

Til Sundhedsstyrelsen

Generelt om pakkeforløb

DSAM er grundlæggende modstander af indførelsen af diagnosespecifikke pakkeforløb. Med de begrænsede ressourcer der er i almen praksis, bør man starte med at gøre en særlig indsats for de patienter der er mest syge, ikke de patienter der har en specifik diagnose. Det betyder, at man bør starte med at afsætte flere ressourcer og systematisere indsatsen for patienter med multisygdom, eller komplekse sygdomsforløb.

DSAM ønsker derfor med dette høringssvar både at udfordre pakkeforløbenes grundlæggende organisering og at pege på konkrete ændringer, som kan forbedre indsatsen for patienterne.

DSAM er umiddelbart positivt indstillet overfor den konsultation, der beskrives som indgang til pakkeforløbet, om end den i beskrivelsen i høringsudkastene bliver alt for omfattende.

Konsultationen minder i høj grad om den overblikskonsultation, som DSAM allerede efterspurgte i 2020. Overblikskonsultationen¹ har været omfattet af et overenskomstaftalt forskningsprojekt, som blev aftalt ved OK18. Projektet er desværre stadig ikke afsluttet. Overblikskonsultationen var i dette projekt målrettet patienter med flere kroniske sygdomme.

Formålet med overblikskonsultationen, som DSAM beskrev i 2020, var at skabe et årligt samlet overblik over patientens kroniske sygdomme og medicin og afklare behandlingsansvaret. Lægen og patienten prioriterede sammen indsatsområderne for det kommende år og planlagde den videre opfølgning.

DSAM har i år videreudviklet overblikskonsultationen i udspillet *Én patient – én plan – ét årshjul*². Målet er fortsat én samlet behandlingsplan, der omfatter alle patientens sygdomme og behandlinger. Der lægges større vægt på den biopsykosociale og relationelle tilgang samt patientens behandlingsbyrde. Indsatsen differentieres, så overblikskonsultationen tilbydes med ét til to års mellemrum afhængigt af patientens behov. Modellen forudsætter en IT-understøttet behandlingsplan, som deles mellem patienten og de involverede behandlere, og som giver et samlet overblik over patientens forløb.

Med *Én patient – én plan – ét årshjul* har DSAM beskrevet en overblikskonsultation, der om nødvendigt kan rumme pakkeforløbene sammen med alle patientens øvrige sygdomme. Indsatsen bør stadig tilpasses den enkelte patient med mulighed for at berøre de emner, der er vigtige for netop denne patient.

¹ <https://www.dsam.dk/vejledninger/status/overblikstatus-og-arsstatus#overblikstatus>

² https://content.dsam.dk/guides/sundhedsreformen-dsam/dsam---kronikerpakker_sep-2026.pdf

Hvad er problemet med pakkeforløb?

- Målgruppen for pakkeforløbenes særlige og omfattende indsats er så bred, at man risikerer at bruge unødvendigt mange ressourcer på patienter, der ikke har behov for indsatsen. Vi tænker især det flertal af patienterne med kroniske lænderygsmerter, der vil ende på niveau 1. Vi mener grundlæggende ikke, at der skal være et pakkeforløb for kroniske lænderygsmerter.
- Selve behovsvurderingen beskrives alt for omfattende, selvom patienterne er meget forskellige og har forskellige behov. Der beskrives de facto en omfattende tjekliste, der vil være unødvendig for de fleste patienter. Det er forkert ressourceforbrug.
- Man sætter den løbende prioritering af patienter, som sker hver dag i almen praksis, og som er en af praksis' største styrker, ud af kraft ved at indføre strenge tidsfrister. De fleste patienter i almen praksis er allerede i behandling inden 30 dage efter diagnosen. Men når kravene til konsultationens indhold og omfang samtidig øges, risikerer man snarere at forsinke end at fremme indsatsen, fordi en særlig tid skal passes ind i kalenderen. Andre patienter må dermed vige for, at disse konsultationer kan få plads.
- Behovet for en omfattende indsats opstår ikke nødvendigvis på diagnosetidspunktet. Det kan opstå senere ved forværring, ved flere samtidige sygdomme eller ved ændringer i patientens livssituation. En overblikskonsultation med behovsvurdering bør derfor tilbydes, når patientens samlede behov tilsiger det, frem for automatisk at være knyttet til en ny diagnose. Med pakkerne placerer man den mest intensive indsats tidligt i forløbet fremfor senere i forløbet, hvor behandlingsbehovet, og dermed behovet for en overblikskonsultation, er større. Det passer dårligt med, at de efterfølgende indsatser, ifølge høringsudkastet, skal foregå som hidtil, og det kun er graden af proaktiv opsøgende indsats, der ændres.
- Differentiering skal give mulighed for både mere og mindre støtte. Hvis patienter med store behov skal have mere tid, skal unødvendige kontakter kunne reduceres hos patienter, der kan håndtere deres situation med mindre støtte. Det skal bero på en samlet vurdering af sygdom, ressourcer og ønsker og ikke alene på sundhedskompetence. Egenomsorg skal være en reel mulighed. Patient og læge skal kunne aftale, hvad patienten selv håndterer, hvornår klinikken følger op, og hvornår patienten skal søge hjælp. For nogle kan det betyde længere intervaller mellem konsultationerne, når det er fagligt forsvarligt og ønsket af patienten. STPS' regler for opfølgning på prøvesvar og digitale løsninger skal understøtte denne arbejdsdeling.

