

Til Sundheds- og Kirkeministeriet

## **Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet**

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

### **Indledning**

DSAM støtter intentionen om at styrke indsatsen for patienter med kronisk sygdom ved at skabe mere sammenhængende forløb og styrke egen læges tovholderrolle. Vi støtter også, at patienter med nyopdaget kronisk sygdom inden for en måned får tilbudt en konsultation hos egen læge, hvor der lægges en plan for deres behandling.

Vi er imidlertid bekymrede for, at en god intention med lovforslaget omsættes til en meget rigid tidsstyring af den kliniske opgave. Det gælder særligt kravet om, at en personlig behandlingsplan skal være udarbejdet senest 30 kalenderdage efter diagnosen. Efter lovforslaget er der ikke alene tale om et tilbud til patienten, men om en pligt for det almenmedicinske tilbud til at have udarbejdet planen inden fristen. Lovbemærkningerne beskriver, at manglende overholdelse af fristen efter kommende lovgivning vil kunne føre til en forvaltningsretlig sanktion over for det almenmedicinske tilbud.

DSAM mener, at en læge til enhver tid skal kunne stå på mål for sine faglige handlinger og yde behandling med omhu og samvittighedsfuldhed. En rigid tidsfrist er efter DSAM's vurdering ikke i sig selv udtryk for omhu og samvittighedsfuldhed, for der er ingen dokumentation for, at en behandlingsplan udarbejdet inden for netop 30 dage i sig selv giver bedre behandling. Tværtimod kan der være tilfælde, hvor både en tidligere og en senere indsats er relevant. Når fristen kan få sanktionsmæssige konsekvenser, bør der være plads til justering både i henhold til patientens ønsker og lægens faglige vurdering.

### **En patientrettighed må ikke reduceres til en mekanisk frist**

En personlig behandlingsplan ved pakkeforløb er en ny tilgang til kronikeromsorg med et holistisk syn på patientens samlede helbred. Der skal foretages en samlet behovsvurdering, som blandt andet omfatter fysisk og psykisk helbred, livsomstændigheder, ressourcer, motivation, sundhedskompetence samt patientens egne ønsker og mål. DSAM bifalder denne intention.

Det er imidlertid ikke givet, at patienten ønsker konsultationen inden for en måned. I nogle tilfælde ønsker patienten formentlig slet ikke at tage imod tilbuddet om et pakkeforløb.

DSAM bifalder ikke en ordning, hvor det er en afgørende faktor, at et givent skema er udfyldt inden dag 30. Vi ønsker, at patienten får en grundig konsultation, hvor der er afsat den nødvendige tid, og at behandlingsplanen får reel klinisk værdi.

En meget fast tidsfrist kombineret med monitorering og mulighed for sanktion skaber risiko for det modsatte: at klinikken presses til at få behandlingsplanen afsluttet hurtigt, fordi fristen kan måles, frem for at vælge det tidspunkt og den form, der giver bedst mening for patienten.

**DSAM foreslår derfor, at patientrettigheden formuleres som et tilbud til patienten om inden for 30 dage at få en konsultation med henblik på udarbejdelse af en personlig behandlingsplan.**

Hvis patienten ønsker konsultationen senere, udebliver, ikke kan kontaktes, ikke ønsker pakkeforløbet eller hvis relevante faglige forhold taler for en senere plan, skal dette ikke betragtes som manglende efterlevelse fra klinikkens side.

DSAM kan desuden forudse, at enkelte af de patienter, der tilbydes pakkeforløb, slet ikke har den nævnte diagnose, eller at det er nødvendigt med afklarende diagnostik. Det er allerede almindeligt at finde patienter i praktiserende lægers journalsystemer, som har fået en fejlagtig diabetes- eller KOL-diagnose på sygehuset. Et pakkeforløb bør kun tilbydes patienter, der har en adgangsgivende diagnose. Derfor bør det være muligt at forlænge fristen, hvis der er behov for at verificere diagnosen.

Alt dette skal afspejles i den kommende monitorering. Et simpelt mål som "behandlingsplan udarbejdet inden 30 dage: ja/nej" vil være fagligt utilstrækkeligt og kan skabe uensigtsmæssig klinisk adfærd.

## **Asymmetri mellem kravene til almen praksis og den regionale rehabilitering**

Lovforslaget anerkender allerede behovet for fleksibilitet hos andre aktører.

For den patientrettede forebyggelse gælder, at hvis patienten ønsker at begynde senere end 21 dage, betragtes patientrettigheden fortsat som opfyldt. Der lægges samtidig eksPLICIT op til fleksibilitet med hensyn til opstart, genoptagne forløb og digitale tilbud.

