

Samarbejde mellem kommuner og almen praksis om henvisning til kommunale sundhedstilbud for patienter med kroniske sygdomme

Julie Høgsgaard Andersen
Thorkil Thorsen
Marius Brostrøm Kousgaard

December 2014



Forord

Et velfungerende samarbejde mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet er i mange tilfælde en vigtig forudsætning for at sikre god patientbehandling. Formålet med denne rapport er at belyse den del af samarbejdet mellem almen praksis og kommuner, der handler om anvisninger og henvisninger af patienter med kronisk sygdom til kommunale sundhedstilbud. Undersøgelsen, der ligger til grund for rapporten, er finansieret via en bevilling fra Trygfonden, som er ansøgt i et samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning. Som hovedansvarlig ansøger og bevillingsmodtager har Komiteen for Sundhedsoplysning rekvireret denne rapport hos Forskningsenheden for Almen Praksis i København. Rapporten er udarbejdet af antropolog og forskningsassistent Julie Høgsgaard Andersen, kultursociolog og seniorforsker Thorkil Thorsen samt politolog og seniorforsker Marius Brostrøm Kousgaard. I øvrigt har følgende medarbejdere ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København bidraget til rapportens tilblivelse: Datamanager Willy Karlslund, statistiker Volkert Siersma samt de alment praktiserende læger Lise Dyhr og Frans Boch Waldorff.

Forskningsenheden og forfatterne vil gerne sige tak til de kommunale medarbejdere, alment praktiserende læger og praksissygeplejersker, som har stillet op til interviews og accepteret observation af relevante møder. Også tak til de praktiserende læger, der har besvaret spørgeskemaet.

Forskningsleder, professor, dr.med.

Susanne Reventlow

Forskningsenheden for Almen Praksis i København

Indhold

1. Indledning	5
1.1. Almen praksis og de kommunale sundhedstilbud	6
1.2. Formål.....	7
2. Undersøgellesdesign, metoder og materialer	9
2.1. Forundersøgelsen	10
2.2. Kvalitativ undersøgelse i fire kommuner.....	10
2.3. Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse i almen praksis.....	13
3. Lær at tackle kronisk sygdom (LTKS)	15
3.1. Resultater fra den kvalitative undersøgelse.....	16
3.1.1. LTKS i de fire kommuner og kommunernes perspektiver	16
3.1.2. De praktiserende lægers perspektiver på LTKS.....	22
3.2. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen.....	24
3.2.1. Kendskabet til LTKS.....	24
3.2.2. Hvor ofte informerer de praktiserende læger deres patienter om LTKS?	25
3.2.3. Begrundelser for ikke at informere eller kun informere sjældent om LTKS.....	26
3.2.4. Ønsker til information fra kommunen om LTKS.....	28
4. De diagnosespecifikke tilbud for KOL og diabetes	30
4.1. Resultater fra den kvalitative undersøgelse.....	30
4.1.1. Om rehabiliteringstilbuddene i de fire kommuner og kommunernes perspektiver	30
4.1.2. De praktiserende lægers erfaringer og perspektiver	35
4.2. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen.....	41
4.2.1. Henvisninger af patienter	41
4.2.2. Begrundelser for ikke at henvise eller for kun at henvise sjældent	43
4.2.3. Ønsker til information om kommunens rehabiliteringstilbud	46
4.2.4. Henvisningsprocedurer.....	47
4.2.4. Tilbagemeldinger om henviste patienter	48

5. Sammenfatning og diskussion	50
5.1. De praktiserende lægers kendskab til de kommunale sundhedstilbud	50
5.2. De alment praktiserende lægers ønsker til information fra kommunerne.....	52
5.3. Andre årsager til ikke at anvise/henvise ud over manglende kendskab.....	54
5.4. Anbefalinger	55
6. Litteratur	57
7. Bilag A: Spørgeskema	59

1. Indledning

Samarbejdet mellem kommuner og almen praksis blev aktualiseret med strukturreformen i 2007, hvor kommunerne fik nye ansvarsområder i forhold til forebyggelse og rehabilitering. I forlængelse heraf har kommunerne etableret en række sundhedstilbud til borgere med kroniske sygdomme. Det drejer sig dels om diagnosespecifikke tilbud (f.eks. for KOL og type 2-diabetes), dels om generelle patientuddannelser, som henvender sig til patienter med alle former for kroniske sygdomme og har fokus på, hvordan man tackler hverdagen med kronisk sygdom mere generelt (Sundhedsstyrelsen 2008; Kommunernes Landsforening 2012; Norman og Blom 2011). Organiseringen af de diagnosespecifikke og de generelle sundhedstilbud varierer mellem kommunerne. I nogle kommuner foregår alt i sundhedscentre, mens der i andre kommuner er en forløbskoordinator på sundhedsområdet, der sikrer, at borgere med kronisk sygdom får tilbud om relevante indsatser, der kan være forankret i forskellige enheder med forskellig beliggenhed i kommunen (Kommunernes Landsforening 2012).

Et af de mest udbredte af de generelle sundhedstilbud i kommunerne for patienter med kronisk sygdom er *Lær at tackle kronisk sygdom*, hvor patienter undervises af patienter efter et struktureret undervisningsmateriale. Konceptet er oprindeligt udviklet på Stanford University, men er oversat og tilpasset til en dansk kontekst af Komiteen for Sundhedsoplysning (Komiteen for Sundhedsoplysning 2007). Tal fra Komiteen viser, at det på landsplan er 7-8% af patienterne, som er anvist¹ til *Lær at tackle kronisk sygdom* fra almen praksis. Komiteen for Sundhedsoplysning henvendte sig i 2012 til Forskningsenheden for Almen Praksis med et ønske om at få undersøgt, hvad der ligger bag den forholdsvis lave andel af anvisninger fra almen praksis til *Lær at tackle kronisk sygdom*. I forlængelse heraf blev det besluttet at gennemføre en undersøgelse med fokus på samarbejdet mellem kommuner og almen praksis i forhold til a) anvisninger til *Lær at tackle kronisk sygdom* og b) henvisninger til de mest udbredte diagnosespecifikke sundhedstilbud, som er dem, der henvender sig til patienter med hhv. KOL og type 2-diabetes. De diagnosespecifikke tilbud er inddraget i undersøgelsen for at kunne sammenligne, hvordan kommunerne og de alment praktiserende læger handler og tænker i forhold til forskellige typer af tilbud, hvor nogle tilbud (de diagnosespecifikke) kræver en henvisning, mens tilbud som *Lær at tackle kronisk sygdom* ikke kræver en henvisning.

¹ Eftersom patienterne ikke behøver en formel henvisning fra en læge for at deltage i *Lær at tackle kronisk sygdom*, bruges i rapporten formuleringen, at de praktiserende læger kan 'anvise' patienter til *Lær at tackle kronisk sygdom* (eller 'anbefale' eller 'informere om').

Boks 1: De diagnosespecifikke tilbud

De diagnosespecifikke tilbud omfatter typisk undervisning, fysisk træning og kostvejledning samt evt. rygestopforløb, og varetages af fagpersoner. I 2011 havde 94 kommuner rehabiliteringstilbud til patienter med KOL, mens 83 kommuner havde tilbud til patienter med type 2-diabetes. Da området er i hastig udvikling, er der grund til at tro, at flere kommuner har fået tilbud til disse grupper siden da. De fleste kommuner (i 2011 var det 73) kræver henvisning med diagnose fra praktiserende læge eller sygehus, før borgeren kan deltage i de diagnosespecifikke tilbud til patienter med KOL, hjertekarsygdom eller type-2-diabetes (Norman og Blom 2012). Der er foretaget forskellige evalueringer af de diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud til KOL, type 2-diabetes og hjertepatienter i Danmark. Disse evalueringer er baseret på spørgeskemaer og/eller kvalitative interviews med deltagerne og peger på visse positive resultater i forhold til deltageres selvvaluerede helbred, funktionsevne, sundhedsadfærd og følelse af at kunne håndtere dagligdagen (Wittrup 2011; Navne et al. 2013). En litteraturgennemgang fra Sundhedsstyrelsen (2009), som dog bygger på udenlandske undersøgelser hovedsageligt foretaget i hospitalsregi, peger ligeledes på positive effekter af denne type rehabiliteringstilbud.

Boks 2: Lær at tackle kronisk sygdom (LTKS)

Lær at tackle kronisk sygdom (LTKS) (tidligere kaldet *Lær at leve med kronisk sygdom*) er en generel patientuddannelse, dvs. at LTKS ikke er målrettet mod patienter med én bestemt diagnose, men at deltagerne på kurserne kan have forskellige kroniske sygdomme. Hvert kursus ledes af to frivillige instruktører, hvoraf mindst én selv har en kronisk sygdom. Instruktørerne har gennemgået en uddannelse af fire dages varighed og certificeres. Undervisningen skal følge en officiel undervisningsmanual. På kurset arbejdes der bl.a. med at håndtere en række typiske symptomer forbundet med kronisk sygdom som nedtrykthed, smerter og træthed. Konceptet er udviklet af en forskergruppe på Stanford University (Lorig et al. 1999; Lorig et al. 2001) og oversat til en dansk sammenhæng af Komiteen for Sundhedsoplysning og Sundhedsstyrelsen (Komiteen for Sundhedsoplysning 2007). Kommunerne skal købe licens til at udbyde LTKS fra komiteen. LTKS blev første gang taget i brug i Danmark i 2006 (Sundhedsstyrelsen 2009), og udbredelsen har varieret siden da. Størst udbredelse havde patientuddannelsen i 2008-9, hvor 74 kommuner havde licens til kurset, mens det i 2014 var 49 kommuner. En MTV-rapport fra Sundhedsstyrelsen, der blandt andet bygger på et Cochrane Review (Foster et al. 2007), finder, at deltagelse i gruppebaserede patientuddannelser efter Stanford-modellen har positive effekter på kort sigt i form af øget fysisk aktivitet, øget brug af kognitive strategier til symptomhåndtering, bedre selvvalueret helbred, mindre bekymring for eget helbred, reduktion af smerte, træthed og funktionsnedsættelse, og øget self-efficacy (Sundhedsstyrelsen 2009: 64-66). Derfor anbefales LTKS af Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2005). Der kræves ikke henvisning fra praktiserende læge eller sygehus for at deltage i LTKS, men lægen kan informere sine patienter om tilbuddet og anbefale dem at deltage. Derfor bruges benævnelsen anvisninger frem for henvisninger, når det drejer sig om LTKS.

1.1. Almen praksis og de kommunale sundhedstilbud

Rekrutteringen af borgere til de kommunale sundhedstilbud sker ad forskellige veje, herunder annoncering i lokale medier, kommunale medarbejders henvisning/anvisning af borgere til tilbuddene, henvisninger fra hospitalernes ambulatorier samt henvisninger/anvisninger fra almen praksis. Eftersom mange af de mennesker, der udgør målgruppen for kommunernes sundhedstilbud, kommer i almen praksis, kan den alment praktiserende læge potentielt spille en vigtig rolle mht. at identificere og henvis/anvise relevante personer til de kommunale sundhedstilbud (Marthedal et al. 2011; Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2008). Derfor har kommunerne gennem forskellige tiltag søgt at gøre det

nemmere for de praktiserende læger at henvise/anvise. Bl.a. har kommunerne forpligtet sig til at lægge deres sundhedstilbud på den såkaldte SOFT-portal² på sundhed.dk, så lægerne kan få overblik over tilbuddene (Kommunernes Landsforening 2012). Derudover har Kommunernes Landsforening, Lægeforeningen og Sundhedsstyrelsen udarbejdet en række anbefalinger til, hvordan man kan forbedre den elektroniske kommunikation mellem kommune og almen praksis ved henvisning til de kommunale sundhedstilbud³. Endelig er der etableret nogle overordnede formelle strukturer til understøttelse af samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne, herunder samarbejdet om henvisninger til kommunale sundhedstilbud. Det drejer sig om de kommunalt-lægelige udvalg (KLU)⁴ og de kommunale praksiskonsulentordninger (PKO)⁵. Tidligere undersøgelser har imidlertid vist, at en del patienter ikke får tilbuddet om at deltage i de kommunale sundhedstilbud (Johansen et al. 2012), samt at flere kommuner finder det svært at få informeret de alment praktiserende læger om tilbuddene og gøre dem mere aktive mht. at orientere deres patienter om disse tilbud (Sundhedsstyrelsen 2009). Hvad angår *Lær at tackle kronisk sygdom* er det som nævnt kun 7-8% af deltagerne på landsplan, der oplyser at være blevet informeret om tilbuddet af deres læge ifølge data fra Komiteen for Sundhedsoplysning (se også Kapitel 3). Det er derfor interessant at undersøge, hvilke forhold der har betydning for antallet af anvisninger og henvisninger fra almen praksis til de kommunale sundhedstilbud.

1.2. Formål

På ovenstående baggrund er formålet med rapporten at belyse følgende spørgsmål i relation til de kommunale sundhedstilbud (som altså her er afgrænset til *Lær at tackle kronisk sygdom* samt de diagnosespecifikke tilbud til patienter med KOL eller diabetes):

- Hvordan informerer kommunerne almen praksis om de kommunale sundhedstilbud?
- Hvilke overvejelser gør kommunerne sig om almen praksis' rolle i forhold til at anvise eller henvise patienter til de kommunale sundhedstilbud?

² SOFT-portal er en oversigt over sundheds- og forebyggelsestilbud i kommunerne og regionerne. Den findes på sundhed.dk.

³ <http://kl.dk/Sundhed/Elektronisk-kommunikation-ved-henvisning-til-kommunale-sundheds-og-forebyggelsestilbud-id75576/>

⁴ Formålet med de kommunalt-lægelige udvalg (KLU) er at styrke dialogen og samarbejdet om den lange række emner, der er fælles for de praktiserende læger og kommunernes indsats på sundhedsområdet. Udvalgene består dels af to lægelige medlemmer udpeget af de lokale PLO, dels af en række repræsentanter fra kommunen, ofte på chefniveau. KLU skal som minimum holde to møder om året, og behandler emner som nye sundhedspolitiske initiativer, IT-kommunikation og lægedækning samt indsatsen for patienter med kronisk sygdom. KLU kan udarbejde vejledende retningslinjer for samarbejdet, men kan ikke indgå forpligtende aftaler.

http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_54744/cf_202/Vejledning_om_kommunalt_l-gelige_udvalg.PDF

⁵ Efter strukturreformen i 2007 har mange kommuner ansat kommunale praksiskonsulenter, som skal styrke samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger, herunder kvalificere kommunikationen fra kommuner til læger, samt yde almen medicinsk rådgivning til kommunernes forskellige forvaltninger. Praksiskonsulenterne er selv praktiserende læger som er købt fri i et varierende antal timer om ugen. Praksiskonsulenternes opgaver er typisk ikke fast definerede men aftales løbende med kontaktpersonerne i kommunen.

https://www.sundhed.dk/content/cms/97/4897_kommunal_pko_samarbejde_mellem_almen_praksis_og_kommuner.pdf

https://www.sundhed.dk/content/cms/19/11519_kortlaegning-komm-pko-kl-plo.pdf

- Hvilket kendskab har de praktiserende læger til de kommunale sundhedstilbud, og hvilke opfattelser har lægerne af disse tilbud?
- Hvilke forhold er afgørende for omfanget af de praktiserende lægers anvisninger og henvisninger til de kommunale sundhedstilbud?
- Hvilke ønsker har de praktiserende læger til kommunerne angående information om de kommunale sundhedstilbud og procedurer for kommunikation i forbindelse med anvisninger/henvisninger?

Rapportens indhold

I kapitel 2 beskrives undersøgelsens design og metoder. Dernæst præsenteres undersøgelsens resultater vedrørende *Lær at tackle kronisk sygdom* i Kapitel 3. I Kapitel 4 præsenteres så undersøgelsens resultater vedrørende de diagnosespecifikke tilbud for KOL og diabetes. I det afsluttende kapitel 5 samles der op på resultaterne fra de forrige kapitler, og der gives en række anbefalinger til forbedring af samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne vedrørende henvisninger til de kommunale sundhedstilbud for borgere med kronisk sygdom.

2. Undersøgelsesdesign, metoder og materialer

Rapporten er baseret på tre del-undersøgelser:

1. Forundersøgelse
2. Kvalitativ undersøgelse i fire kommuner
3. Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse i almen praksis

Hovedelementerne i undersøgelsen er præsenteret i Tabel 1.

Tabel 1. De tre delundersøgelser

Undersøgelse	Formål	Metoder og materialer
1. Forundersøgelse	<p>At skabe overblik over feltet</p> <p>At skærpe og præcisere designet for de efterfølgende undersøgelser</p>	<p>Gennemgang af relevant faglitteratur</p> <p>Eksplorative interviews med nøglepersoner på nationalt og kommunalt niveau</p> <p>Deltagelse i et <i>Lær at tackle kronisk sygdom</i> kursus</p>
2. Kvalitativ undersøgelse i fire kommuner	<p>At undersøge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunernes indsats og erfaringer i forhold til at informere de praktiserende læger om de kommunale sundhedstilbud - Kommunernes perspektiver på almen praksis' rolle i forhold til anvisninger og henvisninger til de kommunale sundhedstilbud - De praktiserende lægers perspektiver og erfaringer i forhold til at anvise og henvise til de kommunale sundhedstilbud 	<p>Kvalitative interviews med:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunale nøglemedarbejdere - Praktiserende læger - Medlemmer af de kommunale PLO-bestyrelser - Kommunale praksiskonsulenter <p>Dokumenter vedrørende praksis for samarbejde og de organisatoriske betingelser for samarbejdet</p> <p>Observationer af kommunalt-lægelige udvalgsmøder, praksiskonsulentmøder og åbne møder mellem kommunerne og deres praktiserende læger</p>
3. Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse i almen praksis	<p>At belyse udbredelsen af de holdninger, opfattelser og begrundelser, som fremkom i interviewene med de praktiserende læger</p>	<p>Elektronisk spørgeskema sendt til en tredjedel af landets praktiserende læger</p>

2.1. Forundersøgelsen

Med henblik på at forberede den mere detaljerede kvalitative undersøgelse samt den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse gennemgik vi indledningsvis relevant faglitteratur og foretog eksplorative interviews med følgende aktører:

- En repræsentant fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)
- En repræsentant fra Kommunernes Landsforening (KL)
- To alment praktiserende læger
- 14 kommunale koordinatore for *Lær at tackle kronisk sygdom*

De to læger blev udvalgt efter anbefaling fra den interviewede repræsentant fra DSAM på baggrund af forskellige holdninger til kvaliteten i kommunens sundhedstilbud. Da udgangspunktet for undersøgelsen var en interesse for anvisninger til LTKS, var hovedkriteriet for udvælgelsen af de kommunale koordinatore, at deres respektive kommune havde haft licens til LTKS i hvert af årene 2010-2012. Dernæst udvalgte vi kommuner med variation i størrelse og geografisk placering samt antal deltagere, der var anvist fra almen praksis til LTKS set i forhold til det samlede antal deltagere. Det sidste skete på basis af data fra Komiteen for Sundhedsoplysning, som løbende beder deltagerne på *Lær at tackle kronisk sygdom* om bl.a. at svare på, hvor de har fået kendskab til kurset (se også Kapitel 3). I interviewene blev koordinatorene bl.a. spurgt til, hvordan *Lær at tackle kronisk sygdom* var organiseret i kommunen, hvordan koordinatorene samarbejdede med de praktiserende læger om rekruttering af deltagere, herunder hvordan de informerede lægerne om deres sundhedstilbud, samt hvordan de oplevede lægernes engagement i samarbejdet.