Hvad ønsker DSAM så?

DSAM grundlæggende holdning er at indsatsen for patienter med kronisk sygdom bør være en overblikskonsultation, der er tilpasset den enkelte patient og gentages med 1-2 års interval afhængig af behovet. Indsatsen bør til at starte med tilbydes patienter med multisygdom eller særligt komplekse behov.

Overblikskonsultationen kan, efterhånden som kapaciteten øges, tilbydes til flere patientgrupper. Med denne fremgangsmåde vil de patienter, der har det største behov, være de første, der får tilbudt rehabilitering og en digital behandlingsplan.

Vores fokus i dette høringssvar er, at almen praksis' begrænsede ressourcer bruges dér, hvor patienternes behov er størst. Patienter med KOL eller kroniske lænderygsmerter kan have betydelige behov for behandling og omsorg. Vores kritik retter sig derfor ikke mod disse patienters behov, men mod en organisering, hvor diagnosen frem for det samlede sygdomsbillede afgør, hvem der skal tilbydes en særlig omfattende indsats.

DSAM's hørings svar vedrørende Pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

DSAM anerkender ambitionen om at skabe mere sammenhængende forløb for mennesker med kronisk sygdom. Vi finder det positivt, at udkastet beskriver en overblikskonsultation med en biopsykosocial og relationel tilgang, hvor patientens funktionsevne, ressourcer, livssituation og egne ønsker er centrale. Det er også positivt, at indsatserne skal tilpasses den enkelte patients behov, at differentiering og opsøgende indsatser sker i dialog med patienten og med samtykke, samt at der lægges op til løbende evaluering.

Vi finder det også positivt, at patienter med lænderygsmærter får adgang til gratis rehabilitering. Man kunne ønske, at denne ret blev indført allerede i den akutte fase, hvor behovet ofte er stort, og hvor fysioterapi kan være en dyr løsning for nogle patienter.

Det sundhedsfaglige indhold i pakkeforløbet er i vid udstrækning i overensstemmelse med DSAM's nye vejledning om lænderygsmærter, hvor støttet egenhåndtering, fysisk aktivitet, realistiske forventninger og en individuelt tilrettelagt indsats er centrale elementer.

DSAM er imidlertid stærkt bekymret for, at det foreslåede pakkeforløb vil kræve meget betydelige ressourcer i almen praksis, uden at der er tilstrækkelig dokumentation for en tilsvarende sundhedsmæssig gevinst. Vi mener ikke, at der skal være et pakkeforløb for kroniske lænderygsmærter.

På det tidspunkt hvor pakken tilbydes, har de fleste patienter allerede været igennem et eller flere behandling og træningsforløb. Herefter består behandlingen for en stor del i at støtte patienterne i at leve et aktivt liv med deres symptomer. Dette er allerede en væsentlig del af arbejdet i almen praksis, når den enkelte patient henvender sig, men det er ikke en livslang opsøgende indsats.

Vi savner dokumentation for, at en omfattende systematisk behovsvurdering, en digital behandlingsplan og vedvarende proaktiv opfølgning til denne målgruppe vil give bedre resultater end en god indledende indsats, eventuelt med gratis rehabilitering, og efterfølgende opfølgning ved behov.

Hvorfor skal patienter, der klarer sig selv, omfattes af et livslangt pakkeforløb?

Udkastet indeholder et grundlæggende paradoks. Pakkeforløbet skal målrettes mennesker med betydelige funktionsbegrænsninger og behov for en sammenhængende indsats.

