, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Fagligt Selskab for Kliniske Diætister, Dansk Selskab for Indvandrersundhed, Kvalitet i Almen Praksis (KiAP), MedCom, Fibromyalgi og Smerteforeningen, SIND, Alzheimerforeningen, Astma-Allergi Danmark, Osteoporoseforeningen, Dansk Søvnapnøforening og Nyreforeningen.

Der blev desuden afholdt et ekstra udvidet følgegruppemøde den 9. oktober 2024 med opsamling og tilbagemelding på Sundhedsstyrelsens håndtering af indkomne bemærkninger til udkastet til den generiske model for pakkeforløb.

BILAG 1. KOMMISSORIUM

FØLGEGRUPPEN FOR PAKKEFORLØB FOR MENNESKER MED KRONISK SYGDOM

BAGGRUND

Arbejdet med pakkeforløb skal ses i sammenhæng med omstillingen af sundhedsvæsenets og i den forbindelse sundhedsreformens øvrige initiativer og opgaver, som Sundhedsstyrelsen skal varetage, herunder blandt andet fagligt oplæg til national sundhedsplan, opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud og tværgående kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje. Sundhedsstyrelsen vil inddrage relevante aktører i disse processer. Arbejdet med reformopgaverne vil foregå i parallelle spor, hvor Sundhedsstyrelsen vil sørge for løbende koordinering mellem sporene.

FORMÅL

Regeringen indgik i november 2024 en aftale om en sundhedsreform, der skal give mennesker med kronisk sygdom bedre og mere sammenhængende forløb i deres behandling ved at indføre 'kronikerpakker'. Der er udvalgt følgende målgrupper:

- KOL (2027)
- kroniske lænderygsmerter (2027)
- type 2-diabetes (2028)
- hjertesygdom (2029)
- kompleks multisygdom (2031)

Disse pakkeforløb skal ifølge aftale om sundhedsreformen 2024 have særligt fokus på indsatsen i den første tid efter diagnose. Målgruppen for pakkeforløb får ret til en personlig behandlingsplan, der tilrettelægges af egen læge i dialog med den enkelte patient inden for en given tidsfrist i forlængelse af, at man har fået en diagnose, opstart af behandling, herunder evt. opstart af medicin, henvisning til yderligere undersøgelser for følgesygdomme mv. og inden for en given tidsfrist relevante patientrettede tilbud, fx kostvejledning, træning, kurser i sygdomsmestring, rygestop mv.

Sundhedsstyrelsen udarbejder i 2025 en generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom. Det skal være et koncept, der kan give ensartet systematik for indholdet i pakkeforløbene

og samtidig muligheder for individuel differentiering og tilpasning til de forskellige målgruppers karakteristika for så vidt angår sygdoms- og symptom-billede, behov for sundhedsydelse mv. Det skal indgå heri, hvordan pakkeforløbene organiseres på tværs af de relevante sektorer, med forankring i det almen medicinske tilbud. Hvad angår multisygdom vil dette være en del af de enkelte sygdomsgrupper og ikke kun som en separat gruppe. Der er derfor behov for et fleksibelt koncept med mulighed for, at der i de efterfølgende pakkeforløb kan sættes individuelle afgrænsningskriterier, differentieringer og succeskriterier mv. Den generiske model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom skal derfor tage højde herfor. Som led i arbejdet indgår digitale løsninger og data, der understøtter blandt andet individualisering, differentiering og sygdomsmestring.

Efter den generiske model for pakkeforløb er udarbejdet nedsættes arbejdsgrupper for de resterende pakkeforløb (KOL, kroniske lænderygsmerter, type 2-diabetes, hjertesygdom, kompleks multisygdom), hvor relevante patientforeninger blandt andre skal være repræsenteret.

FØLGEGRUPPENS OPGAVER

Sundhedsstyrelsen nedsætter en følgegruppe i forbindelse med udarbejdelsen af en generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom.

Følgegruppen skal løbende rådgive Sundhedsstyrelsen og kvalificere oplæggene og materialerne på møderne. Konkrete bidrag fra enkelte repræsentanter kan eventuelt aftales hvis relevant.

BILAG 2.

FØLGEGRUPPENS SAMMENSÆTNING

FØLGEGRUPPEMEDLEMMER PER SEPTEMBER 2025

NAVN	UDPEGET AF
Steen Dalsgård Jespersen, Vicedirektør og formand for følgegruppen	Sundhedsstyrelsen
Maria Krüger Praktiserende læge	Dansk Selskab for Almen Medicin
Jette Kolding Kristensen Professor og praktiserende læge	Dansk Selskab for Almen Medicin
Asthildur Arnadottir Læge og hoveduddannelse i almen medicin	Dansk Selskab for Almen Medicin
Anna Boje Teamleder og chefrådgiver	Danske Regioner
Magnus Thorsten Jensen Direktør, Steno Diabetes Center Copenhagen	Region Hovedstaden
Louise Katrine Kjær Weile Kvalitets- og forbedringschef	Region Sjælland
Steffen Kristensen Lægefaglig direktør, Regionshospital Nordjylland	Region Nordjylland
Thomas Maribo Forskningsleder, DEFACTUM	Region Midtjylland
Michael Dall Lægelig direktør, Odense Universitetshospital	Region Syddanmark
Anne-Sofie Fischer Petersen Chefkonsulent	KL
Signe Louise Tholstrup Bertelsen Afdelingsleder	KL (Københavns Kommune)
Lene Baier Konst. områdeleder for sundhedsområdet	KL (Hjørring Kommune)
Morten Freil Direktør	Danske Patienter

NAVN	UDPEGET AF
Signe Riis Andersen Politisk chef, Public Affairs	Diabetesforeningen
Jeppe Krag Chef for Public Affairs	Lungeforeningen
Lene Mandrup Thomsen Chefkonsulent	Gigtforeningen
Maj Fjordside Chefkonsulent	Hjerteforeningen
Mirjana Saabye Chefkonsulent	Ældre Sagen
Anne Frølich Professor og Centerleder, Videnscenter for Multisygdom og kronisk sygdom	Dansk Selskab for Multisygdom og Polyfarmaci
Martin Schultz Cheflæge, Amager og Hvidovre Hospital	Dansk Selskab for Geriatri
Mette Øllgaard Pedersen Afsnitsledende overlæge	Dansk Psykiatrisk Selskab
Anette Agerholm Chefsygeplejerske, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Dansk Sygeplejeselskab
Søren Thorgaard Skou Professor og fysioterapeut	Dansk Selskab for Fysioterapi
Gitte Johannesen Udviklingsterapeut	Dansk Selskab for Ergoterapi
Ane Bonnerup Vind Videnscenterchef	Videnscenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA)
Ulla Møller Weinreich Professor	Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber
Sanne Jensen Chefkonsulent	Sundhedsdatastyrelsen
Anders Jørgen Jensen Chefkonsulent	Sundhedsdatastyrelsen
Amalie Bækgaard Kristiansen Fuldmægtig	Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sundhed for alle ♥ + ●