2.2. Kvalitativ undersøgelse i fire kommuner

Blandt de 14 kommuner, hvori vi havde interviewet koordinatore for *Lær at tackle kronisk sygdom*, udvalgte vi fire kommuner til en mere grundig undersøgelse, som strakte sig fra august 2013 til februar 2014. Disse kommuner blev igen udvalgt med henblik på at sikre variation i antal anvisninger til LTKS, størrelse, og geografisk placering. Herefter blev de relevante kommunale medarbejdere kontaktet med henblik på at informere om undersøgelsen og sikre, at kommunerne var parate til at indgå i undersøgelsen (ved at være behjælpelige med at skaffe informationer, ved at tillade observation af bestemte møder, og ved at de relevante kommunale medarbejdere ønskede at deltage i interviews). Dette var tilfældet i alle fire kommuner. De fire kommuner ligger i forskellige regioner, de varierer i befolkningstal (faktor 1:3 (fra 30.000 indbyggere i den mindste til 90.000 i den befolkningsmæssigt største kommune), i geografisk størrelse (faktor 1:35) og befolkningstæthed (faktor 1:25). I de fire kommuner blev data indsamlet via kvalitative interviews, observationer og dokumenter, som beskrevet nedenfor.

Interviews med kommunale medarbejdere

Kommunernes erfaringer med samarbejdet blev først og fremmest belyst gennem interviews med kommunale medarbejdere på flere niveauer. Dette omfattede dels koordinatorene for LTKS i hver kommune (n=4), dels kommunale ledere (n=5), hvis stillinger indebar opgaver og viden af relevans for undersøgelsen. De fire koordinatorene var blandt de 14 koordinatorene, som blev interviewet i forundersøgelsen. Ud over at de havde ansvaret for LTKS havde de fire koordinatorene også ansvar for eller godt kendskab til kommunens rehabiliteringstilbud for KOL og diabetes, og blev derfor også spurgt til samarbejdet med lægerne i forhold til disse tilbud. De kommunale ledere og koordinatorene blev spurgt til, hvordan kommunen informerede de praktiserende læger om de kommunale sundhedstilbud, hvordan de oplevede lægernes henvisnings- og anvisningspraksis, og hvordan de oplevede samarbejdet med lægerne generelt (herunder i praksiskonsulentordningen og i det kommunalt-lægelige udvalg).

For at sikre informanternes anonymitet bruges der i rapporten generiske stillingsbetegnelser, og her gælder følgende betegnelser:

- *Områdeleder*: Stilling på et højt ledelsesmæssigt niveau i kommunen som f.eks. sektionsleder, områdeleder eller områdechef.
- *Enhedsleder*: Ledere af kommunale sundhedshuse, sundhedscentre eller forebyggelsescentre.
- *Kommunal koordinator*: Ansatte med ansvar for at koordinere, udvikle, og/eller implementere de kommunale sundhedstilbud og/eller med ansvar for samarbejdet med de praktiserende læger.

Interviews med praktiserende læger

Der blev i alt foretaget interviews med 25 praktiserende læger jævnt fordelt på de fire kommuner. Fire læger var udvalgt i deres egenskab af kommunale praksiskonsulenter, og fire fordi de sad i bestyrelsen i det kommunale PLO. De resterende læger blev udvalgt med henblik på variation i køn og praksistype. Samlet set er lægerne karakteriseret ved følgende:

- 12 kvinder, 13 mænd
- 17 kompagniskabspraksis, 8 solopraksis
- Anciennitet i almen praksis: 3-36 år

På basis af data fra de enkelte kommuner sikrede vi også en vis variation mellem de udvalgte praksis mht. antallet af henvisninger til rehabiliteringstilbud for KOL- og type 2-diabetes. En sådan variation bekræftes af interviewene.

Interviewene med de praktiserende læger, der også var kommunale praksiskonsulenter eller medlemmer af det lokale PLO, fokuserede først og fremmest på disse informanternes rolle i samarbejdet mellem kommunen og de praktiserende læger i relation til henvisninger til kommunale sundhedstilbud

såvel som mere generelt. Derefter blev disse læger spurgt om deres egne erfaringer med KOL- og diabetesrehabilitering og *Lær at tackle kronisk sygdom*. Interviewene med de andre praktiserende læger fokuserede på, hvordan disse havde organiseret behandlingen af patienter med KOL og diabetes, deres kendskab til og erfaringer med kommunens rehabiliteringstilbud og LTKS, deres opfattelser af kommunens informationsmateriale vedrørende de kommunale sundhedstilbud samt deres opfattelser af kommunikationen med kommunen om disse tilbud. Endelig blev de praktiserende læger spurgt, om de havde forslag til forbedringer af samarbejdet på dette område.

Én læge havde valgt at have sin praksissygeplejerske med til interviewet, da det ofte var hende, der stod for at informere patienterne om kommunens tilbud og for at henvise dem. I to andre tilfælde anbefalede lægerne, at vi også interviewede deres praksissygeplejerske, hvilket vi gjorde. I alt interviewede vi således 3 praksissygeplejersker, som uddybede og supplerede det, de respektive læger fortalte.

Mødeobservationer

I alle fire kommuner observerede vi møder i de kommunalt-lægelige udvalg (KLU) (Tabel 2). Formålet var at få førstehåndsindblik i, hvordan mødernes parter diskuterede samarbejdet om henvisninger. I tre kommuner fik vi også mulighed for at observere andre relevante møder i kommunen, jf. Tabel 2.

Tabel 2: Oversigt over observationer i de fire kommuner

	Kommune 1	Kommune 2	Kommune 3	Kommune 4	I alt
Møder i de kommunalt-lægelige udvalg (KLU)	1	1	2	1	5
Møder afholdt af kommunen/KLU for alle de praktiserende læger	1	1	0	0	2
Møder i regi af praksiskon-sulentordningen	0	0	0	1	1

Dokumenter

For at få indblik i hvilke emner, der har været på dagordenen – og hvilke aftaler der er indgået – i forhold til samarbejdet med almen praksis om anvisninger/henvisninger i de enkelte kommuner, har vi gennemgået de tilgængelige referater fra de seneste års møder i de kommunalt-lægelige udvalg. Udover disse referater har vi gennemgået en række andre dokumenter fra kommunerne, såsom nyhedsbreve fra praksiskon-sulenterne, aftaler om elektroniske henvisninger til kommunens sundhedstilbud og beskrivelser af praksiskon-sulenternes opgaver.

Analyse af det kvalitative materiale

Alle interviews er transskriberet, og notater fra observationer er renskrevet og indgår som tekstmateriale i analysen sammen med de indsamlede dokumenter. Der er foretaget en tematisk analyse (Braun og Clarke 2007) af materialet, hvilket indebærer, at man med udgangspunkt i undersøgelsesspørgsmål og interviewguide søger efter temaer og mønstre af betydningsfulde erfaringer og synspunkter i data-materialet. Analysen foregår i flere trin, hvor de første indebærer en gennemlæsning af hele materialet og en indledende kodning af betydningsfulde udsagn og hændelser. Dernæst samles de enkelte koder til væsentlige temaer, som udvikles og præciseres ved at holde dem op imod både de enkelte interviews og observationer og materialet i sin helhed. Efterfølgende udarbejdes en deltajeret analyse af hvert tema og afslutningsvis sammenskrives analysen.

2.3. Landsdækkende spørgeskemaundersøgelse i almen praksis

For at få indblik i, om resultaterne fra den kvalitative undersøgelse – vedrørende de praktiserende lægers perspektiver på antallet af anvisninger og henvisninger fra almen praksis til de kommunale sundhedstilbud – kan generaliseres til landet som helhed, gennemførtes en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse. I september 2014 udsendte vi et elektronisk spørgeskema til 1192 af landets alment praktiserende læger med ydernummer, tilfældigt udtrukket med en tredjedel fra hver kommune. Udtrækket blev foretaget af PLO og rummede oplysninger om navn, e-mail, alder, køn, praksistype og kommune.

Spørgeskemaet afdækker lægernes kendskab til og brug af de kommunale sundhedstilbud (både *Lær at tackle kronisk sygdom* og de diagnosespecifikke tilbud vedrørende KOL- og type 2-diabetes), lægernes begrundelser for ikke at anvise/henvise patienter til tilbuddene, samt deres ønsker til henvisningsprocedurer og kommunikation med kommunen i relation til tilbuddene. Spørgeskemaet blev udviklet på baggrund af forundersøgelsen og de indledende analyser af de kvalitative data fra de fire kommuner. Med henblik på at sikre spørgsmålenes forståelighed, meningsfuldhed og omfang blev spørgeskemaet revideret i to omgange via feedback fra 6 praktiserende læger, som afprøvede spørgeskemaet. Spørgeskemaet var som nævnt elektronisk, hvilket betød, at respondenten ved visse afgivne svar automatisk blev henvist til senere spørgsmål, fordi de mellemliggende spørgsmål logisk set ikke ville være relevante. Spørgeskemaet findes som Bilag A.

Antallet af besvarelser nåede efter to rykkere op på 451 (38%). De læger, der besvarede spørgeskemaet, adskilte sig i nogen grad fra dem, der ikke besvarede: Der var færre mænd og flere kvinder; besvarerne var yngre end ikke-besvarerne (IQR median hhv. 53 år og 56 år); der var relativt flere besvarere fra kompagniskabspraksis end ikke-besvarere, og tilsvarende relativt færre besvarere fra solopraksis end fra kompagniskabspraksis. Men forskellene er små.

Spørgsmålet er så, om ikke-besvarerne har haft særlige grunde (med direkte relation til spørgeskemaets emne og konkrete spørgsmål) til ikke at besvare spørgeskemaet, og/eller om besvarerne på samme måde har haft særlige grunde (med relation til emnet) til at ville besvare. Noget sådant forekommer os ikke sandsynligt. Almen praksis' samarbejde med kommunerne om rehabiliteringsaktiviteter for patienter med kroniske sygdomme er næppe et så følelsesladet eller kontroversielt emne, at det har fået særligt mange til at afholde sig fra at svare – ligesom det næppe heller har gjort særligt mange ivrige efter at svare. Samlet set antager vi derfor, at den relativt lave svarprocent og de nævnte, små forskelle på visse baggrundsvariable (køn, alder, og praksistype) mellem besvarerne og ikke-besvarerne ikke påvirker resultaterne i nævneværdigt omfang, hvorfor vi i de følgende kapitler præsenterer resultaterne af undersøgelsen uden nærmere forbehold for den beskedne besvarelsesprocent.

3. Lær at tackle kronisk sygdom (LTKS)

De første år efter at LTKS blev introduceret i kommunerne i 2006 og 2007 var antallet af deltagere på kurset stigende. Men siden kommunerne fra 2010 og frem begyndte at etablere en række andre 'Lær at tackle' kurser⁶ for patienter med kroniske sygdomme har antallet af deltagere på LTKS været faldende (jf. Tabel 3).

Komiteen for Sundhedsoplysning indsamler løbende informationer fra de borgere, der har gennemført et kursusforløb i *Lær at tackle kronisk sygdom*. Deltagerne skal i et evalueringsskema bl.a. svare på spørgsmålet: 'Hvor har du fået kendskab til kurset?' Ud over 'Hos lægen'⁷, dækker svarmulighederne 'Via en annonce i den lokale avis', 'Hos privatpraktiserende fysioterapeut/ergoterapeut', 'Gennem en ven', 'På kommunen', 'På patientforeningens hjemmeside', 'På hjemmesiden www.patientuddannelse.info', 'På biblioteket', 'På apoteket', 'Andet sted'. Da udgangspunktet for nærværende rapport er en interesse for anvisninger fra lægen, er dét fokus for det følgende. Tallene i Tabel 3 er baseret på oplysningerne fra de indkomne besvarelser, som Komiteen for Sundhedsoplysning har samlet og stillet til rådighed for denne undersøgelse. Selv om tallene er forbundet med en lille usikkerhed (fordi det kun er de personer, som gennemfører kursusforløbet, der bliver bedt om at besvare evalueringsskemaet), så indikerer de alligevel tydeligt, at det generelt er relativt få patienter, der bliver informeret om LTKS af deres læge i almen praksis, jf. Tabel 3. Det rejser en række spørgsmål om, hvad årsagerne til dette kan være, herunder i hvilket omfang de praktiserende læger har kendskab til *Lær at tackle kronisk sygdom*, og hvordan de opfatter kurset, samt hvordan kommunerne ser på de praktiserende lægers rolle, og hvad de gør for at informere almen praksis om kurset. Med henblik på at belyse disse spørgsmål præsenteres her resultaterne fra hhv. den kvalitative undersøgelse i fire kommuner, de eksplorative interviews med kommunale koordinatører for LTKS, samt resultaterne fra den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse.

⁶ Først *Lær at tackle kroniske smerter* og siden *Lær at tackle angst og depression* samt *Lær at tackle job og sygdom*.

⁷ Komiteen for Sundhedsoplysning opfatter svarmuligheden "Hos lægen", som "Hos den praktiserende læge", og da koordinatorinterviewene indikerer, at der ikke informeres om LTKS til andre læger end de praktiserende læger, vil det også være antagelsen i denne rapport.

Tabel 3. Antal deltagere på *Lær at tackle kronisk sygdom* og antal deltagere som er blevet anvist fra almen praksis på landsplan

	2010	2011	2012	2013
Antal deltagere som har gennemført kurset*	1304	755	592	420
Antal deltagere som er faldet fra**	294	201	173	206
Antal gennemførte deltagere som har besvaret en evaluering	1074	714	465	337
Antal gennemførte deltagere, der er blevet informeret om tilbuddet i almen praksis	91	56	37	29
Andelen af det samlede antal deltagere der er blevet informeret om tilbuddet i almen praksis	7,0%	7,4%	6,3%	6,9%
Andelen af deltagere, som har besvaret en evaluering, der er blevet informeret om tilbuddet i almen praksis	8,5%	7,8%	8,0%	8,6%

*Deltagere der har deltaget i mindst 4 kursusgange ud af 6.

** Deltagere der har deltaget i 3 eller færre kursusgange.

Kilde: Komiteen for Sundhedsoplysning

3.1. Resultater fra den kvalitative undersøgelse

3.1.1. LTKS i de fire kommuner og kommunernes perspektiver

Kommune 1 har haft *Lær at tackle kronisk sygdom* siden 2008. Det blev imidlertid lukket ned pga. for få deltagere, mens denne undersøgelse var i gang. I stedet kører kommunen videre med *Lær at tackle kroniske smerter og Lær at tackle angst og depression*, som de mener rammer borgernes behov bedre. I Tabel 4 ses tal for, hvor mange, der har deltaget i LTKS i perioden 2009-2013, samt hvor mange der er blevet informeret om kurset i almen praksis. Som det fremgår, var der i kursets første to år relativt mange af patienterne på LTKS, som var blevet informeret om kurset hos deres egen læge, mens der, i de to år inden kurset lukkede, var meget få. Dette hænger muligvis sammen med, at kommunen netop i denne periode fik etableret en række andre kommunale sundhedstilbud (særligt *Lær at tackle kroniske smerter* samt de diagnosespecifikke tilbud for KOL og diabetes), som kan siges at konkurrere om lægernes (og borgernes) opmærksomhed.

I kommunen har man kun i begrænset omfang (primært via pjecer) informeret de praktiserende læger om LTKS. Mens man på sundhed.dk kan finde informationer om de sygdomsspecifikke sundhedstilbud i kommunen, har dette ikke været tilfældet for LTKS eller de lignende patientuddannelser (*Lær at tackle kroniske smerter og Lær at tackle angst og depression*). Mens *Lær at tackle kronisk sygdom* stadig kørte, var det dog muligt at henvise elektronisk, hvilket kom i stand på opfordring af nogle praktiserende læger, der mente, at der var større sandsynlighed for, at patienterne ville møde op, hvis de var blevet henvist.

Den relativt begrænsede informationsindsats fra kommunens side til almen praksis vedrørende LTKS kan umiddelbart undre, når kommunen har manglet deltagere på kurset. De kommunale informanter fortæller imidlertid, at almen praksis ikke har været tænkt ind som en vigtig aktør i forhold til rekruttering af borgere til LTKS, eftersom borgerne selv skal tage initiativ til at melde sig og ikke behøver en lægehenvielse. Problemerne med at rekruttere tilstrækkeligt med deltagere til LTKS (som til sidst gjorde, at kommunen valgte at lukke kurset ned) forbindes således ikke med manglende engagement fra de praktiserende lægers side.

Tabel 4: Antal deltagere på *Lær at tackle kronisk sygdom* og antal deltagere, som er blevet informeret om tilbuddet af almen praksis i Kommune 1

	2009	2010	2011	2012	2013
Antal deltagere som har gennemført kurset	31	25	15	10	0
Antal gennemførte deltagere, der har besvaret en evaluering	30	21	-	7	0
Antal deltagere, som har gennemført kurset og er blevet informeret om tilbuddet i almen praksis*	9	13	3	1	0

* Det er kun de deltagere, som har gennemført kurset, der har udfyldt et spørgeskema efter endt kursusdeltagelse, hvori de har oplyst, hvor de har fået kendskab til kurset fra.

Kilde: Komiteen for Sundhedsoplysning

Kommune 2 har haft *Lær at tackle kronisk sygdom* siden 2008, og der er to hold om året. Kurset lider under manglende deltagere og store frafald, og kommunen overvejer derfor, om de skal køre et andet kursus i stedet for. Kommunen har også kurserne *Lær at tackle kroniske smerter* og *Lær at tackle angst og depression*. Tallene fra Komiteen for Sundhedsoplysning peger på, at det er meget få patienter i kommunen, der bliver informeret om kurset af almen praksis (Tabel 5). Kommunen har informeret almen praksis om *Lær at tackle kronisk sygdom* via pjecer, som udleveres på halvårlige kommune-lægemøder, og på sundhed.dk, der også bruges til at informere om kommunens andre sundhedstilbud. Selv om man gerne vil have, at almen praksis oplyser patienterne om LTKS, så har man lagt mere vægt på at informere almen praksis om kommunens diagnosespecifikke tilbud. Begrundelsen herfor er den samme som i Kommune 1, nemlig at de diagnosespecifikke tilbud kræver en henvisning fra lægen med oplysninger om patientens helbred. Koordinatorerne på de sygdomsspecifikke rehabiliteringstilbud kan så opfordre de patienter, de får henvist, til at deltage i *Lær at tackle kronisk sygdom*. Ifølge mødereferaterne har kommunen enkelte gange nævnt *Lær at tackle kronisk sygdom* på KLU-møderne i forbindelse med en præsentation af kommunens forskellige sundhedstilbud.

Tabel 5: Antal deltagere på *Lær at tackle kronisk sygdom* og antal deltagere som er blevet anvist fra almen praksis i Kommune 2.

	2009	2010	2011	2012	2013
Antal deltagere som har gennemført kurset	18	18	12	7	16
Antal gennemførte deltagere, der har besvaret en evaluering	16	-	11	6	14
Antal deltagere, som har gennemført kurset og er blevet informeret om tilbuddet i almen praksis*	0	0	1	0	0

* Det er kun de deltagere, som har gennemført kurset, der har udfyldt et spørgeskema efter endt kursusdeltagelse, hvori de har oplyst, hvor de har fået kendskab til kurset fra.

Kilde: Komiteen for Sundhedsoplysning.

Kommune 3 har haft *Lær at tackle kronisk sygdom* siden 2008, og der er kurser forår og efterår. Ifølge kommunen har antallet af deltagere på *Lær at tackle kronisk sygdom* kontinuerligt været tilfredsstillende, om end antallet er faldet de sidste par år (se Tabel 6), hvilket kan skyldes at kommunen også har fået *Lær at tackle kroniske smerter* og *Lær at tackle angst og depression*. Som det fremgår af Tabel 6, er det relativt få deltagere, der er blevet informeret om LTKS i almen praksis. Kommunen har orienteret almen praksis om *Lær at tackle kronisk sygdom* via sundhed.dk og nyhedsbreve, men også i Kommune 3 har man lagt en del mere vægt på at informere almen praksis om de diagnosespecifikke tilbud (pga. henvisningskravet). Selv om man gerne vil have, at almen praksis oplyser patienterne om LTKS, har man først og fremmest satset på, at patienterne bliver opmærksomme på LTKS gennem annoncer og pjecer og på eget initiativ opsøger kurset. På KLU-møderne er *Lær at tackle kronisk sygdom* blevet diskuteret enkelte gange. Her har sundhedskoordinatorerne bl.a. fortalt, at kommunen efter særlig aftale med Komiteen for Sundhedsoplysning har fået en professionel sundhedsmedarbejder med som underviser ved siden af den frivillige underviser. Det har de gjort for at sikre et tilstrækkeligt højt kvalitetsniveau på kurset.

