

Bilagsrapport 6

Tværfaglige gruppeprocesser

Oktober 2005

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Metode og materiale.....	4
2.1 Udvalgelse af amter	4
2.2 Ramme og metode for gennemførelse af fokusgruppeinterview	4
3. Resultater	7
3.1 Forløb af fokusgruppeinterview	7
3.2 Resultater af fokusgruppeinterviewene	8
3.2.1 Behandlingsprincipper og kvalitet i udrednings- og behandlingspraksis	8
3.2.2 Sammenhængende patientforløb, behandling i primærsektor og ventetid.....	11
3.2.3 Tværfaglighed, samarbejde og kommunikation.....	14
3.2.4 Træning/genoptræning	18
3.2.5 Information til patienterne	19
3.2.6 Formidling af MTV-rapporten og dens betydning.....	20
4. Opsummering.....	22
4.1 MTV- rapportens anbefalinger	23
5. Referencer	25
Appendiks 1. Interviewguide (1. interviewrunde)	26
Appendiks 2. Interviewguide (2. interviewrunde)	33

1. Indledning

Nærværende undersøgelse af erfaringer og oplevelser blandt forskellige behandlere og forvaltningsrepræsentanter indgår som et delelement i evalueringen af udviklingen på rygområdet i Danmark fra 1999 til 2004. Formålet med denne delundersøgelse 6 var at underbygge, kvalificere og søge forklaringer på nogle af de resultater og forhold, som er fremkommet af de mere kvantitative delundersøgelser 1, 2, 4 og 5 i evalueringen af udviklingen på rygområdet i Danmark og implementeringen af MTV-rapporten "Ondt i ryggen" (1). Delundersøgelsen skal derfor ses som uddybende og forklarende i forhold til de tidligere delundersøgelser.

I delundersøgelsen søges der med baggrund heri svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke barrierer og fremmede faktorer er der, og har der været, for at gennemføre MTV-rapportens anbefalinger?
- Hvilke øvrige forhold har bidraget enten positivt eller negativt til udviklingen?
- Hvilken betydning har en forvaltnings- og ledelsesmæssig forankring og prioritering for implementeringen af MTV-rapportens anbefalinger?
- Hvordan har samarbejdet og koordinationen mellem primærsektorens behandlere indbyrdes såvel som på tværs af primær- og sekundærsektoren udviklet sig siden 1999?
- Er der som følge af udviklingen skabt mere sammenhængende og hensigtsmæssige patientforløb?

Endvidere var det målet med delundersøgelsen at se fremad og søge læring herudfra.

Det har ikke været hensigten at søge kvantitativ generalisering (statistisk generaliserbarhed) vedrørende de berørte områder og forhold med relation til rygområdets udvikling, men snarere at opnå en mere kvalitativt orienteret forklaring og eksemplificering (analytisk generaliserbarhed). På den baggrund skal de mulige forklaringer på forskellige sammenhænge og forhold, der fremhæves i denne delundersøgelse og rapport, alene ses som subjektive input fra og oplevelser og holdninger blandt nogle sundhedsprofessionelle på rygområdet i fire udvalgte amter. Det ville således med baggrund i nærværende delundersøgelse være forkert at generalisere disse subjektive input til den samlede gruppe af behandlere endelige amter, hvilket heller ikke har været hensigten med delundersøgelsen.

Omvendt var målet med disse input, eksempler og udsagn at tilvejebringe mulige forklaringer på og begrundelser for rygområdets udvikling efter udgivelsen af MTV-rapporten, som det opleves af den udvalgte gruppe af sundhedsprofessionelle, der deltog i undersøgelsen, samt at skitsere mulige udviklingstendenser i et fremadrettet perspektiv.

2. Metode og materiale

2.1 Udvælgelse af amter

Delundersøgelse 6 blev gennemført ved hjælp af fokusgruppeinterview med udvalgte behandlere og forvaltningsrepræsentanter i fire amter/kommuner/H:S. Ud fra en pragmatisk udvælgelse blev fire amter/H:S udvalgt, således at der var sikret en vis geografisk spredning, ligesom der var tale om amter, hvor der havde været en indikation af forskelle i håndteringen af rygområdet. Udvælgelsen kunne dog ikke baseres på en definitiv kategorisering af det enkelte amts udvikling på rygområdet i relation til at være ”langt fremme” og ”ikke langt fremme”. Et yderligere kriterium for udvælgelsen var, at der var tale om behandlere, som tidligere (i delundersøgelse 5) havde indikeret en interesse for at deltage i opfølgende fokusgruppeinterview.

På baggrund heraf blev følgende fire amter/kommuner/H:S udvalgt til delundersøgelse 6:

- H:S/Københavns Kommune
- Vestsjællands Amt
- Fyns Amt
- Sønderjyllands Amt.

Disse amter/kommuner/H:S kommer i delundersøgelse 6 til at fremstå som ”cases” og eksempler på, hvordan man har grebet rygområdet an i forskellige amter, frem for at fungere som gode og dårlige eksempler. Forskelle mellem amterne præsenteres i resultatafsnittet i det omfang, de er fundet. Derudover skal det igen understreges, at de udvalgte deltagere i fokusgruppeinterviewene på ingen måde repræsenterede amtets eller gruppen af sundhedsprofessionelles officielle udmelding på området, men alene repræsenterede deres egne oplevelser og holdninger med deres erfaring og kendskab til rygområdet, idet der således var tale om subjektive input.

2.2 Ramme og metode for gennemførelse af fokusgruppeinterview

Baggrunden for den kvalitative tilgang med fokusgruppeinterview kommer af, at der var behov for at afdække og uddybe erfaringer og oplevelser blandt forskellige behandlere og forvaltningsrepræsentanter, såvel som at eksemplificere problemstillinger, der var rejst i de tidligere delundersøgelser. Dette kan med fordel afdækkes via tværfaglige gruppeprocesser, hvor deltagerne fortæller og diskuterer med hinanden for derved at søge læring, accept og en fælles forståelse. Der blev derfor afholdt to fokusgruppeinterview i hvert af de fire udvalgte amter/H:S med følgende deltagere.

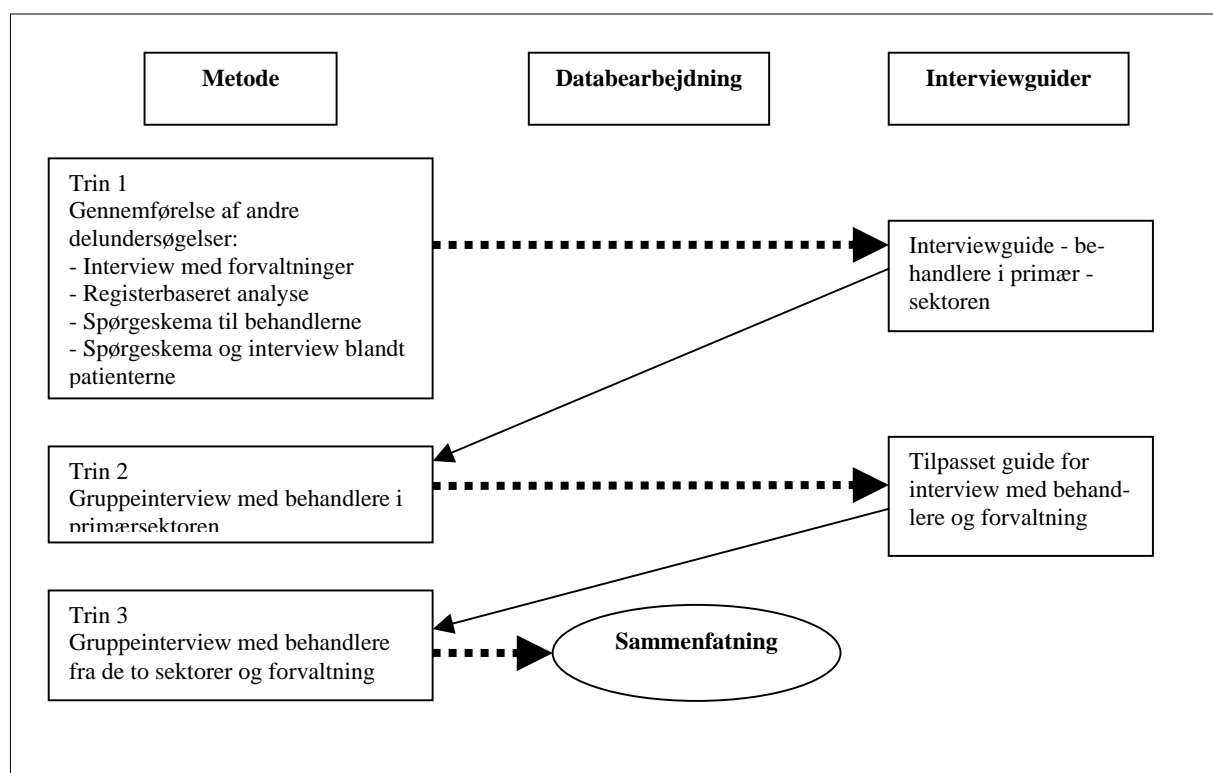
- 1) Behandlere fra den primære sundhedssektor
- 2) Behandlere fra både den primære og den sekundære sundhedssektor og forvaltningsrepræsentanter.

Det blev valgt udelukkende at interviewe behandlere i primærsektoren i første fokusgruppeinterview for bedre at kunne afdække og diskutere specifikke problemstillinger, der oplevedes inden for denne sektor. Begrundelsen herfor er dels MTV-rapportens anbefaling om, at størsteparten af udredning og behandling bør foregå i denne sektor, dels forskellene mellem henholdsvis primær- og sekundærsektoren i forhold til, hvilke og hvor mange lænderygpatienter der udredes og behandles. Afdækning og diskussion af tværsektorielle og forvaltningsmæssige problemstillinger blev indeholdt i det andet fokusgruppeinterview i hvert amt/H:S.

Gennemførelsen af de to fokusgruppeinterview var inspireret af BIKVA-modellen (2). Med denne model vil de temaer og den diskussion jf. formålet og de overordnede temaer/spørgsmål, der kommer op i det enkelte fokusgruppeinterview, kunne sammenfattes og bruges i det næste fokusgruppeinterview. Forskellen til den ”rene” BIKVA-model er dog, at der ved første interviewrunde blev anvendt en interviewguide udarbejdet med udgangspunkt i resultaterne fra de andre delundersøgelser frem for bruger-/patientsynspunkter.

Forløbet i modellen gennemgår en række trin som skitseret i nedenstående figur 1.

Figur 1: Forløb af fokusgruppeinterview.



