



Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen
Sagsnr. 05-0399-9

Sendt pr. mail til fops@sst.dk
CC: swaw@sst.dk

15. oktober 2026

Høringssvar vedrørende pakkeforløb for mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Dansk Selskab for Folkesundhed takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til pakkeforløb for mennesker med KOL.

Samlet vurdering

Dansk Selskab for Folkesundhed støtter pakkeforløbets ambition om sammenhængende, behovstilpassede forløb for mennesker med KOL. Det er positivt, at udkastet tydeligt beskriver den betydelige sociale ulighed i KOL, og at differentieringen af støtte eksplicit skal bidrage til at tage hånd om den. Det er også positivt, at nikotinafvænning, ernæring, rehabilitering, vaccination og tidlig palliation har en fremtrædende plads.

KOL er et af de tydeligste eksempler på, at sundhed skabes uden for sundhedsvæsenet. Langt de fleste tilfælde kan tilskrives rygning, og forekomsten er mere end dobbelt så høj blandt mennesker med ingen eller kort uddannelse. Pakkeforløbet er et vigtigt værktøj for dem, der allerede har sygdommen, men det kan ikke stå alene.

Pakkeforløbet er det første målgruppespecifikke forløb efter den generiske model. Erfaringerne herfra vil derfor præge de efterfølgende pakker. Dansk Selskab for Folkesundhed har tidligere afgivet høringssvar til både den generiske model og lovforslaget om kronikerpakker, og vi henviser til disse. Nedenfor peger vi på en række forhold, som vi finder særligt vigtige for KOL-forløbet.

1. De patienter, der ikke nås, bør være et særligt fokus

Udkastet anfører, at ca. 169.000 er diagnosticeret med KOL, mens omkring 400.000 skønnes at leve med sygdommen. Pakkeforløbet starter ved diagnosen og når derfor ikke de mange, der er udiagnosticerede. Da KOL er stærkt socialt skævt fordelt, er der risiko for, at netop de grupper, der har størst behov, står uden for pakkeforløbet.

Dansk Selskab for Folkesundhed anbefaler, at pakkeforløbet suppleres med en systematisk og målrettet tidlig opsporing, fx ved spirometri til nuværende og tidligere rygere med symptomer. Det bør ses som en del af de almenmedicinske tilbuds populationsansvar.

Tilsvarende tilbydes patienter med en eksisterende diagnose først et pakkeforløb ved "løbende kontakt" til klinikken. Det er positivt, at udkastet beder klinikkerne være opmærksomme på patienter uden planlagte kontroller. Vi anbefaler, at dette skærpes til et krav om aktiv indkaldelse, så patienter med sparsom kontakt til sundhedsvæsenet ikke falder ud.

2. Differentieringen skal virke hele vejen gennem forløbet

Vi støtter den systematiske differentiering og princippet om, at dem med størst behov får mest støtte. To forhold bør dog styrkes.

For det første er PRO-skemaet om sundhedskompetence endnu ikke udviklet og valideret. Som vi også påpegede i vores høringssvar til den generiske model, er der risiko for at øge uligheden, hvis differentieringen bygger på et spinkelt grundlag. Det bør derfor evalueres tidligt, om skemaet og den



samlede vurdering faktisk identificerer de patienter, der har behov for ekstra støtte. Det er positivt, at manglende besvarelse skal ses som et muligt tegn på behov for støtte.

For det andet vedrører differentieringen alene de almenmedicinske tilbuds støtte og proaktivitet. Patienter på niveau 2 og 3 har også brug for tilpasset støtte i KOL-rehabiliteringen og de patientrettede forebyggelsestilbud for at kunne deltage og gennemføre. Vi anbefaler, at differentieringsniveauet følger patienten og anvendes af alle aktører, fx til opsøgende kontakt ved udeblivelse.

Udkastet nævner, at mennesker med KOL kan opleve stigmatisering knyttet til rygning. Det er vigtigt, at både behovsvurdering og differentiering opleves ikke-dømmende, og vi støtter udkastets fokus på dette.

3. Strukturelle barrierer bør adresseres

Tobaksrygning er en medvirkende årsag til 85-90 % af tilfældene, og knap 30 % af de ambulante patienter ryger fortsat. Vi støtter, at patienter henvises direkte til nikotinafvænning. Samtidig understreger tallene, at styrkelsen af den patientrettede forebyggelse ikke må ske på bekostning af den primære forebyggelse. Strukturelle tiltag mod tobak og nikotin er fortsat den mest effektive vej til at forebygge KOL.

Udkastet peger selv på, at udgifter til medicin kan være en barriere for at følge behandlingen, og at 21 % ikke indløser recept på forebyggende inhalationsmedicin. Tilsvarende er vaccinationsdækningen lav blandt patienter under 65 år og for RSV. Det er ikke tilstrækkeligt at imødegå dette med information og patientuddannelse. Vi anbefaler, at økonomiske barrierer for medicin, rygestopmedicin og vaccination undersøges og adresseres, da de rammer socialt skævt.