Der er tre sundhedskoordinatorer i kommunen, som modtager alle henvisninger til kommunens sundhedstilbud. De ser gerne, at almen praksis ikke skriver specifikt, hvilke elementer der skal indgå i den enkelte patients forløb, men overlader visiteringen til koordinatorene. Sundhedskoordinatorerne indkalder så de henviste patienter til en visiteringssamtale, hvor de sammen med patienterne tilrettelægger rehabiliteringsforløbet. I den forbindelse kan sundhedskoordinatorerne også tilbyde patienterne at deltage i *Lær at tackle kronisk sygdom*. Derfor kan borgere, der er henvist til kommunen fra egen læge, godt blive anvist til *Lær at tackle kronisk sygdom*, selv om lægen ikke kender til kurset. På et KLU-møde blev det sagt, at sundhedskoordinatorerne i princippet skal orientere egen læge, når patienter deltager i LTKS (egne mødeobservationer). En af de kommunale informanter siger imidlertid, at lægerne ikke får en tilbagemelding, når patienter har deltaget.

Tabel 6: Antal deltagere på *Lær at tackle kronisk sygdom* og antal deltagere som er blevet anvist fra almen praksis i Kommune 3.

	2009	2010	2011	2012	2013
Antal deltagere som har gennemført kurset	52	90	40	17	22
Antal gennemførte deltagere, der har besvaret en evaluering	-	15	33	-	21
Antal deltagere, som har gennemført kurset og er blevet informeret om tilbuddet i almen praksis*	8	2	7	1	2

* Det er kun de deltagere, som har gennemført kurset, der har udfyldt et spørgeskema efter endt kursusdeltagelse, hvori de har oplyst, hvor de har fået kendskab til kurset fra.

Kilde: Komiteen for Sundhedsoplysning

Kommune 4 startede *Lær at tackle kronisk sygdom* op samtidig med at forebyggelsescenteret åbnede i 2007. Gennem årene er det meget få patienter, der er blevet informeret om kurset i almen praksis (Tabel 7). I de første år vurderede kommunen at have tilstrækkeligt med deltagere på LTKS, men efter 2011 har deltagerantallet været faldende, og kommunen har været nødt til at aflyse hold nogle gange. De kommunale informanter mener, at faldet i deltagerantallet især skyldes de mange andre sundheds-tilbud, der er kommet til de senere år, herunder *Lær at tackle kroniske smerter*. Ligesom i de andre kommuner er det sådan, at kommunens koordinatore for de diagnosespecifikke tilbud for KOL og diabetes informerer borgerne om *Lær at tackle kronisk sygdom*, hvis det vurderes som relevant. Dette har ifølge kommunen givet lidt flere deltagere på kurset.

I forbindelse med etableringen af *Lær at tackle kronisk sygdom* blev der gjort en vis indsats for at informere de alment praktiserende læger om kursets indhold og principper (bl.a. via nyhedsbreve og kommunens hjemmeside). Som det også er tilfældet i de andre kommuner har man dog generelt givet de diagnosespecifikke tilbud mere opmærksomhed, fordi kommunen her er bundet af forløbsprogrammerne og sundhedsaftalen og har behov for en henvisning fra almen praksis. Det er således lang tid siden, at *Lær at tackle kronisk sygdom* er blevet nævnt i nyhedsbrevene til almen praksis. Seneste nyhedsbrev, hvor LTKS nævnes, er fra 2012, hvor der i et bilag med en beskrivelse af den elektroniske henvisningsprocedure står, at lægerne kan henvise elektronisk til LTKS.

Tabel 7: Antal deltagere på *Lær at tackle kronisk sygdom* og antal deltagere som er blevet anvist fra almen praksis i Kommune 4.

	2009	2010	2011	2012	2013
Antal deltagere som har gennemført kurset	30	11	22	15	13
Antal gennemførte deltagere, der har besvaret en evaluering	27	8	18	14	7
Antal deltagere, som har gennemført kurset og er blevet informeret om tilbuddet i almen praksis*	2	1	2	4	0

* Det er kun de deltagere, som har gennemført kurset, der har udfyldt et spørgeskema efter endt kursusdeltagelse, hvori de har oplyst, hvor de har fået kendskab til kurset fra.

Kilde: Komiteen for Sundhedsoplysning

Kommunernes perspektiver på antallet af henvisninger fra almen praksis til LTKS

Som beskrevet ovenfor er det generelt kun en meget lille andel deltagere på LTKS i de fire kommuner, der har fået information om kurset hos deres praktiserende læge. I tre af de fire kommuner ser man ikke dette som et stort problem, da man ikke mener, at almen praksis behøver at spille en stor rolle i rekrutteringen. Kommunerne har således lagt relativt få kræfter i at orientere almen praksis om kurset sammenlignet med den indsats, der er gjort for at promovere de diagnosespecifikke tilbud over for de alment praktiserende læger (se Kapitel 4). Alligevel synes flere af informanterne, at det er lidt ærgerligt med det lave antal anvisninger fra praksis, da de vurderer, at mange patienter ville have gavn af at deltage på kurset. Ifølge de kommunale informanter kan der være flere forskellige grunde til, at de praktiserende læger kun i meget begrænset omfang anviser patienter til LTKS. For det første peger flere på, at mange praktiserende læger nok ikke har den store viden om LTKS, og at det *generelt* kan være svært for de praktiserende læger at få overblik over alle de kommunale sundhedstilbud:

"Jeg kan godt forstå, at de ikke kan finde ud af – altså skal jeg nu henvise til det tilbud eller det tilbud der, altså og nogle gange laver vi lidt om på tilbuddene. Det er jo umuligt for dem at følge med i." (Områdeleder Kommune 3).

For det andet nævner nogle af de kommunale informanter, at der er praktiserende læger, som kender LTKS, men har et negativt syn på kurset, fordi det er patienter, der underviser patienter. De kommunale informanter tror derfor, at der er en risiko for, at lægerne opfatter LTKS som et selvhjælpskursus uden sundhedsprofessionel substans. I kommune 2 har områdelederen indtryk af, at de praktiserende læger er meget skeptiske over for LTKS, og kommunen overvejer at skifte *Lær at tackle kronisk sygdom* ud med et andet koncept, hvor en sundhedsprofessionel og en patient underviser sammen. Dette vil den gøre, dels pga. de få anvisninger fra almen praksis, dels pga. en fornemmelse af, at en del patienter ikke bryder sig om konceptets meget strukturerede form, hvilket kommunen mener, kan være en af årsagerne til de få deltagere og høje frafaldsprocenter. Hvis der er en professionel underviser, bliver det ifølge områdelederen muligt i højere grad at tage udgangspunkt i deltagernes ønsker til kurset. Der

er dog også nogle af de kommunale informanter (både i kommune 2 og i andre kommuner), som har hørt praktiserende læger udtale sig positivt om LTKS:

"Jeg har hørt flere, der siger, at det er godt. Nogle har kopieret cd'en og de henviser også til, at man kan låne bogen på biblioteket. De er ret begejstrede for bøgerne" (Enhedsleder, Kommune 1).

Som beskrevet i Kapitel 2 blev der i forundersøgelsen interviewet 14 koordinatore for LTKS, hvoraf fire kom fra de kommuner, hvis erfaringer og perspektiver er beskrevet ovenfor. Interviewene med de resterende 10 koordinatore bekræfter i høj grad indtrykkene fra den mere detaljerede undersøgelse i de fire kommuner. Det var således de samme typer af informationsmedier, der blev anvendt til at informere om LTKS i disse kommuner. Og det var også koordinatorenes oplevelse, at det var få deltagere på LTKS, der havde fået information om kurset fra deres læge. Koordinatorerne mente, at dette dels skyldtes manglende viden om kurset, dels skepsis overfor kursusformen blandt de praktiserende læger, og endelig at lægerne nok generelt havde svært ved at overskue de mange kommunale sundheds-tilbud og måske fokuserede på dem, der krævede henvisning. Alle koordinatorene så gerne, at lægerne fortalte flere patienter om kurset, men halvdelen af dem sagde samtidig, at de nok godt kunne gøre mere for at informere lægerne om LTKS. Når de ikke havde gjort dette, skyldtes det først og fremmest, at de havde haft tilstrækkeligt med deltagere til at fylde deres hold op. Det var således ikke alle, der oplevede de manglende anvisninger fra almen praksis som et problem. I relation til spørgsmålet om lægernes rolle i rekruttering lagde nogle koordinatore endvidere vægt på, at der er vidt forskellige administrative set-ups omkring hhv. LTKS og de diagnosespecifikke tilbud; hvor LTKS køres af frivillige og ikke kræver lægens inddragelse, er deltagelse i de diagnosespecifikke tilbud funderet på en henvisning fra lægen, og lægen får (i hvert fald i princippet) også en tilbagemelding fra kommunen, når en patient har afsluttet et tilbud. Således har lægen allerede i udgangspunktet en forskellig rolle i rekrutteringen til de to typer tilbud. Adspurgt om hvorvidt det kunne være en idé at oprette en decideret henvisningsmulighed, sagde en del af koordinatorene, at de ikke mente, dette var en god idé, da det var meget vigtigt, at patienterne var motiverede for at deltage og ikke kun kom, fordi lægen havde henvist dem. Enkelte steder havde man etableret mulighed for elektronisk henvisning, og nogle fortalte, at de en gang i mellem fik henvendelser fra læger, der havde en patient, som gerne ville tilmeldes LTKS.

I rapportens to næste afsnit belyses spørgsmålet om årsagerne til det lave antal anvisninger fra almen praksis nærmere – først på baggrund af interviews med praktiserende læger fra de fire kommuner, og dernæst med tal fra den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse.

3.1.2. De praktiserende lægers perspektiver på LTKS

Eftersom der ikke var tydelige kommune-betingede forskelle mht. de praktiserende lægers kendskab til samt opfattelser og brug af LTKS, præsenteres resultaterne fra interviewene i de fire kommuner samlet.

De alment praktiserende lægers kendskab til og opfattelser af LTKS

Langt de fleste (21) af de i alt 25 interviewede alment praktiserende læger i de fire kommuner havde hørt om LTKS som et sundhedstilbud i deres kommune. Ud af disse 21 havde de 12 et ret overfladisk kendskab til kurset, mens ni af lægerne vidste, at kurset er en patientuddannelse, hvor patienter underviser patienter. Syv af lægerne havde selv anvist patienter til kurset, mens én havde en sygeplejerske, der vidste en del om kurset og ofte informerede patienterne om det. Nogle af lægerne havde anvist til kurset uden at kende så meget til det, mens andre havde et vist kendskab til kurset, selv om de ikke havde anvist nogen patienter (i disse tilfælde havde patienterne selv fundet kurset og fortalt lægen om deres deltagelse).

Som nævnt mente områdelederen i Kommune 2, at en del af de praktiserende læger var meget skeptiske over for LTKS, og at dette til dels kunne forklare det lave antal anvisninger til LTKS fra almen praksis. Dette var dog ikke det generelle indtryk fra interviewene, selv om en lille fjerdedel af lægerne (bl.a. 3 af lægerne fra Kommune 2) udtrykte varierende grader af skepsis over for LTKS. Disse læger hæftede sig enten ved, at deltagerne har forskellige diagnoser og/eller især, at underviserne ikke er professionelle:

”Jeg har læst om og hørt om, at det er nogle, der selv har en eller anden kronisk sygdom, der så underviser andre, og det synes jeg ikke jeg vil decideret henvise til. Hvis nogle af mine patienter de har lyst til at deltage i det, så fint for mig, hvis de kan få noget ud af det, er det rigtig godt. Men jeg vil ikke som fagperson stå inde for, at nogle der ikke er faglærte skal undervise nogle andre i noget, som er en regulær sygdom” (Læge, Kommune 2).

Hovedparten af de andre alment praktiserende læger så dog positivt på konceptet med patienter, der underviser patienter. En del af dem mente, at patienter godt kan lære noget af hinanden, og at nogle patienter vil få lettere ved at leve med deres sygdom – og eventuelt blive mere motiverede for at tage sig af sygdommen – hvis de møder mennesker, som er i den samme situation som dem selv:

”Accepten af kronisk sygdom er ofte nemmere, hvis man har nogen at spejle sig i” (Læge, Kommune 4).

Det skal også bemærkes, at enkelte læger ændrede holdning til konceptet undervejs i interviewet, når interviewerens forklarede mere detaljeret om, hvad kurset indeholdt. En enkelt blev således mere posi-

tivt indstillet, da hun fik at vide, at de frivillige undervisere på LTKS skal følge en detaljeret manual og er blevet certificerede som undervisere, mens en anden blev mere skeptisk, da hun hørte at deltagerne ikke blev opdelt efter diagnoser. Sådanne situationer illustrerer, at lægernes kendskab til konceptet ofte kan være ganske overfladisk.

Interviewene med de praktiserende læger tyder på, at det er forskelligt, hvad deres patienter har fået ud af at deltage i LTKS. En læge har haft fem-seks patienter med kroniske rygsmerter, som har deltaget på kurset og været glade for det. Disse patienter havde selv fundet kurset og bedt lægen om at formidle kontakten til kommunen. Til trods for patienternes positive tilbagemeldinger har han dog aldrig selv informeret patienter om kurset. Han kan ikke forklare, hvorfor det er sådan. En anden læge har haft nogle patienter, der er faldet fra undervejs, fordi de syntes, kurset var for stramt tilrettelagt. Men der er også nogle af hendes patienter, der har været glade for det, og én har uddannet sig til instruktør. Andre er ikke helt klar over, hvad patienterne har fået ud af at deltage. Endvidere fortalte et par læger, at de sjældent havde haft "held med at sælge" LTKS til deres patienter. Enten fordi patienterne ikke oplever sig som kronisk syge, eller fordi patienterne ikke vil deltage i noget, hvor underviserne ikke er professionelle, eller fordi patienterne oplever kurset som en form for gruppeterapi.

Selv om både skepsis over for konceptet eller negativ respons fra patienter kan have betydning for de praktiserende lægers motivation til at informere patienterne om LTKS, så peger interviewene på, at de få anvisninger fra almen praksis især skyldes manglende kendskab til konceptets eksistens eller manglende opmærksomhed på tilbuddet i det daglige. Således kendte en fjerdedel af lægerne ikke til LTKS, og mange af de resterende læger fortalte, at information om tilbuddet i en travl hverdag med mange andre gøremål risikerede "at drukne" i den store informationsmængde, som almen praksis udsættes for. Nogle læger nævnte i den forbindelse, at de nok var mest opmærksomme på de sundhedstilbud, som kræver en henvisning, og at de aldrig havde tænkt på LTKS som noget, de kunne/skulle informere patienterne om. En læge sagde f.eks., at det var sjældent, at *Lær at tackle kronisk sygdom* dukkede op i hendes bevidsthed, dels fordi hun ikke kender ret meget til kurset, dels fordi patienter ikke behøver en henvisning, og derfor kommer de ikke til hende og beder om én. Det oplevede hun, at patienterne gjorde for at komme på et diabetes- eller KOL-tilbud. I forlængelse heraf sagde én af lægerne, at dem, der udbyder kurset, må sørge for at informere potentielle deltagere, og at patienterne også selv må tage noget ansvar og være opsøgende i forhold til, hvad der kan være af kurser til mennesker i deres situation.

De praktiserende læger ville generelt gerne informeres om LTKS, og et par af dem mente, at det ville være lettere for dem at huske at informere patienterne om *Lær at tackle kronisk sygdom*, hvis de blev mindet om det via sentinel eller en fast frase i journalsystemet.

3.2. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Af de 1192 alment praktiserende læger, som det landsdækkende spørgeskema blev sendt til, havde de 67% deres praksis i kommuner, som havde licens på LTKS i 2013 og/eller 2014. Ud af de læger, der besvarede spørgeskemaet, havde 309 (68,5%) praksis i disse kommuner.

3.2.1. Kendskabet til LTKS

Da et vist kendskab til kursets eksistens og indhold er en forudsætning for at kunne informere patienterne om kurset, blev alle praktiserende læger i spørgeskemaundersøgelsen adspurgt om deres kendskab til kurset. Som det fremgår af Tabel 8, mener kun 3% af de praktiserende læger at have et detaljeret kendskab til LTKS, mens 40% angiver, at de slet ikke kender det. Resten angiver, at de har et "nogenlunde" eller "beskedent" kendskab til LTKS.

Tabel 8. Hvordan er dit kendskab til *Lær at tackle kronisk sygdom*?

	Antal	Procent
Detaljeret	13	3,0
Nogenlunde	71	16,5
Beskedent	172	39,9
Kender det ikke	175	40,6
I alt	431	100

Af den næste tabel fremgår det, at over halvdelen af respondenterne ikke vidste, om LTKS eksisterede i deres kommune (Tabel 9).

Tabel 9. Findes *Lær at tackle kronisk sygdom* som tilbud i din kommune?

	Antal	Procent
Ja	170	39,4
Nej	39	9,1
Ved ikke	222	51,5
I alt	431	100

Endvidere tog en mindre del af respondenterne tilsyneladende fejl mht. om LTKS eksisterede i deres kommune eller ej. Således svarede 26 læger, at kommunen havde LTKS som tilbud, mens dette ikke var tilfældet i hverken 2013 eller 2014. Og 19 læger fra kommuner med licens i 2013 og/eller 2014, svarede, at kommunen ikke havde LTKS som et tilbud. Dette kan enten afspejle, at kommunen ikke har udbudt kurser, eller at udbudte kurser ikke er blevet til noget pga. for få tilmeldinger⁸ – eller at de pågældende læger tager fejl.

⁸ Komiteen for Sundhedsoplysning har ingen opgørelser over, hvor mange af de kommuner, som har licens til LTKS, der rent faktisk har udbudt kurset – kun over hvor mange kommuner, der har afholdt kurser. Komiteens erfaring er

I Tabel 10 sammenstilles data for lægernes kendskab til LTKS med, om deres kommune havde licens til LTKS eller ej. Det ses, at kendskabet til LTKS er signifikant højere blandt læger i kommuner med LTKS end i kommuner uden.

Tabel 10. Lægernes kendskab til LTKS i kommuner med og uden LTKS

Hvordan er dit kendskab til <i>Lær at tackle kronisk sygdom</i> ?	Kommunen havde licens til <i>Lær at tackle kronisk sygdom</i> i 2013 og/eller 2014		Sign.
	Nej	Ja	
Detaljeret	3 (2.3)	10 (3.3)	0,0036
Nogenlunde	11 (8.6)	60 (19.8)	
Beskedent	47 (36.7)	125 (41.3)	
Kender det ikke	67 (52.3)	108 (35.6)	

3.2.2. Hvor ofte informerer de praktiserende læger deres patienter om LTKS?

Som vi har set, peger både deltagerbesvarelser fra LTKS samt interviews med praktiserende læger på, at det er relativt få patienter, der bliver informeret om *Lær at tackle kronisk sygdom* i almen praksis. I den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse bliver dette billede bekræftet af svarene på spørgsmålet om, hvor ofte de praktiserende læger informerer deres patienter om LTKS. Af de i alt 165 læger, som kender LTKS, og som praktiserer i kommuner med LTKS, svarer 110 (66,7%) af respondenterne, at de enten slet ikke eller kun 1-2 gange har informeret patienterne om kurset inden for det seneste år. Kun 15 læger (9,1%) svarer, at de har informeret patienter om kurset mere end 5 gange inden for det seneste år (jf. Tabel 11).

Tabel 11. Hvor mange gange har du inden for det seneste år informeret en patient om *Lær at tackle kronisk sygdom*?

	Antal	Procent
Jeg har ikke informeret nogen patienter om dette det seneste år	47	28.5
Få gange (1 til 2 gange)	63	38.2
Nogle gange (3 til 5 gange)	40	24.2
Flere gange (mere end 5 gange)	15	9.1
I alt	165	100

Der er ikke nogen signifikant sammenhæng mellem informationshyppighed og lægens alder, køn eller praksistype, jf. Tabel 12.

dog, at kommuner med licens til LTKS også har intention om at afholde kurset. (Lea Hegaard, Komiteen for Sundhedsoplysning, *personlig meddelelse* 2014).

Tabel 12 Hvor mange gange har du inden for det seneste år informeret en patient om *Lær at tackle kronisk sygdom*?