I trin 1 ses de allerede gennemførte delundersøgelser, som efter en databearbejdning, illustreret ved en stiplede linje, fungerede som input til interviewguiden (også kaldet samtaleguiden) udarbejdet til behandlere i primærsektoren. Trin 2 og 3 er fokusgruppeinterview henholdsvis med behandlere i

primærsektoren alene og med behandlere i primær- og sekundærsektoren samt forvaltningen. Udsagnene fra trin 2 blev bearbejdet og indgik i en tilpasset interviewguide til brug i det sidste trin 3, hvor behandlerrepræsentanter fra de to sektorer samt de amtslige forvaltninger medvirkede. Diskussionerne/konklusionerne fra de to interviewrunder i de fire amter/H:S er sammenfattet og præsenteret i nedenstående resultatafsnit. Interviewguider fra de to fokusgruppeinterview fremgår af appendiks 1 og 2.

Det enkelte fokusgruppeinterview blev afholdt sidst på dagen på en hverdag et centralt sted i amtet eller hos evaluator og varede to timer. Interviewet foregik ved, at moderator præsenterede et tema med udvalgte problemområder (se appendiks 1 og 2), hvorefter ordet var frit til at fremføre synspunkter og til diskussion mellem deltagerne. Der blev skrevet referat under interviewet.

Efterfølgende blev hvert referat renskrevet og indgik som grundlag for at udarbejde nærværende delrapport. Der er således sket såvel en udvælgelse som en tolkning ved skrivning af de enkelte referater og af den samlede rapport. Såvel moderatorer som referenter indgik i denne udvælgelse og skrivning.

3. Resultater

3.1 Forløb af fokusgruppeinterview

Der blev i alt gennemført otte fokusgruppeinterview i de fire amter/H:S – to fokusgruppeinterview i hvert amt/H:S. Nedenfor af tabel 1 fremgår sammensætningen af deltagerne i de to fokusgruppeinterview i de respektive amter.

Tabel 1: Deltagere i fokusgruppeinterview.

	Fokusgruppe 1			
	H:S/Københavns Kommune	Vestsjællands Amt	Fyns Amt	Sønderjyllands Amt
Praktiserende læger	-	1	1	1
Privatpraktiserende fysioterapeuter	1	2	2	2
Privatpraktiserende kiropraktorer	1	1	1	1
Privatpraktiserende speciallæger	1	-	1	-
	Fokusgruppe 2			
	H:S/Københavns Kommune	Vestsjællands Amt	Fyns Amt	Sønderjyllands Amt
Praktiserende læger	1	1	1	1
Privatpraktiserende fysioterapeuter		1	1	2
Kommunalt ansatte fysioterapeuter	1			
Sygehusansatte fysioterapeuter		1		
Privatpraktiserende kiropraktorer	1	1	1	1
Kommunalt ansatte kiropraktorer	1			
Privatpraktiserende speciallæger	-	-	1	1
Sygehusansatte læger	2	1	2	1
Forvaltningsrepræsentant	-	-	1	-

Til fokusgruppeinterviewene i anden runde var der afbud fra to kiropraktorer (Sønderjyllands Amt og H:S/Københavns Kommune), to repræsentanter fra sundhedsforvaltningen (Sønderjyllands Amt og Vestsjællands Amt) og en sygehuslæge (Fyns Amt).

Som tidligere nævnt havde de inviterede behandlere alle i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen i delundersøgelse 5 indvilget i at blive kontaktet med henblik på interview. De deltagende behandlere må derfor formodes at have en vis interesse for rygområdet og dermed ikke nødvendigvis være repræsentative for den samlede gruppe af behandlere, hvorfor der er tale om, at deres bidrag udgør en række subjektive input. Det sidste ses imidlertid ikke som noget problem for undersøgelsens validitet, idet formålet netop har været at få de behandlere i tale, der har gjort sig overvejelser om udviklingen på rygområdet, for derigennem at kunne eksemplificere problemstillinger og se fremad søge læring.

3.2 Resultater af fokusgruppeinterviewene

I det følgende præsenteres med udgangspunkt i de områder, hvor delundersøgelserne 1, 2, 4 og 5 havde vist et behov for uddybning og kvalificering, resultaterne af de gennemførte fokusgruppeinterview. For at øge læsbarheden, og fordi der var en stor grad af sammenfald mellem opfattelsen af problemstillinger og eventuelle forslag til løsninger på tværs af interview og amter, er det valgt at præsentere resultaterne i forhold til overordnede temaer på tværs såvel af amterne/H:S som af de to interview i hvert amt/H:S. Der, hvor der var forskelle mellem amterne og/eller mellem primær- og sekundærsektoren, er dette dog fremhævet. Ligeledes er det fremhævet, hvis der var generel enighed eller uenighed om et synspunkt, hvorimod resten af udsagnene fra fokusgruppeinterviewene refererer til udsagn fra enkeltpersoner, som fik lov til at stå uimodsagt af resten af deltagerne. Som tidligere nævnt skal de fremførte opfattelser og udsagn fra fokusgrupperne betragtes som uddybende og kvalificerende input i relation til delundersøgelse 1, 2, 4, og 5.

3.2.1 Behandlingsprincipper og kvalitet i udrednings- og behandlingspraksis

MTV-rapporten "Ondt i ryggen" (1) anbefaler visse behandlinger (manuel behandling, øvelsesterapi/rygskole og smertestillende medicinsk behandling) og anbefaler samtidig, at visse behandlinger, herunder korsetbehandling, traktionsbehandling, ultralyd, kortbølge og muskelafslappende medicin, udgår. En række behandlinger anbefales kun i visse tilfælde (blokadebehandling, diverse injektioner, akupunktur, massage, varme- eller kuldebehandling, rygoperation, sengeleje og transkutan nervestimulation).

I undersøgelsen blandt behandlerne (bilagsrapport 5) angiver mellem 19 og 24% af de lægefaglige personer at anvende muskelafslappende medicin ofte/jævnligt, og 24-50% at anvende blokadebehandling ofte/jævnligt. Blandt fysioterapeuterne angiver 36% at anvende ultralyd ofte/jævnligt, 23% at anvende kortbølge ofte/jævnligt, 17% at anvende laserbehandling ofte/jævnligt, og 9% at anvende traktionsbehandling ofte/jævnligt. Blandt kiropraktorerne angiver 25% at anvende traktionsbehandling ofte/jævnligt, og 16% at anvende laserbehandling ofte/jævnligt. Kiropraktorer og fysioterapeuter anvender i relativt høj grad massage og varme- eller kuldebehandling. Derudover viser registerdata (bilagsrapport 2) en større stigning i forbruget af receptindløst smertestillende medicin målt i DDD blandt rygpatienter end blandt befolkningen som helhed.

På baggrund af ovenstående oplæg fremkom der synspunkter og diskussioner som refereret i det følgende:

Valg af behandling:

Det generelle indtryk blandt deltagerne i de otte fokusgruppeinterview var, at anvendelsen af de forskellige behandlinger havde ændret sig, at der blandt flere behandlere arbejdedes seriøst med lænderygområdet, at der i et vist omfang levedes op til MTV-rapportens anbefalinger, og at holdningen til lænderyglidelser havde ændret sig meget op igennem 90'erne.

Når behandlinger, der anbefales brugt i sjældne tilfælde, samt ikke-anbefalede behandlinger stadig bruges i et vist omfang, sker dette af flere grunde:

- Det er vigtigt i behandlingsvalg at skelne mellem akutte og kroniske forløb.
- Det hensigtsmæssige behandlingsforløb skal følges, men enkeltdele skal tilpasses den enkelte patient og dennes ryglidelse.
- Massage, ultralyds-, kortbølge-, og varmebehandling bruges stadig i et vist omfang, især ved opstart af en behandling og som et supplement til anden behandling. Forskellen er, at disse behandlingsformer ikke længere står alene.
- Omfanget af brugen af blokader overraskede deltagerne, idet de mente, at denne behandling var for stærkt nedadgående.
- Omfanget af brugen af muskelafslappende medicin overraskede også de fleste deltagere, samtidig med at de anerkendte brugen af dette i enkelte tilfælde og i kortere perioder, fx til patienter, der spænder meget, til kroniske patienter og i den tid, hvor der ses an, samt ved ventetid.

En anden årsag kan være, at der ses forskelligt på behandlingen af lænderygmerter, at der er nogen faglig uenighed, samt at flere områder inden for rygbehandlingen stadig er underbelyst.

Smertestillende medicin:

Smertestillende medicin blev anset for en væsentlig behandling og i mange tilfælde en forudsætning for at kunne gennemføre andre former for behandling. Derudover er der kommet nye præparater på markedet med en bedre bivirkningsprofil. Det øgede forbrug af smertestillende medicin kan have baggrund i såvel et øget krav om fastholdelse og hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet som i et øget krav om smertefrihed. Derudover ses smerter generelt i befolkningen som noget negativt, uacceptabelt og farligt, som patienterne ikke kan håndtere, og der er dårlig compliance med selvmedicinering inden for området. Således kan manglende information være en medvirkende årsag til manglende viden blandt patienterne. Dette kan videre have betydning for det store medicinforbrug inden for gruppen af lænderygpatienter, idet patienterne måske forventer en større smertelindring end den, medicinen reelt giver, hvorefter der ønskes mere eller anden medicin.

Rygoperationer:

De store amtslige forskelle på andelen af rygoperationer kan have baggrund i den amtslige eller regionale behandlingspolitik, sygehusenes specialer, samt hvor let adgangen til disse er. Hvilke privatpraktiserende speciallæger, der er tilgængelige i et område, har også betydning for, hvor patienterne henvises til, ligesom de praktiserende lægers holdning til, hvor længe en prolaps ses an, og deres holdning til at henvise til neurokirurg spiller ind.

Ændringer i behandling:

Der opleves et pres fra patienterne i forhold til at gøre noget. Patienterne kan opleve en effekt blot ved, at der gøres noget, og efterspørger evt. en behandling, som de tidligere har fået med god virk-

ning. Blandt lægerne kan der være et fagligt pres om at handle samt et manglende behandlingsalternativ, især i forhold til kroniske lænderygpatienter.

Derudover kan der være økonomiske hensyn og pres i forhold til de behandlinger, hvor der er en større egenbetaling. Dette kan betyde, at fysioterapeuter og kiropraktorer ønsker at levere en vare, idet patienten betaler for det, og idet patienten kan vælge en anden behandler, hvis de ikke får den forventede behandling. Oplevelsen af betydningen af egenbetaling var dog ikke entydig, idet der indimellem blandt patienterne oplevedes velvilje til at betale for nogle former for behandling, men ikke for andre. Derudover kan der være en større motivation for at følge behandlingen, hvis der er en andel af egenbetaling.

Anvendelsen af behandlingsmetoderne kan derudover ses som en form for afmagt og et udtryk for en manglende åbenhed over for andre behandlere. Der tages måske udgangspunkt i den behandling, man selv kan tilbyde, og i de behandlinger, man kender og har apparatur til. Der oplevedes en vis form for konservatisme og manglende indsigt og forandringsvillighed hos behandlerne, idet det kræver både tid og en ekstra indsats at ændre vaner. Det tager generelt adskillige år at implementere anbefalinger.

