



Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom



Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom

© Sundhedsstyrelsen, 2025.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion og formål.....	4
1.1. Baggrund	4
1.2. Formål med pakkeforløb	4
2. Indhold i pakkeforløb.....	7
2.1. Elementer i pakkeforløb.....	7
2.2. Fase 1. Opstart af pakkeforløb	7
2.3. Fase 2. Yderligere indsatser	16
2.4. Fase 3. Vedvarende forløb	21
3. Implementering	23
3.1. Indfasning af pakkeforløb og digital understøttelse	23
3.2. Opfølgning	23
3.3. Monitorering og kvalitetsudvikling	24

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 siden hen pakkeforløb for specifikke målgrupper. Pakkeforløbene ("kronikerpakker") er en del af den politiske aftale om sundhedsreformen fra 2024. Derved kan de fra starten tilpasses den nye struktur og anden udvikling i de behandlingsmæssige og teknologiske muligheder, som blandt andet følger af reformen.

Følgende målgrupper er udvalgt til målgruppespecifikke pakkeforløb, der indføres over en årrække:

- KOL fra 2027
- Kroniske lænderygsmærter fra 2027
- Type 2-diabetes fra 2028
- Hjertesygdom fra 2029
- Komplex multisygdom fra 2031

Patienter får som en del af et pakkeforløb ret til en behandlingsplan målrettet den enkelte samt opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud inden for en given tidsfrist. Den nærmere fastsættelse af patientrettighederne er ikke en del af den generiske model.

Målgrupperne udvalgt til målgruppespecifikke pakkeforløb er kendetegnede ved at udgøre store patientgrupper, som for nogle vedkommende kan have komplekse forløb i sundhedsvæsenet med indsatser fra mange forskellige fagpersoner i flere sektorer. Ofte er det sådan, at jo mere syg og svækket, man er, desto flere forskellige dele af sundhedsvæsenet, ældreplejen mv. involveres i ens forløb. Det kan gøre det svært at tilrettelægge gode, sammenhængende forløb, som også er lette at overskue for den enkelte. 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, funktionsevnesættelser, der skal tilpasses i hverdagslivet mv. Ligeledes udgør livsstilsændringer og støtte til sunde vaner ofte en væsentlig del af behandlingen, som alle mennesker har forskellige forudsætninger for.

De nævnte målgrupper udgør en betydelig mængde af sundhedsvæsenets kontakter, og der er et særligt behov for en mere sammenhængende og koordineret indsats, som kan løfte kvaliteten i behandlingen og opfølgningen for netop disse grupper. Pakkeforløbene skal tilføre en systematik, som skal gøre det lettere at tilrettelægge gode forløb.

1.2. Formål med pakkeforløb

Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom har til formål at gøre det lettere at tilrettelægge gode og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet ved at indføre en tydelig ansvarsplacering og koordinering i sundhedsvæsenet og gennem systematisk behovsvurdering tilgodese patienters differentierede behov. Pakkeforløbene skal på den baggrund:

- **Forankre ansvaret ét sted i sundhedsvæsenet;** Det almenmedicinske tilbud får ansvaret for det samlede pakkeforløb i sundhedsvæsenet og har dermed en central rolle som forløbsansvarlig

for patienten. Med pakkeforløbene følger hermed også krav til de almenmedicinske tilbuds rolle og indsatser – herunder blandt andet et styrket ansvar for at skabe kontinuitet, sammenhæng og koordinering på tværs af sektorer og sundhedsfaglige aktører.

- **Styrke en tidlig indsats efter diagnose;** I den første tid efter en diagnose er patientens behov for støtte, viden og koordination ofte størst, hvorfor pakkeforløbene har særlig fokus på indsatsen her. Der stilles krav til, at der i opstarten af forløbet foretages en behovsvurdering, en systematisk differentiering af patientens behov for støtte og at der udarbejdes en behandlingsplan i samarbejde med patienten i det almenmedicinske tilbud.
- **Integrere patientrettet forebyggelse i patientforløbet;** Patientrettede forebyggelsestilbud spiller en afgørende rolle i at støtte patienter i at leve bedre med deres kroniske sygdom blandt andet ved at fastholde gode vaner og håndtere egen sygdom. Patientrettet forebyggelse indgår derfor som en integreret og systematisk del af patientforløbet.
- **Tilrettelægges efter den enkeltes behov, ressourcer og livssituation;** I pakkeforløb får patienten en differentieret og behovsorienteret indsats, der tager afsæt i en helhedsorienteret tilgang for at skabe det bedst mulige forløb for den enkelte patient. Digital understøttelse og brugen af data i pakkeforløb skal blandt andet understøtte en behovsbaseret differentiering i det almenmedicinske tilbud, individualisering og tilpasning af indsatser og opfølgning.
- **Proaktivt understøtte sårbare patienters forløb;** Pakkeforløb indebærer en proaktiv opfølgning for sårbare patienter med behov for tværsektorielle og udvidede indsatser og for patienter der har svært ved at følge behandlingsplanen.
- **Skabe fælles overblik over patientforløb;** Et fælles overblik over patientforløbet skal muliggøre et tættere og mere effektivt samarbejde mellem relevante sundhedsfaglige aktører og give patienten bedre overblik over eget behandlingsforløb og lettere adgang til information, hvilket styrker både tryghed, egenmestring og aktiv deltagelse i forløbet. Den digitale understøttelse af pakkeforløb skal understøtte et fælles digitalt overblik over forløbet for både patient og relevante sundhedsfaglige aktører.
- **Bygge bro til civilsamfundet;** 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 et pakkeforløb for at understøtte den enkeltes egenomsorg og fastholde sunde vaner.
- **Automatisere og assistere arbejdsgange i sundhedsvæsenet;** Automatisering og digitalisering af arbejdsgange kan bidrage til øget kvalitet og sammenhæng i patientforløbene ved at sikre rettidig information og koordinering på tværs af aktører. Den digitale understøttelse af pakkeforløb skal assistere konkrete arbejdsgange i de almenmedicinske tilbud, herunder give mulighed for videndeling og kommunikation mellem relevante sundhedsfaglige aktører i patientforløbet.
- **Give data til kvalitetsudvikling og monitorering af patientforløbene;** Monitorering kan fremme en høj faglig og ensartet kvalitet i forløbene. Data fra pakkeforløbene skal danne grundlag for monitorering og kvalitetsudvikling samt kvalitetssikring på tværs af sektorer.