Samtidig forventes det, at størstedelen af patienterne kan placeres på differentieringsniveau 1, hvor indsatsen primært består af støttet egenomsorg og opfølgning ved behov. Et livslangt pakkeforløb giver mening ved sygdomme, hvor man kan forvente forværring over tid. Det giver ikke mening ved kroniske lænderygsmærter, hvor tilstanden ofte bliver bedre eller stabiliseres.

Støttet egenomsorg er ikke en behandling, der alene er relevant for patienter i pakkeforløb. Det er en grundlæggende del af almenmedicinsk arbejde med alle patienter med kronisk sygdom. Det kan ikke i sig selv begrunde en ny behandlingsplan, særskilt registrering og løbende opdatering.

Patientcasen Morten i bilag 3 illustrerer problemet. Han har tilbagevendende rygsmerter, men passer sit arbejde, dyrker motion, har et godt socialt netværk og anvender allerede relevante mestringsstrategier. Alligevel tilbydes han et pakkeforløb, hvor behandlingsplanen hovedsageligt går ud på fortsat egenomsorg og kontakt til lægen ved behov. Her prioriteres den sparsomme tid i almen praksis forkert.

DSAM finder ikke, at denne patient har behov for et vedvarende aktivt pakkeforløb. Han har heller ikke behov for opfølgende tider eller årsstatus. Han har behov for en enkel, god almenmedicinsk vurdering og mulighed for at henvende sig igen, hvis hans situation ændrer sig. En livslang pakke kan risikere at fastholde en sygdomsidentitet hos mennesker, som netop skal støttes i at leve et så almindeligt liv som muligt trods tilbagevendende rygsmerter.

Morten er et eksempel på en patient, som slet ikke bør tilbydes et pakkeforløb, som omfatter automatisk opfølgning eller årsstatus, proaktive indkaldelser, periodisk ajourføring af behandlingsplanen eller særskilte løbende registreringsopgaver. Morten kan henvende sig, hvis der opstår et konkret klinisk behov.

Den vedvarende fase – en meget omfattende og utilstrækkeligt begrundet opgave

DSAM er særligt kritisk over for beskrivelsen af den vedvarende fase i afsnit 2.4. Her lægges der op til, at almen praksis løbende skal følge patienternes sygdom og behandling, understøtte mestringsstrategier, fastholde hensigtsmæssige vaner og følge op på patienternes deltagelse i aktiviteter. For patienter på niveau 2 og 3 anbefales proaktiv opfølgning også i stabile perioder, hvor der ikke er symptomforværring. Det beskrives som en vedvarende indsats, men uden en tilstrækkelig afgrænsning af omfang, varighed eller forventet effekt.

Almen praksis arbejder allerede med støtte til egenhåndtering, motivation og patienternes muligheder for at leve med kroniske symptomer, når vi ser patienterne i konsultationen. Der er stor forskel på at tale om egenhåndtering, motivation og det at leve med kronisk sygdom, når det er relevant i den enkelte konsultation, og på at få et vedvarende ansvar for, at patienterne fastholder fysisk aktivitet, sociale relationer og bestemte mestringsstrategier. Et sådant vedvarende ansvar vil kræve hyppige og gentagne opfølgende konsultationer.

Dette er en meget omfattende opgave, og der er ikke sikker evidens for, at man kan opnå varige ændringer gennem gentagne kontakter med fokus på fastholdelse af mestringsstrategier og aktiviteter. Det er desuden en særdeles tidskrævende opgave, som vil tage tid fra andre vigtige opgaver i almen praksis (se næste afsnit).

Det rejser også et principielt spørgsmål om patientens autonomi. Patienten skal have støtte og mulighed for at træffe informerede valg, men det er ikke almen praksis' opgave at kontrollere eller sikre, at patienten følger alle anbefalinger om livsførelse. Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet, sociale relationer og mestring kan ikke alene begrunde vedvarende rutinemæssige indkaldelser. Opfølgningen skal have et konkret formål, være aftalt med patienten og ophøre, når behovet ikke længere er til stede.

Proaktiv opfølgning skal målrettes patienter med særlige behov

Patienter med komplekse smerteforløb, betydelig polyfarmaci, opioidbehandling, alvorlig multisygdom, psykisk lidelse eller andre komplicerende forhold kan have behov for tæt og proaktiv lægelig opfølgning med et samlet overblik og en samlet plan for alle sygdomme. For denne gruppe vil en samlet koordineret indsats med tilbagevendende overblikskonsultation være relevant.