Den øgede konservative behandling med større vægt på øvelser ses generelt som en forbedring, ligesom prolapsoperationerne er blevet bedre. Kiropraktorerne er ved at komme ind i varmen, men har nogle steder stadig meget lidt kontakt med sekundærsektoren, og de praktiserende læger står stadig tilbage med de dårligste rygpatienter.

Der fremkom flere forslag i forhold til at skabe ændringer i behandlingspraksis, herunder at afskaffe tilskud til ikke-anbefalede behandlinger. En ændret honorering af fysioterapeuter, hvor honoreringssystemet er flyttet væk fra behandlingsmoduler, har således allerede ændret behandlingsmønstret markant. Der var forslag om såvel centrale beslutninger som amtslige opfølgninger på behandlernes forbrug af honorarer, mere effektmåling, fx i form af audit på enkeltbehandlerniveau, hvor behandlerne holdes op i forhold til deres behandlingseffekt, samt patienttilfredshedsundersøgelser. Derudover blev en generel folkeoplysning om lænderygproblemer og behandling af disse diskuteret.

Diagnostik:

Den diagnostiske fase oplevedes generelt som afgørende, idet en hurtig udredning har betydning for resten af behandlingsforløbet. Det er godt at se tiden an, hvis diagnosen er korrekt, men det kan være problematisk i forbindelse med fejldiagnosticering. Generelt oplevedes der at være sket en forbedring af behandlingen i primærsektoren, hvorimod kvaliteten i udredningen, især i de tilfælde hvor diagnosen ikke var oplagt, ikke oplevedes som forbedret.

Der sås således problemer i forhold til lange ventetider til skanninger og forundersøgelser i forbindelse med diskusprolaps og i nogle tilfælde i forhold til de praktiserende lægers manglende neurologiske udredning. Igen er det især et problem i de tilfælde, hvor der er usikkerhed om diagnosen.

Det var et problem, at der ikke alle steder og i tilstrækkelig udstrækning tænkes på tværs. Der var et bredt ønske om etablering af flere tværfaglige enheder, også i primærsektoren, hvortil patienter med en usikker diagnose og især kroniske forløb kunne henvises. Disse enheder skulle bl.a. have adgang til hurtig skanning.

Derudover var der ønske om en fælles diagnoseregistrering og et fælles sprog på tværs af behandlergrupper og sektorer. Selv om det er svært at klassificere denne gruppe sygdomme, er der sket fremskridt, og det må være muligt at inddele de ca. 80%, som man ellers ikke mener at kunne diagnosticere.

Inden for almen praksis og fysioterapien arbejdedes der med diagnoseklassificering som en måde at øge kompetencen på. Fysioterapeuterne havde inden for de senere år fået bedre redskaber til at udrede og differentiere behandlingen af rygpatienter. Det er et spørgsmål om mere uddannelse: fysioterapeuter uddannes som generalister, og der er stadig for få med efterfølgende specialuddannelse.

I Sønderjyllands Amt havde man udarbejdet et flow chart for udredning af lænderygsmærter. Derudover havde rygcenteret taget initiativ til at udarbejde et nyt referenceprogram og et forslag til oprettelse af fire tværfaglige satellitteam placeret i eksisterende fysioterapi- eller kiropraktorkliniker. Teamet, der skulle bestå af en fysioterapeut, en kiropraktor og en læge, skulle foretage den primære vurdering og udredning af især subakutte patienter og patienter med usikker diagnose. Det var tanken, at teamet derefter skulle kunne henvide videre i systemet, inklusive til MR-skanning.

3.2.2 Sammenhængende patientforløb, behandling i primærsektor og ventetid

MTV-rapporten "Ondt i ryggen" (1) anbefaler, at lænderygpatienter behandles i primærsektoren, og at der først henvises til speciallæge eller sekundærsektoren ved alarmerende symptomer eller ved manglende fremskridt efter fire ugers behandling.

I undersøgelsen af status i amterne (bilagsrapport 1) finder vi, at der i flere amter er udarbejdet behandlingsvejledninger, men at det er usikkert, hvad de har betydet i forhold til at sikre, at udredning og behandling forankres i primærsektoren, og i registerundersøgelsen (bilagsrapport 2) finder vi, at en del patienter ikke har kontakt med den praktiserende læge i forbindelse med et lænderygbesvær. I undersøgelsen blandt behandlerne (bilagsrapport 5) opleves forløbet generelt som mere sammenhængende i primærsektoren end i sekundærsektoren, og af patientundersøgelsen (bilagsrapport 4) fremgår det, at ventetiden er af forskellig længde og opleves forskelligt af patienterne. Der er især problemer med at sikre de kroniske lænderygpatienter et sammenhængende patientfor-

løb, og i de meget lange forløb har det for patienterne været væsentligt, at der har været en tovholder, som dels har kunnet holde sammen på de forskellige tiltag, og dels især har kunnet støtte i kontakten til kommunen.

På baggrund af ovenstående oplæg fremkom der synspunkter og diskussioner som refereret i det følgende:

Sammenhængende forløb:

I det akutte forløb, og der hvor der ikke var tvivl om diagnosen, fungerede det oftest godt, og forløbet hang som regel fint sammen. Der, hvor det oftest blev problematisk, var, når forløbet blev længerevarende, og når der var tvivl om diagnosen eller uafklarede forhold i kontakten mellem de to sektorer.

Et godt forløb hænger sammen med information og tillid og med, hvor gode behandlerne er til at samarbejde indbyrdes. At sikre et godt forløb tager tid, indsigt i patienten, herunder i dennes psyke, samt en direkte adgang til samarbejdspartnerne. Der var blandt deltagerne en erkendelse af, at den faglige interesse risikerer at falde, når et forløb bliver kronisk, og at der er en restgruppe af patienter, der ikke kan hjælpes ud over med vedligeholdelsesbehandling.

Det er væsentligt med en behandlingsplan og en tovholderfunktion ved alle lænderygforløb, men især ved de længerevarende og kroniske forløb. Det ansås for mest hensigtsmæssigt, at det er den praktiserende læge, der er tovholder. Men ligeså vigtigt er det, at alle andre behandlere er forpligtigede til at melde tilbage til tovholderen. Dette forudsætter et velfungerende kommunikationssystem mellem behandlergrupperne, og at de eksisterende kommunikationssystemer mellem hospital og primærsektor anvendes.

Generelt mentes en forbedring at kunne ske via fælles journaler, evt. ved en mere udbredt brug af Edifact¹. Derudover var der ønske om en større grad af fælles sprog og evt. udvikling af en standard for god kommunikation mellem behandlerne og for det gode patientforløb. En sådan standard kan udvikles og implementeres kommunevist eller regionsvist, men det forudsætter, at der sker honorering for dette samarbejde.

Behandlingsvejledninger kan være medvirkende til at fastlægge kadencen i et behandlingsforløb, men må samtidig ikke være for firkantede. Derudover må traditioner nedbrydes, og der må ske kvalitetssikring. Der var gode erfaringer med at deltage i audit. Indtrykket var, at man bliver en bedre behandler af at få et feedback på egen praksis.

Derudover ville det også være godt med en koordinerende funktion i forhold til fx arbejdsruede patienter, hvilket fandtes i nogle amter. Et spørgsmål er dog, hvem der skal betale.

Behandling i primærsektoren:

Det generelle indtryk var, at langt den største del af behandlingen foregår i primærsektoren, hvilket anses for at være hensigtsmæssigt.

At Københavns Kommunes Rygcenter ligger i regi af primærsektoren har formentlig den fordel, at patienterne derved behandles på en så lidt indgribende måde som muligt, samtidig med at det omvendt måske kan betyde en forsinkelse af forløbet, idet de først henvises til rygcenteret og derefter til sygehuset. Blandt deltagerne i fokusgruppeinterviewet var der dog uenighed om, hvor mange patienter det reelt betød en forsinkelse for.

Denne problematik blev fx drøftet i interviewet i Vestsjællands Amt, idet der her blev peget på vigtigheden af, at et eventuelt fremtidigt tværfagligt team blev oprettet i regi af sekundærsektoren, idet dette må forventes at sikre en hurtig undersøgelses- og behandlingsmulighed.

Ventetid:

Der er to former for ventetid. Observationstid, dvs. den tid, der ventes på at se an og finde ud af, hvilken behandling der evt. skal tilbydes, og den reelle ventetid, dvs. hvor der ventes på de planlagte undersøgelser og behandlinger. En vis observationstid er dog i orden, idet det giver tid til spontan heling, og overbehandling kan undgås. Derudover kan ventetider udnyttes til træning og kontakt til andre behandlere.

Alligevel oplevedes der for lang ventetid til skanninger, rygambulatorier og neurokirurgi, som derved kom til at udgøre en flaskehals. I primærsektoren kunne det opleves, som om patienten kom for sent i behandling i sekundærsektoren, især fordi der var lang ventetid til skanning. Ligeledes kunne det i sekundærsektoren opleves, som om behandlingsmulighederne i primærsektoren ikke var tilstrækkeligt afprøvede, inden der blev henvist til sekundærsektoren. Den fælles holdning var dog, at er der først taget en beslutning om, at skanning er relevant for at komme videre, gennemføres den også hurtigt.

Der var store forskelle i ventetider mellem amterne. På Rigshospitalet var ventetiden til skanning otte måneder, hvorfor der blev henvist til andre steder med kortere ventetid. I Fyns Amt oplevedes det i primærsektoren, at ventetiderne til speciallæge og rygcenter igen var blevet lange. Rygcenter Fyn og Reumatologisk Afdeling i Svendborg havde lavet tiltag for at se og prioritere de henviste patienter inden for få dage. I Vestsjællands Amt var der også oplevelser af u hensigtsmæssigt lange ventetider, også efter at patienten var ”kommet indenfor” i sekundærsektoren, idet der var ventetid til sygehusambulatoriet, skanning, operation og genoptræning – mange flaskehalse, der tilsammen trækker forløbet u hensigtsmæssigt langt ud. I Sønderjyllands Amt oplevedes der ligeledes lange

¹ Edifact er elektronisk informationsudveksling ved brug af internationale standarder, der muliggør udveksling mellem forskellige edb-systemer.

ventetider til forundersøgelse for diskusprolaps og til skanning. Derudover oplevedes der i primærsektoren manglende henvisningsmuligheder for patienter, hvor der var usikkerhed om diagnosen, eller hvor behandlingen ikke lykkedes.

Der var, en ikke uventet, uenighed om det hensigtsmæssige i at give den praktiserende læge mulighed for at henvise direkte til skanning. For denne mulighed kunne tale, at henvisning til sygehus eller speciallæge alene vil betyde et ekstra led, mens det taler imod, at det vil forlænge ventetiderne yderligere samt forøge antallet af falsk positive svar. Dette er også erfaringen ved selvbetalere eller privatforsikrede, der bliver skannet på privat sygehus eller klinik.

Endelig var der erfaring for, at netværk og personligt kendskab havde positiv betydning for ventetiden.

