

Er regionernes forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom anvendelige i en klinisk hverdag?

LEDER

Nina S. Godtfredsen

Ugeskr Læger

2015;177:V66696

I henhold til Den Danske Kvalitetsmodel skal der udarbejdes forløbsprogrammer for alle kroniske sygdomme, herunder kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Disse programmer fungerer som regionale retningslinjer for de sundhedsfaglige indsatser. I Region Hovedstadens forløbsprogram for KOL fra 2008 [1] defineres et sådant program som havende tre overordnede funktioner: 1) at sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, 2) at give en præcis beskrivelse af opgavefordelingen og 3) at skabe koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter.

Det ideelle scenario beskrives således: »Forløbsprogrammet skal sikre, at sundhedsvæsenet med patienten i centrum og på tværs af sektorer tilgodeser relevante sundhedsfaglige behov i forløbet af en kronisk sygdom, hvor almen praksis, hospitaler og det kommunale sundhedsvæsen indgår i et tværfagligt, tværsektorielt og integreret samarbejde«.

I kvalitetsudviklingsartiklen af *Gjersøe et al* i dette nummer af Ugeskrift for Læger [2] sættes der spørgsmålstegn ved, om forløbsprogrammernes anbefalinger vedrørende især det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og hospitaler følges i den virkelige verden. På baggrund af 17 kvalitative interview, 12 med praktiserende læger og fem med personale fra henholdsvis Nordsjællands Hospital og Sygehus Lillebælt, konkluderer forfatterne, at de adspurgte klinikere – overordnet set – ikke fandt forløbsprogrammerne anvendelige. Der er spurgt om fire temaer: 1) om forløbsprogrammerne anvendes (= læses?), 2) om stratificering af patienterne, dvs. henvisning til og tilbage fra hospital efter specialiseret behandling fungerer, 3) om kommunikationen finder sted, og 4) om rammerne for samarbejdet sektorerne imellem er tilfredsstillende. Man kan mod denne undersøgelse indvende, at de fleste synspunkter kommer fra almen praksis, at det kommunale sundhedssystem slet ikke er inddraget, samt at synspunkterne næppe kan siges at være repræsentative for forløbsprogrammernes målgrupper som helhed.

Ikke desto mindre berører denne artikel nogle centrale emner om kvalitetssikring af indsatsen for kronisk syge, nemlig at det halter gevaldigt med to af de ovenstående punkter: opgavefordelingen (tovholderfunktionen) og kommunikationen. Det er ikke svært at udpege forskellige årsager til, at det netop er her, udfordringerne ligger. De fleste klinikere, læ-

ger såvel som andet sundhedspersonale, har en travl hverdag med et højt fagligt indhold i ydelserne, og tilrettelæggelsen af vores arbejde indbefatter traditionelt ikke en høj grad af tværfaglig koordinering. Ydermere er implementeringsprocessen efter udgivelse af forløbsprogrammerne ikke prioriteret fra centralt hold.

På Lungemedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital, ansatte vi i perioden 2011-2013 en KOL-forløbskoordinerende sygeplejerske med stor succes. Formålet var at imødekomme forløbsprogrammernes anbefalinger for sammenhængende forløb for den samlede gruppe af patienter med KOL. Vi gennemførte undervejs blandt personalet i ambulatoriet en audit og en spørgeskemaundersøgelse, som ikke overraskende viste, at der var plads til forbedring med hensyn til faktorer som stratificering af patienterne og psykosocial støtte. Endvidere viste det sig at »kun« omkring 75% af de adspurgte læger og sygeplejersker var klar over, at der eksisterede regionale forløbsprogrammer for KOL.

Forslag til en forbedret indsats for sammenhæng i de kroniske patientforløb kan også analyseres ved at inddrage patienterne selv og deres pårørende. Dette er netop foretaget i to fokusgruppe- og interviewundersøgelser fra Bispebjerg Hospital [3, 4]. Konklusionerne viser samstemmende, at såvel patienter som pårørende generelt er tilfredse med det samlede forløb. De initiativer, der efterlyses, er i nogen grad sammenfaldende med [2], nemlig en fysisk koordinerende person, øget tilgængelighed (af specialister), lettere kommunikation f.eks. ved it-løsninger samt møder med patienter, pårørende og fagpersoner eller tværsektorielle fora.

Det ville være ønskværdigt, om nogle af midlerne fra regeringens nye sundhedsudspil for KOL kunne anvendes til at styrke forløbsprogrammernes målsætninger.

LITTERATUR

1. www.regionh.dk/forlobsprogrammer (24. aug 2014).
2. Gjersøe P, Morsø L, Jensen MS et al. KOL-forløbsprogrammer har begrænset indvirkning på lægers tværsektorielle samarbejde. Ugeskr Læger 2014;176:V04140244.
3. Martin HM, Borst L. Sammenhæng i tværsektorielle KOL-forløb. En undersøgelse af patienter og pårørendes oplevelser. København: KORA, 2013.
4. Wodskou PM, Høst D, Godtfredsen NS et al. Integrated care from the perspectives of patients with chronic obstructive pulmonary disease and their relatives: a qualitative interview study. BMC Health Services Research 2014 (i trykken).

KORRESPONDANCE:

Nina S. Godtfredsen,
Medicinsk Enhed,
Lungemedicinsk Sektion,
Hvidovre Hospital,
Kettegård Allé 30,
2650 Hvidovre. E-mail:

INTERESSEKONFLIKT:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk