



University of Southern Denmark

Udflytningen af KOL og Type 2-diabetespatienter fra Sygehus til Almen Praksis Praktiserende lægers og Patienters perspektiver

Marcussen, Michael Haurum; Titlestad, Signe Beck; Søndergaard, Jens; Lee, Kim

Publication date:
2020

Document version:
Forlagets udgivne version

Document license:
Ikke-specificeret

Citation for published version (APA):
Marcussen, M. H., Titlestad, S. B., Søndergaard, J., & Lee, K. (2020). *Udflytningen af KOL og Type 2-diabetespatienter fra Sygehus til Almen Praksis: Praktiserende lægers og Patienters perspektiver*. Institut for Sundhedstjenesteforskning.

Go to publication entry in University of Southern Denmark's Research Portal

Terms of use

This work is brought to you by the University of Southern Denmark.
Unless otherwise specified it has been shared according to the terms for self-archiving.
If no other license is stated, these terms apply:

- You may download this work for personal use only.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying this open access version

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details and we will investigate your claim.
Please direct all enquiries to puresupport@bib.sdu.dk

Udflytningen af KOL og Type 2-diabetes-patienter fra Sygehus til Almen Praksis

Praktiserende lægers og Patienters perspektiver



Kolofon

Titel:

Udflytningen af KOL og Type 2- diabetespatienter fra Sygehus til Almen Praksis - Praktiserende lægers og Patienters perspektiver

Forfattere:

Michael Marcussen, Signe Beck Titlestad, Jens Søndergaard & Kim Lee.

Institutnavn:

Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense og Forskningsenheden for Brugerperspektiver, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Grafisk opsætning og print:

Grafisk Center, SDU

Udgivelsesdato:

ISBN: 978-87-93503-02-1

Intern review

Lektor, Forskningsleder Birgitte Nørgaard, Enhed for brugerperspektiver, SDU & Professor Emeritus Niels Bentzen, Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU

Forord

Denne forskningsbaserede analyse af overførsel af behandlingsansvar for udvalgte grupper af patienter med kronisk sygdom fra sygehuse til almen praksis er udført på foranledning af Danske Regioner med inddragelse af De Praktiserende Lægers Organisation i opgaveafgrænsningen. Der er fokuseret på behandlingen af KOL og type 2-diabetes. Rapporten omfatter praktiserende lægers og patienternes perspektiver.

Vi vil gerne takke praktiserende læger og patienter for at deltage i forskningsinterviews. Tillige tak til lektor Birgitte Nørgaard og professor, praktiserende læge Niels Bentzen, fra Syddansk Universitet, for at være interne reviewers.

Februar 2020

Michael Marcussen, Postdoc, ph.d.,
Enheden for Brugerperspektiver, Syddansk Universitet

Signe Beck Titlestad, Videnskabelig assistent, cand.scient.,
Forskningsheden for Almen praksis, Forskningsenheden for
Brugerperspektiver, Syddansk Universitet

Jens Søndergaard, Forskningsleder, professor, praktiserende læge,
klinisk farmakolog, ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis
i Odense, Syddansk Universitet

Kim Lee, Postdoc, ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis
i Odense, Syddansk Universitet





Resume

Baggrund

I forbindelse med *Overenskomst 2018* blev det besluttet, at almen praksis som udgangspunkt har behandlingsansvar for alle patienter med KOL og type 2-diabetes. Patienter med komplekse behandlingsforløb kan forsat modtage specialiseret behandling på sygehuset; alternativt kan behandlingen fortsat varetages i almen praksis i en tæt dialog med relevante specialister på sygehuset. Opgaveomlægningen har til hensigt at sikre bedst mulig anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer til de patienter, som har størst behov.

Formålet med denne undersøgelse er at beskrive den oplevede faglige kvalitet og den patientoplevede kvalitet i forbindelse med udflytningen af KOL- og type 2-diabetes-patientforløb fra sygehus til almen praksis.

Metode

Undersøgelsen har et kvalitativt forskningsdesign med individuelle semistrukturerede interviews med praktiserende læger og patienter med fokus på deres oplevelser og erfaringer med patientforløbene.

Resultater

Praktiserende lægers perspektiv

De praktiserende læger oplever en øget sammenhæng i patienternes behandlingsforløb, når disse primært varetages i almen praksis. De vurderer endvidere, at øget sammenhæng og kontinuitet er med til at skabe tryghed i patienternes behandlingsforløb, da der kan opbygges en god og tillidsfuld relation mellem patient og praktiserende læge.

De praktiserende læger vurderer, at et indgående kendskab til patienten giver højere kvalitet i behandlingen. De praktiserende læger oplever et godt samarbejde med speciallægerne på sygehusene; hvor der for eksempel er stor tilfredshed med rådgivningstilbuddet i forhold til patienter med komplekse forløb. De faglige klyngefællesskaber bidrager i lægernes perspektiv til øget faglig sparring og erfaringsudveksling, mens de oplever at have et manglende kendskab til kommunale rehabiliteringstilbud.

Patienternes perspektiv

Patienterne vurderer relation, tryghed og tillid til egen praktiserende læge som langt vigtigere end den geografiske afstand til det enkelte behandlingssted. Derudover vurderer patienterne, at en høj tilgængelighed til egen praktiserende læge i form af personlig kontakt, telefonisk kontakt eller mail-kontakt har stor betydning for deres behandlingsforløb. Patienterne vil gerne inddrages i deres behandlingsforløb, så det i højere grad bliver et samarbejde. Patienterne oplever, at de praktiserende læger ikke altid henviser til de kommunale rehabiliteringstilbud i tilstrækkeligt omfang.

Konklusion

De praktiserende læger oplever en øget sammenhæng i patienternes forløb i almen praksis, da patienterne møder den samme praktiserende læge og kan nøjes med at komme et sted. Derudover vurderer de praktiserende læger, at denne sammenhæng og kontinuitet er med til at skabe tryghed i patienternes behandlingsforløb. Ifølge patienterne er kvaliteten i deres behandling afhængig af både faglighed og den patientoplevede kvalitet.

Det er således vigtigt for patienterne, at deres egen praktiserende læge kender dem og hele deres sygdomshistorie godt. Desuden er det vigtigt for patienterne, at der er en god relation mellem dem og deres praktiserende læge; en relation, der bygger på god kommunikation, tillid, ærlighed og støtte, som er afgørende for at patienterne føler sig trygge i deres behandlingsforløb.



Læsevejledning

Rapporten er opbygget med en indledning, der indrammer baggrunden for undersøgelsen. Kapitel 2 redegør for den anvendte metode, som udgør baggrunden for de data, der indgår i rapporten. Kapitel 3 beskriver, hvilken analysestrategi der er anvendt, herunder redegøres der for etiske perspektiver i forbindelse med metoden og den efterfølgende analyse.

Kapitel 4 omfatter en afgrænsning af rapporten, hvor begrænsninger i forbindelse med både resultater og konklusionen gennemgås. Kapitel 5 er resultatafsnittet, der består af to underafsnit: 1) *De praktiserende lægers perspektiv* og 2) *Patienternes perspektiv*. Resultatafsnittet følger de mål, der er beskrevet i kapitel 1 afsnit 3 og 4.

Afslutningsvist indeholder kapitel 5 en opsummering, der indeholder de væsentligste pointer. Denne opsummering afsluttes med en resultatboks, der præsenterer de væsentligste opmærksomhedspunkter. Kapitel 6 indeholder rapportens konklusion og i kapitel 7 er perspektivering, som ligeledes indeholder implikationerne af rapporten samt konkrete anbefalinger.

Rekrutteringsopslag, deltagerinformation, interviewguides og samtykkeerklæringer kan rekvireres ved henvendelse til forfatterne.



Indhold

Forord	3
Resume	4
Læsevejledning	5
1.0 Baggrund	7
1.1 Reorganisering af kroniske patientforløb.....	8
1.2 Formål	9
1.3 Praktiserende lægers perspektiv	9
1.4 Patienternes perspektiv	9
2.0 Metode	10
2.1 Identificering og rekruttering.....	10
2.2 Interviewguide	10
2.3 Interviews	11
3. Analyse	11
3.1 Ethiske overvejelser	12
4. Rapportens afgrænsning	13
5. Resultat	13
5.1 De praktiserende lægers perspektiv	14
5.2 Sammenhæng i patientforløbet	14
5.3 Samarbejde på tværs af sektorer	16
5.4 Kompetenceudvikling i almen praksis.....	18
5.5 Klinisk kvalitet i patientbehandlingen	20
5.6 Kronikerhonorar	23
5.7 Opsummering	24
5.8 Patienternes perspektiv.....	26
5.9 Nærhed i behandlingen.....	26
5.10 Tilgængelighed i behandlingen	27
5.11 Oplevelsen af tryghed i behandlingen	29
5.12 Oplevelsen af kvaliteten i behandlingen	31
5.13 Opsummering	33
6. Konklusion	34
7. Perspektivering	35
8. Litteraturliste	36



1.0 Baggrund



I dag lever en tredjedel af den danske befolkning med en eller flere kroniske sygdomme, såsom type 2-diabetes eller kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (1). Den demografiske udvikling er en af årsagerne til et stigende antal borgere med kroniske sygdomme. Det estimeres, at der i 2030 vil være ca. 60.000 flere borgere med KOL og ca. 200.000 flere borgere med type 2-diabetes end der er i dag. Denne udvikling estimeres til at medføre ca. 1 mio. flere ambulante sygehusbesøg for borgere diagnosticeret med KOL og ca. 1,5 mio. flere ambulante sygehusbesøg for borgere med type 2-diabetes. For at imødegå disse markante stigninger og træk på sundhedsvæsnets ressourcer er der foreslået ændring af organisering af sundhedsvæsenet, så sammenhæng, kvalitet, oplevelse af den tætte relation og omkostningsoptimeringer kommer endnu mere i fokus (2).