Nedbringelse af ventetid samt bedre udnyttelse af uundgåelig ventetid:

Undgåelse af overflødige henvisninger til sygehussektoren er en måde at nedbringe ventetiden på. I H:S/Københavns Kommune oplevedes der efterhånden sjældent overflødige henvisninger, hvorimod der på rygcenteret i Sønderjyllands Amt, der er forankret omkring rygkirurgien, oplevedes et for stort antal og for mange ikke-relevante henvisninger i forhold til rygcenterets kapacitet.

Det kan være sygeliggørende at vente i lang tid, og der skal først og fremmest tænkes i veltilrettelagte behandlingsforløb samt information. Patienten skal kende sine terminer. Det handler om at informere patienterne om, hvad de kan forvente af henvisningen, hvad der skal ske, og hvor vedkommende kan henvende sig i ventetiden. Der var generel enighed om, at denne informationsopgave først og fremmest, men ikke udelukkende, skal ligge hos den praktiserende læge.

Ventetiden skal bruges aktivt til behandling, træning og fastholdelse i arbejde. Samtidig må det sikres, at patienten kan opretholde et vist aktivitetsniveau i hverdagen. Derudover skal der følges op. En speciallæge gjorde dette ved at aftale en tid til opfølgning med patienten på det tidspunkt, hvor svaret fra en undersøgelse kunne ventes. At gøre noget tilsvarende hos de praktiserende læger ville ifølge den praktiserende læge formentlig kræve en mentalitetsændring samt en ændring af honoreringssystemet.

3.2.3 Tværfaglighed, samarbejde og kommunikation

MTV-rapporten "Ondt i ryggen" (1) anbefaler, at der arbejdes tværfagligt i forhold til lænderygpatienter, og at de tilbydes en ensartet behandling, uanset hvor i behandlingssystemet de henvender sig. Denne tværfaglighed skal bl.a. opnås gennem udarbejdelse og brug af tværfaglige referenceprogrammer, kliniske retningslinjer og kollegial audit samt et tæt samarbejde med udveksling af informationer mellem behandlerne.

I undersøgelsen blandt behandlerne (bilagsrapport 5) finder vi generelt en større tværfaglig koordinering inden for den sekundære sektor end inden for den primære sektor, og at det tværfaglige/tværsektorielle samarbejde oftest fungerer bedre i den akutte fase af lænderygbesvær. Kiropraktorerne er mindre tilfredse med samarbejdet med andre behandlere, og fysioterapeuterne er mindre tilfredse med samarbejdet med sekundærsektoren. Manglende og/eller mangelfuld kommunikation er en væsentlig årsag til utilfredshed.

På baggrund af ovenstående oplæg fremkom der synspunkter og diskussioner som refereret i det følgende:

Der var i fokusgrupperne generel enighed om, at det tværfaglige samarbejde var af stor betydning for såvel patienter som behandlere. Især var der et stort behov for bedre samarbejde og information om de patienter, hvor der var usikkerhed om diagnosen, patienter, hvor behandlingen ikke lykkedes, og kroniske patienter, jf. ovenfor. For at behandlingen skal lykkes, er det vigtigt, at hver behandler yder det, vedkommende kan, og ellers henviser til andre behandlere. En god kommunikation mellem behandlerne er vigtig for behandlingskvaliteten og for, at der fx ikke startes en behandling, som tidligere er prøvet uden held.

At det tværfaglige samarbejde mangler, kan fx betyde, at der henvises for mange patienter til sekundærsektoren, og at forløbene bliver længere end nødvendigt. Derudover giver samarbejdet med andre behandlere en mulighed for at få en ny tilgang til patienten, og måske kan især kroniske patienters ”cyklen rundt” i systemerne efter en diagnose undgås. Problemet er dog, at det nuværende system ikke er indrettet til kommunikation.

Samarbejde og kommunikation i primærsektoren:

Der var stor forskel på omfanget af samarbejde mellem de forskellige behandlere i primærsektoren. Flere steder oplevedes der en manglende tillid til og viden om hinanden og hinandens kompetencer. Dette gjaldt såvel inden for egne faggrupper som på tværs af faggrupperne. Selv om kiropraktorerne og fysioterapeuterne var ved at nærme sig hinanden, oplevede kiropraktorerne ikke alle steder at være en del af samarbejdet. Kommunikationen var ikke god nok, selv om den nogle steder var blevet bedre inden for de sidste fem år. Ofte foregik kommunikationen gennem patienten.

Det, at læger i princippet ikke må henvise patienterne videre til en bestemt anden behandler, oplevedes af en enkelt at fungere som en hæmsko for kendskabet til hinanden. Andre ting, der blev oplevet som problemer, var den store forskel på henvisningerne, og at telefonisk kontakt blev besværliggjort af lægernes korte telefontid.

Tværfaglighed kræver faglig accept og respekt. At ændre en manglende viden om og tillid til hinanden kræver, at man mødes for at vide, hvad hver især kan og interesserer sig for. Der var generelt et ønske om et mere formaliseret samarbejde i forhold til konkrete patienter. Samtidig var der dog en erkendelse af, at det ville være urealistisk at mødes særligt ofte på grund af omfanget af møder.

Samarbejde handler både om økonomiske ressourcer, lyst og engagement, men også om manglende tid.

Der var dog steder i primærsektoren, hvor praktiserende læger, fysioterapeuter og i nogle tilfælde kiropraktorer havde et godt samarbejde. Eksempler herpå var, hvor forskellige typer af behandlere og klinikker befandt sig under samme tag og derved lettere havde mulighed for at mødes. Andre måder at forbedre samarbejdet på, er ved at lave aftaler om, hvornår og hvordan man kan kommunikere, og eventuelt få adgang til de praktiserende lægers direkte telefonnumre.

I Sønderjyllands Amt var der, som tidligere omtalt, et helt konkret forslag om etablering af tværfaglige team. Tanken var, at deltagerne i teamet skulle honoreres ens for derigennem at stimulere til et ligeværdigt samarbejde – en tværfaglig tilgang, der efterlystes i flere amter.

En mellemløsning i forhold til en formel etablering af tværfaglige team kunne være en honorering af behandlerne for at mødes på tværs for sammen at drøfte og evt. undersøge konkrete patienter, som de hver især behandlede.

Samarbejde og kommunikation på tværs af sektorerne:

På sygehusene var der en oplevelse af, at de praktiserende lægers henvisninger var blevet bedre.

Samarbejde inden for samme faggruppe oplevedes som vekslende i omfang. Samarbejdet mellem fysioterapeuter i primærsektoren foregik oftest uformelt og på baggrund af et personligt kendskab til hinanden, hvorimod det stort set manglede i forhold til fysioterapeuter i sekundærsektoren. Der var intet forum for samarbejde.

I Sønderjyllands Amt nedsatte forvaltningen, lige efter af MTV rapporten udkom, et tværfagligt udvalgsarbejde med henblik på at implementere rapportens anbefalinger. Men da udvalgets arbejde var afsluttet, ophørte dette formaliserede tværfaglige samarbejde. På Svendborg Sygehus i Fyns Amt var der etableret et samarbejde, hvor der på møder mellem sygehuset og de praktiserende læger udformedes behandlingsplaner og aftaler med patienterne.

Generelt var der intet samarbejde mellem de privatpraktiserende kiropraktorer og sygehusene. Med undtagelse af få steder, hvor der var lavet specialaftaler, kunne kiropraktorerne ikke henvise til speciallæge eller sygehus og modtog heller ikke udskrivningsbreve.

Møder og kurser har betydning for samarbejdet, men det forudsætter, at alle behandlergrupper inviteres og deltager. En anden måde er at afholde temadage, som det fx er gjort inden for andre sygdomsområder. Der var flere steder gode erfaringer med at mødes med andre behandlere i lokalområdet for derigennem at få sat ansigter på sine kolleger. Manglende honorering kan dog være en begrænsning for primærsektorens deltagelse.

Samarbejde og kommunikation i forhold til kommunerne:

Samarbejdet med kommunerne oplevedes af flere som tungt og personafhængigt. Der manglede viden og forståelse for hinandens arbejde. I de tilfælde, hvor der var et samarbejde med kommunen, fungerede lægekonsulenten til tider som ”oversætter” mellem behandler i sundhedsvæsenet og sagsbehandler i kommunen, idet det oplevedes som forskellige verdener med forskellige sprog. I enkelte tilfælde varetog sagsbehandleren dog en tovholderfunktion.

Andre oplevede, at samarbejdet ofte indskrænkede sig til de forskellige formularer, som de praktiserende læger og kiropraktorerne, på kommunens opfordring og betaling, udfyldte. Der manglede et samarbejde på tværs af de to sundhedssektorer og socialektoren, bl.a. omkring kroniske lænderygpatienters rehabilitering. Det ville være godt at samles og diskutere en række patientsager igennem, men der er i primærsektoren ikke mulighed for honorering for samarbejde med kommunen.

Der var dog forhåbninger om, at den nye strukturreform med færre og større kommuner ville kunne forbedre samarbejdet.

Kommunikationsredskaber:

Der var bred enighed om, at udveksling af information var vigtig, og at dette udmærket kunne ske via Edifact. Patienttilladelse er dog en forudsætning for at kunne udveksle information, ligesom der må gøres en indsats i forhold til at få behandlerne til at bruge det.

Der ligger et stort læringspotentiale i det tværfaglige samarbejde. Hvis udskrivningsbreve går begge veje, kan der ske læring, afmystificering af faggrupper og kvalitetskontrol. Mulighed for feedback fra andre behandlere for at kunne vurdere, om ens henvisning var relevant, om der var henvist til den rette behandler etc., ville også være et relevant tiltag. Dette kræver dog åbenhed.

Samtidig oplevedes der adskillige hindringer for god kommunikation og vidensdeling. Et problem var, at Edifact endnu ikke var på plads, hvilket betød, at fysioterapeuterne ikke kunne modtage elektroniske henvisninger. Der oplevedes manglende tid til og honorering af skrivearbejde. Endelig manglede der procedurer for opfølgning og tilbagemelding behandlerne imellem. Orientering om anden behandling gik ofte gennem patienten.

Generelt ville behandlerne gerne sende besked om patienten til andre behandlere, men det forudsætter gensidighed. Derudover oplevedes der et problem med manglende fælles sprog. Flere kiropraktorer forventede dog, at problemet ville blive mindre, og kommunikationen bedre med den nye kiropraktoruddannelse, hvor den indledende undervisning er fælles for kiropraktor- og lægestuderende.

Der var interesse for udvikling af velegnede elektroniske kommunikationsveje, som fx fælles vandrejournalssystemer. Hos nogle var dette dog forsøgt, men uden held, idet det ikke blev positivt modtaget hos de andre faggrupper. Et sådant shared care-program kræver også en udpegning af en tovholder, der vedligeholder informationen, for at det skal lykkes. Inden for diabetesområdet var der dog gode erfaringer med forsøg med fælles elektronisk kommunikation mellem behandlere.