Der er ovenikøbet indlagt en mulighed for individuel vurdering af patienten, idet det fremgår, at: *"Den foreslåede ordning vil ikke ændre på, at de sundhedsprofessionelle, som varetager den afklarende samtale, kan være uenige i henvisningen fra de almenmedicinske tilbud."*

DSAM finder det vanskeligt at begrunde, hvorfor kravene til almen praksis og de regionale tilbud er så forskellige. Tværtimod er fleksibilitet endnu mere relevant i almen praksis, hvor patientens kroniske sygdom skal ses i sammenhæng med patientens øvrige sygdomme og den samlede behandling.

**DSAM foreslår, at det generelt gælder for pakkeforløb, at patientens ønsker og de sundhedsprofessionelles faglige vurdering skal kunne begrunde, at en behandlingsplan udarbejdes senere, uden at dette betragtes som manglende efterlevelse fra klinikkens side.**

### **Eksisterende patienter bør indfases over et år**

DSAM er enig i, at 30-dagesfristen ikke kan gælde patienter, der allerede har fået diagnosen før pakkens indførelse. Det fremgår også af lovforslaget.

Vi er derimod bekymrede over formuleringen om, at disse patienter skal vurderes "ved førstkommande kontakt med egen læge". Det vil i praksis give en meget hurtigere indfasning, end formuleringen "gradvis indfasning" giver indtryk af.

Danskerne har i gennemsnit 7 kontakter til almen praksis pr år. Patienter med KOL, lænderygsmærter og andre kroniske sygdomme har mange flere. Hvis alle eksisterende patienter skal vurderes ved førstkommande kontakt efter 1. januar 2027, vil en meget stor del af populationen skulle tilbydes en behandlingsplan i årets første måneder. Det er der ikke kapacitet til. Det vil belaste klinikker, som har mange patienter med kronisk sygdom i vintermånederne, hvor der samtidig er travlt i almen praksis med fx akutte infektioner. Desuden vil det sekundært ramme den regionale rehabilitering.

Førstkommande kontakt kan ovenikøbet være en konsultation om noget helt andet: en akut infektion, et hudproblem, en recept, psykisk mistrivsel eller et andet problem, der fylder mere for patienten netop den dag. Det er ikke et godt tidspunkt at presse en omfattende behovsvurdering og behandlingsplan igennem.

Alt i alt giver det langt bedre mening, hvis både almen praksis og den regionale rehabilitering får fordelt opgaven jævnt ud over 2027.

**DSAM foreslår, at formuleringen om førstkommande kontakt ændres til, at patienter med en allerede kendt diagnose tilbydes behandlingsplan inden for det første år efter pakkens ikrafttræden, fx i forbindelse med næste planlagte årsstatus.**

Det vil både give bedre faglig kvalitet og en reel gradvis implementering.

## Tid til ordentlig implementering

Det er positivt, at lovforslaget udskyder fristen for de første nærsundhedsplaner fra 1. april til 1. juni 2027, fordi der er behov for tid til lokal planlægning, rådgivning og vedtagelse. DSAM anerkender fuldt ud behovet for denne fleksibilitet.

Netop derfor er det påfaldende, at der ikke udvises samme pragmatisme ved implementeringen af kronikerpakkerne. De første pakker træder i kraft 1. januar 2027. Sundhedsstyrelsens beskrivelse af målgruppe og indhold af pakkeforløb for KOL og kroniske lænderyg-smerter forventes først offentliggjort ultimo 2026.

Samtidig fremgår det af lovbemærkningerne, at det populationsoverblik, som almen praksis skal anvende til at holde overblik over de relevante patienter, først forventes klar i andet halvår 2027.

DSAM finder det urimeligt, hvis klinikker fra 1. januar skal kunne vurderes på fristoverholdelse, før de nødvendige faglige beskrivelser, data, IT-løsninger og arbejdsgange er færdigudviklede og implementeret.

Der bør være en reel implementeringsperiode, og der bør ikke kunne anvendes sanktioner i en periode, hvor de nødvendige understøttende systemer endnu ikke fungerer.

## Monitoreringen skal tage højde for legitime fravigelser

DSAM støtter datadrevet kvalitetsudvikling. Almen praksis har gennem mange år arbejdet systematisk med egne kliniske data i kvalitetsklyngerne.

Det nye er, at konkrete tidsfrister bliver målbare på patientniveau og kobles til myndighedernes opfølgning og den nye regionale faglige ledelse.

