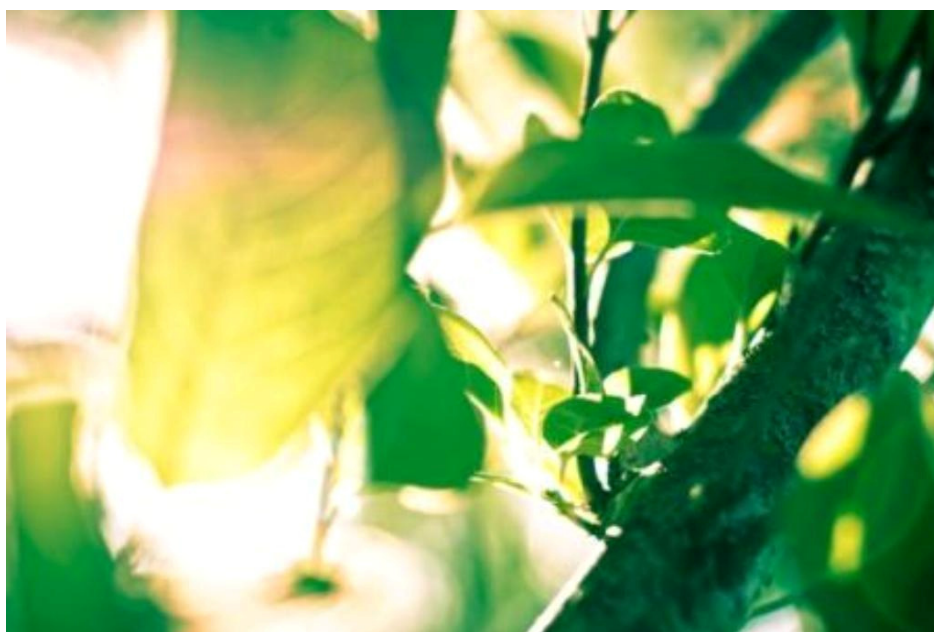


Opfølgning og efterbehandling af patienter med prostatakraft

- erfaringer fra et shared care projekt mellem de urologiske afdelinger og almen praksis i Region Midtjylland



Kolofon

©Cancer i Praksis, Nære Sundhedstilbud, Kvalitet og Lægemidler, Region Midtjylland, 2012

Redaktion:

Cancer i Praksis

Faglig koordinator Gry Stie

Proceskonsulent Lea Nørgaard Bek

For yderligere oplysninger vedr. projektet rettes henvendelse til:

Cancer i Praksis

Nære Sundhedstilbud, Kvalitet og Lægemidler

Skottenborg 26

8800 Viborg

Tlf. +45 7841 2237

Email: Gry.Stie@stab.rm.dk

Hjemmeside: www.canceripraksis.dk

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
Resumé	4
Indledning	6
Shared care som samarbejdsmodel	11
Patientgrundlaget: hvad siger tallene?	14
Hvordan oplever patienterne det?	20
Kommunikation mellem ambulatorier og almen praksis	29
Fra intentioner til daglig praksis.....	36
Perspektivering	41
Bilagsliste	42
Litteraturliste.....	52

Resumé

I Region Midtjylland er der i perioden 1. september 2011 til 30. marts 2012 systematisk afprøvet en ny samarbejdsmodel for opfølgning og efterbehandling af patienter med prostatakraft, hvor sygdommen vurderes at være i en stabil fase. Samarbejdsmodellen bygger på en shared care organisering med "delt patientansvar". Det er en samarbejdsmodel hvor specialisterne på de urologiske afdelinger samarbejder med de praktiserende læger om, at sikre patienterne den optimale opfølgning og efterbehandling af sygdommen.

Projektet er gennemført af Cancer i Praksis (CiP) i Region Midtjylland i et tæt samarbejde med regionens urologiske og urinvejskirurgiske afdelinger, praksiskonsulentordningen, Forskningsenheden for Almen Praksis og Patientforeningen PROPA.

Målgruppen

Målgruppen er patienter med prostatakraft, der har afsluttet en specialiseret hospitalsbehandling, og hvor sygdommen befinder sig i en stabil fase. Mange patienter med prostatakraft går i denne fase til opfølgning i de urologiske ambulatorier i adskillige år. En opfølgning, der, såfremt patienten ønsker det, med fordel kan varetages af patientens egen læge.