De øgede forventninger til det almenmedicinske tilbud i pakkeforløb skal ses i sammenhæng med udviklingen af de nære og almenmedicinske tilbud frem mod 2035 som led i aftale om sundhedsreformen 2024. Det almenmedicinske tilbuds rolle og opgaver udbygges i takt med flere læger og øget kapacitet.

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

De målgruppespecifikke pakkeforløb udarbejdes inden for rammen af den generiske model med øje for, at målgrupperne for de målgruppespecifikke pakkeforløb er kendetegnet ved stor variation i sygdomsforløb, kompleksitet, behov for sundhedsydelser samt krav til koordinering. Den generiske model for pakkeforløb skal derfor rumme betydelige forskelle mellem patientgrupper, herunder variation i symptombillede, sygdomsgrad, individuelle afgrænsningskriterier og succeskriterier.

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 viser, 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. Der er derudover indhentet faglig viden gennem møder med videnspersoner om specifikke emner og områder.

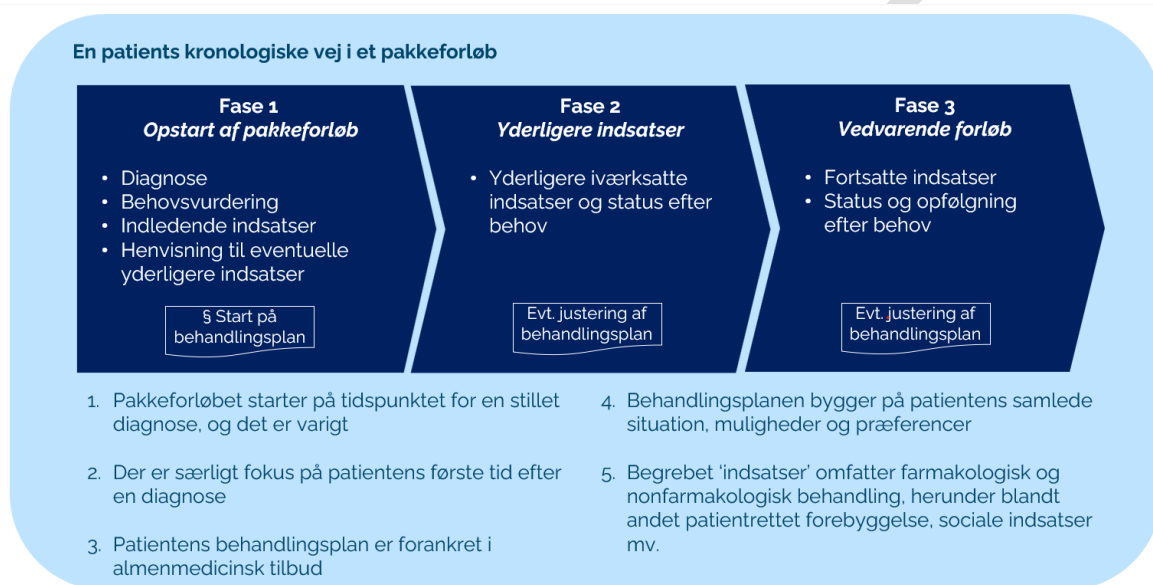
I det følgende beskrives den generiske model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom.

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.

Figur 1. Illustration af en patients kronologiske vej i et pakkeforløb



Figuren ovenfor illustrerer den overordnede struktur og patientens vej gennem et pakkeforløb, og danner dermed udgangspunkt for den efterfølgende gennemgang af pakkeforløbets centrale elementer.

2.2. Fase 1. Opstart af pakkeforløb

Fase 1 i et pakkeforløb dækker den initiale periode efter diagnosen, hvor der foretages en indledende behovsvurdering, og der udarbejdes en behandlingsplan i samarbejde mellem det 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 de almenmedicinske tilbud.

Pakkeforløb kan være multidisciplinært- og tværsektorielt organiseret, dvs. de kan foruden de almenmedicinske tilbud involvere både kommuner og øvrig praksissektor samt sygehuse. Aktører, der hver for sig eller sammen varetager dele af patientforløbet.

Det konkrete patientforløb skal altid tage udgangspunkt i patientens sygdomstilstand, livssituation, ressourcer og præferencer. Inddragelse af patienten, herunder fælles beslutningstagen, 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.

2.2.1. Kriterier for indgang til pakkeforløb

Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom 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 hvor 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 lænderygsmærter. Disse afklaringer vil indgå som en del af udviklingen af de målgruppespecifikke pakkeforløb.