En betydelig andel af de kronisk syge borgere har ofte mere end én kronisk sygdom og kan dermed have komplekse behandlingsforløb og mange kontakter på tværs af sundhedsvæsenet (3). Dette kan give udfordringer i forhold til borgerens oplevelse af at have sammenhængende og velkoordinerede behandlingsforløb på tværs af sundhedsvæsenet (almen praksis, sygehus og kommune).

Koordination og kontinuitet er vigtig for borgere med kroniske sygdomme, da de ofte vil have gentagne behov for kontakt til både primær- og sekundær sektor (4,5). Denne gruppe borgere har derfor behov for et borgernært og sammenhængende sundhedsvæsen, omfattende et velstruktureret og tæt samarbejde mellem almen praksis, kommune og sygehus, hvor patienter og deres pårørende er aktive medspillere i behandlingsindsatsen. Formålet er at øge stabilitet, kontinuitet og sammenhængende patientforløb (2).

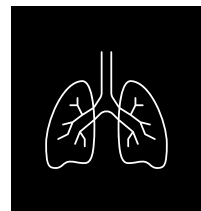
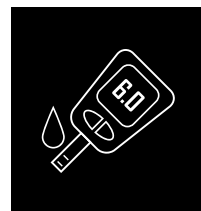
En del af strategien for at sikre sammenhængende patientforløb er at organisere sundhedsvæsenet, så borgeren som udgangspunkt bliver behandlet i sit nærmiljø og kun undtagelsesvist modtager specialiseret behandling på sygehuset (6).

Denne tilgang er beskrevet i Danske Regioners *Vision for Almen Praksis*, hvor ideer om det nære sundhedsvæsen præsenteres, som f.eks. koordinering af kroniske patientforløb, der overgår fra sygehus til almen praksis (2). Fra politisk side ønskes det, at praktiserende læger er sundhedsvæsenets forpost og ansvarlig for blandt andet koordination af behandlingsforløb, især for mennesker med kroniske lidelser.

Et af argumenterne er, at de praktiserende læger har et nært og indgående kendskab til patienternes fulde sygdomshistorik og individuelle behov (6). Herved bliver den praktiserende læge patientens faste kontakt og fungerer som gatekeeper til det specialiserede sundhedsvæsen med mulighed for at henvise til specialiserede behandlingsmuligheder og kommunale tilbud (7).

1.1 Reorganisering af kroniske patientforløb

I forbindelse med *Overenskomst om almen praksis 2018 (Overenskomst 2018)* blev det besluttet, at almen praksis som udgangspunkt har behandlingsansvar for alle patienter med KOL og type 2-diabetes. Kun undtagelsesvist, hvor der er særligt behov for specialiseret behandling, skal patienten modtage behandling på sygehuset (6). Sundhedsvæsenet skal så vidt muligt tilbyde behandling på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON-princippet). Princippet skal understøtte nærhed og effektiv udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet (8). Opgaveomlægningen skal sørge for bedst mulig anvendelse af sundhedsvæsnets ressourcer, ved blandt andet at give almen praksis mulighed for at målrette ressourcer til de patienter, som har størst behov (9).



Siden 2018 hvor aftalen trådte i kraft, har regionerne stillet rådgivningstilbud til rådighed for almen praksis med henblik på faglig sparring i forhold til komplicerede patientforløb med KOL eller type 2-diabetes, blandt andet for at undgå unødvendige (gen)henvisninger og indlæggelser (6).

Som et led i tilpasningen til ændret praksis, har de praktiserende læger iværksat en løbende kvalitetsudvikling af almen praksis, herunder efteruddannelse, samt etablering af klynger, hvor der arbejdes med kvalitetsudvikling, faglig sparring, samt opdatering af viden indenfor blandt andet sygdomsområderne KOL og type 2-diabetes (6).

Derudover har de praktiserende læger implementeret elektroniske forløbsplaner som værktøj til at inddrage patienterne med henblik på at skabe overblik og viden om eget sygdomsforløb og behandling (9).

De væsentligste ændringer i organiseringen af ovenstående patientforløb efter *Overenskomsten 2018* er, at almen praksis har overtaget behandlingsansvar for alle patienter, mens patienter med komplekse behandlingsforløb fortsat kan modtage specialiseret behandling på sygehuset eller behandlingen kan varetages i en tæt dialog mellem relevante specialister på sygehuset og almen praksis (6).

1.2 Formål

Formålet med denne rapport er at beskrive den oplevede faglige kvalitet og den patient-oplevede kvalitet i forbindelse med udflytningen af KOL- og type 2-diabetespatientforløb fra sygehusambulatoriet til almen praksis. Oplevet faglig kvalitet og patientoplevelt kvalitet forstås her som henholdsvis de praktiserende lægers perspektiv og patienternes perspektiv:

1.3 Praktiserende lægers perspektiv

De praktiserende lægers oplevelser af og erfaringer med KOL og type 2-diabetes undersøges i forbindelse udflytningen af patientforløb fra sygehus til almen praksis.

Ud fra de praktiserende lægers perspektiv vil der være særlig fokus på følgende elementer:

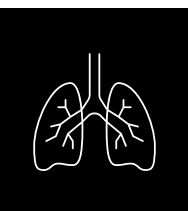
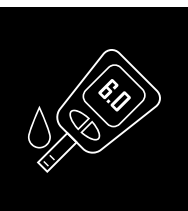
- Sammenhæng i patientforløbet.
- Samarbejde på tværs af sektorer.
- Kompetenceudvikling i almen praksis.
- Klinisk kvalitet i patientbehandlingen.

1.4 Patienternes perspektiv

Patienternes oplevelser og erfaringer med deres behandlingsforløb undersøges i forbindelse med primær varetagelse i almen praksis.

Ud fra patientperspektivet vil der være særlig fokus på følgende elementer:

- Nærhed i behandlingen.
- Tilgængelighed i behandlingen.
- Oplevelsen af tryghed i behandlingen.
- Oplevelsen af kvaliteten i behandlingen.







2.0 Metode

Undersøgelsen har et kvalitativt forskningsdesign med individuelle semistrukturerede interviews med praktiserende læger og patienter. Det kvalitative interview er særligt velegnet til at beskrive personers oplevelser og erfaringer. Der fokuseres særligt på begge grupper subjektive oplevelser og erfaringer med KOL- og type 2-diabetespatientforløb.

2.1 Identificering og rekruttering

Praktiserende læger og patienter, som er berørt af opgaveomlægningen af de to typer af patientforløb, er centrale for denne undersøgelse. Gennem www.sundhed.dk blev lægeklinikker, fordelt på landets 5 regioner, kontaktet med henblik på at få udleveret en mailadresse til afsendelse af informationsmateriale omkring projektet. På den baggrund kunne de tage stilling til, om de ønskede at deltage i projektet. De der gav tilsagn om deltagelse blev efterfølgende kontaktet pr. telefon eller mail, hvorefter der blev indgået en aftale om afvikling af interview.

Snowball Sampling blev anvendt til rekruttering af patienter. Snowball Sampling anvendes især i kvalitative undersøgelser, hvor der ikke er tydelig og nem adgang til informanter (10,11). I praksis betød det, at de praktiserende læger blev bedt om at udpege relevante patienter diagnosticeret med KOL eller type 2-diabetes, som var villige til at blive interviewet. De patienter, der ønskede at deltage, blev ringet op og informeret om projektet. Der blev indgået en interviewaftale, hvor patienterne efterfølgende fik tilsendt en bekræftelse pr. mail samt deltagerinformation. Derudover blev borgere rekrutteret fra lokale diabetes- og lungeforeninger. Der blev udsendt en fælles informationsmail til lokalforeningens formænd med en vedhæftet deltagerinformation, hvor de blev bedt om at udpege personer, som kunne have interesse i at blive interviewet. Disse blev kontaktet telefonisk, hvorefter der blev indgået en interviewaftale.

2.2 Interviewguide

Der blev anvendt en semistruktureret interviewguide, som både gav mulighed for at bevare en åbenhed overfor informanternes fortællinger, men samtidig sikrede at

belyse undersøgelsens primære fokusområder. Interviewguiden blev bygget op på baggrund af de fastsatte evalueringsmål, som fremgik i den indgåede aftale mellem Regionernes Lønnings og Takstnævn og de Praktiserende Lægers Organisation (PLO) i 2018 (6). Der blev udarbejdet separate interviewguides til henholdsvis praktiserende læger og patienter. Begge interviewguides blev pilottestet.

2.3 Interviews

Tre forfattere (MM, SBT, KL) gennemførte interviewene. Alle interviews blev indledt med en kort briefing, hvor deltagerinformationen blev uddybet og samtykkeerklæringen blev underskrevet. Alle interviews blev afsluttet med en debriefing, for at få afrundet på en god måde og give informanten mulighed for at stille spørgsmål. Alle interviews blev optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet med henblik på analyse.

Praktiserende læger

De praktiserende læger fik mulighed for at blive interviewet i egen praksis, hvor tidspunktet blev tilpasset til deres tidsplan.