	Alder				Køn			Praksistype		
	<50 år	50-65 år	>65 år	Sign.	mand	kvinde	Sign.	Solo	Kom-pag-niskab	Sign.
				0,616			0,1701			0,9569
Ikke informeret nogen patienter om dette det sidste år	25 (32.9)	20 (24.1)	2 (33.3)		17 (26.2)	30 (30.0)		11 (29.7)	36 (28.1)	
Få gange (1 til 2 gange)	29 (38.1)	31 (37.4)	3 (50.0)		29 (44.6)	34 (34.0)		14 (37.9)	49 (38.3)	
Nogle gange (3 til 5 gange)	17 (22.4)	23 (27.1)	0 (0.0)		11 (16.9)	29 (29.0)		8 (21.6)	32 (25.0)	
Flere gange (mere end 5 gange)	5 (6.6)	9 (10.4)	1 (16.7)		8 (12.3)	7 (7.0)		4 (10.8)	11 (8.6)	

3.2.3. Begrundelser for ikke at informere eller kun informere sjældent om LTKS

Samlet set viser ovenstående tal, at de praktiserende lægers kendskab til LTKS er meget begrænset. Og når man spørger de 110 læger, der ikke har anvist patienter eller kun har anvist ganske få patienter til LTKS, om årsagerne til dette, så fremstår manglende kendskab til kurset da også som en helt afgørende faktor. Respondenterne har kunnet angive maksimum tre grunde; halvdelen af de 110 respondenter har anført manglende kendskab som en af grundene (Tabel 13). Videre har en tredjedel af respondenterne anført, at de er usikre på, om patienten har nytte af at deltage i LTKS-kurser. Godt 17% svarer, at de koncentrerer sig om kommunale tilbud med krav om henvisning. Det er også værd at bemærke, at kun 7 læger angiver som begrundelse, at de ikke bryder sig om konceptet med patienter, der underviser patienter. Det synes dermed ikke at være pga. uvilje mod LTKS, at de praktiserende læger generelt informerer meget få af deres patienter med kroniske sygdomme om LTKS.

Tabel 13. Hvorfor har du ikke eller kun få gange informeret patienter om *Lær at tackle kronisk sygdom*? (Angiv max. tre grunde) (Tabellen er rangordnet efter svarhyppighed)

	Antal	Procent af 110 respondenter
Ikke tilstrækkeligt kendskab til <i>Lær at tackle kronisk sygdom</i>	55	50,0
Usikker på, om patienten har gavn af <i>Lær at tackle kronisk sygdom</i>	37	33,6
Andet	26	23,6
Jeg koncentrerer mig kun om de kommunale tilbud, som kræver en henvisning	19	17,3
Afstand er for stor	13	11,8
Jeg bryder mig ikke om konceptet med, at det er patienter, der underviser patienter	7	6,4
Patienter, som har deltaget, har givet negative tilbagemeldinger	6	5,5

Knap en fjerdedel af respondenterne har afkrydset svarmuligheden 'Andet' som begrundelse, og disse 26 er blevet bedt om at kvalificere dette svar med egne ord. Ni af svarene handler om, at lægerne ikke selv er opmærksomme på LTKS, f.eks.:

- "Glemmer det i travlheden".
- "Har nok ikke været opmærksom nok på tilbuddet".
- "Jeg har ikke tænkt på, at tilbuddet var der. Nok også lidt usikker på, hvilke sygdomskategorier, der falder ind under".

Sådanne begrundelser bekræfter indtrykket af, at manglende kendskab til LTKS og en lav grad af opmærksomhed på kurset i det daglige er de primære årsager til, at de praktiserende læger sjældent informerer deres patienter om tilbuddet. (Denne problemstilling udfoldes yderligere nedenfor).

Blandt de øvrige fritekstsvar under 'Andet' handler fem om manglende motivation hos patienterne, f.eks.:

- "De gange, jeg har nævnt det for pt., har de ikke været interesserede."
- "Ofte er patienterne ikke motiverede, når jeg foreslår det".

Andre fritekst svar antyder, at patienterne selv finder tilbuddet, og at lægerne derfor ikke behøver/bør gøre opmærksom på dem, f.eks.:

- "De fleste relevante patienter har selv fundet det!"
- "Det er super at pt selv kan henvise sig, det burde også gælde dm og KOL? Øger egenomsorg! Et visitkort at kunne give pt sammen med diagnosen ville fungere godt tror jeg, samme m KOL og DM".

Sammenhæng mellem kendskab og anvisninger til LTKS

Som det fremgik ovenfor, var et begrænset kendskab til LTKS den hyppigst angivne begrundelse for ikke eller kun meget sjældent at informere patienter med kroniske sygdomme om LTKS. En sammenstilling af svarene i to andre spørgsmål viser også, at jo dårligere kendskab, des færre anvisninger (Tabel 14). Eller sagt på en anden måde: Jo bedre kendskab lægen har til LTKS, des flere patienter har han/hun informeret om LTKS inden for det sidste år. Sammenhængen er statistisk signifikant.

Tabel 14. Sammenhæng mellem kendskab og anvisninger til *Lær at tackle kronisk sygdom*

Hvordan er dit kendskab til <i>Lær at tackle kronisk sygdom</i> ?	Hvor mange gange har du inden for det seneste år informeret en patient om <i>Lær at tackle kronisk sygdom</i> ?				Sign. <0.0001
	Ingen	1-2 gange	3-5 gange	> 5 gange	
Detaljeret	1 (2.1)	3 (4.8)	3 (7.5)	4 (26.7)	
Nogenlunde	6 (12.8)	25 (39.7)	24 (60.0)	6 (40.0)	
Beskedent	40 (85.1)	35 (55.6)	13 (32.5)	5 (33.3)	
Kender det ikke	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

3.2.4. Ønsker til information fra kommunen om LTKS

Med det åbenlyst begrænsede kendskab til LTKS kunne det tænkes, at de praktiserende læger gerne vil have informationer om kurset i deres kommune. Vi har derfor spurgt, hvordan de helst vil have sådanne informationer. Alle respondenter har kunnet svare (bortset fra dem som har oplyst, at LTKS ikke findes i deres kommune), og de er blevet bedt om at afkrydse op til tre svarmuligheder.

Tabel 15. Hvorfra vil du helst have information om *Lær at tackle kronisk sygdom*? (Angiv max. tre ting) (Tabellen er rangordnet efter svarhyppighed)

	Antal	Procent af 392 respondenter
Nyhedsbreve fra kommunen/praksiskonsulenten	244	62,2
Laminerede ark med oversigt over kommunens tilbud eller henvisningsprocedurer	174	44,4
Sundhed.dk (herunder SOFT portalen og praksis.dk)	154	39,3
Patientpjecer/postkort om de enkelte tilbud	81	20,7
Møder med kommunen	54	13,8
Besøg af kommunale repræsentanter i din praksis	41	10,5
Andet	16	4,1
Ingen af delene	8	2,0

Af Tabel 15 ses det, at hovedparten af respondenterne ønsker information via nyhedsbreve fra kommunen/praksiskonsulenten. Det bemærkes også, at hele 44% gerne vil have laminerede ark med oversigt over tilbud og henvisningsprocedurer. Lidt færre foreslår internetportaler, pjecer til patienterne og møder med kommunen. 16 respondenter har sat kryds ud for "Andet", og disse er anmodet om at kvalificere dette med egne ord. Her nævner flest, nemlig fem, hjemmesider som informationsformidler. Et par af svarene omhandler information til patienterne, f.eks. dette:

- "Visitkort og lamineret ark hvor pt kan se underviser og lokale og adresse og få emner der drøftes- en visuel appetizer".

Andre af svarene kan mere betragtes som generelle kommentarer til hele spørgsmålet om, hvem der har ansvaret for forebyggelse – og hvad det overhovedet skal til for:

- "Der er alt for mange unødvendige kommunale tilbud på skatteydernes regning, i bedste fald uden skadelige bivirkninger".
- "Jeg synes selv kommunerne skal oplyse borgerne om deres tilbud".
- "Kommunen kunne køre en kampagne".
- "Ptt synes ikke forebyggelses tiltag er særligt attraktive - de ønsker specifik behandling i stedet."

Kun 2% angiver, at de ikke ønsker information på nogen af de foreslåede måder. Vi betragter dette som et udtryk for, at lægerne faktisk ønsker at blive orienteret om *Lær at tackle kronisk sygdom*.

4. De diagnosespecifikke tilbud for KOL og diabetes

4.1. Resultater fra den kvalitative undersøgelse

4.1.1. Om rehabiliteringstilbuddene i de fire kommuner og kommunernes perspektiver

Nedenfor følger en beskrivelse af a) de fire kommuners sundhedstilbud for KOL og diabetes b) hvordan de fire kommuner forsøger at informere almen praksis om deres sundhedstilbud c) hvordan kommunerne ser på antallet af henvisninger fra almen praksis til de diagnosespecifikke tilbud for KOL og diabetes.

Kommune 1 har haft rehabiliteringstilbud for patienter med KOL og type 2-diabetes siden 2010. Et tilbud består af et 12-ugers kursus som indeholder sygdomsspecifik undervisning, kostvejledning, praktisk madlavning og fysisk træning samt opfølgende samtaler efter 6 og 12 måneder. Holdene starter løbende med intervaller af 1-2 måneder. Deltagelse kræver henvisning, og det er muligt at henvise elektronisk. Kommunen sender en status til den henvisende læge, når 12-ugers kurset er slut, og når sidste opfølgende samtale er foretaget. Tilbuddet foregår fem kilometer fra centrum i kommunens hovedby, hvilket gør, at især patienter, der bor i omegnsbyerne og på landet, kan have svært ved at komme derud, hvis de ikke kan køre selv.

For at informere praksis om kommunens initiativer og tilbud på sundhedsområdet sender Kommune 1 hver 6. til 8. måned nyhedsbreve til almen praksis i det omfang, det skønnes, at der er behov for det. Det kan f.eks. være ved opstart af forløbsprogrammer, eller hvis kommunen vil opfordre de praktiserende læger til at sende flere henvisninger. Derudover sørger kommunen for, at der er opdaterede pjecer om tilbuddene ude i praksis, at praksis får informationsmateriale, der kan vises på tv-skærme i venteværelset, og at sundhed.dk er opdateret. Ud over den skriftlige information afholder kommunen og KLU et årligt lægemøde, hvor relevante emner tages op, såsom kommunens sundhedstilbud, der sidst var på dagsordenen for 4 år siden, og attestsamarbejde, der var et tema på mødet i 2013. Kommunen oplever, at der er god opbakning til møderne fra de praktiserende lægers side (på mødet i 2013 var ca. 23 ud af kommunens ca. 70 læger til stede). Referater fra KLU-møder i kommunen viser, at man her har diskuteret visitationskriterier for de diagnosespecifikke tilbud samt muligheden for at oprette lokale tilbud.

Data fra kommunen over antallet af henvisninger til de diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud for KOL, diabetes (og hjerterehabilitering) viser, at stort set alle praksis i kommunen har henvist mindst en patient siden tilbuddene blev etableret, men at almen praksis i gennemsnit kun har henvist ca. 0,6 patienter per læge i 2013. Tallene viser, at der er meget store forskelle på, hvor mange patienter de

enkelte praksis henviser. F.eks. har en praksis med 5 læger kun henvist 7 patienter i en periode på tre et halvt år, mens en anden praksis med 3 læger har henvist 33 patienter i samme tidsrum. I kommunen er man dog nogenlunde tilfreds med antallet af henvisninger fra almen praksis, selv om der er nogle praksis, der meget sjældent henviser. Enhedslederen fortæller således, at kommunen ikke i øjeblikket arbejder på, at få flere henvisninger:

”Det kører rigtig fint. Hvis vi får dobbelt så mange, så er der rigtig lang venteliste. Det behøver ikke ske.”

Ifølge hende kører kommunen lige nu de hold, der er ressourcer til, selv om man forventer, at der er flere patienter i kommunen, der kunne have glæde af et tilbud. Områdelederen siger dog, at der er mulighed for at udbygge holdene, hvis der kommer flere henvisninger. I forlængelse af spørgsmålet omkring antallet af lægernes henvisninger, siger enhedslederen endvidere, at det er vigtigt, at det er de borgere, der har brug for ekstra støtte til at opnå en god egenomsorg, der får et kommunalt tilbud og ikke dem, der i forvejen tager godt hånd om deres sygdom.

Kommune 2 har haft rehabiliteringstilbud for patienter med diabetes siden 2007, og siden 2013 har tilbuddene kørt i samarbejde med sygehuset. Der er tre forskellige tilbud, som har vægt på hhv. sygdomsundervisning, hverdagen med diabetes samt fysisk træning. Der oprettes løbende diabeteshold og henvisninger til diabetestilbud skal sendes til kommunen via en REF01 sygehushenvisning. Kommunen har haft et rehabiliteringstilbud for patienter med KOL siden 2008. Der er 3 hold om året. I begyndelsen stratificerede man patienter mellem kommunen og sygehuset alt efter deres lungefunktion, men da de fleste patienter bedst kunne overkomme at transportere sig til kommunens lokaliteter, foregår al KOL-rehabilitering nu i kommunalt regi. Tilbuddet består af sygdomsundervisning og praktiske øvelser efterfulgt af et par måneders træning. Henvisninger til KOL-tilbuddet sendes som en korrespondancemeddelelse. For både KOL- og diabetesrehabiliteringen gælder det, at de praktiserende læger kan skrive på henvisningerne, hvis de har særlige ønsker til, hvad en given patients rehabiliteringsforløb skal indeholde. Gør de ikke det, planlægger kommunens koordinator et forløb sammen med den enkelte borger. Almen praksis får en tilbagemelding, når en patient har afsluttet et forløb, eller hvis vedkommende ikke dukker op eller falder fra.

Kommune 2 benytter sig ligesom de andre kommuner af sundhed.dk og pjecer til at informere almen praksis om de diagnosespecifikke sundhedstilbud. Kommunen har dog droppet brugen af nyhedsbreve, da man ønsker at reducere omfanget af skriftligt materiale. I stedet lægger man stor vægt på at afholde kommune-lægemøder hvert halve år. Her er information om sundhedstilbud et fast punkt på dagsordenen, og her får de praktiserende læger udleveret kommunens pjecer. Kommunen har ind i mellem inviteret koordinatorerne for tilbuddene med til møderne, så lægerne kunne få et ansigt på. Kommu-

nen oplever, at der er god opbakning til møderne, selv om der er enkelte praksis, der aldrig deltager (på mødet i 2013 var ca. 15 ud af ca. 28 læger til stede). Referater fra KLU-møderne viser, at kommunens diagnosespecifikke sundhedstilbud hyppigt er på dagsordenen, bl.a. fordi kommunen oplever, at en del praktiserende læger ikke henviser særlig mange patienter til tilbuddene. Lægerne har udtrykt ønske om bedre beskrivelser af kommunens sundhedstilbud og om at få pjecer om tilbuddene ved kommune-lægemøderne.

Ifølge data fra kommunen er der i 2013 i gennemsnit henvist ca. 2 patienter pr. praktiserende læge til tilbuddene for KOL og diabetes. Variationen i antal henvisninger fra de enkelte praksis er ikke så stor som i Kommune 1, selv om der er enkelte praksis, der ikke ser ud til at henvise patienter. De kommunale informanter oplever generelt at have en god dialog med de praktiserende læger og har hørt nogle af de praktiserende læger udtrykke sig positivt om kommunens sundhedstilbud for KOL og diabetes. Men dette har ifølge områdelederen desværre ikke afspejlet sig i antallet af henvisninger fra almen praksis, som man ikke er helt tilfreds med. Dette har også været kommunens meddelelse til lægerne, bl.a. på det seneste lægemøde:

"... det sidste lange stykke tid har vores dagsorden jo været; 'I skal henvise nogle flere, altså I henviser ikke nok'..." (Områdeleder, Kommune 2).

I et forsøg på at imødekomme lægernes ønsker til tilbuddene, har kommunen etableret et KOL-kursus i en mindre by, for at afstanden ind til hovedbyen (hvor rehabiliteringstilbuddene normalt finder sted) ikke skal være en barriere for patienterne. Dette har øget antallet af henvisninger fra en nærliggende praksis. Kommunen overvejer endvidere at placere et af deres diabeteshold efter arbejdstid, da en ekstern evalueringsrapport har peget på, at nogle læger oplever, at patienterne siger nej tak til de kommunale tilbud, fordi det kommer i konflikt med deres arbejdstid. Ud over disse typer forklaringer mener områdelederen, at det utilfredsstillende antal henvisninger fra almen praksis også kan skyldes, at lægerne ikke er tilstrækkelige bevidste om tilbuddene, og at mange af dem stadig tænker "mere i piller end i livsstilsinterventioner".

Kommune 3 etablerede deres rehabiliteringstilbud for KOL og diabetes i 2010. Rehabiliteringstilbuddene kan bestå af såvel individuelle samtaler som holdforløb og indeholde forskellige elementer omhandlende kost, motion og mestring af livet med kronisk sygdom. Der er løbende optag på holdene. De praktiserende læger kan henvise elektronisk via en REF01 sygehushenvisning og skal her inkludere forskellige helbredsmæssige oplysninger om patienterne. For at afhjælpe problemet med, at det kan være svært for de praktiserende læger at overskue alle kommunens sundhedstilbud, skal kommunens tre sundhedskoordinatorer være let tilgængelige kontaktpersoner for lægerne og overtage visiteringen til de forskellige tilbud fra lægerne. Der skal stadig foreligge en henvisning til de sygdomsspecifikke tilbud,

men lægerne behøver ikke længere at tage stilling til præcist hvilke deltilbud, de enkelte patienters rehabiliteringsforløb skal bestå af. Koordinatorerne indkalder så de henviste patienter til en visiterings-samtale, hvor de sammen med patienterne tilrettelægger rehabiliteringsforløbet. De praktiserende læger kan også kontakte sundhedskoordinatorerne, hvis de er i tvivl om noget i forhold til sundhedstilbuddene. Lægerne får en tilbagemelding, når en patient har afsluttet et forløb.

Kommune 3 informerer de praktiserende læger om de kommunale sundhedstilbud for KOL og diabetes både mundtligt og skriftligt. Ved siden af sundhed.dk udsender kommunen løbende to forskellige nyhedsbreve. Det ene nyhedsbrev skrives efter KLU-møderne, når det vurderes at være relevant. Det er formanden for det kommunale PLO, der sender disse nyhedsbreve ud, da man antager, at brevene derved hyppigere bliver læst. Det andet nyhedsbrev udsendes af praksiskonsulenten cirka en gang om måneden, og heri er han for nylig begyndt at minde lægerne om SOFT-portalens eksistens. Lægerne har endvidere fået tilsendt en lamineret oversigt over henvisningsproceduren, og de modtager pjecer om tilbuddene to gange om året. Enhedslederen har dog ikke stor tiltro til værdien af pjecerne (som efter hendes opfattelse mest "ligger og roder i venteværelserne") og mener, at det primært gælder om at få lægerne til at bruge sundhed.dk. Endelig har nogle af underviserne på rehabiliteringskurserne et par gange besøgt lægernes tolvmandsforeninger for at informere om kurserne, og der har været afholdt møder for praksispersonalet i erkendelse af, at de også spiller en stor rolle i arbejdet med patienter med kronisk sygdom. Det fremgår af referaterne fra KLU-møderne at kommunens diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud er et tilbagevendende tema. Man har diskuteret sundhedskoordinatorernes funktion, rehabiliteringstilbuddenes indhold og kravene til indholdet i lægernes henvisninger. Derudover har nødvendigheden af – og målgruppen for – tilbuddene været genstand for diskussion.