3.2.4 Træning/genoptræning

MTV-rapporten "Ondt i ryggen" (1) anbefaler, at specifikke grupper af lænderygpatienter tilbydes særligt tilrettelagte rehabiliteringsprogrammer, således at de efter længerevarende funktionshæmning kan genvinde normal eller næsten normal daglig funktionsevne.

I patientundersøgelsen (bilagsrapport 4) finder vi, at det er vigtigt for lænderygpatienterne at vide, hvad de må og ikke må ved træning, at der instrueres og kontrolleres i forhold til, om de træner rigtigt, samt at de informeres om, hvordan de fremover træner og styrker deres ryg. Genoptræning tilbydes især i den akutte fase af et lænderygbesvær, men der tænkes ikke altid i et længere perspektiv eller i forebyggelse. Hverken i interview eller i det følgende er der skelnet mellem træning og genoptræning.

På baggrund af ovenstående oplæg fremkom der synspunkter og diskussioner som refereret i det følgende:

Struktur og koordinering af træning/genoptræning:

Det er vigtigt, at patienterne træner i forbindelse med et lænderygbesvær, og at træningen fortsætter efter ophør af et planlagt forløb. Oplevelsen var, at genoptræning fungerede fint på rygskolerne, men at der var behov for en formel struktur omkring genoptræningen, og at opfølgning og koordinering tit manglede, fx ved udskrivelse. Fra sygehuset oplevedes det som relevant, at der kunne henvises til yderligere træning i primærsektoren. En direkte henvisning fra sygehuset til genoptræningstilbud i primærsektoren var dog ikke altid mulig, da patienten så ikke ville blive betragtet som færdigbehandlet af sygehuset, som derfor ikke kunne få deres honorering. Det eneste, sygehuset kunne gøre, var i udskrivningsbrevet at opfordre egen læge til at henvise til træning.

Muligheder for træning/genoptræning:

I primærsektoren oplevedes faciliteterne til træning at være til stede de fleste steder, selv om viden herom ikke altid var til stede hos behandlerne. Efter at en ny overenskomst har givet mulighed for etablering af træning, var der mange steder etableret træningstilbud hos fysioterapeuterne, såvel som fitness- og træningscentre med faglig supervision, enkelte steder i samarbejde med eller hos kiropraktorer. Overenskomsten var dog en bremse for både at behandle og træne en patient samme dag, hvilket der ikke kunne gives honorar for. Patientens egenbetaling begrænser formentlig også.

En større ensartethed blandt tilbuddene om træning/genoptræning blev tillige efterlyst. Der var generel enighed blandt fysioterapeuterne om, at træningsformerne skifter i forhold til moden. Der mangler forskning i og evidens for, hvilken træning der er bedst for hvem. Træning skal tilpasses individuelt og efter en grundig undersøgelse, og der er patientgrupper, der ikke skal have træning.

I forbindelse med den nye strukturreform vil ansvaret for genoptræningen efter et sygehusophold komme til at ligge hos kommunerne. Dette kan betyde, at sygehusenes rygskoler må nedlægges, så sygehuset kun tager sig af udredning og behandling. Som anført af behandlere kan det kræve og gøre det nødvendigt, at kompetencen i kommunerne øges inden for dette område, og det fordrer en indsats, hvis den opnåede ekspertise på rygskolerne ikke skal gå tabt.

Motivation og ansvar for træning:

I de tilfælde, hvor træningen ikke fastholdes, skyldes det oftere manglende motivation hos patienten end mangel på tilbud. Udarbejdelse af handlingsplaner med hensyntagen til den enkelte patient er en løsning. Der bør både være tilbud om holdtræning og individuelt tilrettelagt træning og motionsvejledning.

Generelt oplevedes den pædagogiske side af træningen at være relevant, ligesom det er vigtigt, at patientens eget ansvar skærpes. Ansvar for træning ligger hos patienten, men behandleren har dog et ansvar i forhold til at motivere og oplyse patienten om betydningen af og mulighederne for træning. Der var delte meninger om, hvorvidt det vil være relevant med mere folkeoplysning, fx en pjece med oplysninger om, hvad man selv kan gøre, hvis man har ondt i ryggen.

3.2.5 Information til patienterne

MTV-rapporten "Ondt i ryggen" (1) anbefaler, at lænderygpatienter informeres ensartet og grundigt, således at de involveres aktivt i behandlingsforløbet.

I patientundersøgelsen (bilagsrapport 4) fandt vi stor forskel på, hvor godt patienterne føler sig informeret, samtidig med at denne information har betydning for, om forløbet opleves som sammenhængende og tilfredsstillende.

På baggrund af ovenstående oplæg fremkom der synspunkter og diskussioner som refereret i det følgende:

At informere:

Der var i fokusgrupperne generel enighed om, at det er væsentligt for behandlingsresultatet, at patienterne involveres. Den generelle oplevelse var da også, at der nu gives information, og at der i overvejende grad er tilstrækkelig tid til dette. Der oplevedes en rimelig god konsensus og ensartet information behandlerne imellem, idet dog en vis standardisering af patientinformation ønskedes.

Derudover skal informationen gives på det rigtige tidspunkt og ikke overdoseres. Tillid til behandleren og omvendt indsigt i patienten er vigtige faktorer, så behandleren kan afgøre typen af information, og hvordan informationen skal gives for at sikre patientens motivation. Det er dog ikke altid, at patienten er interesseret i at blive involveret, men derimod alene har en forventning om, at behandleren ”gør noget”. Københavns Kommunes Rygcenter har gode erfaringer med fælles information fra behandlergruppen til især de kroniske patienter.

Udarbejdelse af tværfagligt informationsmateriale til patienterne, fx flow chart, tegneserie eller cd-rom, var også en mulighed, såvel som folkeoplysning om lænderygbesvær for at afdramatisere.

Tid til information og opfølgning:

Fysioterapeuter og kiropraktorer har gode muligheder for at informere patienterne, fordi de giver flere og længerevarende behandlinger. Fysioterapeuterne honoreres pr. tidsenhed, mens kiropraktorerne kan tage betaling – om end lav – for ydelser som vejledning, forebyggelse og lignende.

De praktiserende læger får et fast grundhonorar, uanset hvor lang tid der bruges. Derudover kan der tages et engangshonorar, hvis der laves noget manuelt. Honorering spiller formentlig en rolle i forhold til at involvere patienten. Også her er der forskel på akutte og kroniske forløb. En mulighed kunne være en øget honorering for specialydelser til kroniske patienter, men det ville være vanskeligt at administrere. Blandt speciallægerne var der uenighed om, hvorvidt de havde tilstrækkelig tid til information og opfølgning.

3.2.6 Formidling af MTV-rapporten og dens betydning

Ifølge delundersøgelsen af status i amterne og undersøgelsen blandt behandlerne har en stor andel af alle behandlergrupper fået kendskab til MTV-rapporten via Sundhedsstyrelsen. Derudover er mange behandlere blevet informeret fra deres faglige selskaber, hvorimod det kun er en mindre del, der er blevet informeret via amterne. Der peges på barrierer i form af uenighed om anbefalingerne, manglende fokus på implementering i amterne og manglende tid og ressourcer. Omvendt nævnes forhold som det, at anbefalingerne stemmer overens med egne holdninger og eksisterende behandlingspraksis, samt at anbefalingerne er klinisk dokumenterede, som værende fremmede faktorer.

På baggrund af ovenstående oplæg fremkom der synspunkter og diskussioner som refereret i det følgende:

MTV-rapportens betydning og dens implementering:

Flere steder var der allerede en udvikling i gang inden rapporten udkom, men rapporten fremskynede denne udvikling yderligere. Dette dog kun så længe, at det havde nyhedens værdi. At udsende en rapport ændrer ikke i sig selv så meget. Det er nødvendigt med en kontinuerlig opfølgning, økonomiske ressourcer og (amtsligt/regionalt) initiativ, hvis nye tiltag skal udvikles og implementeres.

MTV-rapporten havde virket som en vejledning blandt modtagelige behandlere samt givet et større indblik i de forskellige behandlergruppers behandlinger og klassificering af disse, såvel som deres evidens og dokumentationsgrundlag. En deltager fortalte om, hvordan rapporten kunne bruges i forhold til patienterne, når behandlerne skulle bede dem gøre noget, som var svært, og hvor det var godt at kunne sige ”*Der er generel og tværfaglig enighed om...*” og ”*Der er videnskabelig dokumentation for...*”.

Omvendt oplevede enkelte andre, at det videnskabelige grundlag for rapporten var for tyndt, og at rapporten havde for meget fokus på randomiserede undersøgelser, selv om der ikke er mange af disse i forhold til patientgruppen. En enkelt mente, at der i rapporten fokuseredes mere på samfundsøkonomi end på faglighed, og at dagligdagens rygpatienter ikke altid passede ind i rapporten.

MTV-rapporten har haft betydning for kiropraktoruddannelsen, som er ændret meget, efter at rapporten udkom. For fysioterapeuterne har rapporten også haft stor betydning, og der har været en stor stigning i antallet af McKenzie-kurser, efter at rapporten udkom.

Formidlingen af MTV-rapporten:

Der var bred enighed om, at det gav rapporten pondus, at den kom fra Sundhedsstyrelsen. Fysioterapeuternes fagforening og kiropraktorernes faglige selskab var aktive i formidlingen, og formidlingen blev formentlig også lettere ved, at der ikke kommer så mange rapporter inden for deres felt. Blandt lægerne var dele af MTV-rapporten udkommet i forskellige sammenhænge, bl.a. i forbindelse med sponserede møderækker og møder i de faglige selskaber.

Sønderjyllands Amt holdt tre tværfaglige møder med 60-80 deltagere pr. gang, hvor MTV-rapporten blev præsenteret. På baggrund heraf blev der igangsat et tværfagligt udvalgsarbejde for at implementere rapportens anbefalinger og at etablere et tværfagligt rygcenter under reumatologisk ledelse. Rygcenteret blev etableret, men dog alene med udgangspunkt i allerede eksisterende ressourcer i rygkirurgien.

I H:S/Københavns Kommune blev fysioterapeuterne samlet med henblik på ensartede informations skrivelser og kurser. Derudover var rapporten medvirkende til etableringen af Københavns Kommunens Rygcenter og en tværfaglig klinik.

I Fyns Amt blev rygområdet yderligere opprioriteret, idet rygcenteret blev udvidet, og kiropraktoruddannelsen blev startet på universitetet. Forvaltningens informationsforpligtigelse opfattedes som udelukkende at være i forhold til politikerne. Rygcenteret meldte ud til behandlerne omkring konkrete behandlinger og har givet feedback til individuelle behandlere, og afdelingen på Svendborg Sygehus indkaldte til møder med primærsektoren.

Vestsjællands Amt oplevedes som tilbageholdende med formidling af rapporten, selv om der blev lavet en rapport om etablering af et rygcenter på Holbæk sygehus.

Den generelle oplevelse var, at der havde været stille om rapporten i medierne, og at der ikke havde været meget folkeoplysning.