Patienter

Patienterne fik mulighed for at vælge lokation og tidspunkt og kunne derfor blive interviewet i kendte omgivelser. De fleste patienter valgte at blive interviewet i eget hjem. Intervieweren tilstræbte at skabe trygge rammer, så patienterne fik lyst til at fortælle om egne oplevelser og erfaringer med deres behandlingsforløb.

2.4 Transskription

Alle interviewene blev som udgangspunkt transskriberet for at gøre data tilgængelige og håndterbare. Transskriptionerne blev så vidt muligt nedskrevet ordret med bibeholdelse af gentagelser, ufuldendte sætninger, afbrydelser og lignende. Transskriptionerne blev udført af den ene af forfatterne (SBT) bag rapporten og to studentermedhjælpere.





3. Analyse



Analysen blev gennemført som en systematisk tekstkondensering, som beskrevet af Kirsti Malterud. Metoden egner sig til deskriptive tværgående analyser af personers oplevelser og erfaringer, og er anvendelig til at sammenfatte information fra mange forskellige informanter. Malteruds systematiske tekstkondensering er en pragmatisk tilgang til analysen, da den både kan være teori-eller datastyret (12). Analysen i denne rapport er datastyret og består af følgende 4 trin. De 4 trin er udført i et tæt samarbejde mellem forfatterne MM og SBT:

Trin 1. Udvalgelse af temaer

Formålet med første trin var at skabe et overblik over den indsamlede empiri og udvælge umiddelbare temaer. Den transskriberede empiri blev gennemlæst for at skabe et generelt indtryk. Efterfølgende blev foreløbige temaer, som kunne fortælle noget om formålet, nedskrevet.

Trin 2. Meningsbærende enheder

Herefter blev det empiriske materiale organiseret og sorteret i forhold til de udvalgte temaer, ved en systematisk gennemgang linje for linje af de transskriberede interviews med henblik på at identificere meningsbærende enheder.

Trin 3. Fra kondensering til mening

På tredje trin blev meningsbærende enheder kondenseret til et kunstigt citat, som kan genfortælle og sammenfatte indholdet i relation til temaerne.

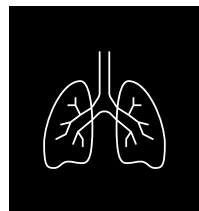
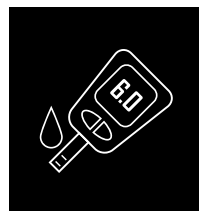
Trin 4. Sammenfatning

På analysens fjerde trin blev materialet sammensat på ny, så det afspejler helheden af det originale materiale i en ny analytisk form. Den analytiske tekst præsenteres i rapportens resultat afsnit (omskrevet til tredjeperson). Citater anvendes til at understøtte informanternes generelle, særlige eller afvigende oplevelser og erfaringer.

3.1 Etiske overvejelser

Der blev udarbejdet informationsmateriale og samtykkeerklæring til at indhente informeret samtykke til at indgå i en forskningsmæssig sammenhæng. Det blev oplyst overfor samtlige deltagere at deltagelse var frivilligt, samt at eventuel udtrædelse af undersøgelsen vil være uden konsekvenser. I forbindelse med publicering og offentliggørelse af resultater bliver personhenførbare oplysninger fjernet. Informanterne blev informeret om projektets formål.

Personhenførbare oplysninger blev opbevaret forskriftsmæssigt, jævnfør Datatilsynets retningslinjer. Projektet er anmeldt til Datatilsynet (10.791) og forskningsetisk komité på SDU.





4. Rapportens afgrænsning

Undersøgelsen omhandler den oplevede faglige kvalitet og patientoplevede kvalitet i forbindelse med udflytningen af KOL- og type 2-diabetespatientforløb fra sygehus til almen praksis. Praktiserende læger og patienter blev interviewet gennem det semi-strukturerede forskningsinterview.

Interview er særligt velegnet til at indfange og beskrive informanternes oplevelser og erfaringer. Det er imidlertid ikke en metode, der er velegnet til at udsige noget om repræsentationen af den indsamlede viden i den samlede population af praktiserende læger og patienter, eller om eventuelle effekter af den ændrede organisering, hvilket heller ikke er formålet med denne undersøgelse.

Overrepræsentationen af praksiskonsulenter i undersøgelsen kan være en begrænsning, der skal tages højde for i læsningen af denne rapport. Det samme kan gælde underrepræsentationen af de mest syge patienter. Det er også væsentligt at påpege, at når der refereres til ”praktiserende læger” eller ”patienter”, så omhandler det udelukkende interviewede informanternes perspektiver. På den anden side blev der taget kontakt med en forholdsvis stor gruppe af praktiserende læger og patienter i forhold til, at der er tale om en kvalitativ undersøgelse.

I alt 14 praktiserende læger og 24 patienter (9 med KOL og 15 med type 2-diabetes) fordelt på de fem regioner har deltaget i undersøgelsen. Det har derfor igennem den valgte metode været muligt at lave en dybtgående analyse af de praktiserende lægers og patienternes perspektiver på udflytningen af de to sygdomsområder fra sygehus til almen praksis og der er umiddelbart ingen grund til at betvivle konklusionens almen gyldighed.



Lægehuset



5. Resultat

Resultat-afsnittet præsenteres i to overordnede afsnit: De praktiserende lægers og patienternes perspektiv på udflytningen af patientforløb fra sygehus til almenpraksis.

5.1 De praktiserende lægers perspektiv

I alt blev 14 praktiserende læger interviewet: 2 fra Region Hovedstaden, 4 fra Region Sjælland, 3 fra Region Syddanmark, 3 fra Region Midtjylland og 2 fra Region Nordjylland. De praktiserende lægers perspektiv præsenteres i relation til følgende fokusområderne: 1) Sammenhæng i patientforløbet 2) Samarbejde på tværs af sektorer 3) Kompetenceudvikling i almen praksis og 4) Klinisk kvalitet i patientbehandlingen.

5.2 Sammenhæng i patientforløbet

Jævnfør Overenskomst 2018, blev det aftalt at flere patienter med KOL og type 2-diabetes skulle flyttes fra sygehus til almen praksis, dog har samtlige af de interviewede praktiserende læger ikke oplevet at modtage et nævneværdigt større antal af denne type patienter i deres praksis. De har en formodning om, at afstanden til behandlingsstedet har betydning for patienterne. De praktiserende læger vurderer, at det er en fordel for patienterne, at de "kun" behøver at komme ét sted, da det formodes at patienterne herved oplever en bedre sammenhæng i deres patientforløb.

Enkelte praktiserende læger oplever, at der er bedre sammenhæng i type 2-diabetesforløbene end i KOL-forløbene, hvilket skyldes, at en større del af KOL-patienterne har svært ved at møde op til de aftalte konsultationer sammenlignet med type 2-diabetespatienterne. Flere af de praktiserende læger har tilpasset deres ydelser til de KOL-patienter, som har brug for et mere fleksibelt forløb og nemmere tilgang til almen praksis. En praktiserende læge pointerer vigtigheden af at se patienterne fleksibelt:

"For det første fordi vi jo varetager hele behandlingen og for det andet fordi jeg oplever vi ser patienterne mere fleksibelt. Dvs. hvis de har brug for at blive set hyppigere, så gør vi det."

De praktiserende læger er særligt opmærksomme på at følge op på behandlingen overfor denne gruppe af sårbare borgere med KOL, hvor de for eksempel vælger at opprioritere sygebesøg i borgernes hjem. En fleksibel og individuel indsats er nødvendig, hvis den

mest sårbare gruppe af KOL-patienter skal hjælpes tilstrækkeligt. Derudover oplever flere af de praktiserende læger, at de kommunale tilbud ikke er tilstrækkeligt tilpasset denne patientgruppe. Patientskolerne, som tidligere blev udbudt i sygehusregi oplevedes derimod at være bedre tilpasset patienternes behov. Her nævnes blandt andet redskaber til at håndtere angst, og instruktion til korrekt anvendelse af inhalationspræparater, som begge var standardiserede tilbud på patientskolerne. En af årsagerne til, at patienterne ikke tilmelder sig de forskellige kommunale tilbud, er ifølge nogle af de praktiserende læger tidspunktet for afholdelse. En praktiserende læge siger således:

”Ja, altså kommunen har noget på sundhedscenteret. Det største problem med det er, at det ikke rigtig kan bruges af folk der er på arbejde, fordi det kun er i arbejdstiden. Så folk skal tage fri for at tage på kursus på sundhedscenteret, og det gør de altså ikke.”

Flere af patienterne er i arbejde, og derfor bliver det kommunale tilbud valgt fra. Enkelte af de praktiserende læger er af denne grund begyndt at tilbyde rygestop-kurser i deres klinik, for at imødekomme behovet. Generelt er de praktiserende læger af den opfattelse, at der er en øget kontinuitet og sammenhæng i patienternes forløb i almen praksis, da patienterne møder det samme faste behandler-team af dedikerede sygeplejersker og praktiserende læger:

”For det første så ser de den samme læge, hver gang. De ser den samme sygeplejerske [...] De [patienterne] er trygge. Vi kender hele patienten. Vi kender hele deres baggrund, vi kender deres ægtefælle, deres børn og deres børnebørn. Altså vi kender bare alt omkring patienten. Og det ser jeg i hvert fald som en rigtig stor fordel.”

Flere af de praktiserende læger vurderer, at sammenhæng og kontinuitet er med til at skabe tryghed i patienternes behandlingsforløb.

