

# KOL-forløbsprogrammer har begrænset indvirkning på lægers tværsektorielle samarbejde

Peter Gjørøe<sup>1</sup>, Lars Morsø<sup>2</sup>, Morten Sall Jensen<sup>2</sup> & Peter Qvist<sup>2,3</sup>

## KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

1) Den Præhospitale Virksomhed – Akutberedskabet, Region Hovedstaden  
2) Center for Kvalitet, Region Syddanmark  
3) Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger  
2015;177:V04140244

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en alvorlig og hyppigt forekommende tilstand, der for mange patienter indebærer forringet livskvalitet og dårlig prognose. Det er samtidig en samfundsmæssig og økonomisk udfordrende patientgruppe med stort behov for sundhedsfaglige ydelser – især i fremskredne stadier. Det er derfor væsentligt, at opsporing/diagnosticering, behandling, kontrol og rehabilitering af KOL foregår i overensstemmelse med videnskabelig evidens og foreliggende tværsektorielle aftaler.

I Danmark har der i mange år eksisteret kliniske retningslinjer for behandling af KOL. Disse retningslinjer har især fokuseret på den lægelige udredning og medicinske behandling af sygdommen. Inden for de seneste år er der kommet tiltagende fokus på sammenhæng i patientforløb og tværsektorielt samarbejde, hvilket bl.a. har udmøntet sig i udarbejdelse af forløbsprogrammer for KOL i alle regioner [1]. Disse programmer indeholder i tillæg til kliniske anbefalinger også anbefalinger om ansvars-/opgavedeling mellem sektorer samt rekommandationer vedrørende faglig koordinering og kommunikation.

Kliniske retningslinjer for KOL ser ud til – sammen med andre forbedringstiltag – at have medført kvalitetsforbedringer i KOL-behandlingen i almen praksis [2]. Der foreligger derimod ikke dokumentation for, om anbefalinger vedrørende det tværsektorielle samarbejde i de regionale KOL-forløbsprogrammer har haft tilsvarende effekt.

## INTERVENTION

Gennem udarbejdelse af regionale forløbsprogram

mer og efterfølgende implementeringsindsats har man på regionalt plan i de seneste år satset betydeligt på optimering af patientforløb gennem rammesætning for det tværsektorielle samarbejde – herunder også for patienter med KOL. Evalueringer af KOL-forløbsprogrammer fra januar 2013 foretaget i Region Hovedstaden [3] og i Region Syddanmark fra februar 2014 [4] tyder på, at anbefalingerne i forløbsprogrammet for KOL ikke følges konsekvent. Med baggrund i de to nævnte regioners KOL-forløbsprogrammer har vi i denne undersøgelse søgt at analysere udfordringer i det tværsektorielle samarbejde om patientforløbene med henblik på anvisning af forbedringsmuligheder.

Undersøgelsen bygger på en kvalitativ metode, hvor indsamling af data er foretaget ved individuelle interview. I de to regioner valgtes informanter med geografisk placering inden for optageområdet for Sygehus Lillebælt og Nordsjællands Hospital. Udvalgelse af informanter fra almen praksis foregik ud fra en analytisk selektiv tilgang til sikring af repræsentation af vigtige karakteristika, bl.a. geografi, praksisstørrelse og ansat praksispersonale. I de praksis, hvor der var ansat en sygeplejerske med særligt ansvar for patienter med KOL, deltog sygeplejersken sammen med lægen i interviewet. For de lungemedicinske afdelingers vedkommende er der foretaget interview med de specialeansvarlige overlæger på de nævnte sygehuse samt på Sygehus Lillebælt også en specialuddannet sygeplejerske med ansvar for patienter med KOL. Der blev foretaget i alt 17 interview, heraf 12 blandt praktiserende læger. Alle interview blev gennemført af én af to erfarne lægelige interviewere ud fra en pilottestet interviewguide. Guiden fokuserede specielt på tværsektoriel lægelig ansvars-/opgavedeling, kommunikation, koordinering og de generelle rammer for samarbejdet om patienter med KOL.

Alle interview blev transskriberet og efterfølgende godkendt af informanter. Analysen af interviewene blev foretaget efter en firetrinnsanalysemodel, hvori datamateriale er blevet tematiseret, kondenseret og sammenfattet [5]. Væsentlige resultater fremgår af nedenstående afsnit. Eksempler på tematiserede citater er anført i **Table 1**.



KOL-forløbsprogrammer er søgt implementeret i alle landets regioner.



TABEL 1

Tematiserede citater fra informanter.