4. Opsummering

Delundersøgelse 6 blev gennemført med henblik på at underbygge, kvalificere og søge forklaringer på nogle af de resultater, som de mere kvantitative delundersøgelser havde fundet. Hensigten med undersøgelsen har været gennem udsagn, diskussioner og eksempler at tilvejebringe mulige forklaringer på og begrundelser for rygområdets udvikling efter udgivelsen af MTV-rapporten, som det opleves af den deltagende gruppe af sundhedsprofessionelle, samt at skitsere mulige udviklingstendenser i et fremadrettet perspektiv.

Undersøgelsen omfattede i alt otte fokusgruppeinterview med behandlere i H:S/Københavns Kommune, Vestsjællands Amt, Fyns Amt og Sønderjyllands Amt. Udvælgelsen af de fire amter blev foretaget pragmatisk i forhold til, hvorvidt der var behandlere i amtet, som i en tidligere delundersøgelse havde indikeret en interesse for at deltage i et interview, samt om amtet var villig til at stille administrative medarbejdere til rådighed for fokusgruppeinterview. Derudover indgik overvejelser, om indikationer i retning af forskelle i håndteringen af rygområdet og en vis geografisk spredning.

I hvert af de fire amter/H:S/Københavns Kommune blev der gennemført to fokusgruppeinterview – et med behandlere fra primærsektoren alene og et med behandlere fra både primær- og sekundærsektoren samt en forvaltningsrepræsentant.

Da der viste sig at være stor overensstemmelse mellem oplevelser, erfaringer og holdninger på tværs af de otte interview, blev det valgt at præsentere resultaterne på tværs af amterne.

Generelt oplevedes behandlingen af lænderyglidelser at have ændret sig betydeligt. Mange steder arbejdedes der seriøst med behandling af lænderygproblemer, og behandlingen oplevedes at være blevet bedre. MTV-rapportens anbefalinger vedrørende behandlingsvalg blev i nogen udstrækning fulgt.

Derimod oplevedes der ingen forbedring i udredningen af de lænderygproblemer, hvor diagnosen ikke var oplagt – typisk kroniske patienter. Der var for lang ventetid til skanninger, rygambulatorier og neurokirurgi, som derved kom til at udgøre en flaskehals. Det ansås for vigtigt i udredning og behandling at skelne mellem de akutte og entydige lænderygproblemer og de mere komplicerede og længevarende forløb. I forhold til de første fungerede forløbet godt, hvorimod der i forhold til de sidste oplevedes problemer, hvorfor der var et ønske om etablering af flere tværfaglige team.

Patientinformation, tillid, behandlingsplan, en tovholder og et godt samarbejde mellem behandlerne ansås for at være væsentlige for et godt og sammenhængende patientforløb.

Generelt oplevedes der tilstrækkelige muligheder for patientinformation samt en rimeligt god og ensartet information behandlerne imellem. Det ansås for mest hensigtsmæssigt, at den praktiserende læge var tovholder, og at de andre behandlere meldte tilbage til denne. Dette forudsætter imidlertid både et velfungerende samarbejde og kommunikation.

Der var stor forskel på omfanget af samarbejde mellem de forskellige behandlere. Det ansås for problematisk, at der ikke i tilstrækkelig udstrækning tænkes på tværs. Der sås et øget samarbejde mellem fysioterapeuter og kiropraktorer i forhold til at etablere rygtræning. Alligevel oplevede kiropraktorerne stadig mange steder at være isoleret, især i forhold til sekundærsektoren.

Der oplevedes adskillige hindringer for god kommunikation og vidensdeling, herunder manglende kendskab og faglig accept, og i mindre grad faglig uenighed samt forskelle i sygdomsopfattelse og sprogbrug. Derudover tager kommunikation tid. Der manglede honorering for samarbejde og fælles kommunikation, et godt kommunikationsværktøj samt procedurer for opfølgning og tilbagemelding behandlerne imellem.

Det generelle indtryk var, at mange havde læst MTV-rapporten, og at den havde flyttet noget. Det rykker at sætte fokus, men kun så længe det har nyhedens værdi. At udsende en rapport ændrer ikke i sig selv så meget. Det er nødvendigt med en kontinuerlig opfølgning, økonomiske ressourcer og initiativ, hvis nye tiltag skal udvikles og implementeres. Her tillagdes amterne og de nye regioner en fortsat væsentlig rolle.

4.1 MTV- rapportens anbefalinger

Anbefalede behandlingsmetoder

At behandlinger, der ikke anbefales eller kun anbefales brugt i særlige tilfælde, stadig anvendes i et vist omfang, sås der flere gode grunde til. Flere af behandlingerne oplevedes stadig som relevante og brugtes i et vist omfang sammen med de anbefalede behandlinger. Det ansås for vigtigt i behandlingsvalg at skelne mellem akutte og kroniske forløb. Samtidig erkendtes det, at forandring tager tid, at der kan være en vis inert i forandringsprocessen, men også at der eksisterer nogen faglig uenighed, og at flere områder inden for rygbehandlingen stadig er underbelyst.

Medicin

Smertestillende medicin ansås som en væsentlig behandling og i mange tilfælde en forudsætning for at kunne gennemføre andre former for behandling. Muskelafslappende medicin blev brugt i enkelte

tilfælde og i kortere perioder. Medicinforbruget hænger sammen med krav fra patienten om smertefrihed og krav om fastholdelse i arbejde, men også med compliance og mangelfuld information.

Rygoperationer

De store amtslige forskelle på andelen af rygoperationer kan have baggrund i forskelle i amtslig eller regional behandlingspolitik, de praktiserende lægers holdninger, adgangen til privatpraktiserende speciallæger, sygehusenes specialer, udenamtslige henvisninger, ventetider og privat finansiering.

Sammenhængende patientforløb

Langt den største del af behandlingen foregik i primærsektoren. I det akutte forløb, og der hvor der ikke var tvivl om diagnosen, fungerede det oftest godt, og forløbet hang som regel fint sammen. Der, hvor det oftest blev problematisk, var, når forløbet blev længerevarende, og når der var tvivl om diagnosen og uklarheder i kontakten mellem de to sektorer. Et godt forløb hænger sammen med information og tillid og med, hvor gode behandlerne er til at samarbejde indbyrdes. Det er væsentligt med en behandlingsplan og en tovholderfunktion. Det er den praktiserende læge, der skal være tovholder, og de andre behandlere skal være forpligtigede til at melde tilbage til tovholderen. Dette forudsætter dog et velfungerende kommunikationssystem mellem behandlergrupperne, hvilket ikke findes i dag, samt at de eksisterende kommunikationssystemer mellem hospital og primærsektor anvendes. Der var ønsker om udvikling af en standard for god kommunikation mellem behandlerne, og for det gode patientforløb.

Ventetid

Der oplevedes for lang ventetid til skanninger, rygambulatorier og neurokirurgi, som derved kom til at udgøre en flaskehals. I sekundærsektoren oplevedes der i nogen udstrækning bedre og færre ikke-relevante henvisninger. Samtidig var der en erkendelse af, at ventetiden kunne udnyttes bedre, og at der skal følges op i ventetiden, så patienterne ikke føler sig alene og oplever et tomrum.

Samarbejde og kommunikation

Der var generel enighed om, at det tværfaglige samarbejde er af stor betydning for såvel patienter som behandlere. Tværfagligt samarbejde forudsætter såvel kendskab som respekt og tillid til hinanden. Imidlertid manglede der formelle samarbejdsfora. Der var ønsker om et mere formaliseret samarbejde i forhold til konkrete patienter samt etablering af flere tværfaglige team, der kan yde en kompetent udredning og information. Kommunikationen mellem behandlerne oplevedes som mangelfuld, og orienteringen gik ofte gennem patienten. Der var interesse for udvikling af velegnede elektroniske kommunikationsveje som fx en fælles elektronisk journal, hvorimod vandrejournaler ikke syntes at være anvendelige. Derudover var der ønske om en fælles diagnoseregistrering, fælles sprog på tværs af behandlergrupper og sektorer, honorar for samarbejde og en procedure for opfølgning og tilbagemelding behandlerne imellem.

Genoptræning

Det ansås for vigtigt, at patienterne træner i forbindelse med et lænderygbesvær, og derudover evt. fortsætter træningen efter et trænings-/genoptræningsforløb. Oplevelsen var, at genoptræningen fungerede på rygskolerne, men at der kunne være ventetid, og at der var behov for koordinering samt en formel struktur omkring genoptræning og opfølgning. Der var overvejelser om sikring af den opbyggede ekspertise i forbindelse med kommunernes overtagelse af genoptræningen i forbindelse med strukturreformen. I primærsektoren oplevedes faciliteterne til træning at være til stede de fleste steder, men manglende viden hos behandlerne om de forskellige muligheder kunne udgøre et problem.

Patientinformation

Der var en generel oplevelse af, at der blev givet information, og at der var en rimelig god konsensus og ensartet information behandlerne imellem. Alligevel ville en vis standardisering af patientinformationen være ønskelig.

5. Referencer

1. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering: Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999;1(1).
2. Dahler-Larsen og Krogstrup. Nye veje i evaluering. Håndbog i tre evalueringsmodeller. Systime Academic, Danmark. 2003.

Appendiks 1. Interviewguide (1. interviewrunde)

1. Behandlingsprincipper og kvalitet i behandlingspraksis

MTV-rapporten ”Ondt i ryggen” anbefaler visse behandlinger (manuel behandling, øvelsesterapi/rygskole og smertestillende medicinsk behandling) og anbefaler samtidig, at visse behandlinger, herunder korsetbehandling, traktionsbehandling, ultralyds- og kortbølgebehandling og behandling med muskelafslappende medicin udgår. En række behandlinger anbefales kun i visse tilfælde (blokadebehandling, diverse injektioner, akupunktur, massage, varme- eller kuldebehandling, rygoperation, sengeleje og transkutan nervestimulation).

I vores tidligere undersøgelser finder vi at:

Muskelafslappende medicin anbefales ikke anvendt, men 19-24% af de lægefaglige personer anvender denne behandlingsform ofte/jævnligt.

Fysioterapeuterne anvender kortbølge (23%), ultralyd (36%), traktionsbehandling (9%) og laserbehandling (17%) ofte/jævnligt. Kiropraktorerne anvender traktionsbehandling (25%) og laserbehandling (16%) ofte/jævnligt. Ingen af disse behandlinger anbefales anvendt i MTV-rapporten.

Kiropraktorer og fysioterapeuter anvender i relativt høj grad massage og varme- eller kuldebehandling. Blandt lægefaglige personer anvender 24-50% ofte/jævnligt blokadebehandling. Alle disse behandlinger anbefales kun anvendt i visse tilfælde.

Kan I genkende dette mønster?

Hvad er evt. forklaringen/baggrunden for anvendelsen af disse behandlinger?

Hvad skyldes den manglende ændring i behandlingspraksis?

Hvad kan der gøres fremover for at sikre ensartede tilbud om udredning, behandling og genoptræning?