5.3 Samarbejde på tværs af sektorer

Flere af de praktiserende læger oplever et godt, men begrænset samarbejde mellem sygehuset og almen praksis i forbindelse med KOL- og type 2-diabetespatientforløbene. Dette skyldes, ifølge de praktiserende læger, at patientforløbene igennem en længere periode (før opgaveomlægningen) har været varetaget i almen praksis, og at sygehuset kun overtager behandlingen i perioder, hvor patienternes tilstand forværres, og kræver specialiseret behandling. I den forbindelse oplever de praktiserende læger et godt samarbejde omkring henvisning af en patient fra almen praksis til sygehuset.

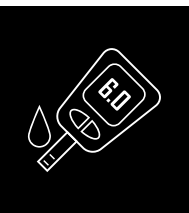
De praktiserende læger, der har erfaring med at henvende sig til en speciallæge på sygehuset for at få rådgivning via hotline-telefonen, oplever overvejende, at det fungerer godt; de får brugbare råd og vejledning i den aktuelle situation, som oftest fører til, at de kan fortsætte varetagelsen af behandlingen uden at det kræver indlæggelse eller henvisning til sygehusambulatoriet. En praktiserende læge udtrykker det således:

”Der er en hotline til lungemediciner man kan ringe til mellem 08.00-15.00 og det er så en specialist, det er ikke en KBU-læge, det er virkelig en der ved noget om tingene, så man kan ringe og spørge; ”Hvad synes du? - skal jeg henvise hende til dig eller?”

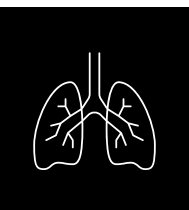
Enkelte praktiserende læger har haft vanskeligt ved at komme i kontakt med speciallægen via hotline-telefonen, da den pågældende speciallæge har været optaget af andre opgaver i ambulatoriet. Nogle af de praktiserende læger foreslår, at de i samarbejde med sygehusspeciallægerne tager på hjemmebesøg hos patienterne med KOL og type 2-diabetes. De vurderer, at dette vil forbedre samarbejdet mellem sygehus og almen praksis og forbedre behandlingsforløbet for patienterne. Desuden har flere af de praktiserende læger et ønske om, at sygehusspeciallægerne kommer

”

For det første fordi vi jo varetager hele behandlingen og for det andet fordi jeg oplever vi ser patienterne mere fleksibelt. Dvs. hvis de har brug for at blive set hyppigere, så gør vi det.



regelmæssigt i almen praksis til faglige drøftelser af patienter med forværring eller stigende kompleksitet i deres behandlingsforløb. Få af de praktiserende læger foreslår, at der indføres en shared care-model til at styrke samarbejde og patientbehandlingen, især til de patienter med komplekse behandlingsforløb. Enkelte praktiserende læger har været inviteret til dialogmøder på sygehuset til orientering om de nyeste behandlingsmetoder indenfor blandt andet KOL og type 2-diabetes, samt hvilke tilbud der er på sygehuset og nye initiativer, såsom videokonference på tværs af sektorer om udvalgte patienter. En praktiserende læge udtrykker klart og tydeligt, at dialogmøderne styrker samarbejdet på tværs af sygehus og almen praksis.



Nogle af de praktiserende læger oplever udfordringer i samarbejdet med kommunen. Det handler især om hjælpemidler, hvor de praktiserende læger oplever lange korrespondancer med kommunen før en ansøgning bliver godkendt. Modsat fortæller andre om et godt og gnidningsfrit samarbejde med kommunerne. For eksempel fortæller en praktiserende læge om et forbedret samarbejde med kommunen i forbindelse med etableringen af et kommunalt lægeligt udvalg. I dette udvalg mødes ledere fra kommunen og udvalgte praktiserende læger et par gange om året og drøfter samarbejdet mellem kommune og almen praksis, samt særlige cases og aktuelle problematikker:

”Der sidder man nogle gange om året og snakker [...] ift. forskellige problematikker [...], så samarbejdet med kommunerne er blevet meget bedre [...] Det er vildt godt at man kommer til at lære hinanden at kende, det er første skridt på vejen til at have et forbedret samarbejde.”

Nogle af de praktiserende læger har et godt overblik over de kommunale tilbud og oplever at have tilfredse patienter, som også efterspørger muligheden for at blive genhenvist efter endt forløb.

”Nu synes jeg vores kommune er ret god og har nogle gode tilbud og vores patienter er glade for det. Og vi husker at henvise til det, og jeg synes at vi har nogle ret tilfredse patienter, hvad det angår. Så jeg synes egentlig at det kører ret godt, som det kører nu.”

Det er ofte sygeplejerskerne i almen praksis, som har overblikket over de kommunale tilbud. De oplever at denne opgavefordeling fungerer godt i deres praksis. Dog ønsker flere af de praktiserende læger at få et bedre overblik over hvilke kommunale tilbud der er udbudt til patienter med KOL- og type 2-diabetes:

”Og så kan det også være svært at have kendskab til de lokale tilbud der er. I lungemedicinsk ambulatorie vil der være specialsygeplejersker, som kender til lokaltilbud i kommunen. Eller som bare nemt har overblik over de tilbud de har i deres lungemedicinske ambulatorie eller i deres lokale fysioterapi. De er flere folk om at holde overblik over de tilbud de har - i ambulatorie-regi. Hvor man i almen praksis skal holde det overblik selv. Og det er en jungle.”

Flere af de praktiserende læger ønsker at have et bedre overblik over kommunale tilbud, således at de kan give patienterne korrekte oplysninger om tilgængelige rehabiliteringstilbud.

5.4 Kompetenceudvikling i almen praksis

De praktiserende læger fortæller, at de ikke har haft behov for at ansætte nyt personale med særlige kompetencer efter Overenskomst 2018 trådte i kraft, da de praktiserende læger vurderer at de i forvejen har haft de nødvendige kompetencer til at varetage KOL- og type 2-patientforløbene. De praktiserende læger beskriver, at de finder det naturligt at følge med i de nyeste behandlingsvejledninger og løbende sørger for at deltage på efteruddannelseskurser.

”Vi har altid haft, hvis vi nu selv skal pudse vores egen glorie, rimelig godt styr på det og følger egentlig ret godt med i de nye behandlingsvejledninger og guidelines. Selvfølgelig får vi hele tiden noget efteruddannelse, det gør vi jo på alle områder. Og vi har haft besøg af en KOL-læge.”

Der er generelt kommet et større fokus på KOL- og type 2-diabetesbehandling i almen praksis, dog vurderer de praktiserende læge, at udbuddet af kurser indenfor diabetes-området større. På kurserne deltager både læger og sygeplejersker, hvor de bliver opdateret med den nyeste viden inden for det pågældende sygdoms område.

Flere af de praktiserende læger påpeger, at det er nødvendigt at holde sig løbende opdateret, da der især på diabetes-området, ofte kommer nye behandlingsformer. Nogle af de praktiserende er glade for muligheden for at lade praksispersonalet følge sygehuspersonalet i et ambulatorium, hvor de f.eks. kan drøfte patientcases og blive oplært i anvendelse af nye præparater.

Derudover har flere af de praktiserende læger haft stor glæde af at invitere speciallæger ud til KOL eller type 2-diabetes- tema-eftermiddage i egen praksis. For eksempel underviser en speciallæge indenfor lungemedicin omkring de nyeste behandlingsvejledninger på området.

De praktiserende læger har i længere tid haft sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter ansat, som blandt andet har varetaget de kvartalsmæssige kontroller af KOL og type 2-diabetes. Sygeplejersken eller social- og sundhedsassistenten er oplært i at varetage de praktiske undersøgelser, såsom lungefunktionsmåling. En praktiserende læge fortæller følgende:

”Ja, i hvert fald de sidste 7 år. Hvor vi prøver at lægge mere og mere ud til sygeplejersken af de her kontrolting. Så vi får tid til at stille diagnoser. Så det har stået på i mange år. Og vi har nu også taget en assistent ind og lært hende op i at lave lungefunktionstest, så nu er det faktisk en af vores assistenter der laver det.”

Enkelte af de praktiserende læger har optimeret organiseringen ved at omlægge deres strategier og har stratificeret deres KOL- og type 2-diabetes patienter således at sygeplejersken varetager kontrollerne og de har udarbejdet fælles retningslinjer for hvordan forløbene skal varetages.

Derudover har enkelte praktiserende læger, i deres praksis, personale (læger og sygeplejersker) som har hovedinteresse for henholdsvis KOL og type-2 diabetes, hvor de sørger for jævnligt at opdatere de andre omkring den nyeste viden.

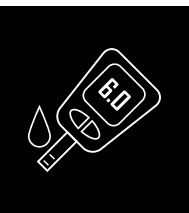
Siden Overenskomst 2018 har alle praktiserende læger været en del af et fagligt klyngefællesskab, hvor de mødes mellem 2 og 5 gange årligt afhængig af, hvilken aftale, der er indgået i den pågældende klynge. De fleste udviser stor tilfredshed med klyngefællesskabet, som bruges til faglig sparring, udvikling og erfaringsudveksling, hvor blandt andet emnerne omkring behandling og praksisorganisering af KOL og type 2-diabetesforløbene har været på dagsordenen.

De faglige praksisnære diskussioner giver anledning til refleksion over, hvordan de selv kan gøre tingene anderledes i praksis for at optimere organiseringen og forbedre behandlingskvaliteten. En praktiserende læge fortæller følgende:

”Ja det er faglig sparring, hvor vi benchmarker med hinanden og ser, hvordan ligger vi i virkeligheden ift. behandlingen af KOL-patienter. Har vi fanget dem vi skal, har vi det procenttal de andre også har registreret i deres klinik, eller mangler vi nogen, har vi mange færre end de andre eller? Det synes jeg faktisk er ganske fint.”