Tema	Citater
1: om anvendelse af forløbsprogrammer	<p>»De er kæmpestore og uoverskuelige [forløbsprogrammerne, red.] og noget, man får kastet ned over sig. Der er andre ting, jeg hellere vil bruge« (praktiserende læge)</p> <p>»Det tog enormt lang tid. Så skulle man igennem alle mulige instanser. Og allerede nu er der kommet et nyt klassifikationssystem« (praktiserende læge)</p> <p>»De regionale forløbsprogrammer vil jeg sige – desværre. Et kæmpe arbejde for at lave det. Det flytter ikke en skid. Det er skønne spildte kræfter« (praktiserende læge)</p> <p>»Det samarbejde, jeg har haft med praktiserende læger, har det [forløbsprogrammet, red.] ikke ændret voldsomt meget på« (sygehusansat speciallæge)</p>
2a: om henvisning fra almen praksis til sygehus	<p>»Hvis det hele skrider, og jeg kan se, at jeg ikke kan optimere deres behandling, så er det nok dem, jeg sender videre« (praktiserende læge)</p> <p>»Jeg må nok indrømme, at jeg er en af den slags læger, der ikke sætter mig og slår op i tabeller, når jeg har en patient. Jeg gør lidt, hvad jeg føler for, og jeg tror ikke, jeg gør det så forkert« (praktiserende læge)</p> <p>»De [henviste patienter, red.] kommer egentlig for en second opinion eller en revurdering af, om man kan ændre i behandlingsregimet på nogen måde« (sygehusansat speciallæge)</p>
2b: om afslutning af behandlingen fra sygehus til almen praksis	<p>»Altså, det der med ikke at få dem tilbage, det er sjældent noget, vi klager over, fordi vi har så rigeligt at tage os af« (praktiserende læge)</p> <p>»Så har de hele tiden nye aftaler på ambulatoriet. Jeg har patienter nok, men hvis vi havde et samarbejde, så tror jeg lige så let, at nogle af de patienter kunne gå hos mig« (praktiserende læge)</p> <p>»Jeg har dog oplevet nogle med meget svær KOL, som de har afsluttet, hvor jeg tænker, at de godt kunne have beholdt dem« (praktiserende læge)</p> <p>»Det er dem, hvor vi siger, at her kan vi ikke nå mere, dem, der under ingen omstændigheder vil holde op med at ryge, eller dem, hvor vi har prøvet forskellige former for behandling, og nu er de optimalt behandlet« (sygehusansat speciallæge)</p>
3: om kommunikation	<p>»Hvis jeg vidste, at jeg kunne få fat i én. For nogle gange ringer vi jo over og spørger sygehuset, men det er jo meget tilfældigt, hvem man får fat i« (praktiserende læge)</p> <p>»Det kunne være rigtig smart, hvis jeg havde en liste over områdets praktiserende læger og en direkte telefon til dem alle sammen ... man kunne forebygge en masse henvisninger« (sygehusansat speciallæge)</p> <p>»Jeg kan ikke få fat i nogen ansvarlige mennesker, når jeg ringer til sygehuset ... nogle gange kan man luske sig til vagtnummeret på bagvagten på afdelingerne« (praktiserende læge)</p> <p>»Jeg har nogle direkte numre, men jeg synes, det er svært. Der ringer jeg til privatpraktiserende [speciallæger, red.]« (praktiserende læge)</p> <p>»Altså, hvis man nu havde en tværsektoriel arbejdsplatform ... jeg ved ikke, hvordan det skulle se ud, men epikrisen er jo ikke noget godt værktøj for den praktiserende læge« (sygehusansat speciallæge)</p>
4: om rammerne for samarbejdet	<p>»Det kunne være rart at få noget forventningsafstemning ... at de sender noget ud en gang imellem i et nyhedsbrev« (praktiserende læge)</p> <p>»Måske et årligt møde og lidt om den medicin, de bruger, kontra det, vi bruger ... så bliver det meget lettere for patienterne« (praktiserende læge)</p> <p>»Den der opgave-smiden-fra-sig, som jeg nogle gange oplever ... der burde være nogle mere cementerede samarbejdsveje« (praktiserende læge)</p> <p>»Sådan en KOL-kordinator ville være rigtig godt« (praktiserende læge)</p>

## LÆRINGSPUNKTER

Den overordnede oplevelse blandt informanterne er, at forløbsprogrammerne ikke anvendes i den daglige klinik – hverken på sygehusene eller i almen praksis. Begrundelse for manglende anvendelse af programmerne er bl.a., at de opleves som voluminøse og uhåndterlige, og især almen praksis foretrækker vejledninger fra Dansk Selskab for Almen Medicin. Man ønsker kortfattede oversigter over den anbefalede

medicinske behandling, også selv om disse måtte være udfærdiget af lægemiddelindustrien. Der udtrykkes derimod kun i meget begrænset omfang behov for specificerede samarbejdsaftaler på skrift (Tabel 1, tema 1).

