



Kronikerpakker med menneskelig margin - når systemet møder Birgit

”Det er jo ikke fordi jeg ikke kan tage ansvar for mit eget helbred, men nogle dage føles det som om, jeg skal være både læge, sekretær og socialrådgiver – og så lige holde styr på alle mine diagnoser oveni.”

Sådan sukker 68-årige Birgit, mens hun klemmer sig ned i stolen og lægger sin plastikpose med medicinæsker på bordet i konsultationen. Birgit har både KOL, diabetes og slidgigt. Hun er præcis den patient, som er i målgruppen for sundhedsreformens nye kronikerpakker. Men spørgsmålet er, om pakkerne bliver den forløsning, Birgit håber på – eller endnu et lag af system.

Fra kræft- til kronikerpakker

Sundhedsreformen lover et historisk løft til patienter med kroniske sygdomme. Sundhedsstyrelsen skal udvikle diagnosespecifikke pakker, der – ligesom kræftpakkerne – skal sikre rettigheder, hurtig opstart og adgang til relevante tilbud (se faktaboks om pakkeforløb).

Men hvor kræft ofte har en klar begyndelse og slutning, er kronisk sygdom alt andet end statisk. Her er DSAM's budskab tydeligt: Kroniske forløb er et kontinuum. Patientens behov ændrer sig, og pakkeforløbene må kunne følge med. En rigid tjekliste løser ikke Birgits virkelighed – den kræver kontinuitet og overblik.

Start med en overblikskonsultation

DSAM foreslår, at pakkeforløb starter med en overblikskonsultation i almen praksis. Her sættes både medicinske og psykosociale faktorer i spil – fra medicinbyrde til ensomhed og økonomi. Patientens egne prioriteter bliver styrende. Patienten visiteres herefter til en individuel behandlingsplan, der matcher kompleksiteten.

PAKKEFORLØB FOR KRONIKERE IFØLGE SUNDHEDSREFORMEN

Starter ved diagnose – allerede diagnosticerede patienter inkluderes løbende.

1

Inddeler patienter i grøn, gul, rød gruppe efter behov.

2

Giver ret til personlig behandlingsplan, opstart af behandling og adgang til relevante tilbud.

3

Udrulles gradvist: KOL og lænderyg i 2027, diabetes i 2028, hjertesygdomme i 2029 og kompleks multisygdom i 2031.

4

Udvikles af Sundhedsstyrelsen med input fra relevante aktører, bl.a. DSAM.

5

Ressourcer skal følge behov

Vi skal ikke bruge speciallægetimer på patienter, der har det fint, mens de komplekse drukner i systemet. Det er almenmedicinen, der kender patienten, har helhedsforståelsen og kan navigere i kompleksiteten – også når ingen kasser passer. Nogle patienter skal ses hyppigt, og enkelte patienter med diabetes behøver måske kun komme i praksis hvert andet år.

Kompleks multisygdom bør komme først

Det er selvfølgelig de patienter, der har den største risiko for påvirket livskvalitet og overdødelighed, der skal have det første pakkeforløb. Ydermere er det den gruppe, der kræver flest ressourcer i sundhedsvæsenet. Disse patienter har det største behov for støtte til at styrke egen mestringsevne og til at koordinere indsatser i sundhedsvæsenet.

Samarbejde – med patienten i centrum

Når Birgits tilstand bliver mere kompleks, er det ofte hendes egen læge, der bedst kan se helheden og skal guide speciallægerne – ikke omvendt. Derfor skal (video)konferencer og tværfaglige møder være tovejs. De må ikke bare være hotlines til speciallæger på sygehus, men rum, hvor erfaringer deles, og almen praksis' patientkendskab får vægt. Det forhindrer dobbeltudredninger og forvirrede patienter – og sikrer reel koordinering.

Samtidig peger DSAM på behovet for en fælles journal, så Birgit slipper for at genfortælle sin historie hver gang. Det kræver, at vi tager kontinuitet og relation alvorligt som kvalitetsparametre – ikke kun målinger og guidelines.

Fleksible rammer, ikke standardiserede samleband

Standardisering kan skabe overblik, men må ikke ske på bekostning af individuel behandling. DSAM advarer mod, at pakkerne bliver rigide, for da risikerer vi at bruge flest ressourcer på dem, der kan klare sig selv – og overse dem, der kæmper.

Birgits håb – og DSAM's ambition

Birgit ønsker ikke at være projektleder i sit eget sygdomsforløb. Hun vil mødes som et helt menneske – ikke som en tjekliste. DSAM's ambition er, at kronikerpakkerne bliver et redskab til netop det: sammenhæng, overblik og respekt for patientens egne ønsker. Men det kræver tillid til almen praksis som forløbskoordinator – og mod til at insistere på dialog og fleksibilitet.

For i sidste ende er det ikke skemaer, farvekoder eller deadlines, der gør forskellen. Det er den gode samtale, relationen – og en almenmediciner, der både kan og tør tage lederskab. ●