”

Nu synes jeg vores kommune er ret god og har nogle gode tilbud og vores patienter er glade for det. Og vi husker at henvise til det, og jeg synes at vi har nogle ret tilfredse patienter, hvad det angår. Så jeg synes egentlig at det kører ret godt, som det kører nu.

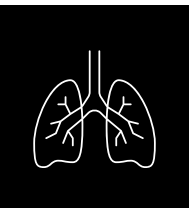


Der er således en oplevelse af, at klyngen er medvirkende til at de kan styrke hinanden fagligt. Klyngefællesskabet bidrager til at løfte det faglige niveau, hvor gode relevante lægefaglige emner bliver drøftet.

Enkelte praktiserende læge fremfører at klyngen udover faglig sparring bidrager til at styrke hinanden kollegialt:

”Der hvor det rykker mest, det er at man møder alle sine kollegaer. Ikke at man ikke gjorde det før, men nu kan man faktisk komme og være med til at styrke hinanden ved at være ”Okay, I har det godt nok svært lige i øjeblikket, det er godt nok træls for jer, kan vi hjælpe jer på nogen måde?”, et eller andet, hvor man drager omsorg for hinanden, det synes jeg i hvert fald i vores klynge har været super godt.”

De har en oplevelse af, at klyngefællesskabet har styrket relationerne og samarbejdet på tværs af klinikkerne.



5.5 Klinisk kvalitet i patientbehandlingen

Flere af de praktiserende læger oplever, at kvaliteten i behandlingen forbedres ved varetagelse i almen praksis, da det er tydeligt hvem som har behandlingsansvaret, de har overblikket og der er mere kontinuitet i behandlingsforløbet og de ser mere holistisk på patienten. De har en tættere kontakt til patienten og har derfor bedre mulighed for at følge hyppigere op, sammenlignet med hvad de har mulighed for at tilbyde på sygehuset. De praktiserende læger vurderer, at det er en stor fordel, at patienterne ser den samme læge eller sygeplejerske, hver gang. Derudover vurderes det, at det har stor betydning for patienterne, at de kun kommer et sted. En praktiserende læge beskriver således:

”For det første så ser de den samme læge, hver gang. De ser den samme sygeplejerske, De [patienterne] er trygge. Vi kender hele patienten. Vi kender hele deres baggrund, vi kender deres ægtefælle, deres børn, deres børnebørn. Altså vi kender bare alt omkring patienten. Og det ser jeg, i hvert fald som en rigtig stor fordel. For vi ved jo hvor skoen trykker. Eller hvad der kan være, eller hvordan vi kan hjælpe på anden vis. Hvad de har af netværk til at hjælpe osv. Alle de ting kender vi jo. Det gør de ikke på sygehuset.”

Det har stor betydning for patienterne, at de kan komme til kontrol hos den samme læge og sygeplejerske, som medfører et øget kendskab til hele patientens sygdoms- og livshistorie, hvilket flere af de praktiserende læger vurderer er med til at øge patienternes tryghedsfølelse, og giver mulighed for at opbygge en god behandler/patient relation.

Alle de praktiserende læger påpeger yderligere vigtigheden af, at de kan være opsøgende overfor patienterne med KOL- og type 2-diabetes, og at de som praktiserende læger kan tage på sygebesøg, hvis det er nødvendigt. Patienterne kan i nogle perioder have svært ved at komme afsted til de planlagte konsultationer hos lægen eller sygeplejersken, som derfor har mulighed for at køre ud til patienterne. Ifølge de praktiserende læger, er patienterne er meget tilfredse med sygebesøget, da patienterne i perioder kan have svært ved følge behandlingen. Det fremhæves desuden, at tilgængeligheden er større i almen praksis end på sygehuset, og at patienterne altid kan få fat i lægen eller sygeplejersken. En praktiserende læge siger således:

”Ja der er den fordel at de kun kommer et sted [...] og de går så til kontrol med det hele samlet hos den samme sygeplejerske og mig [praktiserende læge]. Også fordi de altid kan få fat i os [...] Det gør altså at det er nemmere. Det er meget tit på ambulatorierne, så kan patienterne ikke komme igennem. Det er i hvert fald det de [patienterne] siger.”

Enkelte praktiserende læger fortæller ligeledes, at patienterne er i tæt kontakt til et fast behandler-team og har nem adgang til et behandlingssted. Dette er med til at øge patienternes compliance, fordi almen praksis ”fanger” patienterne, hvis patienterne får problemer med at følge behandlingen. En praktiserende læge forklarer det således:

”Jeg tror man øger compliance. Det tror jeg man gør. Jeg tror man nemmere fanger, når de går hos os. Så jeg tror nemmere at man fanger, når der er compliance problemer. Det tror jeg giver meget for den behandling de [patienterne] får.”

Denne praktiserende læger beskriver yderligere at have et godt kendskab til patienten og at de har en god relation, hvilket muliggør at handle på denne compliance problematik. Dette vurderes særligt vigtigt, da det især er en udfordring med behandlingen af de mest sårbare KOL-patienter. Flere af de praktiserende læger tilpasser pleje og behandling til den enkelte patient, og bruger flest ressourcer på dem som har mest brug for det. De praktiserende læger pointerer vigtigheden af at holde sig opdateret indenfor den nyeste viden, så de kan tilbyde patienterne de nyeste og bedste behandlingsmuligheder. Dette kræver en opmærksomhed på de nyeste guidelines, samt løbende kompetenceudvikling og kontinuerlig deltagelse på efteruddannelse. En praktiserende læge siger således:

”For os har det [udflytningen i henhold til Overenskomst 2018] egentlig ikke gjort nogen forskel. Vi gør som vi plejer, yder den bedst faglige kvalitet som vi mener vi kan til et givent tidspunkt og hele tiden sørger for at være med på beatet.”

Ifølge de praktiserende læger har der i almen praksis igennem en længere periode været et stort fokus på netop kompetenceudvikling og nyeste viden indenfor sygdomsområderne såsom KOL og type 2-diabetes.

Hvis en patient med et komplekst behandlingsbehov eller behandlingen ikke virker som forventet, så kontakter de praktiserende læger speciallægerne på sygehuset, for at sikre at patienterne får den bedst mulige behandling.

5.6 Kronikerhonorar

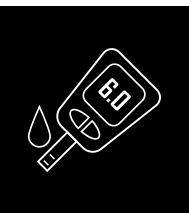
Generelt set er de praktiserende læger usikre på om kroniker-honoreringen er skruet rigtig sammen og om den tjener sit formål. Formålet med ordningen er at de praktiserende læger kan afsætte ressourcer til de patienter, som har mest brug for det, eksempelvis i form af ændrede arbejdsgange og stratificering af patienterne. Kroniker-honorerings modellen har reelt set kun har været i drift i et år og derved har de praktiserende læger vanskeligt ved at vurdere de økonomiske konsekvenser og hvilke sundhedsmæssige konsekvenser det har for patienterne. En praktiserende læge udtrykker det således:

”Det irriterer mig at jeg har det sådan, men jeg kan ikke lade være med at kigge op på det ikon om patienten er møntet til kroniker-ydelse [...] Og så tænker man ”Åh tilsætning igen” [...] Det kan ikke svare sig og det gælder både på KOL og diabetespatienterne. Det er nogle ganske få [patienter], hvor det kan betale sig, men vi, herude hvor vi er, der er det helt klart tilsætning. Det er i hvert fald vores opfattelse eller vores oplevelse. Vi har ikke gjort det op endnu, men vi har nogle igennem som er meget tunge.”

Flere af de praktiserende læger deler denne bekymring om, at den økonomiske model kan have den konsekvens, at patienterne får færre kontroller eller konsultationer i almen praksis. Det skyldes, at der ikke er et økonomisk incitament til at iværksætte en større behandlingsindsats, da kronikerhonoraret er et fast beløb. Enkelte praktiserende læger har en bekymring om, at dette kan blive et problem for de patienter, som

”

Jeg tror man øger compliance. Det tror jeg man gør. Jeg tror man nemmere fanger, når de går hos os. Så jeg tror nemmere at man fanger, når der er compliance problemer. Det tror jeg giver meget for den behandling de [patienterne] får.



har behov for en mere tæt opfølgning og behandling. Dette gælder både for KOL- og type 2-diabetespatienterne. En praktiserende læge beskriver det på følgende måde:

”Det er ikke rart, da der er den her tanke ”her får jeg ikke noget honorar for at se patienten, og er det nødvendigt at de kommer i dag?”. Det er jo ikke fordi, selvfølgelig ser vi dem, hvis det er nødvendigt, men det er enormt træls, at man skal have den barriere i sin behandling, at der ligesom er kommet en kile ind i læge/patientforholdet, som vi egentlig ikke ønsker skal være der.”

Derudover er der enkelte praktiserende læger som vurderer, at det ikke har den store konsekvens, hverken økonomisk eller for patienterne. Som for eksempel:

”Det er nok lidt for småt, men jeg synes at ideen i kronikerhonoraret er god. Det har jeg også svaret på i sidste undersøgelse ved PLO, jeg synes, den er udmærket, det giver god mening. Vi har aldrig rigtig kørt med mange kontroller ved hver eneste diabetespatient. For os havde det virkelig ikke den store betydning, man skulle ikke ændre adfærd, vi har altid set dem efter behov. Så det er lidt det samme.”