**DSAM finder derfor, at monitoreringen skal kunne skelne mellem manglende efterlevelse af tidsfristen og tilfælde, hvor tidsfristen fraviges på grund af patientens ønsker eller ud fra en lægefaglig vurdering. Monitoreringen skal samtidig tilrettelægges, så den ikke medfører nye omfattende registreringskrav i almen praksis.**

## Én patient, én plan, ét årshjul

Lovforslaget beskriver behandlingsplanen som noget, der aldrig bliver endeligt, men løbende skal kunne ændres og genbesøges. Det er grundlæggende fornuftigt.

Men det betyder ikke, at behandlingsplanen meningsfuldt, som det anføres i bekendtgørelsen, kan revurderes ved enhver almindelig konsultation. En almindelig kort konsultation har et andet formål. Hvis en patient kommer med lungebetændelse, rygsmerter eller akut mistrivsel, skal konsultationen bruges på det problem, patienten kommer med.

Der er behov for en tilbagevendende systematik, hvor den samlede plan vurderes med passende mellemrum.

DSAM foreslår derfor, at behandlingsplanen kobles til et årshjul med en tilbagevendende overblikskonsultation. Intervallet bør være behovsbestemt og vil typisk være ét til to år. Her gennemgår patient og læge den samlede situation, behandlingerne, funktionsevnen og behandlingsbyrden og prioriterer de kommende indsatser. [Link til DSAM-notatet "En patient - en plan - et årshjul."](#)

**DSAM foreslår, at et pakkeforløb indeholder en overblikskonsultation hvert andet år for patienter med lavt støttebehov og årligt for patienter med moderat eller højt behov.**

Dette er efter DSAM's vurdering en mere meningsfuld måde at gøre en varig behandlingsplan anvendelig, end at forvente at den løbende ajourføring sker i forbindelse med almindelige korte kontakter.

### **Risiko for meget store administrative konsekvenser**

Ministeriet vurderer, at kronikerpakkerne alene vil indebære mindre administrative konsekvenser for de almenmedicinske tilbud. DSAM deler ikke denne vurdering.

De administrative konsekvenser kan blive betydelige, særligt fordi almen praksis ikke alene forventes at identificere og indkalde patienterne med henblik på en behandlingsplan. I niveau 2 beskrives opfølgning ved udeblivelser, og i niveau 3 skal egen læge desuden følge op på udeblivelser fra patientrettet forebyggelse og iværksætte mere proaktive indsatser.

Der skal findes patienter i populationsoverblik, sendes invitationer, bookes tider, rykkes, ringes, dokumenteres og følges op. Dette er administrativt arbejde, som tager tid fra direkte patientbehandling.

**DSAM mener derfor, at de administrative og kapacitetsmæssige konsekvenser bør genberegnes på baggrund af hele patientforløbet, herunder den forventede mængde af indkaldelser, udeblivelser, telefonisk opfølgning og genhenvendelser.**

### **Rehabilitering skal forblive nær patienten**

Ansvaret for patientrettet forebyggelse flyttes fra kommunerne til regionerne fra 1. januar 2027. DSAM er stærkt bekymret for, at opgaveflytningen vil føre til centralisering af rehabiliteringstilbuddene.

For mange patienter med kronisk sygdom er afstand en reel barriere. Det gælder ikke mindst ældre, patienter med funktionsbegrænsninger, socialt udsatte og patienter uden bil.

Det vil være paradoksalt, hvis en reform, som skal styrke det nære sundhedsvæsen, medfører længere transport til rehabilitering.

**DSAM mener derfor, at rehabiliteringstilbuddene skal planlægges med geografisk nærhed og tilgængelighed som et centralt kvalitetskrav. Digitale tilbud kan suppleres, men må ikke blive en erstatning for lokale fysiske tilbud til patienter, der har behov for disse.**

Lovforslaget anfører selv, at kronikerpakkerne forventes at give positive konsekvenser for landdistrikter og skabe mere ensartet tilgængelighed. Det bør derfor også sikres og monitoreres, at opgaveflytningen ikke i praksis øger patienternes transporttid.

### **Løbende evaluering er nødvendig, da evidensen er sparsom**

Lovforslaget bygger på en forventning om, at pakkeforløbene vil føre til en række forbedringer i patientomsorgen. Lovbemærkningerne anfører blandt andet, at patientrettet forebyggelse skal give patienterne ”indsigt, redskaber og tro på egne evner”, som over tid forventes at føre til bedre håndtering af sygdom, bedre helbred og egenomsorg.

