

Sundhedsstyrelsen
FOPS@sst.dk

27. oktober 2026

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

Tlf. 33 96 86 86
www.aeldresagen.dk
aeldresagen@aeldresagen.dk

Pakkeforløb for mennesker med kronisk obstruktiv lungesygdom

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi ser det som positivt, at der kommer pakkeforløb for patienter med KOL, som omfatter en helhedsorienteret behovsvurdering, egen læge som tovholder samt ret til en samlet behandlingsplan og forebyggelsestilbud. Vi har en række kommentarer i det følgende og har som bilag vedlagt en række fælles kommentarer udarbejdet med andre organisationer.

Patienter og sundhedspersoner skal kunne tage initiativ til opfølgning

Vi ser det desuden som positivt, at pakkeforløbet betragtes som kontinuert, og at der er defineret en vedvarende fase, hvor det er beskrevet, at der kan være behov for både at igangsætte nye indsatser og gentage tidligere indsatser. Vi bemærker dog, at det skaber uklarhed, når det flere gange nævnes, at almen praksis skal følge op "løbende". Derfor opfordrer vi til, at det også eksplicit fremgår, at andre sundhedspersoner eller patienten selv kan tage initiativ til kontakt med henblik på fx justering af behandlingsplanen, jf. bilag.

Fremhæv behov for tydelig sammenhæng med helhedspleje

Vi noterer os, at det i beskrivelsen af målgruppen fremgår, at der er flest tilfælde af KOL blandt personer over 75 år, når der tages højde for aldersgruppernes størrelse, og at gennemsnitsalderen for akut indlagte er 75 år. Behovet for sammenhæng mellem sundhedsfaglige indsatser og helhedspleje vil derfor forventeligt være afgørende for mange. Vi ser det derfor som positivt, at ældre KOL-patienters samtidige behov for helhedspleje er tilføjet og uddybet flere steder i teksten på baggrund af vores kommentarer i præhøringsprocessen i Sundhedsstyrelsen. For at styrke sammenhængen vil vi opfordre til, at egen læge skal kunne henvise til helhedspleje ved vurdering af behov herfor, jf. bilag.

Vi vil desuden opfordre til, at den afgørende sammenhæng med helhedspleje fremhæves endnu tydeligere, ikke mindst i den centrale figur 4 med elementer i behovsvurderingen (side 16). Her er det særligt vigtigt at tilføje "dagligliv" i overskriften i boksen "Funktionsevne, arbejde og uddannelse" samt "helhedspleje" til sidste punkt med "tilpasninger, støtte eller hjælpemidler". Som det står nu, med reference til arbejde og arbejdsmarked og uddannelse, efterlader det et indtryk af, at det primært drejer sig om en målgruppe under uddannelse eller i arbejde, hvilket ikke harmonerer med målgruppebeskrivelsens betoning af 75+-årige. I selve teksten om behovsvurdering er det positivt, at helhedspleje og sygepleje er nævnt (side 17).

Også i afsnittet om egenomsorg (side 33) vil det være vigtigt at henvise til helhedspleje, da støtte fra personalet er afgørende for, at de mest svækkede kan varetage egenomsorg og deltage i behandling og tilbud.

Integrer demens som del af multisygdom

Vi ser det som positivt, at der er opmærksomhed på multisygdom, da en større andel har andre samtidige sygdomme end KOL. Samtidig ser vi positivt på, at det er præciseret, at man ikke skal have en behandlingsplan for hver (ny) diagnose, men netop en samlet plan, der løbende justeres efter nye behov.

I relation til multisygdom vil vi dog anbefale, at demens fremhæves som et særligt opmærksomhedspunkt (fx i afsnittet om multisygdom). Demens adskiller sig fra mange andre kroniske sygdomme ved gradvist at svække evnen til at varetage egen sygdomsmestring og koordinere behandling på tværs af flere sygdomme. For mennesker med demens bliver sammenhæng, koordination og løbende opfølgning derfor ikke blot et spørgsmål om kvalitet, men ofte en forudsætning for, at indsatserne kan gennemføres som planlagt. Det er derfor også relevant at nævne demens som opmærksomhedspunkt under behovsvurdering og differentiering af de tre niveauer for støtte fra egen læge (side 19-21).

Udfordringer med demens understreger også behovet for systematisk inddragelse af pårørende og relevante kommunale aktører som fx helhedsplejen og den kommunale sygepleje.