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

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

2.2.2. Differentiering

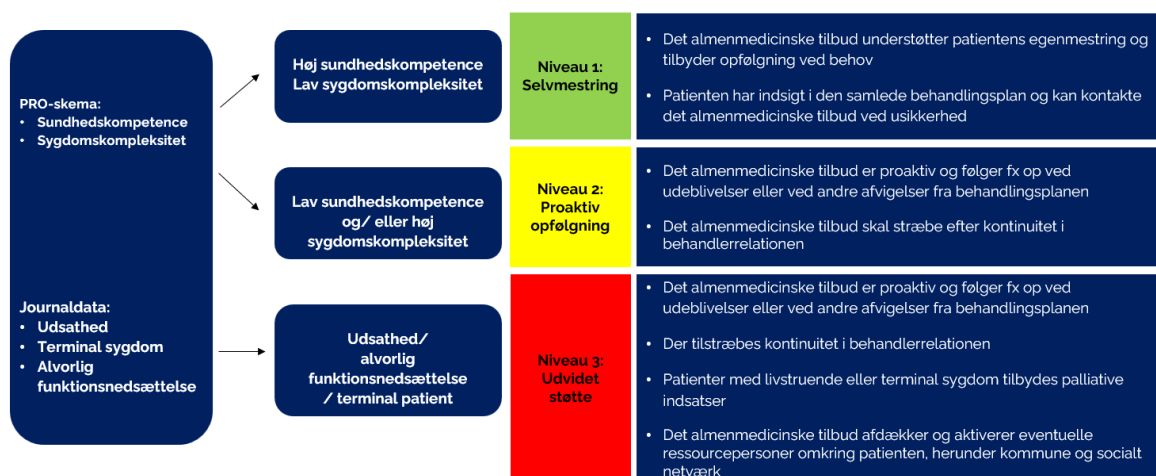
Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom skal tilpasses den enkelte patients forudsætninger for at følge behandlingsplanen. Ved opstart af et pakkeforløb vurderes patientens behov for støtte ved hjælp af fx PRO og journaldata. På baggrund af patientens behov differentieres patienten til et af tre niveauer, der afgør det almenmedicinske tilbuds rolle og proaktivitet i pakkeforløbet. Differentieringen definerer

således det almenmedicinske tilbuds rolle, herunder funktionen som koordinator og forløbsansvarlig – og ikke indsatserne, de enkelte patienter tilbydes.

Differentieringen baseres på:

- Patientens sundhedskompetence, dvs. patientens evne til at tilgå, forstå og handle på information, samt digital sundhedskompetence
- Sygdomskompleksitet, fx sværhedsgrad, klassifikation eller stadietinddeling
- Særlig sårbarhed, fx i form af svær psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse, livstruende eller terminal sygdom, rusmiddelafhængighed, alvorlig kognitiv funktionsnedsættelse eller komplekse sociale problemstillinger.

Figur 2. Systematisk differentiering af patienters behov for støtte i pakkeforløb



Differentieringen foretages ved den indledende behovsvurdering i det almenmedicinske tilbud. Der skal anvendes en systematisk, struktureret, digitalt understøttet tilgang, hvor patienten og eventuelt pårørende inddrages aktivt blandt andet gennem udfyldelse af spørgeskema forud for konsultationen. Vurderingen skal baseres både på patientens oplysninger og faglige skøn. 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 vurderingen af differentieringsniveau revurderes ved opfølgninger i det almenmedicinske tilbud, og når det almenmedicinske tilbud vurderer, at det er relevant. Revurderinger skal fremgå af behandlingsplanen. Revurdering bør som minimum overvejes, når der opstår væsentlige ændringer i patientens sygdomsforløb eller livssituation.

Udvikling af algoritmeunderstøttet differentieringsmodel

Der skal udvikles en algoritmeunderstøttet model, der baseret på validerede scoringsværktøjer automatisk angiver et differentieringsniveau ud fra patientens besvarelser. Modellen skal bidrage til en ensartet vurdering på tværs af de almenmedicinske tilbud, men vil ikke erstatte den faglige vurdering. Det almenmedicinske tilbud vil fortsat kunne fravige algoritmens forslag, 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) patientens sundhedskompetence, 2) sygdomskompleksitet og 3) særlig sårbarhed, vil udviklings- og valideringsarbejdet tage tid. Det forventes derfor ikke, at den algoritmeunderstøttede model er klar til brug ved implementeringen af de første målgruppespecifikke pakkeforløb pr. 1. januar 2027. Indtil en algoritmeunderstøttet differentieringsmodel er udviklet, anvendes en dialogbaseret model som beskrevet ovenstående i afsnit 2.2.2.

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

2.2.3. Behovsvurdering

Behovsvurdering 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. Vurderingen baseres på en afbalanceret anvendelse af screenings- og vurderingsværktøjer kombineret med den sundhedsprofessionelles faglige skøn ud fra patientens samlede situation, herunder oplysninger fra journalen fx patienthistorik, parakliniske undersøgelser og billeddiagnostik. Derudover kan øvrige kilder være relevante.

I et pakkeforløb foretages en indledende behovsvurdering ved konsultation i det 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 det almenmedicinske tilbud, afhængigt af patientens udvikling og behov. Patientinvolvering er centralt i alle dele af behovsvurderingen, som skal tage udgangspunkt i den enkelte, da en kronisk sygdom ikke kun påvirker helbredet, men også hverdagen og resten af livet.

Hvis en patient diagnosticeres hos en anden sundhedsfaglig aktør end det almenmedicinske tilbud – eksempelvis på sygehus, hos en privatpraktiserende speciallæge eller en anden aktør i praksissektoren – skal patienten fortsat indkaldes til behovsvurdering i det almenmedicinske tilbud. Dette gælder, uanset om patienten fortsætter i et behandlingsforløb i andet regi.

Der skal samtidig være mulighed for løbende rådgivning og sparring mellem øvrige relevante sundhedsfaglige aktører og det almenmedicinske tilbud for at sikre koordination og faglig understøttelse af patientforløbet (se afsnit 2.3.6. for yderligere om tværfaglig og -sektoriel sparring og rådgivning).

Der skal ske en digital understøttelse af det almenmedicinske tilbuds arbejde med behovsvurdering af patienten og differentiering i pakkeforløb. Den digitale understøttelse skal sikre, at de almenmedicinske tilbud automatisk får overblik over relevante tværsektorielle oplysninger fra relevante systemer og kilder som afsæt for behovsvurdering og differentiering, og at nye informationer, som skabes i forbindelse med behovsvurderingen og differentieringen, tillige registreres hos de 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.