Time needed to treat – hvilken behandling må vige?

Et centralt spørgsmål er, hvor meget tid de foreslåede indsatser vil kræve, og hvilken sundhedsmæssig værdi de forventes at skabe.

Minna Johansson, Gordon Guyatt og Victor Montori har med begrebet *time needed to treat* sat fokus på nødvendigheden af at medregne sundhedsprofessionelles tidsforbrug, når nye anbefalinger vurderes. Dette perspektiv mangler efter DSAM's vurdering i udkastet.

Pakkeforløbet indebærer en indledende behovsvurdering, stillingtagen til differentieringsniveau, udfyldelse og løbende justering af behandlingsplaner, henvisninger, koordinering med andre aktører og for nogle patienter gentagne proaktive kontakter. Dertil kommer administration, registrering og håndtering af udeblivelser. Tilsammen risikerer det at blive meget ressourcekrævende.

Den eksisterende evidens for mere systematisk og risikostratificeret behandling af lænderygsmerter viser højest beskedne og ikke konsekvent genfundne forbedringer i patienternes resultater. Der er ikke grundlag for at antage, at en endnu mere omfattende organisering med vedvarende opfølgning nødvendigvis giver en tilsvarende gevinst. DSAM savner derfor en vurdering af både det forventede tidsforbrug og den ekstra sundhedsgevinst sammenlignet med eksisterende praksis.

Kapaciteten i almen praksis er ikke til stede i 2027

DSAM savner desuden en vurdering af, om der er tilstrækkelig kapacitet i almen praksis til at løfte opgaven fra 1. januar 2027.

Sundhedsreformen lægger op til en gradvis udbygning af almen praksis frem mod 2035 med et mål om mindst 5.000 læger. Denne kapacitet er imidlertid ikke til rådighed ved pakkeforløbets ikrafttræden. En reel kapacitetsudvidelse forudsætter ikke blot flere læger, men også de nødvendige investeringer i personalemæssige og fysiske rammer. Det er derfor ikke realistisk at planlægge omfattende nye opgaver fra 2027 med udgangspunkt i en kapacitet, der først forventes opbygget over de kommende år.

Almen praksis har en samlet forpligtelse over for hele patientpopulationen. Når nye, omfattende opgaver indføres uden tilsvarende kapacitetsudvidelse, vil det uundgåeligt påvirke mulighederne for at hjælpe andre patienter. Det er derfor ikke tilstrækkeligt at dokumentere, at en indsats kan gavne den enkelte patientgruppe. Det må også sandsynliggøres, at den samlede sundhedsgevinst står mål med de ressourcer, der bindes, og den behandling, der dermed risikerer at blive fortrængt.

Vi må derfor spørge, hvilke patienter der får vanskeligere adgang til almen praksis, hvis en stor del af kapaciteten bindes til opfølgning på mennesker med kroniske lænderygsmærter. Det risikerer at være patienter med nye eller uafklarede symptomer, alvorlig sygdom, psykisk mistrivsel eller behov for hurtig diagnostisk afklaring.

I den generiske model beskriver Sundhedsstyrelsen selv, at almen praksis' opgaver skal udbygges i takt med, at antallet af læger og kapaciteten øges frem mod 2035. Forventet kapacitet om ni år kan ikke lægges til grund for nye omfattende opgaver fra 2027.

Målgruppen kan ikke defineres

DSAM finder ikke, at de foreslåede inklusionskriterier giver et tilstrækkeligt grundlag for at indføre et varigt, sygdomsspecifikt pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter

Smerterne kan være vedvarende, fluktuerende eller episodiske og skal blot have en samlet varighed på mere end tre måneder inden for det seneste år. Samtidig er kriteriet om betydelig funktionsnedsættelse åbent for fortolkning.

Den generiske model fremhæver selv, at standardisering generelt fungerer bedst, når målgrupper, indsatser og forløb er forholdsvis homogene. Samtidig betegner modellen mennesker med kroniske lænderygsmærter som en meget heterogen gruppe med vidt forskellige symptomer, forløb og grader af funktionsnedsættelse. Netop derfor er der risiko for, at et standardiseret pakkeforløb kommer til at omfatte mange patienter uden et tilsvarende behov for den foreslåede indsats.

