

Jørgen Steen
Andersen

Lene Grosen

KOL-konference

Internatmøde den. 28. og 29. april 2008

Tekst Lene Grosen, chefrådgiver DAK-E / lgrosen@dak-e.dk og Jørgen Steen Andersen, konsulent DAK-E / jsan@dadnet.dk

Baggrund

I foråret 2008 udsendte DSAM en behandlingsvejledning for kronisk obstruktiv lungesygdom – KOL. Baggrunden er dystre: Omkring 20 % af den danske befolkning over 45 år (400.000 mennesker) har eller vil få diagnosticeret KOL. KOL forkorter levetiden væsentligt og er ofte forbundet med dårlig livskvalitet og forekommer hyppigt sammen med andre svære kroniske sygdomme. KOL er den hyppigste indlæggelses- og genindlæggelsesårsag på de medicinske afdelinger, og koster mindst 10 danskere livet hver dag.

Det primære formål med KOL-konferencen var en præsentation af DSAM's nye KOL-vejledning samt at drøfte de organisatoriske konsekvenser i en tværfaglig gruppe. Praktiserende læge Lill Moll, der har ledet arbejdet med DSAM's vejledning, indledte konferencen med

DE 10 KVALITETSINDKATORER

- Registrering af KOL-patienter (baggrundsvariabel)
- Diagnosticering af KOL-patienter
- Sygdommens sværhedsgrad
- Sværhedsgrad af dyspnø relateret til aktivitet
- Rygning
- Eksacerbationer
- Influenzavaccination
- Ernæringstilstand beregnet ved Body Mass Indeks (BMI)
- Fysisk aktivitet
- Årskontrol/behandlingsplanlægning

at gennemgå de 10 kvalitetsindikatorer, der danner grundlag for vejledningens anbefalinger. Endvidere indledte hun drøftelsen af hvilke indikatorer, der kan anvendes til risiko- og behandlingsstratificeringen af KOL, idet hun tog udgangspunkt i to konkrete sygehistorier.

Vejledningen anbefaler, at risikostratificering foretages i forbindelse med årskontrollen på basis af to kriterier: MRC og FEV1. Samtidig bør der tages konkret stilling til, hvor behandlingen bør foregå. Formålet er at sikre, at patienten behandles på det rette specialiserings- og omsorgsniveau. Der er tale om en dynamisk vurdering, idet patientens tilstand både kan stabiliseres og forværres over tid. Desuden kan der afviges fra kriterierne under hensyntagen til individuelle forhold.

KOL-forløbsprogram i Region Hovedstaden

Konferencens anden dag omhandlede erfaringer fra regionernes organisering af indsatsen. Lill Moll tog tråden op fra gårsdagens præsentation ved

at redegøre for, hvordan indsatsen for KOL-patienter er organiseret i Region Hovedstaden. Der er indgået et formaliseret samarbejde med alle sundhedsprofessionelle aktører, der er involveret i KOL-forløbet for den enkelte patient. De alment praktiserende læger har en central rolle som tovholder. Opgaverne er bl.a. at planlægge, opfølge og koordinere indsatsen samt fastholde patienten.

Organisering af KOL-området på et Regionshospital

Lungemedicinsk overlæge Tina Brandt Sørensen redegjorde for de initiativer, der er iværksat for at understøtte det gode patientforløb på Medicinsk Afdeling i Horsens. Der er fokus på det tværsektorielle forløb både før indlæggelse og efter udskrivning. Der er udarbejdet en patientbog, der fungerer som bindeled mellem behandlerne på hospitalet, kommunerne og de alment praktiserende læger. Patienten medbringer denne bog til de forskellige sundhedsprofessionelle parter. På Horsens Hospital er der fokus på kompetenceudvikling af personalet, som har den direkte kontakt med KOL-



patienterne. Det har vist sig at være en selvforstærkende proces. Når personalets kompetencer bliver styrket, har det en afsmittende effekt på patienterne, der føler sig mere trygge. Der er dog stadig en lang række udfordringer, især i de tværsektorielle overgange.

