

DSAM's forslag til Pakkeforløb ved kronisk sygdom

Overordnede kommentarer:

Velvidende at det ikke er intentionen i sundhedsreformen mener DSAM, at et pakkeforløb for patienter med kompleks multisygdom bør udvikles først. Patienter med multisygdom repræsenterer en gruppe patienter med mange kroniske sygdomme og deraf stor risiko for påvirket livskvalitet og overdødelighed. Ydermere er det en gruppe, der kræver mange ressourcer i sundhedsvæsenet. Det er således DSAM's vurdering, at disse patienter har det største behov for støtte til styrket egen mestringsevne og koordinering af indsatser i sundhedsvæsenet.

- Vi bemærker, at det ikke er tilstrækkeligt (som ved kræftpakkerne) at forholde sig til det initiale forløb. Dels er der med de nye pakkeforløb netop tale om kronisk sygdom, dels er patienternes liv ikke statisk. Der kan komme nye sygdomme til, så enkelsygdom bliver til multisygdom. Behandlingsbehovet kan skifte fra en meget høj grad af mestringsevne til behov for stor støtte og koordinering. Pakken bør derfor betragtes som et kontinuum, ikke en tidsafgrænset indsats.
- Vi bifalder, at indsatser og forløb skal være tilpasset og skabes i dialog med den enkelte patient. Man bør sikre, at der går flest ressourcer til de patienter, der har mest behov. Omvendt bør man ikke sygeliggøre patienter med beskeden sygdom, men prioritere at understøtte deres egen mestringsevne. Vi mener, at den bedste måde at sikre dette er en overblikskonsultation ved inklusion i pakkeforløb.
- Vi anbefaler, at der ikke kun er fokus på biomedicinske faktorer. Psykosociale/relationale faktorer har også meget stor betydning for behandling og prognose, og afdekning af dette bør være en del af overblikskonsultationen.
- Vi gør opmærksom på, at almen praksis vil skulle have mulighed for at henvise til patientrettede tilbud, som der aktuelt kun kan henvises til fra sygehuset, fx kommunal genoptræning ved lænderygsmerter.
- Vi anbefaler fokus på behandlerkontinuitet og entydigt behandlingsansvar, når pakkerne udvikles.
- Vi noterer os, at man ønsker at indføre tidsfrister, men bemærker, at tiden aktuelt ikke er den største udfordring. Den største udfordring er sammenhæng i de forskellige tilbud og tvivl om, hvem der har behandlingsansvaret.

- For at sikre sammenhæng og entydigt behandlingsansvar bør man udbrede et koncept, hvor egen læge (eller den ressourcerige patient) kan booke tid til konkrete undersøgelser hos speciallæge/på sygehus, hvor svaret efterfølgende tilgår egen læge mhp. opfølgning. Dette vil svare til, at lægen bestiller EKG og blodprøver og følger op, blot vil muligheden for at rekvirere undersøgelser øges betydeligt. Der bør således kunne bestilles tid online til øjenfoto, ekkocardiografi, tåtryk, MR af lænden, enkeltstående specialistvurdering etc.
- Vi anbefaler bedre muligheder for konference mellem speciallæger i almen medicin og øvrige speciallæger. Der bør ikke kun være fokus på, at egen læge kan konferere med speciallæger i andre specialer, men også at andre specialer benytter sig af egen læges almen medicinske kompetencer og viden om patienten. Hvis fx speciallægen konfererer med egen læge før en omfattende udrednings- og behandlingsplan, kan patienten undgå gentagelser i udredning og behandling, dobbeltbesøg, dobbelt blodprøvetagning, og endda irrelevant udredning.
- Specielt for lænderygpakken. Lænderygsmerter bør generelt behandles med hurtig initiering af træning og undervisning i smertehåndtering, hvis der er kraftige smerter eller sygemelding et par uger efter sygdomsdebut (når lægen har udelukket røde flag). Det virker således ikke rationelt først at tilbyde patienterne et pakkeforløb, når deres rygsmerter er kroniske. Den generiske model kan dog godt anvendes.
- Vi anbefaler bedre muligheder for henvisning til understøttende aktiviteter i civilsamfundet og netværksdannelse (også kaldet social prescribing).
- Vi har i dette udspil "leget med på" idéen med rød, gul, grøn, men det er vigtigt at være opmærksom på, at ord kan skabe stigmatisering. Der bør derfor arbejdes med navngivning af pakker i samarbejde med patientorganisationer.