Der er heller ikke altid et klart diagnosetidspunkt ved tilbagevendende lænderygsmærter. Det gør det vanskeligt at anvende en model, som i høj grad bygger på et afgrænset diagnosetidspunkt og opstart af et forløb inden for en fast tidsfrist. Det er uklart, hvor stor en del af de mange mennesker med tilbagevendende lænderygsmærter, der dermed vil være omfattet.

Der er desuden betydeligt diagnostisk overlap med andre kroniske smertetilstande. Patienter med fibromyalgi eller mere udbredte smerter kan have lænderygsmærter som et af flere symptomer uden nødvendigvis at være diagnosekodet med en lænderygdiagnose.

DSAM har tidligere efterspurgt et estimat over målgruppens størrelse. Det er stærkt problematisk, hvis en ny omfattende patientrettighed implementeres uden et sådant estimat. Uden et realistisk estimat over målgruppens størrelse og fordeling på differentieringsniveauer er det ikke muligt at vurdere det samlede ressourcebehov eller konsekvenserne for tilgængeligheden i almen praksis. Det er heller ikke muligt at sikre, at den nødvendige rehabiliteringskapacitet er til stede.

Behovsvurderingen må ikke blive en tjekliste

DSAM finder det positivt, at det på side 14 understreges, at behovsvurderingen ikke er en udtømmende tjekliste, og at almen praksis kan tilpasse rækkefølge og detaljeringsgrad efter en konkret sundhedsfaglig vurdering og patientens ønsker.

Dette harmonerer imidlertid dårligt med den efterfølgende beskrivelse på side 15-16, hvor en lang række forhold fremhæves med formuleringer som *skal*, *bør*, *væsentligt* og *særligt relevant*.

Det gælder blandt andet fysisk funktionsevne, psykosociale forhold, arbejdssituation, sociale relationer, mestringsstrategier og patientens forventninger. Den samlede beskrivelse giver indtryk af en omfattende tjekliste, hvor alle emner forventes gennemgået. Det risikerer at gøre behovsvurderingen unødigt tidskrævende og flytte fokus fra det, der faktisk er vigtigt for patienten.

Behovsvurderingens indhold og omfang skal afhænge af den konkrete kliniske vurdering og patientens behov og lægens kendskab til patienten. For nogle patienter vil det kræve en omfattende konsultation, mens vurderingen for andre kan være ganske enkel.

Proaktiv opfølgning og indsatser kan ikke adskilles

På side 19 fremgår det, at niveauinddelingen vedrører støtte og proaktivitet over for patienten, men ikke hvilke indsatser patienten tilbydes. DSAM finder det kunstigt, at man adskiller proaktiv støtte fra de konkrete indsatser. Netop det at patienten har en aftalt tid i klinikken, sikrer muligheden for proaktiv opfølgning. Planlagte konsultationer gør det også muligt at opdage udeblivelser og tage kontakt til patienten. Man kan ikke følge en patient på afstand uden en kontakt eller information fra andre aktører i sundhedsvæsenet (fx grøn eller gul epikrise).

Indgang til pakkeforløbet

DSAM støtter ikke, at patienter med kroniske lænderygsmærter skal identificeres og indkaldes alene for at blive tilbudt et pakkeforløb. Det fremgår af udkastet, at almen praksis skal indkalde patienten til en initial behovsvurdering, hvis en anden aktør har vurderet, at patienten kan være kandidat til et pakkeforløb.

Patienter, der allerede får relevant hjælp hos fysioterapeut eller håndterer deres situation, bør ikke indkaldes alene for at få et pakkeforløb og en ny plan. Kravet om, at allerede kendte patienter skal tilbydes en behandlingsplan inden for det første år, bør udgå. Det kan kræve omfattende journalgennemgange og indkaldelser uden en tilsvarende gevinst for patienterne.

En styrket indsats skal målrettes patienter, der henvender sig med behov for mere hjælp. Det er patientens behov og lægens faglige vurdering, der skal afgøre, hvornår der er brug for en indsats.

PRO-skema om sundhedskompetence

DSAM er særligt skeptisk over for kravet om, at alle patienter forud for behovsvurderingen skal have tilsendt et PRO-skema om sundhedskompetence.

I den generiske model nævnes PRO om sundhedskompetence som et eksempel på et muligt redskab, mens det i dette udkast gøres til et krav. DSAM har fulgt udviklingen af PRO-skemaet om sundhedskompetence og er bekymret for, at den aktuelle udformning kan virke stigmatiserende ved at fokusere på patientens manglende kompetencer frem for patientens ressourcer.