Kvalitetsudvikling og forskning i Region Syddanmark

Seniorforsker Morten Andersen fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense beskrev initiativer, der er iværksat for at evaluere forskellige modeller for håndtering af samarbejdet omkring KOL-patienten i almen praksis, på sygehusene og i den kommunale genoptræningsindsats. Især beskrev han et sundhedsforskningsprojekt som læge Mette Kofoed har iværksat. Mette Kofoed har som en del af et ph.d.-projekt iværksat et randomiseret forsøg, hvor der deltager 150 praksis som alle diagnosekoder KOL-patienter. 50 praksis indgår i kontrolgruppen og fortsætter deres arbejde efter de sædvanlige rutiner. 50 praksis udfylder checkliste (pop-up) ved halvårskontroller, medens den sidste gruppe på 50 praksis herudover også, via en § 2-aftale, har fået bevilget aflønning til at reflektere over de data, der er indsamlet via diagnosekodning og checklister. Ph.d.-projektet vil forhåbentlig give svar på, hvilken af de tre metoder, der medfører den bedste behandlingskvalitet for KOL-patienterne – og til hvilken pris.

Overvejelser om datafangst i almen praksis

Praktiserende læge Jette Elbrønd beskrev praktiske erfaringer fra tre praksis

i region Sjælland. Opgaven havde været, i samarbejde med DAK-E, at udvikle pop-up vinduet til indberetning af KOL-patienter til Dansk Almen Medicinsk Database. Formålet var at evaluere, hvordan datafangstmodulet kan anvendes på KOL-området. Der har dog været en del udfordringer i relation til at få implementeret pop-up i IT-systemerne. Disse problemer er nu ved at være løst, og et vigtigt budskab er, at pop-up vinduet og tilbagemeldingsskabelonen bør være ensartet, uanset hvilken kronisk sygdom, der er tale om.

Behandlingsstratificering

Formand for Fagligt Udvalg, Lars Rytter, benyttede erfaringerne fra de tre praksis i Region Sjælland som et udgangspunkt for at drøfte, om en stratificering af behandlingen af disse patienter alene kan tage udgangspunkt i deres risiko. På diabetesområdet er risikostratificering nemlig blevet kritiseret. Konklusionen var dog, at en individuel risikovurdering af KOL-patienterne generelt var i god overensstemmelse med behandlingsniveauet. Dette er bl.a. begrundet i, at den svært lungeinsufficiente patient hyppigt nærmer sig behov for iltbehandling. Iltbehandling vil normalt kræve en organisatorisk tilknytning til et lungemedicinsk ambulatorium eller involvering af en iltsygeplejerske.

Hvordan kan KOL-vejledningen omsættes til praksis?

Videregennemlæseskonsulent i Region Øst og uddannelseskonsulent i DAK-E Jesper Lundh rundede konferencen af ved at fokusere på, hvilke initiativer der kan understøtte en implementering

af vejledningen. Han refererede bl.a., hvorledes det nyligt gennemførte konsulenttræf den 3. og 4. april 2008 på Hindsgavl havde haft fokus på, hvordan de forskellige konsulenter kan bringes i spil på KOL-området, som en generisk model for de kroniske sygdomme. Konklusionen var, at det bør være muligt at organisere KOL-området ved at anvende konsulenter som tovholdere, der koordinerer de initiativer, der bør sættes i værk for de forskellige sundhedsprofessionelle, der er involverede i KOL-forløbene. Koordination er vigtigt for at undgå, at efteruddannelsen bliver spredt og usammenhængende. DAK-E vil forsøge at påtage sig en central rolle, dels via hjemmesiden www.dak-e.dk og dels ved udbrede anvendelsen af datafangstmodulet og tilbagemeldinger på sundhed.dk

Sammenfatning

Internatet har bidraget til at sætte fokus på de udfordringer, der opstår, når sundhedsprofessionelle fra forskellige sektorer skal spille sammen og understøtte et komplekst patientforløb. Der blev identificeret mange forbedrings- og udviklingsområder. Et af de væsentligste budskaber er, at standarden udover landet er for uensartet både i relation til visitation og behandling af KOL-patienten. Internatet inspirerede deltagerne til at gå hjem og arbejde med koordination af KOL-indsatsen kommunalt, regionalt og i almen praksis. Et godt udgangspunkt er at gå ind på DSAM's hjemmeside og læse anbefalingerne i KOL-vejledningen!