Ifølge de kommunale informanter kommer der et tilfredsstillende antal henvisninger fra almen praksis til kommunens rehabiliteringstilbud for KOL og diabetes. Tidligere oplevede kommunen næsten at blive kvalt i henvisninger, men nu er der god overensstemmelse mellem kommunens ressourcer og antallet af henvisninger. Ifølge data fra kommunen har almen praksis i gennemsnit henvist ca. 2 patienter pr. læge i 2013. Det er dog ikke alle henvisninger, der er registreret i det udleverede datasæt. Tallene viser, at der er meget stor forskel på, hvor meget de enkelte praksis henviser, f.eks. har en enkeltmandspraksis henvist 22 patienter over en periode på to trekvart år, mens en praksis med to læger har henvist 5 patienter i samme periode. Næsten alle praksis har henvist mindst én patient, siden tilbuddene blev etablerede. Det synes områdelederen er flot, da det viser, at lægerne i hvert fald ved, at kommunen har tilbuddene. Endvidere siger hun, at det ikke er tanken, at lægerne skal henvise alle deres patienter med KOL og diabetes:

"Det skal heller ikke være sådan, at der er en bestemt procentdel af diabetespatienterne, der skal henvises til kommunen, og slet ikke dem alle sammen jo. Nogle klarer lægerne jo selv, eller rettere patienter"

terne klarer det selv, når de får den information, de skal have. Enten på sygehuset eller hos den praktiserende læge. Dem skal vi jo ikke have. Vi skal jo have dem, som kræver mere skub.” (Områdeleder, Kommune 3).

Hendes generelle indtryk er, at lægerne gerne vil henvise, fordi patienterne fortæller, at de har haft gavn af forløbene, men at det er forskelligt fra praksis til praksis, hvor stort behovet for at kunne henvise er.

Kommune 4 har haft et rehabiliteringstilbud til patienter med KOL i mange år – også før strukturreformen. Tilbuddet løber over 7 uger og indeholder fysisk træning, sygdomsundervisning samt vejledning i, hvordan man bedst lever med KOL. Der er fire hold om året. Man etablerede en diabetesskole i 2012. Forud for dette har der dog været andre sundhedstilbud af relevans for diabetikere såsom kostvejledning. Diabetesskolen indeholder sygdomsundervisning, undervisning i hvordan man bedst lever med diabetes, samt kost- og motionsvejledning. Et diabetesskoleforløb strækker sig over 17 måneder med fremmøde 7 gange, og der er 4 hold om året. Almen praksis har kunnet henvise elektronisk med en sygehushenvisning (REF01) siden foråret 2012 og får en tilbagemelding, når en af deres patienter har gennemført et rehabiliteringsforløb.

Kommunen gør brug af flere af de samme typer informationsmateriale, som de andre kommuner. En af de kommunale koordinatører udsender 6-8 elektroniske nyhedsbreve om året til almen praksis på vegne af praksiskonsulenterne. I disse nyhedsbreve informeres der om kommunens sundhedstilbud, ligesom KOL-tilbuddet og diabetesskolen blev grundigt beskrevet, da de blev startet op. Derudover bliver der sendt en lamineret oversigt over kommunens tilbud til lægerne hvert halve år, de får pjecer og postkort om tilbuddene, og der findes information på kommunens hjemmeside og på sundhed.dk. Mens nærværende undersøgelse var i gang, tog repræsentanter fra forebyggelsescentret rundt til de forskellige praksis i kommunen for at fortælle om tilbuddene og høre, hvad lægerne havde at sige om samarbejdet på dette område. Ifølge informanterne gav denne besøgsrunde generelt indtryk af, at de praktiserende læger er positive over for kommunens tilbud. Men det blev også klart, at der er meget stor forskel på lægernes viden om – og brug af – sundhedstilbuddene. Derfor forsøger kommunen at informere lægerne på mange måder. Ligesom to af de andre kommuner har Kommune 4 tidligere forsøgt sig med at afholde møder for alle kommunens læger. Der var dog meget lille tilslutning fra lægernes side, hvorfor kommunen droppede disse møder igen. På et KLU-møde i start 2014 blev det dog klart, at kommunen stadig har en intention om at stable årlige dialogmøder på benene. Til gengæld har der været god opbakning til de møder for praksispersonalet, kommunen har afholdt. På KLU-møderne har de diagnosespecifikke tilbud været på dagsordenen et par gange. For et par år siden efterspurgte kommunen flere henvisninger, og lægerne opfordrede kommunen til hvert halve år at udsende en let

læselig oversigt over alle tilbud elektronisk og i papirform. Derudover har kommunen orienteret om den elektroniske henvisningsprocedure og om SOFT-portalen.

Kommunen oplever generelt at have deres diabetes- og KOL-rehabiliteringshold fyldt de fire gange om året, tilbuddene kører. Baseret på kommunens egne data er der i løbet af 2013 blevet henvist ca. 2,3 patienter til tilbuddene for KOL og diabetes i gennemsnit pr. praktiserende læge i kommunen. Også her har der været visse variationer i antallet af henvisninger, idet der i perioder har været en del praksis, som slet ikke har henvist patienter til kommunens tilbud for diabetes.

Enhedslederen påpeger, at det er et definitionsspørgsmål, om de praktiserende læger henviser 'nok' patienter. Kommunen vil dog gerne have lægerne til at henvise flere, for som enhedslederen formulerer det, spørger de sig selv "*hvor alle de andre [borgere med KOL eller diabetes] er, som vi kan se i statistikken, og som vi ved går i praksis. Og alle de nydiagnosticerede – hvornår kommer de ind hos os?*". (Enhedsleder, Kommune 4)

De kommunale informanter er dog også bevidste om, at der kan være mange forskellige årsager til, at lægerne henviser, som de gør. En af dem påpeger f.eks. den forskellighed, de har mødt på deres besøgssrunde:

"Vi taler jo også hele tiden om lægerne som en homogen gruppe, og det er de jo på ingen måde, det kan vi også opleve, når vi er ude i praksis, ikke. Det er meget, meget forskelligt, hvordan de tolker deres profession, og hvordan de indretter deres klinik". (Enhedsleder, Kommune 4)

4.1.2. De praktiserende lægers erfaringer og perspektiver

Eftersom der ikke var tydelige kommune-betingede forskelle mht. de praktiserende lægers kendskab til samt opfattelser og brug af de kommunale sundhedstilbud for KOL og diabetes, præsenteres resultaterne fra interviewene i de fire kommuner samlet.

Kendskab til – og vurdering af – kommunernes rehabiliteringstilbud for KOL og diabetes

Der er stor forskel på, hvilket kendskab de praktiserende læger i interviewundersøgelsen har til kommunernes rehabiliteringstilbud for KOL og diabetes. Et mindretal af lægerne har et detaljeret kendskab til tilbuddene og kender både de forskellige indholdsmæssige elementer, de faglige kvalifikationer hos underviserne, de kommunale kontaktpersoner på tilbuddene, og tilbuddenes placering i kommunen. En lidt større gruppe har en mere overordnet viden om tilbuddenes indhold, men ved ikke nødvendigvis hvor tilbuddet foregår, eller hvem der underviser. Dette vidensniveau er dog tilstrækkeligt for disse læger til at henvise til tilbuddene, hvis de ellers har en positiv opfattelse af dem (se nedenfor). En tredje gruppe af læger har en meget begrænset viden om tilbuddene. De ved, at der foregår noget med

kost og motion', men ikke hvordan tilbuddene er sat sammen, hvor de finder sted henne, eller hvilke patienter der skal henvises. Dette betyder for en del af disse læger, at det er svært for dem at informere og motivere patienter til at deltage i tilbuddene, og det er da også disse læger, som henviser mindst til tilbuddene. Det var et tilbagevendende tema i interviewene, at en del af de praktiserende læger fandt det svært at få et overblik over de mange kommunale tilbud og de løbende ændringer af kursusudbud og kursusindhold. F.eks. sagde to af lægerne:

"Jeg bliver nogle gange forvirret over hvilke døre, de skal ind ad de her patienter, jeg mangler helt klart et overblik, og jeg synes tit, at jeg ligesom skal starte fra scratch hver gang (...)." (Praktiserende læge, Kommune 1).

"... med KOL (...) jeg synes, at det ændrer sig hele tiden, hvad der er ... der er ilt-sygeplejersker, og der er ditten og datten, og der er ambulatorium, der er hele tiden nye funktioner, (...) jeg har slet ikke overblik over det." (Praktiserende læge, Kommune 1).

Det begrænsede kendskab til de kommunale sundhedstilbud gjorde, at de fleste af de interviewede læger var forsigtige med at udtale sig om den faglige kvalitet af tilbuddene. Generelt havde de dog tillid til, at det var kompetente folk, der varetog de forskellige kurser. Lægernes vurdering af tilbuddenes effekt byggede hovedsagligt på, hvad de havde hørt fra patienter, som havde været på kurserne. Her havde hovedparten af de læger, som havde henvist patienter, indtryk af, at de fleste patienter får noget positivt ud af at deltage i kurserne:

"Jeg har indtryk af, at det kan de godt lide, og de synes de har fået noget ud af det. Specielt motionsdelen plejer de at være rigtig glade for, og jeg har da også nogle stykker, der har valgt at træne videre selv bagefter, fordi de kan mærke at det her, det er godt." (Praktiserende læge, Kommune 2).

Der var dog også læger, som fortalte om patienter, der havde været mindre glade for at deltage, og nogle af lægerne var også skeptiske mht. de positive effekter af kurserne på længere sigt:

"Det er rigtig rigtig godt, siger vores patienter (...) Der findes også en diabetesskole, som faktisk også er rigtig rigtig god, der laver de jo fantastisk meget med madlavning, og de laver meget med fysisk træning. De bliver udstyret med skridttællere og specielt mændene får de rigtig godt tag i. Vi kan se det på tallene, når de går der. Desværre holder det ikke i længden." (Praktiserende læge, Kommune 4).

En enkelt læge havde oplevet, at et par patienter, som han havde henvist, var stoppet på det kommunale KOL-tilbud, fordi de synes, at træningen foregik på et for lavt niveau. Siden da havde lægen ikke henvist flere patienter.

I relation til spørgsmålet om deres henvisningspraksis og kendskab til kommunens sundhedstilbud, påpegede mange af lægerne, at deres praksissygeplejesker er meget involveret i behandlingen af patienter med KOL og diabetes, og at det derfor ofte er dem, der informerer patienterne om kommunens tilbud. Ind i mellem er det også sygeplejerskerne, der udfylder henvisningerne, som lægerne så godkender og sender til kommunen. Denne arbejdsdeling påvirker, hvor ofte lægerne selv informerer patienterne, og dermed hvor langt fremme i lægernes bevidsthed sundhedstilbuddene og henvisningsprocedurerne er til daglig.

Vurdering af kommunernes informationsindsats

Der er stor forskel på, hvor de praktiserende læger har deres viden om kommunens sundhedstilbud fra, og hvilke ønsker de har til kommunens måde at informere om tilbuddene på. Fra myndighedernes side har det været planen, at sundhed.dk skal være en central informationskilde for de praktiserende læger. Blandt de interviewede læger er der dog delte meninger om anvendeligheden af sundhed.dk, og det er kun et mindretal af de interviewede læger, som anvender sundhed.dk systematisk. En læge, som føler hun mangler overblik over kommunens tilbud, er frustreret over sundhed.dk:

"Jeg starter altid på sundhed.dk, og så når man søger derinde, for eksempel for [Region ..], så får jeg et svar, der drejer sig om Vojens eller et eller andet sted på Nordsjælland, så derfor så fungerer sundhed.dk ikke. Så tit, så googler jeg det, og så får jeg alligevel et link ind til sundhed.dk." (Praktiserende læge, Kommune 1)

En anden læge i samme kommune har derimod meget gode erfaringer med sundhed.dk og demonstrerede under interviewet, hvor let det var for ham at finde det, han skulle bruge:

"Her i huset i hvert fald synes vi, at sundhed.dk er vældig praktisk, og det er let at finde ud af og let at håndtere, så det har jeg sådan set kun positive ting og sige om. Og det er derfra, jeg sådan set kender og vedligeholder mit kendskab til kommunens tilbud. For de skriftlige informationer, som dumper ind hist og pist, dem glemmer man tre dage efter, hvis man ikke lige skal bruge dem" (Praktiserende læge Kommune 1).

Generelt fortæller lægerne, at almen praksis får tilsendt så meget skriftlig information fra forskellige myndigheder og organisationer, at det kan være svært at følge med, og at henvendelser, som ikke er relevante i den konkrete situation, hvor de bliver set, let bliver skubbet til side og glemt. Alligevel efterspørger nogle læger mere skriftlig information fra kommunen, hvis den vel at mærke er målrettet og specifik. Flere af de interviewede læger fremhævede, at de havde haft god gavn af de laminerede ark (med overblik over tilbud og information om henvisningsprocedurer), som nogle af kommunerne

sendte ud. Nogle læger havde disse ark stående på bordet eller liggende i en skuffe og fandt det nemmere at bruge dem end at lede efter informationen på nettet.

Som et supplement til den skriftlige information afholder to af kommunerne større lægemøder som led i deres informationsstrategi. Der var varierende holdninger til disse møder blandt de interviewede læger. Nogle af lægerne betragtede kommune-lægemøderne som vigtige og relevante i forhold til at skabe en større forståelse mellem almen praksis og kommunen og i forhold til at sikre kommunens sundhedstilbud en plads i de praktiserende lægers bevidsthed:

"For eksempel skal vi to gange om året til sådan et fem kvarters møde, hvor vi bliver orienteret om, hvad der nu er i kommunen (...). Så det synes jeg fungerer godt, altså jeg synes, at der er en god dialog mellem kommune og praktiserende læge med hensyn til det her. Vi bliver holdt lidt til ilden med at henvise." (Praktiserende læge, Kommune 2).

Andre af de interviewede var skeptiske over for møderne. Nogle oplevede en tendens til, at den information, kommunen giver på disse møder, er for omfattende i forhold til de praktiserende lægers behov for kort og meget praktisk orienteret information. En læge gav som eksempel, at kommunen på et møde fortalte om nogle planer for nye tilbud, før det var sikkert, at det ville blive til noget. Til dette sagde lægen:

"Jeg vil godt vide, når der er et konkret tilbud. Men teorier om hvad de gerne vil, det kan vi jo ikke bruge til noget. Der er vi nok lidt mere handlingsorienterede herude." (Praktiserende læge, Kommune 1).

En anden læge oplevede, at møderne var præget af for mange gentagelser og for mange formaninger fra kommunens side:

"Det er lidt de samme emner, der er på dagsordenen, som vi har haft flere gange før, og blandt andet sådan nogle løftede pegefingre 'nu må I sandelig ikke, og nu skal I huske' og sådan noget. Og vi bruger.. altså vi kommer jo gratis, vi bliver ikke honoreret for det, og så vil vi altså lige behandles ordentligt" (Praktiserende læge, Kommune 2).

Et alternativ til lægemøder for alle læger i kommunen er, at kommunale medarbejdere besøger de enkelte praksis eller lægernes lokale tolvmandsforeninger for at fortælle om de kommunale sundhedstilbud. Den første model med besøg i praksis har som nævnt været anvendt i Kommune 4, hvor fire af de interviewede læger havde haft besøg af kommunen. Disse læger var positive overfor dette tiltag, og et par praksis havde fået ny inspiration til at henvise til de kommunale tilbud. Men det blev også nævnt, at man hurtigt risikerede at glemme de mange informationer fra et sådant møde, og at det kan

være svært for praksis at finde tid til at forberede sig til møderne, som der var lagt op til. I Kommune 3 havde halvdelen af de interviewede læger været til møder i deres respektive tolvmandsforeninger, hvor de kommunale rehabiliteringstilbud blev præsenteret af nogle af de medarbejdere, som stod for tilbuddene. Lægerne var glade for disse møder og mente, at de kommunale repræsentanter havde været entusiastiske og fornuftige, og at det var godt at 'få sat et ansigt på' de personer, der er involveret i rehabiliteringstilbuddene.

Patientrelaterede forhold af betydning for antallet af henvisninger

Interviewene viste, at der var en del forskelle mht., hvilke patienter de praktiserende læger valgte at anbefale et sundhedstilbud for KOL eller diabetes i kommunen. Nogle af lægerne fortalte, at de tilstræbte at spørge *alle* deres patienter med KOL og diabetes, om de var interesserede i et kommunalt rehabiliteringstilbud, og at dette blev gjort i forbindelse med de regelmæssige kontroller, som patienter med KOL og diabetes kommer til i almen praksis. I modsætning hertil var der mange af lægerne der fortalte, at de havde mest fokus på at henvise nydiagnosticerede patienter og/eller patienter, som har brug for mere end det, der kan tilbydes i almen praksis, for at få sygdommen under kontrol. Således fortæller en af lægerne:

"Hvis det er en nyopdaget diabetespatient, så tilbyder jeg i første omgang, at patienten kommer til samtale hos en praksissygeplejerske, som så kører et forløb, og så ser vi, så evaluerer vi, når vedkommende har været der to-tre gange, om der er behov for mere. Men der vil jo selvfølgelig være mange, som er tilfredse nok med at gå hos sygeplejersken, og der har jeg ikke sådan en rutine med, at efter anden gang eller tredje gang, så skal jeg nævne det der med kommunen. Men hvis min sygeplejerske ligesom melder tilbage og siger, at det flytter ikke rigtig noget, så finder vi ud af, om vedkommende skal sendes til ambulatoriet, eller om det er noget, der ligger mere i noget, der kan ændres i hverdagen." (Praktiserende læge, kommune 3).

Flere af lægerne bemærkede, at selv om de principielt gerne ville henvise flere patienter til de kommunale sundhedstilbud, var det ikke altid muligt at leve op til, dels fordi sundhedstilbuddene godt kunne "gå i glemmebogen i en travl hverdag", dels fordi en del af patienterne sagde nej tak til tilbudet om en henvisning. Mange af de interviewede oplevede således, at det kunne være svært at sælge rehabiliteringstilbuddet til patienterne – en af de læger, der forsøgte at informere alle patienter med KOL og diabetes om tilbuddet, vurderede at det kun var omkring en fjerdedel af hans patienter med KOL og diabetes, der ønskede at deltage i kommunens tilbud. Ifølge lægerne er der flere forskellige årsager til, at patienter vælger at takke nej til de kommunale sundhedstilbud:

- For det første er der patienter, der ikke føler sig særlig syge, og/eller synes det er tilstrækkeligt at komme til kontrol i praksis, hvor der også rådgives om sygdomshåndtering, kost og motion.

- For det andet – og modsat – er der patienter, som ikke føler sig i stand til at deltage pga. deres tilstand.
- For det tredje er der en del patienter, der siger nej, ”fordi de ikke vil slås i hovedet med deres livsstil”. En læge fortalte i den forbindelse, at det kan være en balancegang at snakke livsstil med nogle af de patienter, som ellers har et tydeligt behov for ekstra hjælp, fordi man risikerer at skræmme dem væk. At tilbyde et kommunalt rehabiliteringstilbud ligger derfor heller ikke lige for i forhold til denne patientgruppe.
- For det fjerde er der en del patienter, som synes, der er for langt til det sted, hvor tilbuddet foregår i forhold til, hvad de har af tid og ressourcer. Dette mindsker ikke bare antallet af henvisninger, men har også den konsekvens, at det ofte er de bedst fungerende patienter, der kommer af sted, hvilket står i kontrast til kommunens intentioner om, at det skal være dem med størst behov, der får tilbuddet. At patienterne oftere siger ja tak, hvis tilbuddet foregår lokalt, har de oplevet et sted, hvor der var et forsøg med at køre et forløb i den lokale hal. Her var gennemførelsesprocenten langt højere end normalt, hvilket en af de kommunale informanter også fortalte.

Henvisningsproceduren og tilbagemeldinger fra kommunen til lægerne

En del af de praktiserende læger oplevede, at arbejdet med at henvise patienter til kommunens sundhedstilbud besværliggjordes af selve henvisningsproceduren. Mens nogle var frustrerede over, at deres journalsystem ikke ’snakkede sammen’ med kommunens, og at de derfor ikke kunne henvise elektronisk, havde andre problemer med at finde rundt i kommunens mange lokationsnumre. Atter andre savnede en skabelon, hvor kravene til henvisningen var trykt på forhånd, så de slap for at skulle klikke frem og tilbage mellem forskellige vinduer på computerskærmen for at få udfyldt henvisningen korrekt. Der var ingen, der var parate til at mene, at sådanne besværligheder fik dem til ikke at henvise, men de sagde dog, at henvisningerne nok ville ’sidde lidt løsere’, hvis proceduren var enklere. Der var dog også læger, der sagde, at det var meget simpelt at henvise. Disse forskelle i erfaringer informanterne imellem afspejler, at der findes flere forskellige IT-systemer både i almen praksis og kommunerne.