Et sådant redskab bør ikke gøres obligatorisk uden tilstrækkelig validering, afprøvning i klinisk praksis og dokumentation for, at det tilfører værdi i den konkrete patientbehandling.

DSAM anbefaler, at PRO-skemaet udgår ved implementering af pakkeforløb, da det ikke kan nå at blive tilstrækkeligt valideret og testet inden 1. januar 2027.

Patientens vanskeligheder med at forstå information eller følge et forløb skyldes ofte, at sundhedsvæsenets information, digitale løsninger og tilbud ikke er tilpasset patienternes behov. Skemaet risikerer derfor at beskrive systemets manglende evne til at møde patienten som en mangel hos patienten selv.

Manglende besvarelse kan heller ikke i sig selv fortolkes som lav sundhedskompetence. Sundhedskompetence og støttebehov er situationsafhængige og kan ændre sig over tid. Delte oplysninger må ikke anvendes som en varig klassifikation af patientens evner. Oplysninger fra PRO-skemaet bør som udgangspunkt kun anvendes til dialog. Skemaet bør ikke gemmes eller deles med andre aktører i sundhedsvæsenet, før det er grundigt valideret.

Der bør dokumenteres en selvstændig klinisk værdi, før et PRO-skema gøres til et krav. Det bør undersøges, om det faktisk forbedrer tilrettelæggelsen og resultaterne af behandlingen og om gevinsten står mål med tidsforbruget hos patienter og sundhedspersonale.

Uklare rehabiliteringstilbud og risiko for dobbeltvisitation

DSAM støtter et styrket fokus på rehabilitering ved lænderygsmerter og et gratis regionalt rehabiliteringstilbud. Vi finder det dog beklageligt, at man vælger at indføre det gratis tilbud til patienter, der oftest har været i behandling før, frem for også at tilbyde det i den akutte fase.

Det fremstår desværre uklart, hvilket tilbud patienterne faktisk vil få. Det fremgår af udkastet, at: *»I den patientrettede forebyggelse sker vurderingen med afsæt i en afklarende samtale med regionen eller den aktør, som regionen samarbejder med i det konkrete sundhedsrådsområde [...] Det patientrettede forebyggelsestilbud skal videregive relevante oplysninger til den almenmedicinske klinik, herunder en tilbagemelding om, hvilke indsatser den enkelte patient har fået tilbudt.«*

DSAM gør opmærksom på, at det kan blive vanskeligt for de praktiserende læger at fortælle patienterne, hvad de kan forvente af rehabiliteringstilbuddet, både med hensyn til indhold og geografisk placering. Det kan føre til uønsket variation i henvisningspraksis. Det vil derfor være enklest, hvis alle patienter, der ønsker det, blot kan henvises til en afklarende samtale.

Når almen praksis har vurderet, at patienten har kroniske lænderygsmærter, og patienten ønsker henvisning, bør den modtagende aktør have det fulde ansvar for at informere om det konkrete tilbud, dets indhold, geografiske placering og praktiske muligheder for deltagelse, herunder transport. Patienten kan så tage stilling på et oplyst grundlag, uden at egen læge forventes at kende tilbuddet i detaljer.

Det skal heller ikke være et krav, at egen læge skriver en omfattende henvisning, som derefter alligevel risikerer at blive afvist. Afvisninger har ikke været almindelige i kommunale forebyggelsestilbud, men er et velkendt problem ved regionale tilbud. Fx oplever almen praksis talrige afvisninger ved henvisning af 18-24-årige til psykolog, efter at ansvaret er overgået til regionen.

Det er vigtigt at undgå dobbeltvisitation, hvor patienten først stilles et tilbud i udsigt af egen læge, men derefter risikerer afvisning fra regionen på baggrund af en ny vurdering af det samme henvisningsgrundlag.

DSAM er bekymret for, at begrænset regional kapacitet fører til afvisning af patienter med et relevant behov. Tilbuddenes geografiske placering, transportmuligheder og fysiske tilgængelighed kan desuden blive en barriere for patienter med betydelig funktionsnedsættelse.

Hvis patienten udebliver fra eller afbryder et rehabiliteringsforløb, bør den udførende aktør selv kontakte patienten og afklare det videre forløb. Egen læge bør først orienteres, når forløbet afbrydes. Herefter kan lægen følge op, hvis det vurderes, at en sådan opfølgning vil have sundhedsfaglig betydning. Almen praksis bør ikke automatisk pålægges at opspøge patienten som følge af en udeblivelse fra et rehabiliteringstilbud.