Indledende behovsvurdering

I et pakkeforløb skal den indledende behovsvurdering tilrettelægges med det formål at danne et helhedsorienteret billede af patientens samlede situation ud fra den biopsykosociale model. Det omfatter en systematisk afdækning af ikke kun patientens fysiske og psykiske helbredstilstand, men også øvrige aspekter som fx livsomstændigheder, ressourcer, sundhedskompetence samt patientens egne ønsker, mål og forventninger til forløbet. På baggrund af den indledende behovsvurdering planlægges der et individuelt tilpasset behandlingsforløb i samarbejde med patienten med vægt på fælles beslutningstagen om indsatser, herunder yderligere udredning og behandlingsmuligheder.

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

- **Diagnoser og medicinsk behandling**

Patientens aktuelle somatiske og psykiatriske diagnoser, sygdomsgrad og eventuelle komplikationer, samt relevante parakliniske fund gennemgås. Det afklares, om der er behov for yderligere udredning eller screening, herunder henvisning til sygehus eller privatpraktiserende 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 og opdateres ved behov.

- **Livsstil og sundhedskompetencer**

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

- **Psykosociale forhold**

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

- **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 selvhjulpne, har behov for støtte til almindelige gøremål, eller om der er funktionsbegrænsninger, der kan hindre deltagelse i forebyggende eller rehabiliterende tilbud. I forlængelse heraf bør patientens skrøbelighed vurderes, og ligeledes om der er behov for sociale eller pædagogiske indsatser, kommunal sygepleje, helhedspleje eller anden praktisk eller personlig støtte.

Derudover afdækkes patientens aktuelle arbejds- og/eller uddannelsessituation, herunder hvorvidt patientens helbredstilstand påvirker evnen til at deltage i eller vende tilbage til arbejde eller uddannelse, samt om der er behov for støtte, skånehensyn eller tilpasning af rammer og opgaver. Det skal vurderes, hvorvidt der er behov for hjælpemidler, kommunal støtte, henvisning til 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 fremskreden eller livstruende sygdom, men også tidligere i forløbet, være behov for at drøfte patientens ønsker og behov for fremtidig behandling, pleje og palliative indsatser. Dette kan omfatte fastsættelse af behandlingsloft, 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. Evt. pårørende og/eller andre sundheds- eller socialfaglige kontaktpersoner inddrages i planen, hvis det vurderes hensigtsmæssigt, og patienten giver samtykke til det. Der skal fremgå et resumé og konklusion på den samlede behovsvurdering, samt en plan for det videre forløb, herunder differentieret niveau, 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 fremstå, hvorvidt der er behov for faglig sparring eller rådgivning samt tværsektoriel konference. Samtykke til videregivning af oplysninger skal endvidere fremgå.

2.2.4. Behandlingsplan

Patienter i et pakkeforløb har ret til en individuel tilrettelagt behandlingsplan, der udarbejdes i det almenmedicinske tilbud på baggrund af behovsvurdering og differentiering. Oplistede elementer fra behovsvurderingen bør indgå i behandlingsplanen. Se afsnit 2.2.3 for elementer i behovsvurderingen.

Behandlingsplanen skal sikre dokumentation og overblik over patientens videre plan 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 aspekter af forløbet fremfor kun at fokusere på den biomedicinske del af patientens behandling og indsatser. Den forløbsansvarlige læge i det almenmedicinske tilbud skal derfor løbende 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 det almenmedicinske tilbud, patienten og andre sundhedsfaglige aktører med et ansvar for elementer i patientens pakkeforløb. For nogle patienter kan der være behov for, at de får udleveret en printet version af behandlingsplanen.

Fælles digitalt overblik - MinPlan

Det digitale overblik over behandlingsplanen skal gøre det lettere at involvere patienten i tilrettelæggelsen og målene for forløbet samt koordinere og dele viden mellem relevante sundhedsfaglige aktører involveret i patientens behandlingsplan og pakkeforløb, men også til brug for at skabe sammenhæng til eventuelle øvrige indsatser i sundhedsvæsenet.

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

Der skal udvikles en funktionalitet, der muliggør et fælles digitalt overblik i realtid over behandlingsplanen for både patient samt alle relevante sundhedsfaglige aktører. I forbindelse med udviklingen af funktionaliteten skal der bygges videre på eksisterende løsninger, men samtidig foretages nødvendige tilpasninger og nyudvikling for at imødekomme behovene i det samlede forløb.

Informationer, der kan indgå 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 eller tilbud i civilsamfund.

Det almenmedicinske tilbud er ansvarlig for det digitale overblik for patienter i pakkeforløb. 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.

Det er således afgørende for det almenmedicinske tilbud, at manglende compliance i relation til behandlingsplanen kan ses, fx hvis patienten ikke møder op til afklarende samtale i forbindelse med patientrettet forebyggelse. Det gælder både, når det almenmedicinske tilbud har en proaktiv rolle overfor patienten (niveau 2 og 3), og når patienten selv opsøger det almenmedicinske tilbud med udfordringer (alle 3 niveauer).

Alle registreringer af proaktiv opfølgning skal dokumenteres i de almenmedicinske tilbud, så data kan anvendes til statistiske analyser og løbende kvalitetsforbedring

Fælles digitalt overblik udvikles digitalt, så relevante oplysninger er tilgængelige i realtid, og der tages forholdsregler i relation til hvilke oplysninger, der er tilgængelige for og kan udfyldes af forskellige aktører. Det er helt afgørende, at der ikke foreligger forskellige versioner af oplysninger, men alene af graden af tilgang til oplysninger.

Fælles digitalt overblik udvikles ligeledes, så den understøtter det samlede patientforløb. Det forudsættes, at der sikres relevant tilgang til viden fra en række aktører - også i tilgrænsende sektorer fx for helhedspleje, plejehjem, socialpsykiatriske botilbud mv.

2.2.5. Henvisning til yderligere udredning og indsatser

I et pakkeforløb skal der tages stilling til henvisning til supplerende udredning eller behandling ved behovsvurdering i det almenmedicinske tilbud (se yderligere om behovsvurdering i afsnit 2.2.3).