OVERBLIKSKONSULTATION VED OPSTART

(Lav biopsykosocial kompleksitet)

(Moderat biopsykosocial kompleksitet)

(Høj biopsykosocial kompleksitet)

Behandlingsplan og behandling
via egen læge

Behandlingsplan og behandling
via egen læge

Behandlingsplan og behandling
via egen læge

Basalt kommunalt tilbud

Udvidet kommunalt tilbud

Individuelt kommunalt tilbud
SKP/hjemmepleje?

Digitalt tilbud/selvmonitorering

Digitalt tilbud/selvmonitorering

Evt.
Digitalt tilbud/selvmonitorering

Evt. konference/undersøgelser på
sygehus/hos andre specialer

Ofte konference/undersøgelse på
sygehus/hos andre specialer

Oftest konference/undersøgelse på
sygehus/hos andre specialer

Evt. samtaler hos praksispersonale

Ofte samtaler hos praksispersonale

Specielle tilbud ved behov:
Geriatrer/Psykiater/Psykolog etc.

ÅRLIG OVERBLIKSKONSULTATION

(Lav biopsykosocial kompleksitet)



(Moderat biopsykosocial kompleksitet)



(Høj biopsykosocial kompleksitet)

DSAM's forslag til en generisk model for Pakkeforløb ved kronisk sygdom

Opstart i pakkeforløb/behandlingsplan:

Alle forløb starter med, at patienten tilbydes en overblikskonsultation. Indholdet af denne er en afklaring af patientens samlede sygdomsbyrde og livssituation med afgørende fokus på patientens egne prioriteter.

I overblikskonsultationen gennemgår lægen og patienten således:

- Biomedicinske faktorer (fx sygdomsbyrder, behandlingsbyrde, medicinbyrde)
- Psykosociale/relationelle faktorer (fx psykisk lidelse, økonomi, ensomhed)

Ud fra dette visiteres patienten, og der udarbejdes en personlig behandlingsplan.



Patienter med lav biomedicinsk og psykosocial/relationel kompleksitet og belastning

Tilbud:

- Behandlingsplan og behandling via egen læge inkl. plan for opstart/regulering/seponering af evt. medicin.
- Basalt kommunalt tilbud.
- Patienten kan evt. tilbydes selvmonitorering/digitalt tilbud.
- Sjældent nødvendigt med henvisning til specialist, men evt. speciallæge/fodterapeut til relevant øjenundersøgelse og fodundersøgelse ved diabetes.
- *Efter pakkeforløbet:* Ses af lægen årligt/hvert andet år til overblikskonsultation. Kontakter til læge eller praksispersonale individualiseres.



Patienter med moderat biomedicinsk eller psykosocial/relationel kompleksitet og belastning

Tilbud:

- Behandlingsplan og behandling via egen læge inkl. plan for opstart/regulering/seponering medicin.
- Kontinuitet hos egen læge og praksispersonale.
- Evt. tilbud om samtaler hos praksispersonale.
- Udvidet kommunalt tilbud.
- Patienten kan evt. tilbydes selvmonitorering/digitalt tilbud.
- Ofte nødvendigt med konference med/henvisning til specialist, når der er kompleksitet på den biomedicinske skala.
- *Efter pakkeforløbet:* Ses af lægen en gang årligt til overblikskonsultation (obs gruppeskift). Øvrige kontakter individualiseres - typisk 1-3 kontakter hos læge/praksispersonale.

Patienter med høj biomedicinsk og psykosocial/relational kompleksitet og belastning

Tilbud:

- Behandlingsplan og behandling via egen læge inkl. plan for opstart/regulering/seponering medicin.
- Kontinuitet hos egen læge og praksispersonale.
- Tilbud om samtaler hos praksispersonale.
- Individuelt tilpasset kommunalt tilbud, hjemmepleje- støttekontaktperson inddrages i indsatser.
- Patienten kan evt. tilbydes selvmonitorering/digitalt tilbud, men det kan ikke erstatte fremmøde.
- Nærmest altid nødvendigt med konference med/henvisning til specialist, når der er kompleksitet på den biomedicinske skala.
- Mulighed for specielle tilbud fx ambulant vurdering ved geriater, farmakologisk bistand, psykiater/psykolog.
- *Efter pakkeforløbet:* Ses af lægen en gang årligt til overblikskonsultation (obs gruppeskift). Øvrige kontakter individualiseres – typisk 2-6 kontakter og evt. kan der være behov for besøg.