Fysisk fremmøde og digitalisering

DSAM støtter digital understøttelse, når den letter patientforløbet og reducerer tidsforbruget. Udkastet har imidlertid efter vores vurdering et for stort fokus på digitale konsultationsformer og digitale støtteværktøjer.

Ved lænderygsmærter kan fysisk fremmøde have særlig klinisk værdi. Patientens bevægelsesmønstre, funktionsevne og eventuelle neurologiske symptomer kan nødvendiggøre en fysisk vurdering. Dertil kommer betydningen af den personlige relation, særligt hos patienter med komplekse smerter og psykosociale problemstillinger.

Digitale kontakter skal være en mulighed, når de er relevante og ønskes af patienten, men de må ikke fremstå som en generel erstatning for fysisk fremmøde.

Tilsvarende må manglende kapacitet til fysisk træning eller rehabilitering ikke føre til, at digitale træningsløsninger og apps anvendes som erstatning for tilbud, hvor der er behov for personligt fremmøde.

Behandlingstrappen i figur 6

DSAM finder det uhensigtsmæssigt, at manuel behandling og medicinsk smertebehandling i figur 6 fremstår som et særskilt trin mellem egenomsorg og fysisk aktivitet på den ene side og specialiserede indsatser på den anden.

Figuren kan give indtryk af en behandlingsmæssig progression, hvor patienten naturligt bevæger sig gennem medicinsk eller manuel behandling, inden specialiseret vurdering bliver relevant. Evidensen for længerevarende effekt af manuel behandling mangler, og effekten af medicinsk behandling ved kroniske lænderygsmærter er særdeles begrænset. Disse indsatser bør alene anvendes efter konkret faglig vurdering og med realistiske forventninger til effekten. De må ikke stå i vejen for specialiserede indsatser.

DSAM foreslår, at figur 6 revideres, så den tydeligere illustrerer, at manuel og medicinsk behandling ikke er nødvendige mellemlid, men kan springes over.

Psykologbehandling og egenbetaling

Udkastet nævner psykologbehandling som relevant for patienter med blandt andet angst, depression, katastrofetænkning, undgåelsesadfærd og vanskeligheder med smertehåndtering. Det er en for optimistisk beskrivelse af de eksisterende muligheder for psykologhenvisning.

Ikke alle disse problemstillinger giver adgang til psykologbehandling med offentligt tilskud, og selv hvis der kan henvises, vil der være betydelig egenbetaling.

Mulighederne for psykologbehandling er mere realistisk beskrevet i pakkeforløbet for KOL på side 30-31.

Problemet med økonomisk tilgængelighed gælder også andre anbefalede indsatser, herunder fysioterapi og kiropraktik.

Specialiseret vurdering og tværfagligt samarbejde

I afsnit 2.2.1 beskrives muligheden for en enkeltstående vurdering hos en anden aktør frem for henvisning til et behandlingsforløb.

DSAM finder formuleringen uklar. Hvis en enkeltstående vurdering er tilstrækkelig, er det en relevant mulighed. Men hvis patienten har behov for egentlig behandling i specialiseret regi, skal dette naturligvis også være muligt.

I almen praksis oplever vi hyppige afvisninger af henvisninger til blandt andet reumatologi og tværfaglige smertecentre. Når pakkeforløbet ikke ændrer de eksisterende henvisningsmuligheder, bør det tydeliggøres, hvordan patienter med et fagligt begrundet behov sikres adgang til specialiseret vurdering og behandling.

Der er behov for tilstrækkelig kapacitet, tydelige visitationskriterier og faglig dialog ved afvisning. Manglende adgang må ikke automatisk medføre et udvidet behandlings- og opfølgningsansvar i almen praksis.

Konference frem for rådgivning

DSAM finder anvendelsen af begrebet *rådgivning* uhensigtsmæssig, når der er tale om faglige drøftelser mellem speciallæger i almen medicin og speciallæger fra andre specialer.

DSAM anbefaler, at begrebet konference konsekvent anvendes i disse sammenhænge.

En konference understreger, at der er tale om et ligeværdigt samarbejde mellem specialer, som bidrager med forskellige former for specialiseret viden. Almen praksis bidrager med den almenmedicinske ekspertise og kendskabet til patientens samlede sygdomsbillede, livssituation og præferencer, mens andre specialer bidrager med deres særlige faglige kompetencer.