Palliation

KOL er en livstruende sygdom, og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal de palliative indsatser derfor tilbydes fra diagnosetidspunktet. Det vil vi gerne have skærpet i teksten, så det ikke alene beskrives, at palliation skal integreres tidligt i forløbet. Desuden er det vigtigt, at støtte til pårørende omfattes. Konkret skal følgende udsagn (side 8): *"Der kan derfor være behov for tidligt og løbende i sygdomsforløbet systematisk at afdække patientens behov for palliation, herunder basale og specialiserede palliative indsatser."* ændres til: *"Allerede fra diagnosetidspunkt og herefter løbende skal patientens behov for palliation, herunder basale og specialiserede indsatser, systematisk afdækkes med udgangspunkt i validerede redskaber. De palliative indsatser omfatter også støtte og tilbud til pårørende."* Der er brug for samme præcisering andre steder i teksten, bl.a. under behovsvurdering og i afsnit 2.3.4. Palliation.

For at sikre lige adgang til palliative tilbud vil vi også opfordre til, at der henvises til de kommende nationale visitationskriterier for den specialiserede palliative indsats.

Behov for lige adgang til KOL-rehabilitering

Lungerehabilitering skal fremgå som en central og evidensbaseret indsats, jf. bilag, og må ikke erstattes af det patientrettede og generelle forebyggelsestilbud. Det er vigtigt for Ældre Sagen, at en behovsvurdering sikrer, at tilbud om rehabilitering er for alle uanset alder. Særligt i betragtning af, at mange KOL-patienter er over 75 år,

er det vigtigt, at ældre mennesker med KOL altid har adgang til tilbud om et KOL-rehabiliteringsprogram, og at adgangen hertil ikke i praksis begrænses til patienter på arbejdsmarkedet. Rehabiliteringstilbud er især relevante for patienter, der ikke tidligere har modtaget KOL-rehabilitering, og rehabilitering skal altid tilbydes efter en indlæggelse med forværring. Her bør den generelle patientrettede forebyggelse ikke stå alene.

Tidlig KOL-rehabilitering efter indlæggelse reducerer både genindlæggelser og dødelighed det første år, og patienter får en forbedring af livskvalitet. Det er defineret som en stærk klinisk anbefaling at igangsætte rehabilitering inden for fire uger efter indlæggelse for en KOL-forværring i KOL-national klinisk retningslinje.¹

Vi mener derfor, det skal skærpes, at regioner skal tilbyde KOL-rehabilitering efter indlæggelse (side 25).

Samarbejde med civilsamfund om forebyggelse

Ældre Sagen har både motionstilbud og sociale aktiviteter, der understøtter menneskers fysiske form og sociale sundhed, hvorfor vi ser positivt på, at det nævnes, at egen læge kan opfordre patienter til at deltage i aktiviteter i civilsamfundet (side 21). Vi vil dog understrege, at vores tilbud ikke kan erstatte sundhedsprofessionelle forebyggelsestilbud.

Tilbud om print af behandlingsplan

Vi noterer os, at vores ønske om, at patienter skal tilbydes et print af deres digitale behandlingsplan, er formuleret som et krav til egen læge. Vi undrer os dog over, at andre aktører i sundhedsvæsenet ved opdatering af planen ikke er forpligtet til at udlevere et print. Vi mener, at der skal være lige adgang til at få udleveret sin behandlingsplan på papir, uanset om man er hos egen læge eller en anden aktør (side 23). Desuden vil vi opfordre til, at muligheden for at få print af sin behandlingsplan også nævnes under afsnit 3.2. om digital understøttelse, og at det fremgår, at printet skal udleveres vederlagsfrit.

Afgørende med kvalitetsmonitorering og opfølgning

Vi ser positivt på, at der er formuleret krav til monitorering af pakkeforløbet både i forhold til overholdelse af patientrettigheder, sundhedsfaglig kvalitet og patienters oplevelse af sammenhæng og inddragelse. Vi mener, at det også er relevant at måle på patienters oplevelse af tryghed i overgange, fx ved udskrivelse, og tryghed ved adgang til relevant personale ved akutte forværringer. Vi bidrager gerne til den videre udvikling og henviser i øvrigt til bilaget med forslag til indikatorer.

For øvrige kommentarer henviser vi til bilaget med fælles kommentarer formuleret sammen med andre aktører.

Vi vil gerne benytte denne lejlighed til at påskønne, at kronikerpakken for multisygdom ser ud til at skulle fremrykkes til 2028, og vi bidrager naturligvis også

¹ https://www.sst.dk/media/1tmdobhz/nkr_rehabilitering_kol_ikke_opdateret.pdf

gerne til det forberedende arbejde. Desuden opfordrer vi til, at der udarbejdes en kronikerpakke for mennesker med demens.

Venlig hilsen



Michael Teit Nielsen
Vicedirektør