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

Der skal ligeledes vurderes behov for henvisning til relevante indsatser, herunder til afklarende samtale med henblik på patientrettet forebyggelse, kommunale indsatser eller fx henvisning til fysioterapeut, kiropraktor eller til psykolog, afhængigt af patientens individuelle behov og forudsætninger.

For specialiseret udredning vil det typisk være speciallægen i almen medicin, der henviser, men for andre indsatser som fx fysioterapeut eller psykolog, kan det være patienten selv der kan tage kontakt, eventuelt med en henvisning fra det almenmedicinske tilbud, hvis henvisningskriterierne er opfyldt. Patienten har ligeledes selv mulighed for at tage kontakt til kommunen ved behov for vurdering eller spørgsmål. I pakkeforløbene skal der beskrives, hvilke henvisningsmuligheder der er for målgruppen.

Et pakkeforløb skal understøtte en systematisk og konsekvent henvisning af patienter fra almenmedicinske tilbud til relevant patientrettet forebyggelse, så 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, egenomsorg og sundhedsadfærd (se afsnit 2.3.4 for yderligere om patientrettet forebyggelse).

Nogle patienter i pakkeforløb vil blive henvist til genoptræning efter sundhedsloven på baggrund af et lægefagligt begrundet behov efter udskrivning fra sygehuset. I disse tilfælde bør en sådan henvisning, fremgå af den samlede behandlingsplan, så øvrige involverede aktører er orienteret.

Er speciallægen i almen medicin i tvivl om, hvorvidt en henvisning er indiceret, kan der inddrages specialistrådgivning, eksempelvis via telefonisk eller digital konsultation med relevant speciallæge eller sygehusafdeling (se afsnit 2.3.6). Specialistrådgivning 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. Med samtykke fra patienten, skal der samtidig ske tilbagemeldinger fra de involverede aktører til det almenmedicinske tilbud, i form af notater eller epikriser, så det almenmedicinske tilbud kan koordinere indsatsen, skabe overblik og sammenhæng mellem forløbene.

Ved en eventuel tilbagehenvisning fx privatpraktiserende speciallæger eller visitering fra sygehusene er det afgørende, at sygehus eller privatpraktiserende speciallæge sikrer en fyldestgørende faglig begrundelse og tilbyder en faglig dialog med henvisende part. Ligeledes er det vigtigt, at det almenmedicinske tilbud videreformidler informationen til patienten og sikrer en plan for næste skridt i forløbet.

2.3. Fase 2. Yderligere indsatser

Hvor fase 1 i et pakkeforløb dækker den initiale periode efter diagnosen, hvor de almenmedicinske tilbud foretager en indledende behovsvurdering, forløbet differentieres, og der udarbejdes en behandlingsplan, omfatter fase 2 den efterfølgende periode, hvor der arbejdes mere målrettet med relevante indsatser, behandling og eventuelle yderligere udredning.

I et pakkeforløb skal det beskrives, hvilke muligheder der er for indsatser, herunder behandling og yderligere udredning for målgruppen.

Patientens forløb i et pakkeforløb involverer typisk flere aktører, som bidrager med forskellige indsatser på tværs af sektorer og fagligheder. I et pakkeforløb bør de enkelte aktørers ansvar og roller i forbindelse med udredning, behandling og øvrige indsatser beskrives.

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 parter skal desuden sikre rettidig videregivelse og deling af relevant information, herunder via fælles digitalt overblik, så patienten oplever kontinuitet og helhed i sit forløb (se afsnit 2.2.4).

Pakkeforløb skal desuden understøtte muligheden for at benytte digital understøttelse i forbindelse med yderligere udredning, behandling og øvrige indsatser, så konsultationer og behandlinger i relevant omfang kan foregå tæt på eller i hjemmet. Videokonsultationer er allerede en mulighed, ligesom hjemmebehandling udvikles og udbredes. I takt med at der udvikles digital understøttelse og relevant teknologi tages de i brug i pakkeforløbene. Det gælder også digital understøttelse i relation til patientrettet forebyggelse fx digital træning.

I det følgende beskrives centrale aktørers overordnede roller og indsatser i et pakkeforløb. Herudover beskrives rammerne for tværfaglig og -sektoriel sparring og rådgivning i pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom.

2.3.1. De almenmedicinske tilbud

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

Det almenmedicinske tilbud har ansvaret for det samlede pakkeforløb i sundhedsvæsenet og har dermed en central rolle som koordinator og forløbsansvarlig for patienten i forløbet. Det er det almenmedicinske tilbuds ansvar at skabe overblik, koordinere indsatsen på tværs af sektorer og aktører og medvirke til, at behandling og støtteindsatser hænger sammen og tager udgangspunkt i patientens samlede behov.

I den daglige kliniske praksis skal det almenmedicinske tilbud iværksætte, justere og følge op på behandling i overensstemmelse med gældende nationale kliniske retningslinjer. Det omfatter både farmakologiske og non-farmakologiske indsatser.

Det almenmedicinske tilbud skal samtidig arbejde målrettet med patientuddannelse og støtte til egenomsorg med henblik på, at patienten opnår indsigt i egen sygdom, håndtering af symptomer og muligheder for livsstilsændringer og fastholdelse af sunde vaner. Dette sker gennem rådgivning, dialog, henvisning til patientrettet forebyggelse og videregivelse af information om mulighed for tilbud i civilsamfundet.

Ved behov skal det almenmedicinske tilbud henvise til videre udredning eller behandling hos privatpraktiserende speciallæger, sygehusafdelinger eller andre praksisområder, såsom fysioterapi, kiropraktik, fodterapi eller smerteklinik. Det almenmedicinske tilbud skal også tage initiativ til kontakt med 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, genoptræning eller beskæftigelsesrettede tiltag.