Dette er også et vigtigt signal til patienterne og det øvrige sundhedsvæsen, når almen praksis samtidig forventes at være fundamentet for den samlede behandling og koordinering af patienter med kronisk sygdom.

Monitorering og evaluering af de generelle pakkeforløb

DSAM er enig i, at pakkeforløbene skal evalueres, og at dataindsamlingen så vidt muligt skal ske uden unødigt administrativ belastning. Dette princip er afgørende. Registrering og monitorering skal tage udgangspunkt i eksisterende kliniske data og må ikke kræve omfattende supplerende dokumentation, som tager tid fra patientarbejdet.

DSAM finder det afgørende, at data til faglig kvalitetsudvikling og data til myndighedsmæssig kontrol holdes tydeligt adskilt. Evalueringen af kvalitet bør først og fremmest omfatte, om pakkeforløbet giver patienterne bedre funktionsevne, livskvalitet, deltagelse i hverdags- og arbejdsliv samt en bedre oplevelse af sammenhæng i behandlingen.

Registrering af, om behandlingsplaner er oprettet inden for tidsfristen, differentieringsniveauet er registreret, eller patienter er henvist til rehabilitering, er ikke i sig selv kvalitetsmonitorering, men kontrol af, om bestemte aktiviteter er gennemført.

Monitoreringen skal desuden skelne mellem, om patienten har fået tilbudt en relevant indsats, og om patienten ønsker at tage imod den. Patientens informerede fravalg af pakkeforløb, behandlingsplan, opsøgende kontakt eller forebyggelsestilbud må ikke registreres som manglende efterlevelse eller kvalitetsbrist hos klinikken. Manglende adgang til rehabiliteringstilbud og anden behandling skal ligeledes adskilles fra forhold, som almen praksis har ansvar for.

Der bør desuden gennemføres en egentlig evaluering af ressourceforbruget i almen praksis. Dette omfatter ikke alene konsultationerne, men også arbejdet med identifikation af patienter, indkaldelser, PRO-skemaer, koordinering, journalføring, opdatering af behandlingsplaner og proaktiv opfølgning.

Evalueringen bør samtidig undersøge, om indsatsen medfører fortrængning af anden patientbehandling.

Hvis de forventede patientgevinster udebliver, eller ressourceforbruget viser sig uforholdsmæssigt stort, skal pakkeforløbets indhold og organisering kunne revideres. Der bør allerede ved implementeringen fastlægges kriterier for, hvornår indsatser skal justeres, nedskaleres eller ophøre. Nye opgaver bør ikke blive permanente alene som følge af, at de én gang er indført.

Samlet anbefaling

DSAM fraråder, at det foreslåede pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmærter indføres.

Vores vigtigste begrundelser er:

- **Målgruppen er for bred og heterogen.** Mange patienter håndterer allerede deres rygsmærter og har ikke behov for et livslangt pakkeforløb.
- **Målgruppens størrelse er ukendt.** Det er ikke muligt at vurdere ressourcebehovet eller konsekvenserne for almen praksis.
- **Behovsvurderingen er unødigt omfattende.** Den fremstår som en obligatorisk tjekliste, også for patienter med enkle problemstillinger.
- **Den vedvarende fase er utilstrækkeligt begrundet.** Almen praksis kan ikke pålægges et livslangt ansvar for patienternes egenomsorg, motivation og livsstil.
- **Sundhedsgevinsten står ikke dokumenteret mål med ressourceforbruget.** Der mangler evidens for, at den foreslåede organisering giver bedre resultater end den eksisterende behandling.
- **Kapaciteten er ikke til stede i 2027.** Nye omfattende opgaver og tidsfrister vil fortrænge anden vigtig patientbehandling.
- **Indkaldelse og systematisk opsporing er uhensigtsmæssig.** Patienter, som allerede håndterer deres situation, skal ikke indkaldes alene for at få en pakkestatus og behandlingsplan.
- **Rehabilitering og specialiseret behandling skal være reelt tilgængelig.** Gratis rehabilitering er positivt, men bør ikke forudsætte deltagelse i et livslangt pakkeforløb.

DSAM ønsker i stedet, at sundhedsvæsenets begrænsede ressourcer prioriteres til patienter med størst behov, uanset diagnose.

Patienter med kroniske lænderygsmærter skal have relevant behandling og rehabilitering efter deres konkrete behov – ikke omfattes af et livslangt pakkeforløb, fordi de opfylder bestemte diagnosekriterier.

Med venlig hilsen



Maria Krüger
Formand for DSAM