Ifølge kommunerne får de praktiserende læger en tilbagemelding, når en henvist patient har afsluttet et af de kommunale tilbud. Mange af de interviewede læger mente dog ikke, at de fik en sådan tilbagemelding. De ville imidlertid gerne have én i kortfattet form, fordi det kunne give dem en fornemmelse af, hvad deres patienter havde været igennem og hjælpe dem til at samle op, der hvor kommunen havde sluppet. Som en læge sagde:

”Så kan man tage udgangspunkt i det [tilbagemeldingen] til for eksempel næste årskontrol, og sige ’jeg kan se, at du har været på det der forløb. Hvordan går det nu med den træning?’”. (Praktiserende læge, Kommune 1).

I forlængelse af dette mente et par af lægerne, at manglen på tilbagemeldinger var et problem, der var med til at skabe en afstand mellem kommunen og lægerne, som ikke er befordrende for lægernes opmærksomhed på tilbuddene eller for deres oplevelse af at indgå i et samarbejde med kommunen:

”Vi ligger jo tæt sammen, men alligevel er der et stort gab i mellem, synes jeg, fordi vi får jo heller ikke nogen tilbagemelding, når de [patienterne] har været af sted [til et tilbud], så på den måde, så fortaber det sig lidt, så har vi svært ved at kunne lave den der opfølgning, og sige, ’jamen hvad fik de egentlig ud af det her’”. (Praktiserende læge, Kommune 4).

Tilbagemeldingerne havde således ikke kun betydning for lægens arbejde med patienten, men også for lægens oplevelse af om det gav mening at henvise patienterne til kommunen og for oplevelsen af kommunen som en samarbejdspartner.

4.2. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

4.2.1. Henvisninger af patienter

De praktiserende læger blev i spørgeskemaet bedt om at angive, hvor mange gange de i det forløbne år havde henvist patienter med hhv. KOL og diabetes til kommunale rehabiliteringstilbud for disse patienter. Som det ses af Tabel 16, havde 10,9% af respondenterne ikke henvist patienter med KOL inden for det seneste år, 31,9% havde henvist 1 eller 2 gange, 35,9% havde henvist 3-5 gange, og de resterende 22% af lægerne havde henvist patienter med KOL mere end 5 gange inden for det seneste år.

Tabel 16. Hvor mange gange har du inden for det seneste år henvist patienter med KOL til kommunens rehabiliteringstilbud?

	Antal (procent)
Jeg har ikke henvist det seneste år	49 (10.9%)
Få gange (1 til 2 gange)	141 (31.9%)
Nogle gange (3 til 5 gange)	162 (35.9%)
Flere gange (mere end 5 gange)	99 (22.0%)

Svarfordelingen for henvisninger af patienter med diabetes (Tabel 17) ligner meget fordelingen for KOL-patienter.

Tabel 17. Hvor mange gange har du inden for det seneste år henvist patienter med type 2-diabetes til kommunens rehabiliteringstilbud?

	Antal (procent)
Jeg har ikke henvist det seneste år	57 (12.8%)
Få gange (1 til 2 gange)	112 (25.1%)
Nogle gange (3 til 5 gange)	147 (32.9%)
Flere gange (mere end 5 gange)	131 (29.3%)

Vi har undersøgt, om respondenternes angivne henvisningsaktivitet er afhængig af lægens alder eller køn, men har ikke fundet nogen statistisk signifikante sammenhænge hverken ved KOL- eller diabetes, jf. Tabel 18 og 19. Dog ses der en signifikant forskel mellem solo- og kompagniskabspraksis i henvisningsantallet for KOL-patienter (Tabel 18), men ikke for diabetes-patienter (Tabel 19).

Tabel 18. Hvor mange gange har du inden for det seneste år henvist patienter med KOL til kommunens rehabiliteringstilbud?

	Alder				Køn			Praksistype		
	<50 år	50-65 år	>65 år	Sign.	mand	kvinde	Sign.	Solo (incl. delepraksis)	Kompagniskab	Sign.
				0,6621			0,6621			0,0041
Ikke henvist det seneste år	15 (9.0)	29 (11.2)	5 (19.2)		25 (12.2)	24 (9.8)		21 (16.7)	28 (8.6)	
Få gange (1 til 2 gange)	50 (30.1)	83 (32.1)	8 (30.8)		65 (31.7)	76 (30.9)		28 (22.2)	113 (34.8)	
Nogle gange (3 til 5 gange)	66 (39.8)	87 (33.6)	9 (34.6)		68 (33.2)	94 (38.2)		42 (33.3)	120 (36.9)	
Flere gange (> 5 gange)	35 (21.1)	60 (23.2)	4 (15.4)		47 (22.9)	52 (21.1)		35 (27.8)	64 (19.7)	

Flere solopraksis end kompagniskabspraksis har ikke henvist KOL-patienter inden for det seneste år, og samtidig har relativt flere solopraksis end kompagniskabspraksis henvist mere end 5 patienter.

Tabel 19. Hvor mange gange har du inden for det seneste år henvist patienter med type 2-diabetes til kommunens rehabiliteringstilbud?

	Alder				Køn			Praksistype		
	<50 år	50-65 år	>65 år	Sign.	mand	kvinde	Sign.	Solo (incl. delepraksis)	Kompagniskab	Sign.
				0,5889			0,3374			0,1992
Ikke henvist det seneste år	19 (11.5)	32 (12.5)	6 (23.1)		29 (14.2)	28 (11.5)		16 (12.7)	41 (12.8)	
Få gange (1 til 2 gange)	40 (24.2)	67 (26.2)	5 (19.2)		57 (28.0)	55 (22.6)		27 (21.4)	85 (26.5)	
Nogle gange (3 til 5 gange)	60 (36.4)	78 (30.5)	9 (34.6)		60 (29.4)	87 (35.8)		37 (29.4)	110 (34.2)	
Flere gange (> 5 gange)	46 (27.9)	79 (30.8)	6 (23.1)		58 (28.4)	73 (30.1)		46 (36.5)	85 (26.5)	

4.2.2. Begrundelser for ikke at henvise eller for kun at henvise sjældent

De 190 læger (42,8% af samtlige respondenter), som havde henvist 0-2 patienter med KOL inden for det seneste år (jf. Tabel 20), blev bedt om at angive de tre væsentligste grunde til ikke at have henvist flere patienter. Det ses af Tabel 20 (hvor alle svarmulighederne fra spørgeskemaet er sorteret efter svarhyppighed), at de hyppigst nævnte grunde er, at lægen ikke vurderer at have egnede patienter til kommunal rehabilitering, at lægen ikke kender nok til de kommunale tilbud, og at lægen tvivler på, om patienten vil kunne drage nytte af at deltage i et kommunalt rehabiliteringstilbud.

Tabel 20. Hvorfor har du ikke eller kun få gange henvist patienter med KOL til kommunens rehabiliteringstilbud? (Sæt maks. 3 krydser)

	Antal	Procent af 190 respondenter
Ikke (flere) relevante patienter at henvise	84	44,2
Ikke tilstrækkeligt kendskab til kommunens tilbud	54	28,4
Usikker på, om patienten har gavn af kommunens tilbud	46	24,2
Andet	43	22,6
For tidskrævende at henvise	36	19,0
Afstand er for stor	30	15,8
Gør brug af andre tilbud	17	9,0
<i>I egen praksis</i>	5	2,6
<i>På hospitalerne</i>	14	7,4
<i>Hos patientforeninger</i>	1	0,5
<i>Andet [andre tilbud]</i>	5	2,6
Patienter, som har deltaget, har givet negative tilbagemeldinger	12	6,3

De 43 respondenter, som afkrydsede svarmuligheden 'Andet' (altså andre grunde end dem, der var angivet som afkrydsningsmulighed) havde samtidig mulighed for at angive med egne ord, hvilke forhold, der begrænsede deres henvisningsaktivitet. Lidt over halvdelen af svarene (23 af 43) angav med forskellige formuleringer, at patienterne ikke er interesserede i at blive henvist til kommunale rehabiliteringstilbud, fordi de "mangler motivation", pga. dårlige transportmuligheder eller fordi patienter med KOL "frygter at blive belært om, at de skal stoppe med at ryge" og lignende.

Den næstmest hyppige begrundelse under 'Andet' var, at det er sygeplejersken, der henviser eller selv tager sig af KOL-patienternes rehabilitering (5 svar). F.eks. skriver en af respondenterne: "Kommunale tilbud laver ikke andet end min sygepl. kan".

Andre, sjældnere typer begrundelser i fritekst-angivelserne var pladsmangel på de kommunale hold. I nogle af svarene besværer man sig over henvisningsproceduren eller vedkender sig ligefrem, at man ikke ved, hvordan man kan gøre det:

- "Kan man henvise gennem mit lægesystems vanlige elektroniske system?"
- "Mærkeligt at kommunen ikke skal kunne modtage henvisninger som resten af systemet. Meget svært at finde tilbuddene på kommunens/sundheds-centrets hjemmeside."

Også mht. henvisninger af patienter med diabetes blev de 169 læger, som havde henvist 0-2 gange i det forløbne år, bedt om at angive op til tre grunde for den beskedne henvisningsrate. Resultatet fremgår af Tabel 21.

Tabel 21. Hvorfor har du ikke eller kun få gange henvist patienter med type 2-diabetes til kommunens rehabiliteringstilbud? (Tabellen er rangordnet efter svarhyppighed)

	Antal	Procent af 169 respondenter
Ikke tilstrækkeligt kendskab til kommunens tilbud	48	28,4
Usikker på, om patienten har gavn af kommunens tilbud	43	25,4
Ikke (flere) relevante patienter at henvise	43	25,4
Andet	42	24,9
Gør brug af andre tilbud	37	21,9
<i>I egen praksis</i>	15	8,9
<i>På hospitalerne</i>	20	11,8
<i>Hos patientforeninger</i>	1	0,6
<i>Andet</i>	1	0,6
Afstand er for stor	23	13,6
For tidskrævende at henvise	22	13,0
Patienter, som har deltaget, har givet negative tilbagemeldinger	14	8,3

De primære begrundelser for få eller ingen henvisninger var ligesom ved KOL manglende kendskab til de kommunale tilbud, usikkerhed om nytteværdien, samt begrænsninger i den relevante population. De 42 angivelser i svarkategorien 'Andet' blev kvalificeret med fritekstkommentarer. Igen var manglende motivation hos patienten den hyppigst nævnte begrundelse. Godt halvdelen af besvarelserne gik på dette. Et udpluk af disse 23 svar lyder:

- "Alle siger nej tak, vil ikke gå både ved egen læge og kommunen. Det opleves som spild af tid".
- "Mine patienter har ikke ønsket det. De som arbejder har ikke tid til at tage fri. Der er heller ikke mulighed for tolk".
- "Patienterne ønsker det ofte ikke. Nogle har ikke lyst og ressourcer, andre synes det er for svært med transport mm".

Den næstmest hyppige begrundelse under svarkategorien "Andet" var, at diabetesrehabilitering foretages af praksis selv, eller at sygeplejersken henviser til de kommunale tilbud. Et par eksempler fra de 7 besvarelser under denne kategori er:

- "Jeg snakker med dem selv - især om fysisk aktivitet".

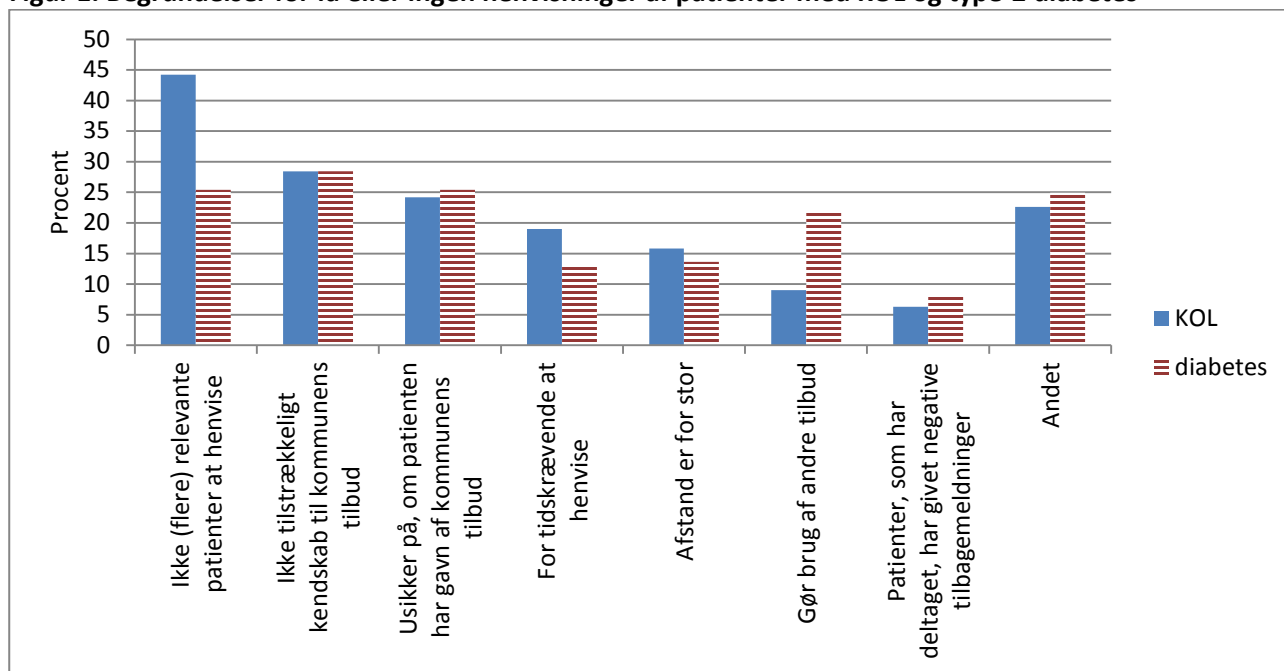
- "Vores sygeplejersker er allerede uddannet i at undervise patienterne. Dette har de gjort også før kommunens tilbud. De bliver undervist i flere seancer + får løbende (hver 3.md) lavet kontroller".

Fem af fritekstbesvarelserne angiver, at praksis henviser patienter med diabetes til andre tilbud end kommunens. Fire af disse nævner sygehuset/sygehusets diabeteskole, mens den sidste skriver: "Hjemmeplejen er bedste tilbud i denne landkommune".

Sammenligning af begrundelser

I nedenstående Figur 1 sammenlignes respondenternes begrundelser for få eller ingen henvisninger af patienter til kommunens diagnosespecifikke tilbud for KOL og diabetes. Datagrundlaget for figuren er den procentuelle fordeling af svarene i Tabel 20 og Tabel 21.

Figur 1. Begrundelser for få eller ingen henvisninger af patienter med KOL og type-2 diabetes



Af figuren ses det, at den procentuelle fordeling af de begrundelser, der angår kendskab til de diagnosespecifikke tilbud, tillid til om patienterne har gavn af tilbuddene samt praktiske forhold ligner hinanden meget. Godt 28% af respondenterne angiver således, at et utilstrækkeligt kendskab til kommunens tilbud er en grund til kun at henvise få eller ingen patienter til de kommunale tilbud for KOL og diabetes. Denne begrundelse kan anses som værende beslægtet med den tredjehyppigst angivne grund, nemlig usikkerheden på, om patienten vil have gavn af tilbuddet (24,2% for KOL og 25,4% for diabetes). Forhold af praktisk karakter som begrundelse for ingen eller sjældne henvisninger til kommunale

tilbud nævnes af 12-18% af respondenterne, idet 13-19% finder det for tidskrævende at henvise, og 14-16% finder, at den geografiske afstand til rehabiliteringstilbuddene er for stor. De mest markante forskelle i begrundelserne i forhold til sygdomsområde er:

- a) At næsten 45% af respondenterne angiver, at der ikke er flere relevante patienter med KOL at henvise, mens dette "kun" nævnes af 25% procent af respondenterne i forhold til patienter med diabetes.
- b) At 21,9% af respondenterne angiver, at de gør brug af andre tilbud (enten i egen praksis eller på hospitalerne) end de kommunale rehabiliteringstilbud i forhold til patienter med diabetes. Dette gælder kun for 9% af lægerne i forhold til patienter med KOL.

Endeligt skal det bemærkes, at det er relativt få (6-8%) af de praktiserende læger, som har henvist få eller ingen patienter, der har svaret, at årsagen til dette er, at patienterne har givet negative tilbagemeldinger efter at have deltaget i de kommunale tilbud for KOL og diabetes.

4.2.3. Ønsker til information om kommunens rehabiliteringstilbud

Som nævnt angav ca. 28% af respondenterne utilstrækkeligt kendskab til kommunens rehabiliteringstilbud som en grund til ingen eller få henvisninger, og ca. 25% var ikke sikre på tilbuddenes gavnlighed for patienterne. I spørgeskemaet blev lægerne også bedt om at svare på, *hvorfra* de ønsker information om rehabiliteringstilbuddene for KOL og type 2-diabetes. Respondenterne kunne afkrydse op til 3 ud af 8 svarmuligheder. Svarfordelingen ses i Tabel 22, hvor rækkefølgen er rangordnet efter antal afkrydsninger.

Tabel 22. Hvorfra vil du helst have information om kommunens rehabiliteringstilbud inden for KOL og type 2-diabetes?

	Antal	Procent
Nyhedsbreve fra kommunen/praksiskonsulenten	290	64,9
Laminerede ark med oversigt over kommunens tilbud eller henvisningsprocedurer	224	50,1
Sundhed.dk (herunder SOFT portalen og praksis.dk)	187	41,8
Patientpjecer/postkort om de enkelte tilbud	88	19,7
Møder med kommunen	63	14,1
Besøg af kommunale repræsentanter i din praksis	52	11,6
Andet	27	6,0
Ingen af delene	4	0,9

Det kan først konstateres, at kun 4 respondenter har sat kryds i svarkategorien "ingen af delene", hvilket indikerer, at de praktiserende læger gerne vil have information om tilbuddene fra kommunerne. Den mest efterspurgte informationskilde er nyhedsbreve fra kommunen/praksiskonsulenten, idet ca. 65% af respondenterne har valgt denne svarmulighed. Derefter kommer laminerede ark med beskri-

velser af tilbuddene og procedurerne for henvisning, som halvdelen af respondenterne er interesserede i at modtage. På tredjepladsen er information på internet-portaler. De mindst populære måder at modtage information på er gennem møder med eller besøg af kommunale repræsentanter.

Ved svarkategorien 'Andet' kunne respondenterne med egne ord skrive, hvad de havde af ønsker til information fra kommunen. Blandt de 27 fritekstbesvarelser nævnte tolv hjemmeside og netværksportal. Der blev særligt lagt vægt på opdaterede informationer og nem adgang gennem links og direkte fra klinikkens lægesystem. Her er et par eksempler:

- "En let tilgængelig hjemmeside, eller direkte link til tilbud. De siges at være på hjemmesiden men svære at finde frem til".
- "Et link til kommunens hjemmeside jeg kan sætte ind på klinikkens hjemmeside så det hele tiden er opdateret. Vi drukner i forældede pjecer om tilbud der ikke eksisterer længere eller er flyttet..."

Fire af fritekstsvarene udtrykte ønsker om skriftligt materiale, gerne udsendt via mail, f.eks.:

- "Mail med vedhæftet fil med patientpjecer, opslag og lign".
- "Jeg vil først og fremmest gerne have de SAMME tilbud til alle mine patienter - så jeg ikke er i tvivl fra kommune til kommune og så det bliver nemt. Gerne i en kortfattet skriftlig nemt tilgængelig form".

4.2.4. Henvisningsprocedurer

Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om procedurer for henvisninger fra almen praksis til kommunen samt lægernes ønsker til sådanne procedurer. Dette spørgsmål er besvaret af 439 læger. Det ses i Tabel 23, at knap halvdelen angiver, at de henviser direkte til de enkelte tilbud, mens godt en tredjedel henviser til en kommunal kontaktperson/koordinator. Denne fordeling kan meget vel afspejle de faktiske forhold, idet kommunerne har organiseret sig forskelligt. Mere end hver 10. respondent ved ikke, hvem han/hun sender henvisningen til.