2.3.2. Sygehuse og øvrig praksissektor

Selvom pakkeforløbet er forankret i de almenmedicinske tilbud, skal både sygehuse og den øvrige praksissektor aktivt bidrage til et sammenhængende og helhedsorienteret forløb. Ud over rådgivning og sparring skal sygehuse og den øvrige praksissektor understøtte det almenmedicinske tilbuds rolle som forløbsansvarlig fx ved deling af relevant information. I et pakkeforløb skal sygehuse og den øvrige praksissektors rolle og indsatser i forløbet beskrives.

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. Derudover skal sygehusene medvirke i patientuddannelse, rådgivning og rehabilitering, særligt i tilfælde hvor patienten har komplekse behov, samt ved lægefagligt begrundet behov henvise til genoptræning efter sundhedsloven. Det forudsætter tæt koordinering, rådgivning og sparring med både det almenmedicinske tilbud og kommunale aktører.

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

2.3.3. Kommune

I et pakkeforløb skal den kommunale rolle og indsatser i forløbet beskrives. Kommunerne skal overordnet set bidrage aktivt til pakkeforløb ved at levere rehabiliterende og støttende indsatser, der styrker borgernes funktionsevne, livskvalitet og evne til at mestre hverdagen med sygdom. Indsatserne skal tilpasses individuelt og koordineres på tværs af relevante forvaltninger og sektorer.

De kommunale sundhedsopgaver kan blandt andet omfatte genoptræning efter udskrivning fra sygehus, kommunal sygepleje og basale palliative indsatser mv. Der kan være behov for støtte til medicinadministration, sårpleje, personlig pleje, hjælp til daglige gøremål eller tæt monitorering i forbindelse med hjemmebehandling, alt afhængigt af sygdommens karakter og funktionspåvirkning. Der kan ligeledes være behov for boligtilpasninger og velfærdsteknologiske løsninger, der gør hverdagen lettere.

For nogle patienter vil sociale problematikker medføre, at der er behov for støtte til at håndtere økonomiske vanskeligheder, sikre boligforhold eller yde socialrådgivning. Her indgår også støtte- og kontaktpersonordninger. Særligt for patienter med svær psykisk lidelse kan der opstå behov for koordinerede indsatser, hvor både sociale, sundhedsmæssige og beskæftigelsesrettede hensyn skal varetages i sammenhæng.

Hvis sygdommen påvirker patientens tilknytning til arbejdsmarkedet, skal kommunen tilbyde relevant støtte gennem beskæftigelsesrettede indsatser såsom revalidering, fleksjob eller andre former for tilpasning af arbejdsvilkår i samarbejde med jobcentre og arbejdsgivere.

Koordinerede kommunale indsatser på tværs af forvaltninger

Kommunale indsatser for patienter med kronisk sygdom involverer ofte flere forvaltninger og tager udgangspunkt i forskellige lovgivninger. Afhængigt af den individuelle situation, kan der være behov for en koordineret indsats på tværs af forskellige forvaltninger på fx sundhedsområdet, socialområdet, ældreområdet samt arbejdsmarkeds- og beskæftigelsesområdet. Det stiller krav til samarbejde og koordinering imellem forvaltningerne. Indsatserne kan være reguleret af både sundhedsloven, serviceloven, ældreloven og beskæftigelseslovgivningen.

2.3.4. Patientrettet forebyggelse

Et pakkeforløb skal beskrive, hvordan patienter systematisk henvises fra det almenmedicinske tilbud til patientrettet forebyggelse. Gennem deltagelse i patientrettede forebyggelsestilbud skal patienterne opnå viden, redskaber og tillid til egne evner, hvilket over tid kan forbedre egenomsorg, sundhedsadfærd og helbredsstatus. Indholdet i forebyggelsestilbuddene kan eksempelvis vedrøre sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæring eller samtale om alkohol. I tilrettelæggelsen af patientrettede forebyggelsestilbud skal der være fleksibilitet fx i forhold til opstart, mulighed for gentagne forløb, digitale forløb mv.

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.

Med et pakkeforløb følger en ret til patientrettet forebyggelse inden for en given tidsfrist. Den nærmere fastsættelse af patientrettigheden følger en særskilt proces.

I et pakkeforløb foretages henvisning til den afklarende samtale som udgangspunkt af det almenmedicinske tilbud, men kan også komme fra andre relevante sundhedsfaglige aktører f.eks. sygehus og kommune. Patienter kan desuden selv henvende sig om at få en afklarende samtale. Den afklarende samtale danner grundlag for planlægning af den patientrettede forebyggelse, herunder med fokus på at skabe et individuelt tilpasset forløb.

Samtidig psykisk lidelse må ikke udgøre en barriere for henvisning og adgang til den afklarende samtale og iværksættelse af patientrettet forebyggelse, så længe patienten vurderes at have en funktionsevne, der gør deltagelse muligt.

Der skal ske en digital deling af informationer mellem det almenmedicinske tilbud og de patientrettede forebyggelsestilbud. Dette skal ske 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 sikre, at relevante sundhedsfaglige aktører har adgang til opdateret information og kan følge op i det videre forløb i det almenmedicinske tilbud.

Der er fastsat nationale krav til indholdet af patientrettede forebyggelsestilbud i Sundhedsstyrelsens 'Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom', hvilket skal bidrage til ensartet

kvalitet og tilgængelighed i tilbuddene på tværs af landet. Indsatserne tilrettelægges med vægt på at motivere patienter til varige sundhedsforbedringer samt på løbende opfølgning og evaluering.

2.3.5. Civilsamfund

Civilsamfundet er en vigtig ressource og bør inddrages aktivt som en del af indsatsen for mennesker med kronisk sygdom. Det kan eksempelvis omfatte, at sundhedsvæsenet og kommunale aktører bygger bro til det lokale civilsamfund, så patienterne får adgang til støttende fællesskaber, der kan fremme egenomsorg og fastholde livsstilsændringer eller strukturerede samarbejde med relevante aktører i civilsamfundet, herunder frivilligcentre, idrætsforeninger og patientforeninger.

