

EN PATIENT – EN PLAN – ET ÅRSHJUL

Sådan får vi den bedste omsorg for patienter med kronisk sygdom

Med sundhedsreformen tilbydes patienterne fra januar 2027 en konsultation og behandlingsplan hos egen læge i forbindelse med udvalgte kroniske sygdomme samt opfølgning efter kræftsygdom. Disse nye tilbud har mange styrker, herunder mulighed for mere individualiserede og rettidige indsatser. Men samtidig tager pakkerne udgangspunkt i en enkelt diagnose, hvilket udfordrer sammenhængen i behandlingen af patienter med flere sygdomme. Vi ser følgende udfordringer ved pakkeforløb:

- Man bliver ikke rask af en pakke. Sygdommen er kronisk, men der mangler en model for det vedvarende/fortsatte forløb.
- Modellen beskriver ikke, hvordan forløbet ser ud, når alle pakker er implementeret og skal spille sammen.
- Senfølgeindsatsen har mange fællestræk med pakkeforløbene, men udvikles som et parallelt spor.

DSAM's bekymring er, at patienterne risikerer at ende i et stjerneløb mellem forskellige pakker og senfølgeforløb. Det kan skabe siloopdeling og fragmentering, som ikke afspejler hverken patientens eller de praktiserende lægers virkelighed. Samtidig er der en risiko for, at sundhedsvæsenet orienterer sig mod de diagnoser, der har en pakke, mens andre væsentlige problemer og diagnoser træder i baggrunden.

Skab synergi i indsatserne via et årshjul med tilbagevendende systematiske overblikskonsultationer

DSAM ser en fordel i at skabe synergi i indsatserne for kronisk sygdom ved at udvikle et årshjul for patienter med tilbagevendende overblikskonsultationer. Årshjulet skal sikre, at pakkeforløbene ikke bliver isolerede diagnoseforløb, men indgår i en samlet almenmedicinsk vurdering af patientens behandlingsbehov. Overblikskonsultationen sikrer, at patientens perspektiv får plads, og at de enkelte behandlinger og pakker samtænkes og koordineres. Årshjulet og de tilbagevendende overblikskonsultationer vil kunne omfatte både pakkeforløb og kræftopfølgning og samtidig styrke den eksisterende kronikeromsorg i almen praksis.

Et pakkeforløb bør herefter primært forstås som en struktureret opstarts- og implementeringsfase ved hver ny diagnose og derefter indgå i et **varigt almenmedicinsk årshjul** med en overblikskonsultation med behovsbestemt interval.

Årshjulet er ikke i modstrid med de nuværende tanker om pakkeforløb, men vil derimod give bedre sammenhæng fra starten og gøre det langt nemmere at indføre nye pakker successivt og ultimativt at indføre det planlagte pakkeforløb for multisygdom.

Hovedpunkter i DSAM's forslag

1. Én patient – én samlet plan – ét årshjul

Én samlet behandlingsplan, hvor sygdomsspecifikke elementer indgår som delplaner.

2. Indfør et årshjul samtidig med pakkerne og en overblikskonsultation med behovsbestemt interval

Lægen tilbyder patienten en tilbagevendende samlet overblikskonsultation. Intervallet følger patientens samlede behov og vil typisk være med ét til to års mellemrum. Med udgangspunkt i patientens aktuelle livssituation og egne mål gennemgår lægen patientens diagnoser og behandlinger og vurderer funktionsevne og behandlingsbyrde. På den baggrund prioriterer lægen og patienten sammen det kommende års indsatser og opdaterer behandlingsplanen.

3. Definér en ny diagnose som anledning til samlet revurdering – ikke en ny parallel pakke

Ved en ny kronisk diagnose hos en patient, der allerede indgår i et pakkeforløb, indarbejdes den nye diagnose i patientens samlede behandlingsplan efter en fornyet overblikskonsultation. Hvis den nye diagnose udløser relevante tilbud i pakkeforløbet, tilbydes disse.

4. Indfør prioritering som selvstændigt element i behovsvurderingen

Patient og læge skal ikke bare identificere behov; de skal beslutte, hvad der er vigtigst nu, og hvad der bevidst med fordel kan vente.

5. Tilføj behandlingsbyrde som fast vurderingspunkt

Ved multisygdom er problemet ikke kun sygdomsbyrde, men også behandlingsbyrde: kontroller, medicin, egenmålinger, transport, digitale krav, kommunale kontakter, sygehusforløb og forventninger om livsstilsændringer. Behandlingsbyrden indgår som et selvstændigt vurderingspunkt i overblikskonsultationen.

Eksempel på nedsættelse af behandlingsbyrde:

Lars har både KOL urinsyreigt og forhøjet blodtryk. Han har samtidig hjertesvigt, som følges på hjerteambulatoriet med scanning og blodprøver. Ved overblikskonsultationen aftaler Lars og hans læge, at alle blodprøvetagninger samles, så lægen også kan bruge de blodprøver, der er taget til sygehuset. Opfølgningen placeres umiddelbart efter, at Lars har været til sin årlige scanning på sygehuset, så Lars og lægen kan gennemgå alle behandlingerne med udgangspunkt i Lars' situation. Dette styrker egen læges tovholderrolle.

6. Overblikskonsultation i almen praksis, selvom patientens sygdomme følges på sygehuset

Patienter med kronisk sygdom bør fortsat tilbydes en samlet overblikskonsultation hos egen læge, selv om en eller flere sygdomme følges på sygehuset. Egen læge er tovholder og kan samle patientens sygdomme, behandlinger, øvrige problemer og mål i én plan – evt. i samarbejde med sygehusafdelingerne.