Flere foreslår, at der indføres en differentieret honorar-model, som tilgodeser den kroniske patients behov:

”Altså det jeg tænker, der ville være godt, det var et differentieret honorarsystem, men det er politik, men også alligevel lægefagligt – altså et differentieret honorarsystem, hvor man havde mulighed for at give en kronikerpatient en længere konsultation end et kvarter. Altså lave sådan en konstruktion, hvor man mødtes en gang eller to om året og havde 1 time; det ville være helt forrygende godt.”

Denne model ville give den praktiserende læge en større frihed til at vurdere, hvilket lægefagligt behov den enkelte kroniske patient har og tilpasse behandlingsindsatsen herefter.

5.7 Opsummering

De praktiserende læger har ikke oplevet et nævneværdigt større antal af KOL- og type 2-diabetespatienter i deres praksis efter Overenskomst 2018 trådte i kraft. De vurderer, at patienterne oplever en bedre sammenhæng i deres behandlingsforløb, hvis patienterne kan ”nøjes” med at komme et sted og blive behandlet for alle deres sygdomme. Flere af de praktiserende læger er desuden særlig opmærksomme på at tilbyde en fleksibel og individuelt tilpasset behandlingsindsats til de mest sårbare KOL- og type 2-diabetespatienter.

Det kan blandt andet indebære at foretage sygebesøg hos de mest syge patienter, som har svært ved at møde op til en konsultation. De praktiserende læger vurderer, at der er en øget sammenhæng i patienternes forløb i almen praksis, da patienterne møder det samme faste behandler-team af dedikerede sygeplejersker og praktiserende læger. Derudover vurderes det, at sammenhæng og kontinuitet er med til at skabe tryghed i patienternes behandlingsforløb. Nogle af de praktiserende læger oplever et begrænset samarbejde mellem sygehuset og almen praksis i forbindelse med KOL- og type 2-diabetespatientforløbene.

De forklarer dette med, at patientforløbene igennem en længere periode har været varetaget i almen praksis, og at sygehuset kun overtager behandlingen i perioder, hvor patienternes tilstand forværres, og kræver specialiseret behandling.

Flere af de praktiserende læger vurderer, at hotline-telefonen fungerer godt, da de får brugbare råd og vejledning i den aktuelle situation, som oftest fører til, at de kan

fortsætte varetagelsen af behandlingen uden at det kræver indlæggelse eller besøg i sygehusambulatoriet. Enkelte af de praktiserende læger foreslår, at der indføres en shared care-model til at styrke samarbejde og patientbehandlingen af de patienter med komplekse behandlingsforløb.

Flere af de praktiserende læger oplever, at de mangler overblik over de kommunale tilbud, hvilket resulterer i, at der er patienter som ikke bliver henvist til de kommunale rehabiliteringstilbud. Dog er der enkelte af de praktiserende læger, som har et godt overblik over tilbuddene fra kommuner og derfor henviser patienterne.

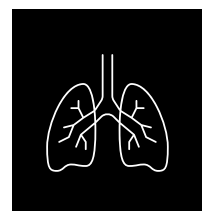
Det vurderes, at de patienter, som bliver henvist til kommunale tilbud, er tilfredse. De praktiserende læger vurderer, at deltagelse på efteruddannelseskurser bidrager til, at de kan holde sig opdateret indenfor de nyeste behandlingsvejledninger, herunder indenfor sygdomsområderne KOL og type 2-diabetes.

Derudover er de en del af et fagligt klyngefællesskab, hvor de mødes flere gange årligt. De praktiserende læger er tilfredse med disse møder, da de kan sparre fagligt med hinanden, og erfaringsudveksle om hvordan de håndterer og organiserer patientforløbene såsom KOL og type 2-diabetes.

Flere af de praktiserende læger vurderer, at behandlingen af patienter med KOL og type 2-diabetes generelt forbedres ved varetagelse i almen praksis med dem som behandlingsansvarlige, da de har en tættere kontakt til patienten og har bedre mulighed for at følge op på behandlingen end på sygehuset. De vurderer desuden, at de har overblikket over behandlingsforløbet og at de har en mere holistisk tilgang til patienten.

Resultatboks Almen praksis

Muligheder	Udfordringer
<ul style="list-style-type: none">→ Ansvar for patienternes behandlingsforløb er samlet et sted, i almen praksis.→ Bedre kontinuitet og tryghed for patienterne, da der er mulighed for at opbygge en fortrolig og stærk relation mellem patient og behandlerteam.→ Godt kendskab til patienten giver højere kvalitet i behandlingen.→ Rådgivning fra sygehusambulatorierne til almen praksis fungerer godt.→ Faglige klyngefællesskaber øger faglig sparring og erfaringsudveksling.	<ul style="list-style-type: none">→ Almen praksis oplever manglende kendskab til kommunale tilbud og ønsker tilbud til erhvervsaktive patienter.→ Divergerende oplevelser af kvaliteten af de kommunale tilbud.





5.8 Patienternes perspektiv

I alt er 24 patienter interviewet: 4 fra Region Hovedstaden, 7 fra Region Sjælland, 5 fra Region Syddanmark, 3 fra Region Midtjylland og 5 fra Region Nordjylland. 9 med KOL og 15 med type 2- diabetes. Patienternes perspektiv præsenteres i relation til fokusområderne: 1) Nærhed i behandlingen. 2) Tilgængelighed i behandlingen. 3) Oplevelsen af tryghed i behandlingen. 4) Oplevelsen af kvaliteten i behandlingen.

5.9 Nærhed i behandlingen

Afstanden til primær behandler har en betydning for nogle få patienter. For dem handler det om muligheden for at komme hurtigt frem til behandlingsstedet, da de ikke længere selv er i stand til at køre bil. Dog er den personlige relation til sundhedspersonalet på det pågældende behandlingssted, langt vigtigere end den geografiske afstand for de fleste patienter. En KOL-patient beskriver det således:

”Men nu er det ikke det [afstanden] som betyder noget. Det handler mere om den måde du bliver mødt på.”

En enkelt patient eksemplificerer dette, ved at sige, at hun hellere vil køre tyve minutter til sin nuværende læge i almen praksis, end at få en anden praktiserende læge, som er tættere på. Overordnet set har relationen til sundhedspersonalet, tryghed, tillid og patientoplevede kvalitet i behandlingen langt større betydning end den geografiske afstand til behandlingsstedet.

5.10 Tilgængelighed i behandlingen

Tilgængeligheden til egen praktiserende læge er tilfredsstillende for patienterne, hvor de som oftest ved behov kan få en akut tid samme dag. Tilgængelighed skal her forstås som kontakten til praktiserende læge; ansigt til ansigt, telefonisk eller via mail. Derudover har de mulighed for mailkorrespondance med lægen eller sygeplejersken, hvis de har spørgsmål omkring behandling eller helbred, hvor de som regel får svar samme dag eller dagen efter:

”Så ringer jeg om morgenen i en bestemt tid, og så spørger de, ”Er det noget med sukkersygen?” og så spørger jeg ”Er der mulighed for at jeg kan få fat i min læge eller kan han ringe til mig”. Og den aftale har vi. Og måske sidder han ikke lige ved siden af og kan tage telefonerne, men han er hurtig til at ringe tilbage.”

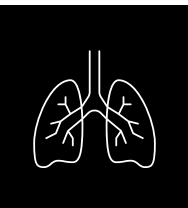
Tilgængeligheden til egen praktiserende læge har således stor betydning for patienterne. Høj tilgængelighed medfører, at de har en oplevelse af, at de bliver taget alvorligt, hvilket er med til at øge tryghedsfølelsen i deres behandlingsforløb.

En patient har en oplevelse af, at hendes praktiserende læge har for travlt og hun derfor må klare sig selv:

”Den er umulig, totalt umulig. Medmindre du ringer, så kan du få en tid måske om 14 dage. Og så må jeg prøve mig frem, tage noget insulin og få det [blodsukker] ned. De har en akuttid, hvis man ringer mellem 8-9, men jeg har aldrig ringet omkring min sukkersyge, det har jeg ikke. Når man en hel del gange har fået at vide ”bare tag noget mere insulin”, så har jeg jo gjort det.”

For hende er tilgængeligheden ikke tilstrækkelig, hvilket medfører, at hun som oftest føler sig utryk i sit behandlingsforløb.

Flere af patienterne oplever at have en tilstrækkelig viden om egen sygdom- og behandlingsforløb. De har fået den nødvendige viden hos blandt andet deres prakti-



serende læge. Dog har flere af egen interesse søgt mere information på egen hånd. Her nævnes blandt andet bøger, Internettet, lokalforeninger eller kommunale tilbud:

”jamen det synes jeg er fint, altså selvfølgelig har jeg fået en masse at vide fra lægen om hvordan jeg skal forholde mig til ditten og datten, men qua mit bestyrelsesarbejde har jeg også sat mig lidt ind i det, når man sådan skal prøve at overgive og fortælle andre mennesker om noget af det.”

Flere af patienterne vurderer, at de har tilstrækkelig viden og overblik omkring egen sygdom og behandlingsforløb, hvilket tilskrives stor betydning. En fortæller i den forbindelse:

”Det betyder meget, fordi det er jo ikke noget der skulle komme, 7-9-13, som en overraskelse, hvis der sker et eller andet. Altså jeg synes jeg er klar på, hvad jeg skal foretage mig, hvis der forekommer et eller andet som ikke lige plejer.”