Civilsamfundet bør inddrages som en integreret del af pakkeforløbet, særligt i overgangene, herunder ved afslutning af et patientrettet forebyggelsestilbud. I forbindelse med den afklarende samtale eller deltagelse i patientrettet forebyggelses tilbud, bør patienten derfor kunne få information om og, hvis ønsket, kontaktoplysninger til relevante aktører i civilsamfundet. Lokale foreninger og fællesskaber kan understøtte patientens 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.

Civilsamfundet 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.

Som led i den digitale understøttelse af pakkeforløbene skal det være muligt for patienten at registrere deltagelse i aktiviteter i civilsamfundet via fælles digitalt overblik (se afsnit 2.2.4). Dette skal bidrage til øget transparens, kontinuitet og fælles overblik i det samlede patientforløb og understøtte relevante aktørers mulighed for opfølgning og dialog. Her kan civilsamfundets ressourcer blive inddraget aktivt som en del af et pakkeforløb for at understøtte den enkeltes egenomsorg og fastholde sunde vaner.

2.3.6. Tværfaglig og -sektoriel sparring og rådgivning

Størstedelen af patienter i pakkeforløb forventes at kunne håndteres i de almenmedicinske tilbud. En del patienter vil dog have problemstillinger, der giver anledning til, at speciallægen i almen medicin får adgang til faglig sparring eller specialistrådgivning fra fx sygehus eller privatpraktiserende speciallæger. En mindre gruppe af patienterne vil desuden have mere komplekse problemstillinger og forløb, som kalder på fælles drøftelser på tværs af faggrupper og sektorer. Et stærkt samarbejde mellem de almenmedicinske tilbud, sygehuse og øvrige aktører i et pakkeforløb skal bidrage til sammenhæng i patienternes forløb, en mere helhedsorienteret tilgang og bidrage til at mindske overlappende eller modstridende indsatser, herunder forebygge unødigt udredning, kontrol og behandling.

Der er behov for at understøtte lettere adgang til sparring og rådgivning for de almenmedicinske tilbud – og for at sygehuse og 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 forankring af pakkeforløb på tværs af sektorer.

Eksempler på rådgivnings- og sparringsmuligheder

- **Specialistrådgivning (hotline)** stilles til rådighed for det almenmedicinske tilbud med henblik på at bidrage til hurtige, kvalificerede beslutninger vedrørende udredning og henvisning, medicinsk behandling og opfølgning. Rådgivningen skal samtidig understøtte patientsikkerhed og forebygge unødvendige hospitalsindlæggelser. Rådgivning bør være tilgængelig inden for alle lægefaglige specialer.
- **Almenmedicinsk sparring til sygehuse og kommuner** er relevant, da det almenmedicinske tilbud ofte har det bredeste og mest langvarige kendskab til patientens samlede sygdomsbillede og livsomstændigheder. Denne viden er central ved vurdering af behandlingsstrategi og behov for koordinering.
- **Tværasektorielle konferencer** kan 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 det almenmedicinske tilbud, sygehus og kommune, og tage udgangspunkt i patientens behov og perspektiver. Patienten og evt. pårørende skal 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. Fase 3. Vedvarende forløb

For de fleste mennesker vil en kronisk sygdom være 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, og pakkeforløbet er derfor varigt og afsluttes ikke.

Efter den indledende diagnosticering, behandling og initiale indsatser i fase 1 og 2 overgår patienten til fase 3, der beskriver det vedvarende forløb med en kronisk sygdom, hvor fokus er på kontinuerlig håndtering af sygdommen, forebyggelse af komplikationer og opretholdelse af livskvalitet. Ved overgangen fra fase 2 til fase 3 skal der ske en fastlagt opfølgning ved konsultation i det almenmedicinske tilbud.

Kroniske sygdomme kan ændre sig over tid med perioder med forværring, komplikationer og nedsat funktionsevne. Det er derfor det almenmedicinske tilbuds ansvar at foretage løbende opfølgning og justering af behandlingsplanen på baggrund af patientens udvikling, behov og præferencer og at sikre dokumentation og digitalt overblik i fælles digitalt overblik (se afsnit 2.2.4). Alle aktører har dog et ansvar for at understøtte opfølgning i pakkeforløbet inden for deres respektive ansvarsområder og kompetencer.

2.4.1. Opfølgning ved det almenmedicinske tilbud

Opfølgningen på behandlingsplanen skal ske i det almenmedicinske tilbud. Uanset om patienten følges af øvrige sundhedsfaglige aktører som fx i sygehusregi eller af speciallægepraksis, har det almenmedicinske tilbud ansvar for at vurdere behov for og udføre relevant opfølgning evt. i samarbejde med inddragelse af øvrige relevante sundhedsfaglige aktører.

I et pakkeforløb skal der beskrives, hvordan opfølgning skal ske for de forskellige målgrupper, herunder stratificering i forhold til sygdomssværhedsgrad og kompleksitet. Frekvens og omfang af opfølgning beror på gældende kliniske retningslinjer og en lægefaglig 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 fase 2 til fase 3).

Efterfølgende opfølgning kan herefter finde sted som aftalt i behandlingsplanen, som årsstatus eller ved behov. Særlige behov for opfølgning og opdatering af behandlingsplan kan eksempelvis være 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 hvilke resultater, udredninger og/eller iværksatte indsatser der er behov for opfølgning på. Det kan fx være videregivelse af svar på og videre tiltag på resultater af undersøgelser, fx blodprøver, udredning ved anden instans eller deltagelse i patientrettet forebyggelse. Der kan ligeledes være tale om en aftalt status. Uafhængig af formålet, skal behandlingsplanen efterfølgende ajourføres i dialog med patienten, og der bør beskrives videre plan for evt. udredning, indsatser og fastlæggelse af behovet for videre opfølgning.