4. Rehabilitering, arbejdsliv og civilsamfund

Mere end 70 % af de ambulante patienter har ikke fået tilbudt eller gennemført kommunal rehabilitering, og organiseringen varierer på tværs af landet. Pakkeforløbet indfører en ret til patientrettede forebyggelsestilbud, men ændrer ikke adgangen til KOL-rehabilitering. Vi anbefaler, at der sikres tilstrækkelig kapacitet og ensartet adgang til KOL-rehabilitering i hele landet, og at snitfladen mellem KOL-rehabilitering og patientrettede forebyggelsestilbud beskrives tydeligt.

Udkastet dokumenterer høj social ulighed i tab af beskæftigelse efter diagnosen, og KOL står for 6,9 % af nytilkendelser af førtidspension. Alligevel er de beskæftigelsesrettede indsatser kun sparsomt beskrevet. Vi anbefaler en tydeligere kobling til jobcentre og arbejdspladser i forløbet.

Vi støtter fokus på brobygning til civilsamfundet. Som i vores høringssvar til lovforslaget om kronikerpakker efterlyser vi dog en mere konkret beskrivelse af, hvordan samarbejdet med kommuner, foreningsliv og civilsamfund skal understøttes, så det ikke alene beror på en opfordring til patienten.

5. Social ulighed bør være et eksplicit element i monitoreringen

Udkastet fastslår, at differentieringen skal bidrage til at tage hånd om den markante sociale ulighed ved KOL. Men social ulighed indgår ikke i de tre områder for monitorering. Uden systematisk opfølgning vil det ikke være muligt at vurdere, om pakkeforløbet reducerer uligheden – eller utilsigtet fastholder eller øger den.

Dansk Selskab for Folkesundhed anbefaler, at monitoreringen gør det muligt at følge forskelle efter uddannelse, indkomst og andre sociale forhold i:

- hvem der får en behandlingsplan og hvilket differentieringsniveau,
- henvisning til, opstart i og gennemførelse af KOL-rehabilitering og patientrettede forebyggelsestilbud,



- resultater for patienten, såsom funktionsevne, livskvalitet, rygestop, eksacerbationer og genindlæggelser,
- hvem der fravælger eller aldrig tilbydes et pakkeforløb.

Procesindikatorer er vigtige i opstarten, men resultaterne for patienten bør være bærende. Vi anbefaler desuden, at indikatorer for sundhedsfaglig kvalitet og patientorienterede resultater udvikles parallelt med implementeringen og ikke først på et senere tidspunkt.

6. Implementeringen bør være realistisk og læringsbaseret

Udkastet erkender, at ikke alle forudsætninger vil være på plads 1. januar 2027. Pakkeforløbet stiller store krav til de almenmedicinske tilbud om behovsvurdering, behandlingsplan, proaktiv opfølgning og koordination. Som i vores tidligere høringssvar er vi bekymrede for, om kapacitet og kompetencer er til stede. Hvis kapaciteten er utilstrækkelig, er der risiko for, at den proaktive indsats over for patienter på niveau 2 og 3 bliver nedprioriteret.

KOL og lænderygsmærter er de første pakker. Vi anbefaler, at de generiske elementer – herunder behovsvurdering, differentiering, PRO-skema, behandlingsplan og det tværsektorielle samarbejde – evalueres systematisk og uafhængigt, før de udbredes til de efterfølgende pakker. Evalueringen bør belyse, hvordan og for hvem pakkeforløbet virker, og ikke alene om rettighederne overholdes. Sundhedsstyrelsens planlagte opfølgning efter to år bør bygge på en sådan evaluering.

Afsluttende bemærkning

Dansk Selskab for Folkesundhed ser pakkeforløbet for mennesker med KOL som et vigtigt skridt mod mere sammenhængende og behovstilpassede forløb. For at realisere potentialet – ikke mindst for at reducere den markante sociale ulighed ved KOL – anbefaler vi:

- tidlig opsporing og aktiv indkaldelse af patienter, der ikke er i kontakt med sundhedsvæsenet,
- at differentieringen valideres og følger patienten på tværs af aktører,
- at økonomiske og strukturelle barrierer for medicin, rygestop og vaccination adresseres, og at den primære forebyggelse fortsat prioriteres,
- ensartet adgang til KOL-rehabilitering og en tydeligere kobling til beskæftigelse og civilsamfund,
- at social ulighed bliver et eksplicit element i monitoreringen,
- en realistisk og læringsbaseret implementering med systematisk evaluering, før modellen udbredes.

Venlig hilsen

Thomas Maribo, Professor, Forperson for Forskningsudvalget i Dansk Selskab for Folkesundhed

Michaela Schiøtz, Lektor, Forperson Dansk Selskab for Folkesundhed