Tabel 23. Hvordan henviser du?

	Antal	Procent
Til en kommunal koordinator, der visiterer patienterne til et rehabiliteringstilbud	163	37,1
Direkte til de enkelte rehabiliteringstilbud	207	47,2
Begge dele	18	4,1
Ved ikke	51	11,6

På spørgsmålet om, hvilken henvisningsprocedure der foretrækkes, er svarfordelingen denne:

Tabel 24. Hvordan vil du helst henvise?

	Antal	Procent
Til en kommunal koordinator, der visiterer patienterne til et rehabiliteringstilbud	211	48,1
Direkte til de enkelte rehabiliteringstilbud	159	36,2
Begge dele	37	8,4
Ved ikke	32	7,3

Det ses, at flere af de praktiserende læger ønsker at henvise til en kommunal koordinator end til de specifikke rehabiliteringstilbud. Og det ses af de to tabeller, at et større antal ønsker at kunne henvise til en kommunal koordinator, end det rent faktisk sker i øjeblikket.

4.2.4. Tilbage meldinger om henviste patienter

Nogle af spørgsmålene i spørgeskemaet drejede sig om tilbagemeldingerne fra kommunen til almen praksis angående de patienter, som praksis havde henvist. Det ses af Tabel 25, at 25% af respondenterne angiver, at de altid får tilbagemeldinger, når en patient har gennemført et kommunalt rehabiliteringstilbud, mens færre – 18,6% – får tilbagemelding, hvis patienter er droppet ud af tilbuddet i utide. Nogenlunde den samme forskel ses for besvarelsen "nogle gange". Knap 21% har markeret, at de aldrig får tilbagemeldinger efter gennemført deltagelse, og 25% angiver, at de aldrig får et notat eller en avis, når en af deres patienter dropper ud af et tilbud. Det forekommer også bemærkelsesværdigt, at ganske mange ikke ved, om de rent faktisk får tilbagemeldinger fra kommunen, når en af deres patienter har gennemført eller er droppet ud af kommunens rehabiliteringstilbud, som lægen ellers har henvist vedkommende til.

Tabel 25. Modtagelse af tilbagemeldinger

- Får du en tilbagemelding fra kommunen, når en af dine patienter har gennemført et kommunalt rehabiliteringstilbud for patienter med KOL eller type 2-diabetes?				
- Får du en tilbagemelding fra kommunen, hvis en af dine patienter er droppet ud af et kommunalt rehabiliteringstilbud for patienter med KOL eller type 2-diabetes?				
	Når gennemført		Når droppet ud	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Altid	110	25,9	81	19,1
Nogle gange	116	27,4	75	17,6
Sjældent	37	8,7	37	8,7
Aldrig	91	21,5	109	25,6
Ved ikke	70	16,5	123	28,9

Af de, som har angivet, at de altid, nogle gange eller sjældent får tilbagemeldinger, angiver 72%, at de finder tilbagemeldingerne relevante, mens 10% ikke anser dem for relevante (Tabel 26). Små 19% finder tilbagemeldingerne fra kommunen for detaljerede, mens knap 75% finder dem passende (Tabel 27).

Tabel 26. Hvad synes du generelt om tilbagemeldingerne – er de relevante?

Ja	199 (72.1%)
Nej	28 (10.1%)
Ved ikke	49 (17.8%)

Tabel 27. Er tilbagemeldingerne for detaljerede eller for kortfattede?

For detaljerede	52 (18.8%)
For kortfattede	18 (6.5%)
Passende	206 (74.6%)

De fleste praktiserende læger oplever således, at de altid eller i nogen udstrækning får tilmeldinger fra kommunen om deres patienters deltagelse i rehabiliteringstilbud, og 7 af 10 læger finder disse tilbagemeldinger relevante. En tilsvarende andel finder indholdet passende, dvs. hverken for detaljeret eller for kortfattet. Der er dog også mange af lægerne, som sjældent eller aldrig får en tilbagemelding fra kommunen, når deres patienter har gennemført (29,4%) eller er droppet ud (33,5%). Respondenterne er også blevet spurgt, om de *ønsker* den slags tilbagemeldinger, og her har 9 ud af 10 læger svaret ja. Og dette gælder både for de af patienterne, som har gennemført, og de som er droppet ud af, et kommunalt tilbud, jf. Tabel 28.

Tabel 28. Ønsker om tilbagemeldinger

Vil du gerne have en tilbagemelding fra kommunen, når en af dine patienter har gennemført eller er droppet ud af et kommunalt rehabiliteringstilbud for patienter med KOL eller type 2-diabetes?		
	Når gennemført	Hvis droppet ud
Ja	395 (91.2%)	389 (89.8%)
Nej	25 (5.8%)	27 (6.2%)
Ved ikke	13 (3.0%)	17 (3.9%)

Sammenholder man tallene for, hvor mange af de praktiserende læger, der ønsker sådanne tilbagemeldinger (ca. 90%) med hvor mange af lægerne, der faktisk oplever *ikke* at få disse tilbagemeldinger (ca. 30%) tyder det på, at kommunerne har en udfordring med at få orienteret almen praksis i tilstrækkeligt omfang om, hvordan det går med de patienter, som henvises til de kommunale rehabiliteringstilbud for KOL og diabetes.

5. Sammenfatning og diskussion

Denne undersøgelse har fokuseret på samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne om anvisninger/henvisninger til det generelle patientuddannelsesprogram *Lær at tackle kronisk sygdom* og de diagnosespecifikke tilbud til patienter med KOL og type 2-diabetes.

Undersøgelsen har benyttet sig af kilde- og metodetriangulering, idet vi har indsamlet data blandt flere forskellige relevante aktører, og idet vi både har anvendt observationer, interviews og spørgeskema til at indsamle data, som belyser problemstillingen. De forskellige data har overordnet set peget i samme retning og bidrager til en række sammenligninger og konklusioner, som præsenteres nedenfor.

5.1. De praktiserende lægers kendskab til de kommunale sundhedstilbud

Udgangspunktet for undersøgelsen var som nævnt indledningsvis en henvendelse fra Komiteen for Sundhedsoplysning, som fandt, at få af deltagerne på LTKS kommer på disse kurser efter opfordring fra egen læge. Der er derfor et potentiale for at øge antallet af anvisninger til LTKS fra almen praksis, da en stor del af de borgere, som LTKS henvender sig til, kommer i almen praksis. Ifølge Komiteens egne statistikker er det 7-8% af deltagerne på LTKS, der angiver, at de har fået kendskab til kurset fra deres læge. I modsætning hertil kommer deltagerne på kommunernes diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud typisk efter henvisning og opfordring fra egen læge. Denne forskel kan først og fremmest tilskrives, at de praktiserende læger har et markant bedre kendskab til de diagnosespecifikke tilbud end til LTKS, som mange ikke kender eller kun har et overfladisk kendskab til. De kvalitative interviews peger endvidere på, at selv en del af de læger, der har hørt om LTKS, ikke tænker på det som noget, de kan/skal informere deres patienter om, mens de fleste er klar over, at deltagelse i KOL og diabetesrehabilitering kræver en henvisning. Denne vidensforskel må i høj grad antages at afspejle de forskelle i kommunernes informationsindsats over for almen praksis, som blev identificeret i undersøgelsen. Undersøgelsen viser således, at kommunerne i de senere år har haft mere fokus på at informere og inddrage de praktiserende læger, når det gælder de diagnosespecifikke tilbud, end når det drejer sig om LTKS. Dette gælder også i forhold til tilbagemeldinger fra kommunen omkring enkelte patienter: Her får den praktiserende læge ikke en tilbagemelding fra kommunen, når en af lægens patienter har afsluttet eller er droppet ud af et LTKS-kursus (da man kan deltage uden inddragelse af egen læge). Derimod gives der ganske ofte – og i flere kommuner endda systematisk – tilbagemeldinger, når en patient, som er henvist af egen læge til et diagnosespecifikt tilbud, har afsluttet eller er droppet ud af det. Baggrunden for disse forskelle i kommunernes informationsindsats for hhv. LTKS og de diagnosespecifikke tilbud er dels, at kommunerne er mere afhængige af almen praksis, når det gælder rekrutte-

ring af patienter til de diagnosespecifikke tilbud⁹, dels at kommunerne i højere grad er forpligtet på de diagnosespecifikke tilbud via sundhedsaftalerne og forløbsprogrammerne.

Endelig begrænses lægernes kendskab til LTKS af, at de ikke får meget tilbagemelding direkte fra patienter, som måtte have deltaget i et LTKS-kursus. Dette skyldes nok dels, at de af deres patienter, som har deltaget, næppe finder anledning til at fortælle deres læge om oplevelser og udbytte, fordi lægen ikke har nogen aktie i deres deltagelse, dels at der er relativt få deltagere på LTKS – dvs. at der er begrænset mængde af patienter, som kan skabe eller fastholde lægens opmærksomhed på LTKS.

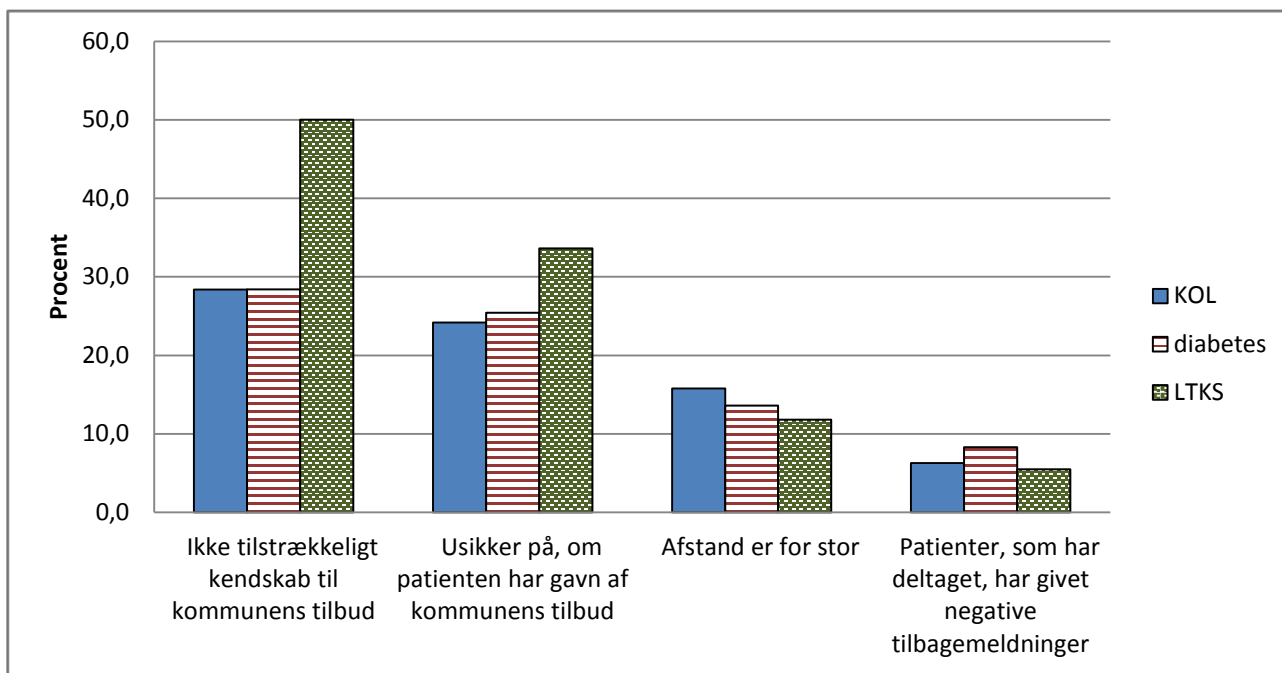
De praktiserende lægers meget begrænsede kendskab til *Lær at tackle kronisk sygdom* har ifølge vores data en direkte betydning for omfanget af anvisninger til kurset. Bl.a. siger halvdelen af spørgeskema-respondenterne fra kommuner med LTKS, at de aldrig eller kun meget sjældent informerer patienter med kronisk sygdom om dette tilbud, fordi de ikke har tilstrækkeligt kendskab til det, og en tredjedel har som begrundelse angivet, at de er usikre på, om patienten vil have gavn af at deltage (se Figur 2). Der er til gengæld meget få af de praktiserende læger – både i spørgeskemaundersøgelsen (6,4%) og i vores interviews – der siger, at de ikke anviser til LTKS, fordi de er skeptiske overfor LTKS som koncept. Dette står i kontrast til antagelsen blandt nogle af de kommunale informanter, som fremhævede, at en negativ holdning til konceptet kunne være en væsentlig årsag for lægerne til ikke at anvise patienter til LTKS. Det kan i den sammenhæng bemærkes, at andelen af læger, der angiver 'negative tilbagemeldinger fra patienterne' som en begrundelse for ikke at henvise til KOL- og diabetestilbuddene er lidt større end andelen, der angiver den tilsvarende begrundelse hvad angår LTKS (selv om denne type begrundelse er relativt sjælden blandt lægerne i forhold til de andre begrundelser: 5,5% for LTKS vs. 6,3% og 8,3% og for hhv. KOL- og diabetestilbuddene, jf. Figur 2).

Det ovenstående fokus på lægernes begrænsede kendskab til LTKS skal ikke skygge for det faktum, at undersøgelsen viser, at der også er variation i lægernes kendskab til de kommunale tilbud til patienter med KOL og diabetes, og at en betydelig del af lægerne oplever at mangle viden om både indhold, kvalitet og organisatoriske forhold omkring disse diagnosespecifikke tilbud. Både de kvantitative og de kvalitative data peger på dette som en af de væsentligste årsager til få henvisninger. Således siger godt 28% af respondenterne, at de sjældent eller slet ikke har informeret patienter om KOL- og diabetesrehabilitering inden for det seneste år, fordi de ikke har tilstrækkeligt kendskab til tilbuddene, mens ca. 25% siger, at de er usikre på, om patienterne har gavn af kommunens tilbud (se Figur 2). I relation til dette siger de fleste af de interviewede læger, at de generelt har tiltro til, at de diagnosespecifikke

⁹ Som tidligere nævnt er det sådan i de fleste kommuner, at borgerne kun kan deltage i diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud, hvis de har en lægehenvi- sning. Derimod behøver man som borger ikke en henvisning for at kunne deltage på kommunernes kurser i LTKS – borgerne kan derfor være 'selvhensivere' og deltage, uden at egen læge på nogen måde inddrages.

tilbud er i orden, men at de ikke kender effekten af dem. De læger, der oplever at mangle viden om tilbuddene, forklarer, at dette gør det svært at informere patienterne om tilbuddene og ikke mindst at motivere patienterne til at deltage.

Figur 2. Almen praksis' begrundelser for ikke at henvide/anvise eller til kun at henvide/anvise sjældent til de kommunale sundhedstilbud



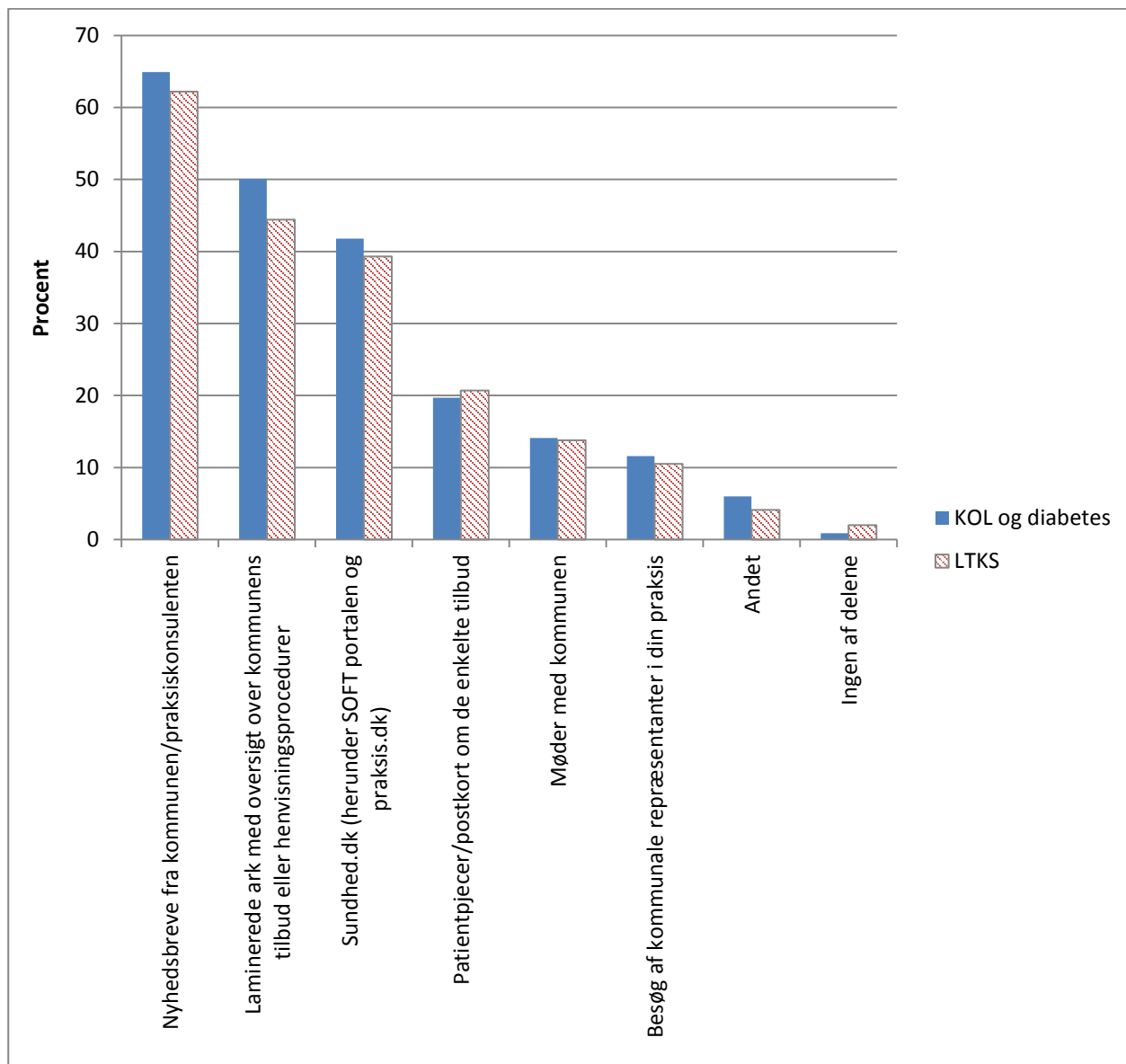
De interviewede lægers forskelligartede og ofte begrænsede viden om de kommunale sundhedstilbud kan umiddelbart ikke forklares med forskelle i kommunernes informationsindsatser, da disse i hovedtrækkene ligner hinanden meget, og da lægernes kendskab til de kommunale sundhedstilbud også varierer inden for de enkelte kommuner. Noget af variationen kan bl.a. hænge sammen med, at praksisplejerskerne mange steder spiller en betydelig rolle i behandlingen af patienter med kronisk sygdom og dermed også i forbindelse med henvisninger til de kommunale sundhedstilbud. Denne arbejdsdeling har betydning for, hvor ofte lægerne selv er involverede i henvisningsopgaven, hvilket igen har betydning for lægernes behov for viden om tilbuddene, og den plads i lægernes bevidsthed som tilbuddene får.

5.2. De alment praktiserende lægers ønsker til information fra kommunerne

Såvel interviewene som spørgeskemaundersøgelsen peger på, at lægerne gerne vil have mere information om både *Lær at tackle kronisk sygdom* og de diagnosespecifikke tilbud – kun meget få angiver, at de ikke ønsker information. Spørgeskemabesvarelsene peger på, at lægerne foretrækker at få information via 1) nyhedsbreve fra kommunen, 2) laminerede ark med oversigter over tilbud og henvis-

ningsprocedure, 3) sundhed.dk (herunder SOFT-portalen). Af Figur 3 ses desuden, at der ikke er forskel på ønskerne til information om hhv. LTKS-kurserne og KOL- og diabetes-tilbuddene.