Det er vigtigt for samtlige patienter at have forståelse for egen krop og sygdom og hvilke følgesygdomme, der kan opstå. Derudover er det vigtigt for dem at have den nødvendige viden til selv at kunne reagere, hvis de oplever opblussen af symptomerne eller forværring af sygdommen.

Da de kommunale rehabiliteringstilbud (som oftest) er placeret i dagtimerne, har erhvervsaktive patienter ikke mulighed for at deltage:

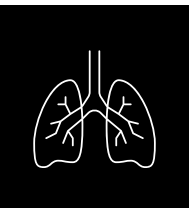
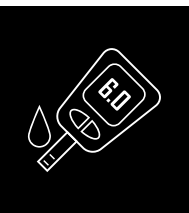
”Ja, fordi det ligger på tidspunkter, hvor jeg ikke kan. Jeg har altså et arbejde. Og det hænger ikke sammen at jeg skal køre til [by].”

De har et ønske om, at de kommunale rehabiliteringstilbud var placeret uden for arbejdstiden, eller mulighed for at få fri for at kunne deltage. En patient fortæller, at et andet problem er, at hendes egen praktiserende læge ikke henviser til kommunale tilbud i tilstrækkeligt omfang:

”Nu er der mange praktiserende læger, der er dårlige til at henvise, de henviser dem ikke engang til [et kommunalt tilbud]. Jeg er sikker på at der er praktiserende læger, der ikke engang har sat sig ind i, at vi har [et kommunalt tilbud]. Jeg synes at alle med type 2-diabetes skulle henvises til [et kommunalt tilbud]. Så de alle får den snak og de muligheder.”

Patienten har et ønske, at alle type 2-diabetes patienter skal have de samme muligheder og at praktiserende læger oplyser deres patienter omkring mulighederne for at blive tilknyttet et kommunalt tilbud.





5.11 Oplevelsen af tryghed i behandlingen

Det er vigtigt for flere af patienterne, at der er en god relation mellem dem og deres praktiserende læge og sygeplejerske. Det har stor betydning for patienterne, at de kan stole på deres praktiserende læge. Dette kræver, at den praktiserende læge er grundig i forhold til undersøgelser vedrørende sygdommen, samt tydeligt forklarer omkring sygdommen og tager sig tid til at svare på eventuelle spørgsmål. Dette er altafgørende for at de føler sig trygge i deres behandlingsforløb. En patient giver følgende eksempel:

”Jamen, jeg synes det er vigtigt med tillid og tryghed og man har den samme læge, der behandler en, og er sikker på man får det samme behandlingsforløb hele tiden [...] Det tror jeg er vigtigt for alle patienter, uanset om det er KOL eller hvad det er. Det er i hvert fald det, der er vigtigt for mig [...] Og det kan en praktiserende læge praktisere, hvis de vil. Men det kan de ikke på et sygehus. Der kan det ikke lade sig gøre, der er det ikke den samme læge, der følger dig. Og jeg tror det er vigtigt.”

Patienterne har brug for at deres praktiserende læge eller sygeplejerske kender dem, deres baggrund, pårørende og deres sygehistorie. Det er vigtigt, at den praktiserende læge eller sygeplejerske informerer om, hvad de forventer af patienten, og hvad patienten selv kan gøre for at mindske symptomerne eller undgår forværringen af sygdommen. En patient siger således:

”Og hun er meget ærlig overfor mig, fordi jeg nok har haft en periode, hvor jeg har været lidt nede. Jeg har bare ikke haft det godt med mig selv. Og der var hun meget sød ved mig. Hun går hårdt til mig. Hvor hun netop må sig ”du må også selv gøre nogle ting, det er ikke bare andre”. Så hun giver mig lidt modspil også, på en rigtig god måde.”

Det er således vigtigt for patienterne at føle sig trygge og støttet, når de i perioder har det svært. Derudover har det stor betydning, at den praktiserende læge eller sygeplejerske har tid til, at snakke med patienten om de psykiske udfordringer der kan være forbundet med at have en kronisk sygdom. Den tætte relation mellem praktiserende læge og patient understøtter netop denne tryghed og viser at relationen har betydning for den oplevede kvalitet i behandling. En diabetespatient fortæller følgende:

”Jeg er et socialt menneske, og skal have bekræftelse og opbakning, på en eller anden måde. Og det er hun altså god til. Jeg føler altid der er tid til mig. Det er ikke at hun sidder og kigger på uret eller noget. Jeg føler, at det er mig der er der. Og er der nogle gange, hvor der er nogle andre problemer eller noget, hun har altid tid til at snakke. Det synes jeg er rigtig rart, at man føler sig selv velkommen eller set.”

Det er vigtigt, at patienternes egen praktiserende læge eller sygeplejerske har fokus på at patienterne føler sig trygge og psykisk velbefindende. Flere af patienterne fortæller, at de bliver utrygge, hvis der ikke er tid til at snakke om hvordan de har det:

”Når jeg spekulerer i det, så kunne jeg godt tænke mig, at det var en tidsfaktor og der var noget mere rundt om det, altså den psykiske del af det. Det kunne jeg godt, men det er jeg på det rene med, at det kan man ikke i en praksis. Og jeg synes også, at det her ville være svært at køre i, altså hvis det var en en-mands praksis. Men jeg tror lidt på at den psykiske del godt kan spille ind, fordi diabetes jo, ofte optræder sent i tilværelsen, men den kommer der, hvor man begynder at kunne se bagkanten.”

Det er vigtigt for patienterne, at de ved hvem de skal kontakte, hvis de får det dårligt, og at det er en læge eller en sygeplejerske, som de kender og er trygge ved. Patienterne ønsker, at de praktiserende læger skal være fleksible, når patienterne får det akut dårligt: Her er det nødvendigt, at patienterne har mulighed for en akut-tid hos deres praktiserende læge, eller hvis de får det så dårligt, at de har brug for at lægen

tager på hjemmebesøg. Ifølge patienterne er denne fleksibilitet væsentlig for at de kan føle sig trygge.

5.12 Oplevelsen af kvaliteten i behandlingen

Den patientoplevede kvalitet berører områder såsom kontakt til sundhedspersonalet, kommunikation, inddragelse i eget forløb og tilfredshed med behandlingen. Det betyder meget for flere af patienterne, at de bliver inddraget i deres behandlingsforløb og oplever at have en reel medbestemmelse, da de ønsker at være en aktiv medspiller i deres egen behandling. For eksempel fortæller en diabetes-patient, at hun bliver nødt til at være aktiv i forhold til sin sygdom og behandling for at kunne holde styr på sit blodsukker. Hvis patienterne har en oplevelse af at være inddraget i behandlingen, lytter de mere til lægens råd og vejledning. En patient udtrykker det således:

”Det gør hun [lægen] jo ved hun siger ”vi skal over på denne medicin”. ”Der er ingen grund til at få to forskellige, når du kan nøjes med en. ”Skal vi finde ud af det?” Sådan hele tiden man bliver egentlig spurgt ind til [...] for så er jeg selv medbestemmende, men stadigvæk så lytter jeg også til hvad hun [lægen] siger for det er stadigvæk hende der har uddannelsen.”

En anden patient fortæller i den forbindelse, at hun forbereder sig til konsultationer ved egen praktiserende læge ved at skrive alle sine spørgsmål ned, som både omhandler spørgsmål til behandlingen og til sygdommen. Hun oplever, at hendes læge lytter og inddrager hende i beslutninger vedrørende behandlingsforløbet. Det bliver et samarbejde. For hende, som patient, har det stor betydning for hendes oplevelse af kvalitet i behandlingen. Flere af patienterne ønsker et reelt samarbejde med lægen, og at der skal være tid til det i konsultationen. Patienterne har et meget klart ønske om, at egen praktiserende læge holder styr på deres behandling og giver dem tid til at tale om hvordan de har det, og hvordan det er gået siden sidst, samt giver dem en oplevelse af tryghed, da det i perioder kan være psykisk hårdt. Den faglige kvalitet er ligeledes vigtig og nogle af patienterne fortæller, at de ønsker at blive tilset af en dygtig og erfaren praktiserende læge eller specialuddannet sygeplejerske:

”Og så behøver jeg altså ikke stå med en uddannelseslæge, der står og fortæller mig at han skal have blodprøver. Prøv nu at finde ud af hvad er det der er sket. Hvad er det rent faktisk jeg fejler og så prøve at behandle det.”

Ifølge denne patient giver den erfarne læge hende tryghed, som hun har brug for i sit sygdomsforløb, ligesom en god relation til lægen. Derfor vælger også flere af de interviewede patienter at beholde deres egen læge, til trods for at de flytter, og nogle fravælger at blive tilknyttet sygehuset, da de helst vil behandles hos deres praktiserende læge, hvor de mener de får den bedste behandling, fordi deres egen praktiserende læge kender dem og deres sygdomshistorie:

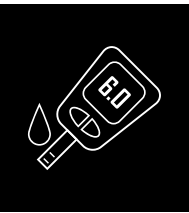
”Hende [praktiserende læge] har jeg et rigtig godt forhold til. Da jeg mistede min mand af kræft, var hun jo også meget ind over og det kom meget tæt på os. Så hun er en rigtig huslæge, så hende snakker jeg rigtig, rigtig godt med om mange ting.”