Case:

Jane har skizofreni og hjertesygdom. Hun følges på psykiatrisk ambulatorium og kardiologisk afdeling og kommer sjældent i almen praksis. Hun har oplevet en forværring i angstsymptomer, efter hun blev indlagt med svimmelhed, men er i tvivl om hun skal tale med kardiologer eller psykiatere om det. Jane kommer til en overblikskonsultation, og det viser sig, at forværringen faldt sammen med en ny blodtryksbehandling, som ofte giver denne bivirkning. Det viser sig også, at Jane er meget plaget af overgangsalder, hvilket kan forværre angsten. Lægen kontakter kardiologerne, der ændrer behandlingen, og starter behandling for overgangsalder, og Janes symptomer bedres.

7. Modellen forudsætter IT-understøttelse

Egen læge skal have et samlet overblik over patientens forløb og gøre den fælles behandlingsplan tilgængelig for patient og relevante behandlere i både primær- og sekundærsektoren. IT skal understøtte populationsoverblik, beslutningsstøtte og kvalitetsudvikling.

Selve overblikskonsultationen

Ved overblikskonsultationen foretager lægen sammen med patienten en behovsvurdering baseret på det samlede biomedicinske, psykosociale og relationelle forhold hos patienten. Konsultationen afsluttes med fælles prioritering og en samlet behandlingsplan. Overblikskonsultationen foregår altid hos egen læge, men når der planlægges et behandlingsforløb i praksis, vil det ofte blive uddelegeret til praksispersonalet.

Elementer, der kan indgå i behovsvurderingen

Ressourcer/sundhedskompetencer
Diagnoser
Medicinsk behandling
Behandlingsbyrde
Forebyggelse
Psykosociale og relationelle forhold
Funktionsevne, arbejde og uddannelse
Fremtidsønsker
Fælles prioritering
Palliation



På baggrund af behovsvurderingen aftaler patient og læge omfanget af den nødvendige opfølgning, og hvilke indsatser der skal prioriteres indtil næste overblikskonsultation. Behovsvurderingen er ikke statisk, men kan ændre sig over tid.

Elementer i behandlingsplan

- hvad gør almen praksis?
- Hvad gør kommunen?
- Hvad gør sygehuset?
- Hvad gør patient/pårørende?
- Hvilke tilbud er der i civilsamfund?
- Hvornår følges der op (årshjul med tidspunkt for næste overblikskonsultation og mellemliggende aftaler)?

Niveauer i behovsvurderingen**Gruppe 1: Lavt behov for støtte**

Patienten vil typisk håndtere sygdommen hjemme og selv opsøge/foretage parakliniske undersøgelser.

Overblikskonsultation hvert andet år.

Henvendelse ved behov (varsel om, hvad der skal holdes øje med).

Eksempel på gruppe 1

Jens har lige fået konstateret diabetes. Ved overblikskonsultationen viser det sig, at han har høje sundhedskompetencer og selv ønsker at tackle sin sygdom. Han træner og ønsker ikke kommunalt tilbud. Det aftales, at Jens selv styrer blodprøver to gange om året de næste to år og selv følger op på blodprøven¹. Han måler også selv sit blodtryk. Det aftales, hvilke grænseværdier der skal føre til kontakt til lægen, men alt går fint, og han kommer først i konsultationen to år senere.

Gruppe 2: Moderat behov for støtte

Patienten vil typisk følges via årshjul i almen praksis med kontinuerlig læge/tovholder.

Overblikskonsultation hvert år.

Et til fire besøg ved praksispersonale/læge i perioden imellem, og henvendelse ved behov (varsel).

Eksempel på gruppe 2

Mogens har velbehandlet atrieflimren, men nu har han også fået kroniske rygsmerter og har været i behandling med morfin i et halvt år. Han føler, hans ryg er ødelagt og tør ikke træne. Han bor med sin raske hustru og har et godt netværk. Mogens henvises til rehabilitering og kommer i gang med at træne med megen støtte. Ved overblikskonsultationen bliver Mogens og hans læge enige om at starte morfinudtrapning. Ved overblikskonsultationen året efter er Mogens fysisk bedret og helt ude af morfin. Han har stadig smerter, men lever med dem. Han skifter til gruppe 1 med egentræning og egenmonitorering af puls og blodprøver.

¹ Forudsætter ændring af STPS' regler om opfølgning.

Gruppe 3: Højt behov for støtte/høj kompleksitet

Patienten vil typisk følges via årshjul i almen praksis med kontinuerlig læge/tovholder og vil typisk skulle henvises til pakketilbud hos kommune eller sygehus eller samtaler hos praksispersonale, evt. socialmedicinsk indsats etc.

Overblikskonsultation hvert år.

Egen læge følger op med givne intervaller, fx hver 2.-3. måned. Dertil henvendelse ved behov. Opfølgning efter exacerbationer/forværring. Varsel og proaktiv indsats ved udeblivelse.

Eksempel på gruppe 3

Lise har KOL og brystkræft. Hendes indgang til overblikskonsultationen er, at hun afsluttes fra kræftafdelingen. Hun er plaget af senfølger i form af træthed og neuropati. I forbindelse med kræftforløbet har hun slet ikke orket at komme til årsstatus på sin KOL. Hendes mand har et alkoholmisbrug, og der er udfordringer med samlivet.

Lise tilbydes problemløsende samtaler hos personalet, som kan hjælpe hende med at få overblik over sin situation. Årsstatus for KOL planlægges. Der etableres kontakt til kommunens rehabilitering. Lise har således en tid i lægehuset ca. hver anden måned, hvilket langsomt bedrer hendes tilstand. En enkel gang udebliver hun og ringes op af praksispersonalet. Trætheden aftager. Hun finder overskud til et rygestopkursus året efter.