Flere patienter diagnosticeres med prostatakraft

Projektet blev bl.a. igangsat for at aflaste de regionale ambulatorier som presses af et stigende antal patienter, der skal udredes. Det sker som følge af et stigende antal mænd, der får målt deres PSA tal (prostata-specifik antigen). Antallet af PSA-målinger i Danmark er mere end tredoblet i de sidste år og har ført til et stigende pres på de urinvejskirurgiske ambulatorier og øgede ventetider på udredning og behandling. Det øgede antal PSA-målinger har endvidere ført til flere patienter med påvist prostatakraft, der efter afslutning af den aktive behandling skal gå til regelmæssig opfølgning. Traditionelt er dette foregået i de urologiske ambulatorier, men det øgede ressourcepres kan medføre, at overflytning af denne patientgruppe til almen praksis vil ske uplanlagt og dermed ofte u hensigtsmæssigt.

Gennem projektet har Region Midtjylland ønsket at komme denne adfærd i forkøbet og indført en samarbejdsmodel, med klare rammer for det tværsektorielle samarbejde.

Nogle af de centrale resultater fra projektet præsenteres herunder.

Patienter der kan gå til opfølgning hos den praktiserende læge

- Ca. 20% af de prostatakræftpatienter, der går til opfølgning i ambulatorierne, kan afsluttes til fortsat opfølgning i almen praksis
- Patienter, der kan afsluttes, er primært patienter med dissemineret sygdom eller kurativt behandlede uden recidiv
- Patientpopulationen på de 3 afdelinger i regionen er forholdsvis ens i relation til patienter, der går til opfølgning og efterbehandling i forbindelse med prostatakræft

Patienternes tilfredshed og oplevelse af tryghed i patientforløbet

- Patienterne udtrykker en høj grad af tilfredshed med afslutningen på ambulatoriet
- Patienterne føler sig i høj grad trygge, når de afsluttes fra ambulatoriet til egen læge
- Patienterne oplever også efter den første konsultation hos deres egen læge en høj grad af tryghed i patientforløbet
- Patienterne har en høj grad af egenomsorgskapacitet, og der er høj compliance (i relation til at få taget PSA blodprøver) efter afslutning fra ambulatoriet

Kommunikation mellem ambulatorier og almen praksis

- Struktur på udskrivningssamtalen, målrettet patientinformation, samt systematisk og standardiseret kommunikation til almen praksis er en vigtig forudsætning for at bevare den høje kvalitet i patientbehandlingen
- Udarbejdelse af en skabelon til standardiseret epikrise kræver aktiv deltagelse af repræsentanter fra såvel ambulatorier som almen praksis
- Lægernes anvendelse af den standardiserede epikrise har opnået en høj implementeringsgrad på de 3 ambulatorier, men at sikre fastholdelsen kræver fortsat ledelsesmæssig opfølgning og feedback til personalet.

Indledning

Nærværende projekt blev bl.a. igangsat for at aflaste de regionale urologiske ambulatorier som presses af et stigende antal patienter, der skal udredes. Det sker som følge af et stigende antal mænd, der får målt deres PSA (prostata-specifik antigen). Antallet af PSA-målinger i Danmark er mere end tredoblet i de sidste år og har ført til et stigende pres på de urinvejskirurgiske ambulatorier og øgede ventetider på udredning og behandling¹. Det øgede antal PSA-målinger har ført til flere patienter med påvist prostatakræft, der efter afslutning af den aktive behandling skal gå til regelmæssig opfølgning.

Det øgede ressourcepres på de urologiske afdelinger har flere steder medført en gradvis overflytning af prostatakræftpatienter i stabile forløb til opfølgning og efterbehandling i almen praksis. Risikoen ved denne gradvise proces er, at overdragelsen sker uplanlagt og dermed ofte uhensigtsmæssigt. Gennem projektet har Region Midtjylland ønsket at komme denne adfærd i forkøbet og indført en systematisk model for samarbejdet, i lighed med at tilsvarende samarbejdsmodeller er afprøvet og implementeret andre lande²⁻⁴.