DSAM finder ikke, at denne forudsætning er tilstrækkeligt underbygget af den eksisterende evidens på området. Der foreligger ikke dokumentation for, at den foreslåede organisering i form af pakkeforløb vil give mere sammenhæng, bedre behandling eller større indsigt og tro på egne evner hos patienterne. En løbende evaluering af pakkeforløbene er derfor afgørende, hvis de rigide tidsfrister og det betydelige ressourceforbrug, de vil medføre, skal kunne forsvares.

Sundhedsstyrelsens generiske model for pakkeforløb forudsætter, at der ved udeblivelser ydes en proaktiv opsøgende indsats. fx skal patienter der udebliver fra fysioterapi kontaktes af lægen. DSAM har ikke kunnet finde dokumentation for sådanne proaktive indsatser.

Vi er bevidste om, at udeblivelser er et væsentligt problem med en tydelig social gradient. Det er imidlertid ikke det samme som, at en mere proaktiv indsats nødvendigvis forbedrer patienternes helbred. En meget opsøgende indsats kan tværtimod risikere at opleves som kontrollerende eller stigmatiserende og dermed skubbe nogle patienter længere væk fra sundhedsvæsenet. Det er derfor vigtigt at undersøge patienternes reaktion på den proaktive indsats.

Hvad angår tidsfrister, er evidensen sparsom. For type 2-diabetes har UKPDS vist, at intensiv blodsukkerbehandling tidligt i sygdomsforløbet reducerer risikoen for senkomplikationer og død på lang sigt.<sup>1</sup>

Tidlig blodsukkerbehandling sker dog allerede i dansk almen praksis. I ADDITION-Europe medførte supplerende intensiv behandling af flere risikofaktorer ikke en statistisk signifikant reduktion i hjerte-kar-hændelser eller dødelighed efter hverken fem eller ti år.<sup>2 3</sup>

For KOL viste et randomiseret studie fra 2024 blandt personer med luftvejssymptomer og udiagnosticeret KOL eller astma, at speciallægestyret behandling gav færre patientinitierede kontakter for luftvejssygdom, mens forskellene mellem grupperne i livskvalitet og lungfunktion var beskedne.<sup>4</sup> USPSTF fandt ingen konsistente gevinster ved egenomsorgs- og rehabiliteringsindsatser ved let til moderat KOL.<sup>5</sup>

Med hensyn til den systematiske første konsultation ved starten på et pakkeforløb kan man læne sig op ad det endnu ikke færdiggjorte forskningsprojekt om overblikskonsultationer, som blev aftalt mellem PLO og Danske Regioner i 2022. Patienterne oplevede her, at egen læge blev en bedre tovholder, og lægerne oplevede bedre overblik og fik nemmere ved tovholderrollen. Der er således indikation for, at den holistiske tilgang i pakkeforløbene kan have stor værdi for både patient og læge. Studiet er endnu ikke publiceret.

Når man indfører et kraftigt incitament for en bestemt patientgruppe, skal man desuden være opmærksom på utilsigtede konsekvenser for andre patienter. Pakkeforløbene vil beslaglægge betydelig tid i almen praksis. Når fokus rettes mod patienter i pakkeforløb, kan tiden gå fra andre patienter. Erfaringerne fra det engelske Quality and Outcomes Framework (QOF) er relevante som advarsel. QOF anvendte pay for performance for udvalgte sygdomme, blandt andet diabetes.

---

<sup>1</sup> Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008 Oct 9;359(15):1577-89. doi: 10.1056/NEJMoa0806470. Epub 2008 Sep 10. PMID: 18784090.

<sup>2</sup> Griffin SJ, Borch-Johnsen K, Davies MJ, Khunti K, Rutten GE, Sandbæk A, Sharp SJ, Simons RK, van den Donk M, Wareham NJ, Lauritzen T. Effect of early intensive multifactorial therapy on 5-year cardiovascular outcomes in individuals with type 2 diabetes detected by screening (ADDITION-Europe): a cluster-randomised trial. *Lancet*. 2011 Jul 9;378(9786):156-67. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60698-3. Epub 2011 Jun 24. Erratum in: *Lancet*. 2012 Mar 3;379(9818):804. PMID: 21705063; PMCID: PMC3136726.

<sup>3</sup> Griffin SJ, Rutten GE, Khunti K, Witte DR, Lauritzen T, Sharp SJ, Dalsgaard EM, Davies MJ, Irving GJ, Vos RC, Webb DR, Wareham NJ, Sandbæk A. Long-term effects of intensive multifactorial therapy in individuals with screen-detected type 2 diabetes in primary care: 10-year follow-up of the ADDITION-Europe cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 Dec;7(12):925-937. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30349-3. PMID: 31748169.