Det fremstår tydeligt, at flere af patienterne er af den overbevisning, at de får den bedste behandling hos deres praktiserende læge:

”Ja og jeg har det også sådan, ja folk ude fra er så kloge, ”jamen hvorfor får du to morgen og to aften, hvorfor får du ikke kun en når dit tal ligger så langt”. Jeg har det sådan, at når hun [praktiserende læge] siger det, så er det dét. Altså jeg er meget tillidsfuld og tror fuldt og fast på at hun kun gør det bedste for mig. Hun siger ikke bare jeg skal gøre det, fordi det er normen. Jeg tror hun ser meget på mig, at det er det der er bedst for mig.”

”

Hende [praktiserende læge] har jeg et rigtig godt forhold til. Da jeg mistede min mand af kræft, var hun jo også meget ind over og det kom meget tæt på os. Så hun er en rigtig huslæge, så hende snakker jeg rigtig, rigtig godt med om mange ting.



5.13 Opsummering

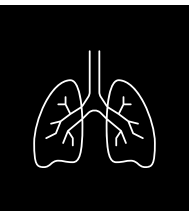
For samtlige af patienterne er relationen til sundhedspersonalet i deres almen praksis vigtigere end selve afstanden til den enkelte praksis. Kun ved få patienter har afstanden til deres primære behandler en afgørende betydning, da det er vigtigt for dem hurtigt at kunne komme frem og tilbage. Derudover er tryghed, tillid og den patientoplevede kvalitet i behandlingen langt vigtigere for størstedelen af patienterne end den geografiske afstand.

Tilgængeligheden til egen praktiserende læge har ligeledes stor betydning for patienterne, da høj tilgængelighed medfører, at de føler at de bliver taget alvorligt, hvilket er med til at øge deres tryghedsfølelse i behandlingsforløbet. De patienter der oplever en manglende tilgængelighed til primær behandler, er mere utrygge.

Flere af de patienter som oplever at have tilstrækkelig viden om egen sygdom og forløb, er bedre i stand til at reagere, hvis de oplever opblussen eller forværring af symptomer. Derudover opleves det af nogle af patienterne, at de praktiserende læger ikke oplyser eller henviser til kommunale tilbud i et tilstrækkeligt omfang.

For flere af patienterne er det af stor betydning af deres egen praktiserende læge kender dem og hele deres sygehistorie. Desuden er det vigtigt for alle patienterne, at der er en god relation mellem dem og deres praktiserende læge, som bygger på god kommunikation, tillid, ærlighed og støtte. Disse faktorer er afgørende for at patienterne føler sig trygge i deres behandlingsforløb.

Ifølge patienterne, er kvaliteten i deres behandling afhængig af både den faglige kvalitet, herunder den praktiserende læges viden om den pågældende kroniske sygdom og den tilhørende behandling, og den patientoplevede kvalitet, som hidrører relationen til primærbehandler, inddragelse i eget forløb og generel tilfredshed med behandlingen.



Resultatboks patienter

Muligheder	Udfordringer
<ul style="list-style-type: none">→ Tryghed, tillid og kvaliteten i behandlingen er langt vigtigere for patienterne end den geografiske afstand.→ Patienterne oplever en høj tilgængelighed og mulighed for at få en akut-tid.→ Patienterne tillægger det en stor værdi, at den praktiserende læge og behandlerteamet kender dem godt.→ Generelt er der en stor tilfredshed med behandlingen de modtager i almen praksis.	<ul style="list-style-type: none">→ Patienterne angiver, at det har betydning for oplevelsen af kvaliteten, at der skal være tid til at snakke med behandleren, da dette skaber en god relation og tryghed i behandlingen.→ Patienterne vil gerne inddrages i behandlingen, så det i højere grad bliver et samarbejde.→ Patienterne oplever ikke altid, at der henvises til kommunale tilbud i tilstrækkeligt omfang→ Patienterne oplever, at de kommunale tilbud ikke tager højde for de erhvervsaktive.





6. Konklusion

Formålet med denne rapport var at beskrive den oplevede faglige kvalitet og den patientoplevede kvalitet i forbindelse med udflytningen af KOL- og type 2-diabetes-patientforløb fra sygehusambulatoriet til almen praksis.

De praktiserende læger vurderer, at der er en øget sammenhæng i patienternes forløb i almen praksis, da patienterne møder det samme faste behandler-team af dedikerede sygeplejersker og praktiserende læger og kan nøjes med at komme et sted og blive behandlet for alle deres sygdomme. Derudover vurderer de praktiserende læger, at denne sammenhæng og kontinuitet er med til at skabe tryghed i patienternes behandlingsforløb.

De praktiserende læger oplever at have et begrænset samarbejde med sygehuset i forbindelse med KOL- og type 2-diabetespatientforløbene, fordi patientforløbene igennem en længere periode (før januar 2018 og frem) har været varetaget i almen praksis, således at sygehuset kun overtager behandlingen i de perioder, hvor patienternes tilstand forværres, og kræver specialiseret behandling, som det er beskrevet i *Overenskomst 2018*. De praktiserende læger fortæller samstemmende, at de holder sig opdateret indenfor de nyeste behandlingsvejledninger, dels ved at deltage kontinuerligt på efteruddannelseskurser, dels gennem faglig sparring og erfaringsudveksling med de andre praktiserende læger i klyngerne.

Ifølge patienterne, er kvaliteten i deres behandling afhængig af både faglighed og patientoplevede kvalitet: Det er vigtigt for patienterne at deres egen praktiserende læge kender dem og hele deres sygdomshistorie. Desuden opleves det vigtigt, at der er en god relation mellem dem og den praktiserende læge, en relation, der bygger på god kommunikation, tillid, ærlighed og støtte, som er afgørende for at patienterne føler sig trygge i deres behandlingsforløb.

For patienterne er relationen til sundhedspersonalet i almen praksis vigtigere end nærhed; tryghed, tillid og kvaliteten i behandlingen er vigtigere for patienterne end den geografiske afstand. Tilgængeligheden til egen praktiserende læge har ligeledes stor betydning for patienterne, da høj tilgængelighed bidrager til en øget tilfredshed og tryghedsfølelse for patienterne i behandlingsforløbene.





7. Perspektivering

Relationen mellem patienten og den praktiserende læge tillægges stor betydning, og at denne relation generelt styrkes i forbindelse med udflytningen af behandlingsansvaret. Det er samtidig vigtigt, at der opretholdes en fleksibilitet i forhold til, at patienten oplever let tilgængelighed til behandlerteamet, hvor patienten bliver mødt af behandlere de har en relation til.

Det betyder, at der skal rettes en opmærksomhed på, hvordan dette rent organisatorisk kan sikres i fremtiden. Yderligere skal der findes en tilgang, hvor patienterne oplever, at behandlerne har de nødvendige faglige kompetencer samt specialviden inden for det pågældende område, men samtidig skal der skabes en relation mellem patient og behandler, hvor det bliver et samarbejde i form af shared decision making i almen praksis. En anden af rapportens konklusioner er, at der er udfordringer i forhold til sammenhæng mellem almen praksis og de kommunale tilbud. Et sammenhængende sundhedsvæsen kræver, at udflytningen sker på en koordineret måde, hvor almen praksis har kendskab til og henviser til de kommunale tilbud, og hvor de kommunale tilbud tager højde for behov i målgruppen fx erhvervsaktive patienter.

Ligeledes fremgår det af rapporten, at både de praktiserende læger og patienterne vurderer, at der er de nødvendige kompetencer i almen praksis til at varetage behandlingen af patienterne. Dette kompetenceniveau skal gerne fastholdes i en fremtid, hvor det i endnu højere grad er almen praksis og ikke hospitalerne, der er omdrejningspunkt for behandlingen.

Yderligere er det væsentligt at fremhæve, at denne rapport, med de i kapital 4 fremførte begrænsninger, kun giver en umiddelbar forskningsbaseret evaluering af oplevelserne for henholdsvis patienter og praktiserende lægers oplevelser af denne udflytning. I forbindelse med udarbejdelsen af rapporten blev anden forskning vedrørende denne udflytning gennemgået, og det viser sig, at der er et meget begrænset vidensgrundlag at trække på.

Dette peger i retning af, at der er brug for en systematisk og grundig forskning af sundhedsvæsenets omorganisering, som kan danne grundlag for kontinuerlig feedback til relevante parter på området.

Møller SP, Lauersen B, Johannesen CK, Schramm S. Multisygdom i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2019

Vision for almenpraksis. Danske Regioner 2017

Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen 2016

Nørgaard B, Lee A. Integrated Care Modellen. De praktiserende lægers rolle. Fokus på inklusionsrate. Syddansk Universitet 2016

Laursen LC. Øget indsats nødvendig for at leve op til forløbsprogram for kronisk obstruktiv lungesygdom. Ugeskrift for læger 2012

Overenskomst om almen praksis 2018

Kjellberg J, Sørensen J, Hansen J, Andersen S, Avnstrøm L, Borgstrøm L. Almen praksis som koordinator - en international belysning. Dansk Sundhedsinstitut 2007

Sundheds- og Ældreøkonomisk Analyse Kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. Sundheds- og Ældreministeriet 2018

Knudsen AB, Kofoed ML. Tidlig opsporing og bedre behandling af KOL? – et speciale om den nationale lungesatsnings udmøntning i almen praksis

Elfil M, Negida A. Sampling methods in Clinical Research; an Educational Review. Emergency 2017.

Kirchherr J, Charles K. Enhancing the sample diversity of snowball samples: Recommendations from a research project on anti-dam movements in Southeast Asia. PLOS one 2018.

Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. Scandinavian Journal of Public Health 2012



8. Litteraturliste



Syddansk Universitet
Campusvej 55
DK-5230 Odense

Telefon: +45 6550 1000
sdu@sdu.dk
www.sdu.dk