Opfølgning og efterbehandling

Efter en kræftsygdom tilbydes størstedelen af patienter et forløb med opfølgning (også benævnt som kontrol) på hospitalets ambulatorium³. Formålet med dette forløb er stort set ens på tværs af alle kræftsygdomme og sigter bl.a. på at opdage tilbagefald, bivirkninger og håndtere psykosociale problemstillinger. Dansk praksis på området har i mange år været at tilbyde opfølgende konsultationer med 3, 6 eller 12 måneders intervaller og oftest på hospitalets ambulatorier.

I de senere år er der gjort såvel danske som udenlandske erfaringer med alternative organiseringsformer for opfølgning, enten i form af opgaveglidning fra f.eks. speciallæge- til sygeplejeledet opfølgning eller opgaveoverdragelse til almen praksis. Samtidig er der taget nye initiativer til at undersøge alternative måder at organisere opfølgning på bl.a. i form af individualiserede forløb, selvhenvendelse eller webbaseret kontrolundersøgelser. Evalueringer af alternative organiseringsformer viser, at de ikke er dårligere end hospitalsbaseret opfølgning, når man måler på en række psykosociale parametre, som f.eks. patienternes tilfredshed og oplevelse af tryghed i patientforløbet⁴.

En spørgeskemaundersøgelse udført af Kræftens Bekæmpelse viser, at kræftpatienter efterspørger større medindflydelse og valgmuligheder i beslutningstagning vedrørende deres sygdom⁵. Forskning viser endvidere, at kræftpatienter, hvis de nødvendige forudsætninger er til stede, ofte kan behandles lige så kvalificeret i almen praksis, som på sygehusambulatoriet i forbindelse med opfølgning og efterbehandling af kræftsygdom. Det påpeges endvidere, at der er et behov for forbedret erfaringsdeling og vidensudveksling mellem den primære og sekundære sundhedssektor⁶.

Prostatakræft

Sygdommen prostatakræft er den hyppigste kræftform blandt mænd. I Danmark diagnosticeres årligt ca. 3.400 nye tilfælde af prostatakræft, og der dør årligt ca. 1.100 mænd heraf⁷. Tallene for nydiagnosticerede tilfælde af prostatakræft er stigende, hvorimod antallet af mænd som dør af kræften ikke er stigende. Prostatakræft er en langsomt voksende sygdom og kan udvikle sig over flere årtier⁸.

Prostata-specifikt antigen (PSA) er en organspecifik markør, og patienter med prostatakræft har højere PSA-koncentration i blodet end raske mænd⁹⁻¹⁰⁻¹¹. PSA-målinger har således gjort det muligt at identificere mænd med øget risiko for prostatakræft. En endelig diagnose kræver en prostatabiopsi.

Prostatakræft har for den største andel af patienter en lang asymptomatisk fase, der strækker sig over mange år, og i obduktionsmateriale kan prostatakræft påvises hos mere end halvdelen af alle afdøde mænd over 50 år¹². Hos enkelte er der tale om en aggressiv kræft, men for de fleste vil prostatakræft ikke give anledning til symptomer eller afkorte livet. Det er i dag ikke muligt at skelne mellem disse forskellige typer af sygdomsudviklingen, og på baggrund af flere internationale studier er der ikke belæg for at tilbyde screening for prostatakræft¹³⁻¹⁴⁻¹⁵.

Formål med projektet

Projektet har haft til formål at:

- Udvikle og implementere en samarbejdsmodel for opfølgning og efterbehandlingsforløb for patienter med prostatakræft mellem de 3 urologiske afdelinger/ambulatorier i regionen (Urinvejsvejskirurgisk afdeling, Århus Universitetshospital Skejby, Organkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Viborg og Urinvejskirurgisk afdeling, Regionshospitalet Holstebro) og almen praksis.

- Sikre en hensigtsmæssig opgaveoverdragelse fra de 3 ambulatorier til almen praksis for de patientgrupper, hvor opfølgning og efterbehandling ud fra faglige og kliniske kriterier med fordel kan varetages her og med fokus på patientønske, patienttilfredshed og -tryghed.
- Frigøre kapacitet på de urologiske ambulatorier og samtidig sikre en høj faglig kvalitet i efterbehandlingen af patienter med prostatakræft i almen praksis.