Når det gælder anvendelse af programmernes anbefalinger om det tværsektorielle samarbejde, synes der at være en række barrierer. Det gælder ikke mindst anbefalinger om stratificering af patienter ef-

ter faste kriterier til brug for ansvars- og opgavedeling sektorerne i mellem. Afgørelse af f.eks. kontrolregi på basis af stratificering synes at stride mod fasttømrede traditioner og holdninger i begge sektorer. Der foretages derfor helt overvejende individuelle helhedsvurderinger, når der tages beslutning om overdragelse af behandlingsansvar fra én sektor til en anden (Tabel 1, tema 2a og tema 2b).

Der udtrykkes på tværs af sektorer tillid til kompetencer og evner til at varetage patientforløbene ved overdragelse af ansvar fra den ene til den anden sektor. Kommunikationen i forbindelse med ansvarsoverdragelse beskrives dog af mange som utilfredsstillende. Det gælder både mundtlig og skriftlig kommunikation, og der peges især på et behov for større telefonisk tilgængelighed med henblik på dialoget om problempatienter (Tabel 1, tema 3).

Generelle rammer for samarbejdet – forstået som f.eks. lokale eller regionale samarbejdsaftaler, praksiskonulentordninger, tværsektorielle netværk/fællesmøder og fælles it-platforme opleves af mange som næsten ikkeeksisterende. Af konkrete initiativer foreslås bl.a. indførelse af koordinerende funktioner, tværsektorielle møder med henblik på gensidig forventningsafstemning og udsendelse af nyhedsbreve (Tabel 1, tema 4). Ikke alle læger udtrykker behov for en større udbygning af samarbejdet, og ansvaret for at tage initiativ til formalisering af samarbejdet synes ikke at være klart placeret.

## KONKLUSION

Seks år efter udgivelse af Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende udvikling af forløbsprogrammer for patienter med kroniske sygdomme [1] er der stadig betydelig usikkerhed om, hvorvidt de anbefalinger, der gives i de regionale programmer, er bragt i anvendelse på tværs af sektorer. Usikkerheden skyldes bl.a. mangel på kvantitative data i form af systematiske før og efter-målinger i tidsmæssig relation til lancering af programmerne. Vurdering af graden af implementering må derfor bygge på alternative metoder. Denne undersøgelse giver med et kvalitativt design mulighed for at se på sammenhænge, holdninger og barrierer i forhold til anvendeligheden af programmerne. Medinddragelse af to forskellige regioner styrker den eksterne validitet af konklusionerne for KOL-diagnosens vedkommende, men det er usikkert, om de samme udfordringer er gældende for andre kroniske sygdomme.

De adspurgte klinikere fra begge sektorer finder ikke de nuværende forløbsprogrammer anvendelige og mener ikke, at programmerne har haft nævneværdig betydning for det tværsektorielle samarbejde. Der er generelt tilfredshed med den traditionelle an-

svars-/opgavedeling, som bygger på individuelle, ikkesystematiske faglige vurderinger.

Kommunikationen mellem sektorer findes i nogen grad utilfredsstillende, men der er ikke tiltro til, at forløbsprogrammer kan løse denne udfordring – i højere grad peges på behov for forbedrede it-løsninger og lettere tilgængelighed sektorerne imellem. Forløbsprogrammer anføres heller ikke som afgørende i forhold til styrkelse af de generelle rammer for samarbejdet.

Hvis det tværsektorielle samarbejde om patienter med KOL mellem almen praksis og sygehuse skal udbygges, tyder denne undersøgelse på, at læger i begge sektorer vil prioritere andre initiativer end videreudvikling af forløbsprogrammer i deres nuværende form.

**KORRESPONDANCE:** Peter Qvist, Center for Kvalitet, P.V. Tuxensvej 5, 5500 Middelfart. E-mail: Peter.Qvist@rsyd.dk

**ANTAGET:** 2. juli 2014

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 29. september 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - generisk model og Forløbsprogram for diabetes. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
2. Nielsen LM, Elbrønd J. KOL-behandling i almen praksis er i rivende udvikling. Ugeskr Læger 2013;175:1271-6.
3. Buch MS, Holm-Petersen C, Hansen EB. Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes. Evaluering af programmernes implementering i udførende led. København: KORA, 2013.
4. Status for implementering af patientforløbsprogrammer i Region Syddanmark. Lyngby: COWI, 2014.
5. Malterud K. Kvalitative metoder i medicinsk forskning – en indføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.