Figur 3. Lægernes ønsker til information fra kommunen



Ønsket om og brugbarheden af de laminerede ark er også fremtrædende i interviewene, hvilket peger på, at den elektroniske kommunikation ikke helt har udkonkurreret andre, mere 'gammeldags' metoder. Endvidere er det værd at bemærke, at der blandt de interviewede læger var flere som udtrykte sig positivt om mere personlig information som f.eks. møder med kommunen eller besøg i praksis. Denne holdning var derimod ikke fremherskende i spørgeskemaundersøgelsen, hvor kun få læger viste inte-

resse for møder med kommunen. Hvad angår skriftligt informationsmateriale understregede flere af lægerne i interviewene, at information fra kommunen skal være kort og målrettet, hvis den skal have en chance for at blive læst i en travl hverdag.

Langt hovedparten af lægerne (ca. 90%) angav i spørgeskemaundersøgelsen, at de udover generel information om kommunens sundhedstilbud ønsker en tilbagemelding fra kommunen, når en af deres patienter har afsluttet eller er droppet ud af et af de diagnosespecifikke tilbud. De kvalitative interviews understøtter dette billede og viser samtidig, at tilbagemeldingerne dels giver lægen et indtryk af, hvad patienten har været igennem, dels er en hjælp i den videre behandling af – og støtte til – patienten. Spørgeskemaundersøgelsen pegede dog også på, at der er plads til forbedringer i kommunerne, når det drejer sig om systematisk at give tilbagemeldinger til almen praksis om, hvordan det går med de patienter, som henvises til de kommunale rehabiliteringstilbud for KOL og diabetes. Det var således ca. 30% af lægerne, der oplevede ikke at få sådanne tilbagemeldinger.

5.3. Andre årsager til ikke at anvise/henviser ud over manglende kendskab

En øget informationsaktivitet over for almen praksis om de kommunale sundhedstilbud kan fremme lægernes kendskab til dem, og vores data peger på, at dette potentielt kan øge antallet af anvisninger og henvisninger. Således er der en signifikant sammenhæng mellem lægernes kendskab til LTKS og hvor ofte de anviser, og manglende viden om både de diagnosespecifikke tilbud og LTKS angives af såvel interviewede som spørgeskemarespondenter som en grund til ikke at henviser/anvise. Men data peger også på andre årsager til få henvisninger og anvisninger.

For det første var det en del lægers erfaring, at mange patienter sagde nej tak til at komme på et kommunalt rehabiliteringstilbud. I forhold til KOL- og diabeteskurserne skyldtes det bl.a., at en del patienter ikke var motiverede for at deltage af forskellige årsager; nogle følte sig ikke særlig syge, og/eller syntes det var tilstrækkeligt at komme til kontrol i almen praksis, hvor der også rådgives om sygdomshåndtering, kost og motion; andre oplevede at være for syge eller ønskede ikke indblanding i deres livsstil. Andre patienter afslog, fordi det var for besværligt for dem at transportere sig til tilbuddet, eller fordi tilbuddet fandt sted i arbejdstiden. I forhold til LTKS nævnte lægerne ligeledes, at nogle patienter sagde nej tak, fordi de ikke følte sig syge, mens andre ikke ønskede at deltage, fordi undervisere ikke var sundhedsprofessionelle, eller fordi de (fejlagtigt) troede at kurset var en slags gruppeterapi. Her kan det bemærkes, at vi ikke ved præcist, hvordan lægerne præsenterer tilbuddene for patienterne, og at den enkelte læges mulighed og motivation for at overbevise patienterne om tilbuddenes relevans både afhænger af lægens kendskab og holdning til tilbuddene.

For det andet var der en del af de praktiserende læger i interviewundersøgelsen, der kun anbefalede de kommunale tilbud til de patienter, som lægen selv mente, havde brug for mere støtte til at håndtere deres sygdom, end der kunne tilbydes i almen praksis. Disse læger foretog således en bevidst selektion – en selektion som to af kommunerne i undersøgelsen også gav udtryk for, at de ønskede lægerne skulle foretage. Endelig fortalte nogle af de interviewede læger, at de trods intentioner om at informere om kommunens tilbud, ind i mellem enten glemte at gøre dette i hverdagens travlhed eller nedprioriterede det til fordel for mere presserende anliggender.

For det tredje var der i interviewundersøgelsen praktiserende læger, som fremhævede, at det var besværligt at henvise til de diagnosespecifikke tilbud, og i spørgeskemaundersøgelsen vurderede hhv. 19% (for KOL) og 13% (for diabetes), at det er 'for tidskrævende' at henvise til disse tilbud.

5.4. anbefalinger

Eftersom kendskab til LTKS er en minimumsforudsætning for at kunne informere patienterne om LTKS, og eftersom undersøgelsen har dokumenteret at netop kendskabet til LTKS generelt er meget lavt blandt de praktiserende læger, er dette et oplagt indsatsområde for kommuner eller andre aktører, der ønsker, at almen praksis påtager sig en mere offensiv rolle mht. at rekruttere patienter til LTKS. En informationsstrategi i forhold til at styrke almen praksis' kendskab til LTKS kan/bør omfatte mindst 3 typer information:

1. *Koncept-specifik information*: Her fokuseres indsatsen på at oplyse almen praksis (både læger og praksissygeplejersker) om LTKS-programmets form og indhold. Koncept-specifik information omhandler således information om:

- Temaer og principper i LTKS
- Evidensen bag LTKS
- Præcisering af målgruppen (hvilke patienter henvender kurserne sig særligt til)
- LTKS som et supplement til andre tilbud

2. *Kursus-specifik information*: Dette omfatter at:

- Almen praksis får løbende nem adgang til *opdaterede* oplysninger over kommende LTKS-kurser i patientens hjemkommune (med angivelse af tid og sted og varighed)
- At denne type oplysninger formidles via et *bredt* spektrum af informationsmedier (som vi har set har lægerne forskellige ønsker/behov og skal derfor optimalt set kunne vælge deres foretrukne medie):
 - Nyhedsbreve fra kommunen/praksiskonsulenten
 - Lamineret ark (med løbende udskiftning, når nye hold udbydes)

- SOFT-portalen på sundhed.dk (eller andre internet-portaler og hjemmesider)
- Uddelingsmateriale til patienter

3. *Patient-specifik information*: Dette omhandler information om de patienter, der har deltaget på LTKS. Her kunne man forestille sig, at den kommunale kontaktperson/koordinator efter samtykke med kursUSDeltageren sender en kort beskrivelse af kursistens deltagelse og udbytte til dennes egen læge. Disse oplysninger skal i så fald indføjjes i en fast skabelon for at fremme genkendelighed og hurtigt overblik. Historier om 'gode' forløb med positivt udbytte for patienter kan fremme almen praksis' tilbøjelighed til at nævne LTKS over for andre patienter.

Som et supplement til en mere informationsorienteret strategi kan rekruttering til LTKS også påhvile de kommunale koordinatore, som almen praksis henviser patienter med kroniske sygdomme til. Dette er, som vi har set, allerede tilfældet i nogle kommuner. Dette indebærer, at kommunale koordinatore i forbindelse med en visiteringssamtale bør overveje at orientere borgeren om LTKS, såfremt dette er en mulighed. For at kunne gøre dette optimalt, skal koordinatorene være opdaterede på LTKS' indhold og målgruppe.

For aktører der ønsker, at almen praksis påtager sig en mere offensiv rolle i forhold til rekruttering til de diagnosespecifikke tilbud for patienter med KOL og type 2-diabetes, vil mange af de ovennævnte forslag også være relevante. Det drejer sig således også her om at styrke almen praksis' kendskab til tilbuddene ved en flerstrengt informationsstrategi, der sikrer, at almen praksis har løbende nem adgang til opdaterede oplysninger over kommende tilbud i patientens hjemkommune (med angivelse af tid og sted og varighed). Informationen skal ligeledes omhandle både indholdet i tilbuddet samt en præcisering af målgruppen (idet omfang dette vurderes ikke at være kendt blandt de praktiserende læger i forhold til de konkrete kursus). På de diagnosespecifikke kurser vil det også være en fordel, hvis kommunen efter samtykke med kursUSDeltageren sender en kort beskrivelse af kursistens deltagelse og udbytte til dennes egen læge. Det foreslås som ovenfor, at disse oplysninger indføjjes i en fast skabelon for at fremme genkendelighed og hurtigt overblik for lægen.

Almen praksis tilbøjelighed til at henvise relevante patienter kan antagelig også fremmes, hvis selve henvisningsproceduren gøres så fleksibel og enkel som muligt. Endelig kan det anbefales at undersøge og udvikle brugervenligheden af sundhed.dk og informere lægerne om, hvordan siden bruges mest hensigtsmæssigt. Selv om mange kommuner allerede har lagt en del af de informationer, lægerne efterspørger, på sundhed.dk, skønnes der stadig at være et vist potentiale i at udvikle dette site.

6. Litteratur

Braun V & Clarke V (2006): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*; 3: 77-101.

Foster G, Taylor SJC, Eldridge S, Ramsay J, Griffiths CJ (2007): Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD005108. DOI: 10.1002/14651858.CD005108.pub2.

Johansen KS, Rasmussen PS, Christiansen AH (2012): *Hvem deltager og hvem deltager ikke i patientuddannelse. Evaluering af sygdomsspecifik patientuddannelse i Region Hovedstaden*. København: Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Formidling.

Komiteen for Sundhedsoplysning (2007): *Evidens for Chronic Disease Self-Management Program – dokumentation af effekt og omkostninger*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning.

Kommunernes Landsforening (2012): *Det nære sundhedsvæsen*. København: Kommunernes Landsforening.

Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW Jr, Bandura A, Ritter P, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR (1999): Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical Care*; 37(1):5-14.

Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR (2001): Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*; 39(11):1217-23.

Marthedal AB, Johansen KS, Nielsen A, Hansen AR, Jensen MB (2011): *Lær at leve med kronisk sygdom. Evaluering af udbytte, selvvurderet effekt og rekruttering*. DSI rapport 2011.0. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): *Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen*. Udvalgsrapport. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Navne, LM, Borst, L, Buch MS (2013): *Forløbskoordination og diagnoserettede tilbud til borgere med KOL, hjertesygdom og type-2-diabetes i Slagelse Kommune 2010-2012*. København: Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Formidling.

Norman K & Blom A (2011): *Patientrettet forebyggelse i kommunerne 2011. En opfølgende kortlægning af kommunale, patientrettede forebyggelsestilbud i samtlige danske kommuner*. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Sundhedsstyrelsen (2005): *Guide til Lær at leve med kronisk sygdom*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2008): *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats*. Rapport udarbejdet af Rambøll Management for Sundhedsstyrelsen, København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen (2009) *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering (Medicinsk Teknologivurdering 2009; 11.3)*. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering og Medicinsk Teknologivurdering.

Wittrup I (2011): *Læring og mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. Kvalitativ evaluering*. Århus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

7. Bilag A: Spørgeskema

Nedenfor ses en trykt version af det elektroniske spørgeskema som blev benyttet i undersøgelsen.

Spørgeskema til praktiserende læger om kommunale sundhedstilbud til patienter med kroniske sygdomme.

Spørgeskemaet er struktureret sådan, at de første spørgsmål omhandler rehabiliteringstilbud til patienter med KOL, de næste spørgsmål omhandler rehabiliteringstilbud til patienter med diabetes, og de sidste spørgsmål vedrører patientuddannelsen *Lær at tackle kronisk sygdom*.

Følgende spørgsmål omhandler dine henvisninger til kommunens rehabiliteringstilbud til patienter med **KOL**. Rehabiliteringstilbud kan fx være sygdomsundervisning og fysisk træning, og de kan foregå fx i kommunens sundhedshus, sundhedscenter eller forebyggelsescenter.

1. Hvor mange gange har du inden for det seneste år henvist patienter med KOL til kommunens rehabiliteringstilbud?

- 1. Jeg har ikke henvist inden for det seneste år
- 2. Få gange (1 til 2 gange)
- 3. Nogle gange (3 til 5 gange)
- 4. Flere gange (mere en 5 gange)

[Betingelse 1= 1 ELL 1= 2]

2. Hvorfor har du ikke eller kun få gange henvist patienter med KOL til kommunens rehabiliteringstilbud? (vælg max 3 alternativer)

- 1. Jeg har ikke tilstrækkeligt kendskab til kommunens tilbud
- 2. Jeg er usikker på, om patienterne har gavn af kommunens tilbud
- 3. Patienter, som har deltaget, har givet negative tilbagemeldinger
- 4. Det er for tidskrævende at henvise
- 5. Jeg har ikke (flere) relevante patienter at henvise
- 6. Den geografiske afstand til tilbuddene er for stor
- 7. Jeg gør brug af andre tilbud (se næste spørgsmål)
- 8. Andet, skriv hvilket:

[Betingelse 2= 7]

3. Hvilke andre tilbud gør du brug af?

- 1. Tilbud i egen praksis
- 2. På hospitalerne
- 3. Hos patientforeningerne
- 4. Andet

Følgende spørgsmål omhandler dine henvisninger til kommunens rehabiliteringstilbud til patienter med **type 2-diabetes**. Rehabiliteringstilbud kan fx være sygdomsundervisning, fysisk træning og kostvejledning, og de kan foregå fx i kommunens sundhedshus, sundhedscenter eller forebyggelsescenter.

4. Hvor mange gange har du inden for det seneste år henvist patienter med type 2-diabetes til kommunens rehabiliteringstilbud?

- 1. Jeg har ikke henvist inden for det seneste år
- 2. Få gange (1 til 2 gange)
- 3. Nogle gange (3 til 5 gange)
- 4. Flere gange (mere en 5 gange)

[Betingelse 4= 1 ELL 4= 2]

5. Hvorfor har du ikke eller kun få gange henvist patienter med type 2-diabetes til kommunens rehabiliteringstilbud? (vælg max 3 alternativer)

- 1. Jeg har ikke tilstrækkeligt kendskab til kommunens tilbud
- 2. Jeg er usikker på, om patienterne har gavn af kommunens tilbud
- 3. Patienter, som har deltaget, har givet negative tilbagemeldinger
- 4. Det er for tidskrævende at henvise
- 5. Jeg har ikke (flere) relevante patienter at henvise
- 6. Den geografiske afstand til tilbuddene er for stor
- 7. Jeg gør brug af andre tilbud (se næste spørgsmål)
- 8. Andet, skriv hvilket:

[Betingelse 5= 7]

6. Hvilke andre tilbud gør du brug af?

- 1. Tilbud i egen praksis
- 2. På hospitalerne
- 3. Hos patientforeningerne
- 4. Andet

7. Hvorfra vil du helst have information om kommunens rehabiliteringstilbud inden for KOL og type 2-diabetes? (vælg max 3 alternativer)

- 1. Nyhedsbreve fra kommunen/praksiskonsulenten
- 2. Patientpjecer/postkort om de enkelte tilbud
- 3. Møder med kommunen
- 4. Besøg af kommunale repræsentanter i din praksis
- 5. Sundhed.dk (herunder SOFT portalen og praksis.dk)
- 6. Laminerede ark med oversigt over kommunens tilbud eller henvisningsprocedurer
- 7. Andet, skriv hvilket:
- 8. Ingen af delene

De følgende spørgsmål omhandler **proceduren for henvisning** til kommunens rehabiliteringstilbud inden for både KOL og type 2-diabetes.

8. Hvordan henviser du?

- 1. Til en kommunal koordinator, der visiterer patienterne til et rehabiliteringstilbud
- 2. Direkte til de enkelte rehabiliteringstilbud
- 3. Begge dele
- 4. Ved ikke

9. Hvordan vil du helst henvise?

- 1. Til en kommunal koordinator, der visiterer patienterne til et rehabiliteringstilbud
- 2. Direkte til de enkelte rehabiliteringstilbud
- 3. Begge dele
- 4. Ved ikke

10. Får du en tilbagemelding fra kommunen, når en af dine patienter har gennemført et kommunalt rehabiliteringstilbud for patienter med **KOL eller type 2-diabetes**?

- 1. Altid
- 2. Nogle gange
- 3. Sjældent
- 4. Aldrig
- 5. Ved ikke
- 6. Ikke relevant, jeg har aldrig henvist

11. Får du en tilbagemelding fra kommunen, hvis en af dine patienter er droppet ud af et kommunalt rehabiliteringstilbud for patienter med **KOL eller type 2-diabetes**?

- 1. Altid
- 2. Nogle gange
- 3. Sjældent
- 4. Aldrig
- 5. Ved ikke
- 6. Ikke relevant, jeg har aldrig henvist

[Betingelse Tilbagemelding]

12. Hvad synes du generelt om tilbagemeldingerne - er de relevante?

- 1. Ja
- 2. Nej
- 3. Ved ikke

13. -Er de for detaljerede, eller for kortfattede?

- 1. For detaljerede
- 2. For kortfattede
- 3. Passende

14. Vil du gerne have en tilbagemelding fra kommunen, når en af dine patienter har gennemført et kommunalt rehabiliteringstilbud for patienter med **KOL eller type 2-diabetes**?

- 1. Ja
- 2. Nej
- 3. Ved ikke

15. Vil du gerne have en tilbagemelding fra kommunen, hvis en af dine patienter er droppet ud af et kommunalt rehabiliteringstilbud for patienter med **KOL eller type 2-diabetes**?

- 1. Ja
- 2. Nej
- 3. Ved ikke

Lær at tackle kronisk sygdom (Lær af leve med kronisk sygdom)

De følgende spørgsmål omhandler patientuddannelsen *Lær at tackle kronisk sygdom* (tidligere kaldet *Lær at leve med kronisk sygdom*). *Lær at tackle kronisk sygdom* har fokus på, hvordan man håndterer det at have en kronisk sygdom i sin hverdag. Det er patienter med kronisk sygdom, der fungerer som instruktører på kurset. Disse instruktører er uddannede og certificerede til at forestå undervisningen. Deltagelse kræver ikke henvisning.

16. Findes *Lær at tackle kronisk sygdom* som tilbud i din kommune?

- 1. Ja
- 2. Nej
- 3. Ved ikke

17. Hvordan er dit kendskab til *Lær at tackle kronisk sygdom*?

- 1. Detaljeret
- 2. Nogenlunde
- 3. Beskedent
- 4. Kender det ikke

[Betingelse 16= 1] [Betingelse 17<> 4]

18. Hvor mange gange har du inden for det seneste år informeret en patient om *Lær at tackle kronisk sygdom*?

- 1. Jeg har ikke informeret nogen patienter om dette det sidste år
- 2. Få gange (1 til 2 gange)
- 3. Nogle gange (3 til 5 gange)
- 4. Flere gange (mere en 5 gange)

[Betingelse 16= 1] [Betingelse 18= 1 ELL 18= 2] [Betingelse 17<> 4]

19. Hvorfor har du ikke eller få kun gange informeret patienter om *Lær at tackle kronisk sygdom*? (vælg max 3 muligheder)

- 1. Jeg har ikke tilstrækkelig kendskab til *Lær at tackle kronisk sygdom*
- 2. Jeg er usikker på, om patienterne har gavn af *Lær at tackle kronisk sygdom*
- 3. Patienter, som har deltaget, har givet negative tilbagemeldinger
- 4. Jeg bryder mig ikke om konceptet med, at det er patienter, der underviser patienter
- 5. Jeg koncentrerer mig kun om de kommunale tilbud, som kræver en henvisning
- 6. Den geografiske afstand til tilbuddet er for stor
- 7. Andet, skriv hvilket:

[Betingelse 16= 1 ELL 16= 3]

20. Hvorfra vil du helst have information om *Lær at tackle kronisk sygdom* (*Lær at leve med kronisk sygdom*)? (vælg max 3 muligheder)

- 1. Nyhedsbreve fra kommunen/praksiskonsulenten
- 2. Patientpjecer/postkort om tilbuddet
- 3. Møder med kommunen
- 4. Besøg af kommunale repræsentanter i min praksis
- 5. Sundhed.dk (herunder SOFT portalen og praksis.dk)
- 6. Lamineret ark med oversigt over kommunens tilbud eller henvisningsprocedurer
- 7. Ingen af delene
- 8. Andet, skriv hvilket:

Vil du afslutte nu? - klik på pil til højre!

Du kan også gå tilbage og eventuelt rette i din besvarelse.

[Afsluttet]

Spørgeskemaet er nu afsluttet og gemt.

Tak for din deltagelse.