Pakkeforløbene skal beskrive de almenmedicinske tilbuds rolle og ansvar ved symptomforværring, resultatafvisninger 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 det 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 speciallægen i almen medicin skal have en mere proaktiv rolle i forbindelse med 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.

Digitalt understøttet opfølgning (populationsoverblik)

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

- Overvåge og 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 (niveau 2-3)

3. Implementering

3.1. Indfasning af pakkeforløb og digital understøttelse

I de målgruppespecifikke pakkeforløb beskrives, hvordan de hver især forberedes og implementeres.

Fælles er, at de træder i kraft hver især fra et udmeldt tidspunkt landet over. Pakkeforløbene forberedes og implementeres organisatorisk ved, at de nødvendige forudsætninger er etableret ved ikrafttrædelsen. Det betyder, at kapacitet og kompetencer skal være til stede, og at medarbejdere skal have kendskab til de metoder og arbejdsgange, der indgår i forløbet. Derudover skal relevante redskaber, it-løsninger mv. være tilgængelige og i brug. Arbejdsgange og samarbejdsflader på tværs af sektorer og aktører bør være tilpasset.

Der vil ske en gradvis indfasning, hvor nydiagnosticerede henvises til pakkeforløb i forbindelse med diagnosen, mens patienter, der tidligere har fået en diagnose, henvises løbende ved kontakt med det almenmedicinske tilbud.

Den digitale understøttelse, *fælles digitalt overblik* og *digitalt populationsoverblik*, vil foreligge i en første version pr. 1. januar 2027 og vil løbende blive videreudviklet. *Differentieringsalgoritmen* skal udvikles og valideres, og arbejdet forventes at forløbe over en periode med henblik på at kunne præsentere en færdig algoritme efter 1. januar 2027.

Den digitale understøttelse af pakkeforløbene hos de almenmedicinske tilbud og øvrige sundhedsaktører 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 pr. 1. januar 2027 og på kort og mellemlang sigt herefter. Den digitale understøttelse skal gennem automatisering af understøttende processer medvirke til effektivisering og systematik i opgavevaretagelse og styrke digitalt samarbejde.

Den digitale understøttelse af pakkeforløb skal etableres i nærmere dialog med sundhedsfaglige og patienter for at undersøge, hvordan den konkrete digitale understøttelse bedst muligt imødekommer de sundhedsfagliges og patienternes behov.

3.2. Opfølgning

I de målgruppespecifikke pakkeforløb beskrives, hvordan der følges op på dem 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 sikre sammenhæng og kvalitet i patientforløbene. En del af denne opfølgning vil være relevant at placere i eksisterende tværsektorielle strukturer, fx i sundhedsråd, mens også lokal opfølgning – herunder i de almenmedicinske tilbud er relevant.

Det er regionerne og kommunernes ansvar, gennem nærsundhedsplaner, lokale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler at sikre, at mennesker med kronisk sygdom oplever veltilrettelagte og sammenhængende forløb.

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. Monitorering og kvalitetsudvikling

I de målgruppespecifikke pakkeforløb beskrives, hvordan de kan monitoreres som grundlag for løbende kvalitetsudvikling. Monitorering er en del af arbejdet med pakkeforløb og har til formål at fremme både en høj faglig og ensartet kvalitet i forløbene og overholdelse af patientrettigheder

Fælles for alle pakkeforløbene er at monitorering og kvalitetsudvikling vil være en del af pakkeforløbene. For de målgruppespecifikke pakkeforløb kan der forekomme variationer, der vil blive beskrevet i disse.

Monitoreringen kan blandt andet omfatte dokumentation for patientens adgang til behandlingsplan og henvisninger til patientrettet forebyggelse. Herudover kan patienternes oplevelse af inddragelse og sammenhæng i forløb anses som væsentlige parametre.

Monitoreringen skal også understøtte en systematisk opfølgning baseret på data, hvor der identificeres områder med potentiale for forbedring. Det skal fx være muligt at inddrage oplysninger om helbredsstatus, fremmøde, anvendelse og udvikling i patientrapporterede oplysninger (PRO) samt antallet af forløb med og uden planlagt opfølgning. Disse data kan med fordel formidles i en visning, der giver sundhedsfaglige aktører et overblik og understøtter prioritering af opfølgende indsatser som led i den digitale understøttelse af pakkeforløb.

Kvalitetsudvikling er et vigtigt element i forhold til forbedringsarbejde, læring og den efterfølgende træning. Her kan KIAP's klyngepakker og fokus på kvalitetsudvikling indgå i regi af sundhedsråd eller lignende.

Derudover spiller forskning 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 i de målgruppespecifikke 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
- **Patienttilfredshed** fx andel af patienter, der føler sig inddraget i elementerne i pakkeforløbet eller andel af patienter, der føler at der er sammenhæng i pakkeforløbet
- **Compliance med behandlingsplan** fx andel patienter med behandlingsplan på niveau 2 og 3, der har gennemført henviste aktiviteter (henvielse og aktiviteter)
- **Proaktiv opfølgning i almenmedicinske tilbud** fx andel patienter med behandlingsplan på niveau 2 og 3, der har ikke mødt op til henviste aktiviteter, og hvor de almenmedicinske tilbud har fulgt op
- **Velfærds- og samfundsøkonomisk indikator** fx ændringer i brug af hjemmepleje, i funktionsniveau, i arbejdsmarkedstilknudning mv.

Det skal aftales, hvilken type datavisning, som indikatorer på nationalt plan skal følges via. udvalgte indikatorer kan evt. aftales også at følges i regi af de nationale mål for sundhedsvæsenet, hvilket vil skulle aftales mellem regeringen, Danske Regioner og KL. Alternativt eller supplerende hertil kan indikatorer indgå i forskellige datavisninger til understøttelse af stat, regioner, kommuner, sundhedsråd mv., hvor data vises på forskellige geografiske niveauer.

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

Sundhed for alle ♥ + ●