<sup>4</sup> Aaron SD, Vandemheen KL, Whitmore GA, Bergeron C, Boulet LP, Côté A, McIvor RA, Penz E, Field SK, Lemièrre C, Mayers I, Bhutani M, Azher T, Loughheed MD, Gupta S, Ezer N, Licskai CJ, Hernandez P, Ainslie M, Alvarez GG, Mulpuru S; UCAP Investigators. Early Diagnosis and Treatment of COPD and Asthma - A Randomized, Controlled Trial. *N Engl J Med*. 2024 Jun 13;390(22):2061-2073. doi: 10.1056/NEJMoa2401389. Epub 2024 May 19. PMID: 38767248.

<sup>5</sup> US Preventive Services Task Force; Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Cughey AB, Chelmsow D, Coker TR, Davis EM, Donahue KE, Jaén CR, Kubik M, Li L, Ogedegbe G, Pbert L, Ruiz JM, Stevermer J, Tseng CW, Wong JB. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA*. 2022 May 10;327(18):1806-1811. doi: 10.1001/jama.2022.5692. PMID: 35536260.

En systematisk gennemgang fandt kortsigtede forbedringer i registreret kvalitet, men tegn på en mindre forringelse af ikke-incitamentsbelagt behandling.<sup>6</sup>

**Alt i alt anbefaler DSAM, at pakkeforløbene fra start evalueres og underlægges forskning og at resultaterne bruges til løbende at justere indhold og organisering.**

Evalueringen skal ikke primært vise, om behandlingsplaner er udfyldt, patienter er kategoriseret eller tidsfrister er overholdt, men om indsatsen giver reel patientgevinst målt på eksempelvis funktion, livskvalitet, komplikationer, indlæggelser, behandlingsbyrde og patienternes egen oplevelse af værdi.

Der bør evalueres på alle delelementer af pakkeforløbene: tidsfrister, PRO-skemaer, behovsvurdering, niveaudifferentiering, personlig behandlingsplan, opfølgende indsats og monitorering.

Evalueringen bør samtidig belyse utilsigtede konsekvenser af den arbejdstid, som pakkeforløbene beslaglægger. Herunder bør det belyses, om indsatsen medfører mindre adgang til behandling og opfølgning for patienter med andre sygdomme.

## Samlet anbefaling

DSAM anbefaler samlet:

- ➔ At 30-dagesrettigheden ændres til en ret til at få tilbudt en konsultation inden for 30 dage med henblik på udarbejdelse af en personlig behandlingsplan.
- ➔ At patientens ønske om senere opfølgning og lægefagligt begrundet udsættelse udtrykkeligt accepteres.
- ➔ At monitoreringen tager højde for lægefaglige og patientbegrundede fravigelser uden at pålægge almen praksis nye omfattende registreringskrav.
- ➔ At allerede diagnosticerede patienter indfases over det første år, ikke ved først-kommende kontakt.
- ➔ At behandlingsplanen vedligeholdes gennem et behovsbestemt årshjul med tilbagevendende overblikskonsultation typisk med ét til to års interval.
- ➔ At de administrative og kapacitetsmæssige konsekvenser genberegnes, herunder arbejdet med indkaldelser, udeblivelser og proaktiv opfølgning.

---

<sup>6</sup> Ho L, Mercer SW, Henderson D, Donaghy E, Guthrie B. Effect of UK Quality and Outcomes Framework pay-for-performance programme on quality of primary care: systematic review with quantitative synthesis. *BMJ*. 2025 Jun 25;389:e083424. doi: 10.1136/bmj-2024-083424. PMID: 40562441; PMCID: PMC12188983.

- ➔ At der sikres tilstrækkelig implementeringstid og fungerende IT, før klinikker vurderes på efterlevelse.
- ➔ At rehabilitering fortsat er geografisk nær og ikke centraliseres som følge af opgaveflytningen.
- ➔ At kronikerpakkerne løbende evalueres på kliniske og patientrelevante resultater og ikke primært på procesmål og fristoverholdelse, samt at evalueringen bruges til at justere ordningen.

DSAM ønsker, at indsatsen for patienter med kroniske sygdomme er af høj faglig kvalitet og er systematisk, men ikke mekanisk.

**Patientrettigheder skal sikre adgang til god behandling, ikke presse patient og læge ind i et standardforløb, når patientens behov tilsiger noget andet.**

Med venlig hilsen



Maria Krüger  
Formand for DSAM