I hvilket omfang involveres patienterne i planlægning og gennemførelsen af behandlingen? Er dette niveau passende?

Der er forholdsvis store amtslige/regionale forskelle i andelen af rygoperationer – især diskusprolapsoperationer. Hvad tror I det skyldes?

For såvel den generelle befolkning som for rygpatienter er forbruget af receptindløst medicin steget gennem de seneste år. For rygområdet viser udviklingen, at patienterne overordnet set bruger mere smertestillende medicin. For rygpatienter er forbruget steget med 36% målt i DDD sammenlignet med en stigning for den generelle befolkning på 21%. Hvad tror I forskellen skyldes?

MTV-rapporten anbefaler, at rygpatienter ikke søger lægehjælp på skadestuer med akutte problemer, med mindre der er mistanke om brud. Registeranalyser viser, med undtagelse for år 2003, at antallet af skadestuebesøg for lænderygpatienter ikke er faldet.

Hvad skyldes det? Og hvad kan der gøres for at ændre udviklingen?

If. undersøgelsen har behandlingspraksis ikke ændret sig i væsentlig grad. Størst ændring ses blandt hospitalsafdelingerne og blandt fysioterapeuterne. Omkring 60% af fysioterapeuterne og hospitalsafdelingerne mener, at kvaliteten af udredning og behandling er forbedret. Øvrige faggrupper ligger lavere

Er dette et udtryk for, at kvaliteten er god nok, eller at udviklingen er for dårlig?

Hvis det er et udtryk for, at udviklingen er for dårlig, hvad mangler der/hvad kan gøres bedre?

Hvad er MTV-rapportens betydning for kvaliteten?

2. Genoptræning

MTV-rapporten "Ondt i ryggen" anbefaler, at specifikke grupper af lænderygpatienter tilbydes særligt tilrettelagte rehabiliteringsprogrammer, således at de efter længerevarende funktionshæmning kan genvinde normal eller næsten normal daglig funktions-evne

I vores tidligere undersøgelser finder vi, at det er vigtigt for lænderygpatienterne at vide, hvad de må og ikke må ved træning. Det er vigtigt, at de får instruktion og kontrolleres i forhold til, om de træner rigtigt, samt at de informeres om, hvordan de fremover træner og styrker deres ryg. Genoptræning tilbydes især i den akutte fase af et lænderygbesvær, men der tænkes ikke i et længere perspektiv eller i forebyggelse. Der efterlyses fra patientside en afsluttende samtale, hvor der laves en status, og hvor det drøftes, hvad de selv kan gøre i fremtiden, bl.a. for selv at styrke ryggen og forebygge nye tilfælde af lænderygbesvær.

Er der tilstrækkelige (genop-)træningstilbud i amtet til såvel akutte som kroniske rygpatienter?

Hvad skal genoptræningen omfatte (fysisk, mental, social træning)?

Hvordan bør genoptræningen organiseres?

Er der tilstrækkelig opmærksomhed og information om det længerevarende træningsforløb (forebyggelsen af nye episoder med lænderygbesvær), og i givet fald, hvem har ansvaret for det?

3. Information til patienterne

MTV-rapporten "Ondt i ryggen" anbefaler, at lænderygpatienter informeres ensartet og grundigt, således at de involveres aktivt i behandlingsforløbet.

I vores tidligere undersøgelser finder vi stor forskel på, hvor godt patienterne føler sig informeret. Samtidig finder vi, at denne information har betydning for, om forløbet opleves som sammenhængende og tilfredsstillende. Ventetid opleves fx mindre problematisk, hvis patienten føler sig velinformeret om, hvordan vedkommende skal forholde sig i ventetiden, hvis der er lagt en plan, og hvis vedkommende ved, hvor han/hun skal henvende sig, hvis det ikke går som planlagt.

På mange hospitaler gøres der et stort arbejde for patientinformation, således også på rygområdet. I flere amter ser man også, at der på amtsniveau udarbejdes information til lænderygpatienter, men hvad med den individuelle information?

Sikres patienterne tilstrækkelig *individuel* information om forløb, behandling og rehabilitering?

Hvorledes hænger honoreringssystemet (i primærsektoren) og tid til at informere patienten sammen? Giver det mulighed for at fokusere på information og medinddragelse af patienten i forhold til behandlingen og det videre forløb?

4. Ventetid

Ventetiden er af meget forskellig længde og opleves også meget forskelligt blandt patienterne. Der er ikke ventetid af betydning til fysioterapeut, kiropraktor og praktiserende læger, men derimod til speciallæger og til hele den sekundære sektor.

Ventetiden er ca. 4-5 uger både til speciallæge og til behandling/undersøgelse på sygehus. Den opleves som problematisk, hvis der er voldsomme smerter, hvis det, der ventes på, er afgørende for, at næste skridt kan tages, og hvis der er problemer med længere tids fravær fra arbejdet.

Det ser ud til, at den opleves mindre problematisk, hvis vedkommende ved, hvordan han/hun skal forholde sig, og evt. selv kan gøre noget i ventetiden (fx hvis der kan trænes i ventetiden, og hvis der er klare informationer om, hvad man må/ikke må, hvis der er lagt en plan, og hvis der er en tovholder, så man ved, hvem der følger op, og hvor man skal henvende sig, hvis det ikke går som planlagt).

Hvilken betydning har en eventuel ventetid for patienten og sygdommen, og er det muligt at udnytte ventetiden?

Skal der tænkes i mellemrum i behandlingen af rygpatienter?

Hvordan kan ventetiden nedbringes?

Er det i alle tilfælde relevant med nedbringelse af ventetid?

5. Tværfaglighed

MTV-rapporten "Ondt i ryggen" anbefaler, at der arbejdes tværfagligt i forhold til lænderygpatienter, og at de tilbydes en ensartet behandling, uanset hvor i behandlingssystemet de henvender sig. Denne tværfaglighed skal bl.a. opnås gennem udarbejdelse og brug af tværfaglige referenceprogrammer, kliniske retningslinjer og kollegialt audit samt et tæt samarbejde med udveksling af informationer mellem behandlere.

I vores tidligere undersøgelser finder vi generelt en større tværfaglig koordinering inden for den sekundære sektor end inden for den primære sektor.

I vores tidligere undersøgelser finder vi tillige, at det tværfaglige/tværasektorielle samarbejde generelt fungerer godt i den akutte fase af lænderygbesvær. Der, hvor det bliver problematisk, er i de kroniske forløb.

Hvordan oplever I det tværfaglige samarbejde, herunder udveksling af informationer, inden for primær-/sekundærsektoren og på tværs af sektorerne (også mellem sundheds- og socialsektoren – kommunerne)?

Er der nogen forskel herpå, afhængigt af om der er tale om akutte og kroniske forløb?

Hvilken betydning har tværfagligheden (dens tilstedeværelse/fravær)?

Hvad betyder undervisning for dette tværfaglige samarbejde?

Hvad betyder kliniske retningslinjer/tværfaglige referenceprogrammer for dette tværfaglige samarbejde?

Hvordan sikres tværfagligheden? Er der barrierer?

6. Kontakt til kommunen

Flere patienter oplever en meget problematisk kontakt til kommunen, et ellers sammenhængende forløb går i stykker, "snoren i perlerækken knækker", når kommunen kommer ind i billedet (som en informant udtrykker det). Især er det et problem i nogle kommuner, hvor de har et rotationsprincip, der gør, at den ryglidende kommer i kontakt med mange sagsbehandlere og oplever, at det er dem selv, der skal sikre kontinuiteten og holde forløbet i gang.

De, der har oplevet en god kontakt til kommunen, har dels haft et ikke-kronisk forløb, og dels har kommunen på et meget tidligt tidspunkt taget kontakt til den ryglidende, fulgt op på denne kontakt og virket velinformeret, også hvis der blev skiftet sagsbehandler.

Også blandt behandlerne er der utilfredshed med samarbejdet med kommunerne og de kommunale sagsbehandlere.

Kan I genkende denne problemstilling, og er der en løsning på dette problem?

7. Tilfredshed med samarbejdet

If. resultater fra undersøgelsen mener mellem 20 og 50%, at samarbejdet mellem aktører på området er forbedret. Generelt er der tilfredshed med samarbejdet mellem behandlergrupperne.

Undtagelser er, at kiropraktorerne udtrykker en del utilfredshed med samarbejdet med de andre faggrupper, og at fysioterapeuterne giver udtryk for en del utilfredshed med samarbejdet med sekundærsektoren.

Væsentligste årsager til utilfredshed med samarbejdet er:

- Manglende kommunikation
- Mangelfulde henvisninger/epikriser, jf. hospitalerne/speciallægepraksis.

Væsentligste faktorer for godt samarbejde er:

- Gensidig respekt for hinandens fagligheder
- Retningslinjer for samarbejdet
- Gode henvisninger/epikriser
- At man kender hinanden.

Hvad kan man gøre for at minimere utilfredsheden med samarbejdet?

Hvad kan man gøre for at fremme de væsentligste faktorer for et godt samarbejde?

Er der behov for et mere formaliseret samarbejde, jævnfør at der hovedsageligt foregår uformaliseret samarbejde i primærsektoren?

Eksisterer der lokale/regionale initiativer på området, og hvad er erfaringerne hermed?

8. Patientforløb

MTV rapporten "Ondt i ryggen" anbefaler, at lænderygpatienter behandles i primærsektoren, og at der først henvises til speciallæge eller sekundærsektoren ved alarmende symptomer eller ved manglende fremskridt efter fire ugers behandling.

I vores tidligere undersøgelser finder vi, at der i flere amter er udarbejdet behandlingsvejledninger, men at det er usikkert, hvad de har betydet i forhold til at sikre, at udredning og behandling forankres i primærsektoren, og vi finder, at en del patienter ikke har kontakt med den praktiserende læge i forbindelse med et lænderygbesvær.

I undersøgelsen opleves forløbet generelt som mere sammenhængende i primærsektoren end i sekundærsektoren.

Jf. flere af de tidligere delundersøgelser er der problemer med at sikre de kroniske lænderygpatienter et sammenhængende patientforløb. I de meget lange forløb har det for patienterne været væsentligt, at der har været en tovholder, som dels kan holde sammen på de forskellige tiltag, men især kan støtte i kontakten til kommunen.

Hvordan sikres sammenhængende patientforløb (med god og ensartet information og patientinddragelse) bedst muligt, og er der forskel på akutte og kroniske patientforløb?

Oplever I en øget forankring af rygpatientforløbene i det primære sundhedsvæsen?

Hvilken betydning har evt. behandlingsvejledninger for det sammenhængende patientforløb?

Hvordan sikres det, at der, især i de kroniske forløb, er en tovholder, og skal denne være den praktiserende læge?

9. Implementeringen af anbefalingerne i MTV-rapporten

Generelt er der blandt behandlerne et højt kendskab til MTV-rapporten:

- Praktiserende læger: ca. 80% kender den, og 60% har læst i den
- Fysioterapeuter: 100% kender den, og 93% har læst i den
- Kiropraktorer: knap 100% kender den, og 95% har læst i den
- Speciallægepraksis: 86% kender den, og 74% har læst i den
- Hospitalsafdelinger: 100% har læst i den.

En ret stor andel af alle behandlergrupper har fået kendskab til MTV-rapporten via Sundhedsstyrelsen, men mange behandlere er også blevet informeret fra deres faglige selskaber. Derimod er det kun en mindre del, der rapporterer, at de er blevet informeret via amterne.

If. undersøgelsen var følgende forhold nævnt som barrierer for anvendelse af rapporten og dens anbefalinger:

- Uenighed med anbefalingerne (især fysioterapeuterne)
- Manglende fokus på implementering i amtet
- Pres fra patienterne
- Manglende tid og ressourcer

Følgende forhold var nævnt som fremmende faktorer:

- Anbefalingerne stemmer overens med egne holdninger og eksisterende behandlingspraksis
- Anbefalingerne er klinisk dokumenterede.

Er kendskabet til MTV-rapporten tilfredsstillende?

Hvordan oplever du/I, at MTV-rapporten er blevet formidlet?

Hvilken betydning har det, at Sundhedsstyrelsen har udsendt rapporten bredt?

Hvilken betydning har det, at også de faglige selskaber har været aktive mht. at udbrede viden om rapporten?

Hvilken betydning har det, at kun få har fået kendskab til rapporten via amtets sundhedsforvaltning, dvs. at ikke alle amter har været så aktive i udmeldingerne – hvad er status i det pågældende amt?

Hvorledes kan man eliminere barrierer for anvendelse af rapporten og dens anbefalinger?

Hvilken betydning har implementeringen af MTV-rapporten haft for rygpatienterne og de sammenhængende patientforløb?

Appendiks 2. Interviewguide (2. interviewrunde)

1. Behandlingsprincipper og kvalitet i udrednings- og behandlingspraksis

MTV-rapporten ”Ondt i ryggen” anbefaler visse behandlinger (manuel behandling, øvelsesterapi/rygskole og smertestillende medicinsk behandling) og anbefaler samtidig, at visse behandlinger, herunder korsetbehandling, traktionsbehandling, ultralyd, kortbølge og muskelafslappende medicin, udgår. En række behandlinger anbefales kun i visse tilfælde (blokadebehandling, diverse injektioner, akupunktur, massage, varme- eller kuldebehandling, rygoperation, sengeleje og transkutan nervestimulation).

I en tidligere delundersøgelse angiver behandlerne, at behandlingspraksis ikke har ændret sig ret meget. Den største ændring er sket blandt hospitalsafdelingerne og fysioterapeuterne.

Forbruget af receptindløst medicin blandt rygpatienter er steget gennem de seneste år, idet forbruget af smertestillende medicin er steget med 36% målt i DDD sammenlignet med en stigning for den generelle befolkning på 21%. 19-24% af de lægefaglige personer angiver ofte eller jævnligt at anvende muskelafslappende medicin.

I forhold til rygoperationer ses der en let stigning, og der er forholdsvis store amtslige forskelle i andelen af rygoperationer.

- Hvad tror I, at denne i nogle henseender manglende ændring i behandlingspraksis skyldes?
- Hvad skyldes de amtslige/regionale forskelle i rygoperationer?
- Har man fra forvaltningens side gjort noget i den sammenhæng, fx planlægningstiltag, monitorering af receptudskrivninger specifikt i forhold til rygområdet?

Over halvdelen af fysioterapeuterne og hospitalsafdelingerne mener, at kvaliteten af udredning og behandling er forbedret, mens det for de øvrige faggrupper er færre.

- Hvorfor skiller fysioterapeuterne og hospitalsafdelingerne sig ud fra de andre behandlere ved vurdering af kvaliteten af behandlingen samt ændring i praksis?

Af de tidligere interview fremgår det, at den diagnostiske fase er afgørende, og at en hurtig udredning har betydning for resten af forløbet.

- Hvordan kan denne udredning gøres bedre?

I de tidligere interview fremkom der ideer om tværfaglige enheder, hvortil patienter med usikre diagnoser og kroniske patienter kunne henvises. Derudover var der forslag til større brug af centrale beslutninger, herunder afskaffelse af honorar på ikke-anbefalede behandlinger, amtslige opfølgninger på behandlernes brug af honorar, effektmålinger, audits og tilfredshedsundersøgelser.

- Er ovenstående forslag noget I kan tilslutte jer?
- Hvordan kan der konkret arbejdes med at sætte sådanne tiltag og initiativer i værk, og hvem har ansvaret herfor (amtslige forvaltning?)?

2. Sammenhængende patientforløb og ventetid

MTV-rapporten ”Ondt i ryggen” anbefaler, at lænderygpatienter behandles i primærsektoren, og at der først henvises til speciallæge eller sekundærsektoren ved alarmende symptomer eller ved manglende fremskridt efter fire ugers behandling.

I tidligere undersøgelser finder vi, at der i flere amter er udarbejdet behandlingsvejledninger, men at det er usikkert, hvad de har betydet i forhold til at sikre, at udredning og behandling forankres i primærsektoren. Samtidig peges der på problemer med at sikre de kroniske lænderygpatienter et sammenhængende patientforløb. If. første interviewrunde er det ofte i kontakten mellem primær- og sekundærsektoren, at det går galt pga. ventetid, manglende fleksibilitet etc.

- Hvordan kan man sikre kroniske lænderygpatienter et sammenhængende patientforløb?
- Hvordan kan kontakten mellem primær- og sekundærsektoren forbedres?

Det fremgår af de tidligere delundersøgelser og interview, at kvaliteten i udredningen af patienten ikke er blevet bedre pga. ventetider, især til behandling i sekundærsektoren. I interviewene fremkom forslag om, at behandlerne i primærsektoren skulle blive bedre til at foretage tilstrækkelig og fyldestgørende udredning forud for en henvisning til sekundærsektoren. Efterfølgende skulle der være hurtigere adgang til undersøgelse og behandling i sekundærsektoren.

- Hvordan kan man sikre hurtig henvisning til hospitalet/nedbringe ventetiden?
- Henvises der for mange/for få/de forkerte til sekundærsektoren?
- Er en vis observationstid hensigtsmæssig for at give mulighed for spontan heling og for at undgå overbehandling, for så vidt at ventetiden bruges aktivt?

3. Genoptræning

MTV-rapporten ”Ondt i ryggen” anbefaler, at specifikke grupper af lænderygpatienter tilbydes særligt tilrettelagte rehabiliteringsprogrammer, således at de efter længerevarende funktionshæmning kan genvinde normal eller næsten normal daglig funktions-evne.

I tidligere undersøgelser finder vi, at det er vigtigt for lænderygpatienterne at vide, hvad de må og ikke må, og at de får instruktion i og kontrolleres under træningen. Patienterne efterlyser en afsluttende samtale efter et genoptræningsforløb, en samtale, hvor der laves en status, og hvor det drøftes, hvordan de fremover træner og styrker deres ryg.

I de tidligere interview blev der talt om en manglende koordinering af genoptræningen efter et sygehusophold.

- Vil en sådan koordinering være mulig og hvordan?

Der tales om manglende evidens for, hvilken træning der er bedst, hvornår og for hvem.

- Er det et område, der skal arbejdes med fremover?

4. Information til patienterne

MTV-rapporten ”Ondt i ryggen” anbefaler, at lænderygpatienter informeres ensartet og grundigt, således at de involveres aktivt i behandlingsforløbet.

I tidligere undersøgelser finder vi stor forskel på, hvor godt patienterne føler sig informeret. Samtidig finder vi, at denne information har betydning for, om forløbet opleves som sammenhængende og tilfredsstillende. Ventetid opleves fx mindre problematisk, hvis patienten føler sig velinformeret, hvis der er lagt en plan, og patienten ved, hvordan vedkommende skal forholde sig i ventetiden, og henvende sig, hvis det ikke går som planlagt.

- Er der et tilstrækkeligt informationsniveau såvel mht. befolkningen generelt som den enkelte patient?
- Er der tilstrækkelig koordination mellem behandlere og sektorer i forhold til denne informationsopgave og i forhold til, hvem det er der sikrer, at patienten informeres ensartet under hele forløbet om såvel det forventede forløb som om behandling og rehabilitering?

5. Tværfaglighed og samarbejde

MTV-rapporten ”Ondt i ryggen” anbefaler, at der arbejdes tværfagligt i forhold til lænderygpatienter, og at de tilbydes en ensartet behandling, uanset hvor i behandlingssystemet de henvender sig. Denne tværfaglighed skal bl.a. opnås gennem udarbejdelse og brug af tværfaglige referenceprogrammer, kliniske retningslinjer og kollegialt audit samt et tæt samarbejde med udveksling af informationer mellem behandlere.

I tidligere undersøgelser finder vi, at det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde generelt fungerer godt i den akutte fase af lænderygbesvær. Der, hvor det især bliver problematisk, er i de kroniske forløb. I de tidligere interview peges der på, at såvel tværfagligt som tværsektorielt samarbejde er af stor betydning for patientbehandlingen, men at det samtidig er mangelfuldt, og at der mangler formalisering og fora for tværfagligheden.

I de tidligere interview peges der yderligere på, at god kommunikation er af stor betydning for samarbejdet, og der tales om udvikling af velegnede kommunikationsmåder og -veje, herunder et fælles sprog, som alle forstår, fælles diagnoseregistrering og elektronisk vidensdeling. Derudover også, at der skabes plads/ressourcer til opfølgning og tilbagemelding behandlere imellem. Edifact nævnes som et godt redskab, men man mangler her stadig et fælles sprog og tid til kommunikationen.

- Hvad er jeres holdning til dette? Genkendes mønsteret også i sekundærsektorregi?
- Hvordan sikres en god kommunikation og vidensdeling?
- Hvordan kunne forslagene udvikles og realiseres – og skal de det?

6. Implementeringen af anbefalingerne i MTV-rapporten

I tidligere undersøgelser finder vi, at en ret stor andel af alle behandlergrupper har fået kendskab til MTV-rapporten via Sundhedsstyrelsen, men mange behandlere er også blevet informeret fra deres faglige selskaber. Derimod er det kun en mindre del, der rapporterer, at de er blevet informeret via amterne. I Sønderjyllands Amt blev der dog afholdt tværfaglige møder, hvor MTV-rapporten blev præsenteret.

- Hvilken betydning har MTV-rapporten haft for de ændringer, der er sket på rygområdet i amtet?
- Hvordan oplever du/I, at MTV-rapporten er blevet formidlet, og hvilken betydning har det haft for kendskabet til og brugen af rapporten? Herunder primært – hvordan har amtet og hospitalsafdelingerne fået kendskab til rapporten?
- Hvordan formidles en MTV-rapport ideelt? Hvad kunne Sundhedsstyrelsen med fordel gøre, når en sådan rapport udkommer.
- Hvordan burde implementeringsprocessen ideelt være?