Projektet har endvidere haft fokus på, at opfølgningen i almen praksis kan tilrettelægges rationelt og uden unødige meromkostninger. Ved projektstart var forventningen, at hver praktiserende læge i regionen årligt ville modtage 0-2 patienter med prostatakræft, til fremtidig opfølgning i almen praksis.

Projektet understøtter den naturlige udvikling af det danske sundhedsvæsen, hvor hospitalerne udvikles til at håndtere de mest specialiserede patientbehandlinger, mens den primære sundhedssektor skal tilbyde nære sundhedstilbud til patienter med mindre specialiserede behov.

Som en del af det forberedende arbejde i styregruppen blev der udarbejdet en oversigt over de forventede gevinster og barrierer for de implicerede faggrupper i en shared care organisering. Oversigten bidrog bl.a. til at målrette projektdesignet i forhold til særlige opmærksomhedspunkter som var af væsentlig betydning i forhold til de forskellige faggrupper. Gevinst- og barrierehjulet fremgår af bilag 8.

Deltagelse i projektet og organiseringen

Implementeringen af samarbejdsmodellen er sket som en integreret og sammenhængende proces på de 3 urologiske og urinvejskirurgiske afdelinger på hhv. Århus Universitetshospital, Skejby, Regionshospitalet Viborg, samt Regionshospitalet Holstebro.

Der har været nedsat en styregruppe med deltagelse af repræsentanter fra de 3 afdelinger (urologer og sygeplejersker), praksiskonsulentordningen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Prostatakræftforeningen PROPA, samt Cancer i Praksis (jf. bilag 1).

CiP har haft ansvaret for den overordnede projektledelse og endvidere forestået procesfacilitering, implementeringsstøtte til de deltagende afdelinger, dataindsamlingen, samt afrapporteringen af projektet.

Der er i løbet af projektperioden afholdt månedlige procesevalueringer med de lokale projektgrupper med henblik på at yde processtøtte og følge udviklingen i de lokale implementeringsprocesser. Møderne er suppleret med informationsmøder for personalet, både i opstartsfasen, midtvejs og ved afslutning af projektet.

Afgrænsning og inklusionskriterier

Der er mange forskellige grupper blandt prostatakræftpatienter og opfølgingsforløbet afhænger af, hvilken patientgruppe der er tale om. Projektet er afgrænset til patienter, der er diagnosticeret med prostatakræft og går til opfølgning eller efterbehandling på ambulatoriet.

Projektets inklusionskriterier for vurderingen af patienternes egnethed til at indgå i et shared care forløb fremgår af nedenstående boks.

Prostatakræftpatienter inkluderet i shared care projektet, som potentielt kan afsluttes til fortsat opfølgning hos egen læge:

- Klinisk og biokemisk (PSA, kreatinin) stabile patienter uanset sygdomsstadium, tidligere eller pågående behandling
- Ved kurativ behandling dog tidligst 1 år herefter

Prostatakræftpatienter ekskluderet fra shared care projektet og som ikke kan afsluttes til fortsat opfølgning hos egen læge:

- Patienter der indgår i kliniske forsøg (forskningsprojekter), der kræver kontrol på sygehus
- Patienter der er i aktiv overvågning med henblik på eventuel kurativ behandling
- Patienter i terminal fase

I projektperioden blev alle patienter (både inkluderede og ekskluderede), der kom til opfølgning og efterbehandling i ambulatoriet registreret i projektdatabasen på baggrund af "Manual for inklusion i projektet" (jf. bilag 4) og i forhold til kontrolregimer, der definerer patientens behandling og sygdomsstadie:

- Aktiv overvågning (med henblik på kurativ behandling)
- Watchful waiting
- Kurativ behandlede (uden recidiv/tilbagefald)
- Kurativ behandlede (med recidiv/tilbagefald)
- Dissemineret sygdom.

Et projekt i projektet med fokus på faggrupper

Opgaveoverdragelsen af opfølgning og efterbehandling for patienter med prostatakraft i stabile forløb er en organisatorisk kompleks proces, som kræver samarbejde både på tværs af faggrupper og på tværs af sektorer. Etableringen af velfungerende interne og eksterne samarbejdsrelationer er central for at sikre opgaveoverdragelsens kvalitet, ikke mindst i forhold til patienternes oplevelse af tryghed og den praktiserende læges mulighed for at sikre korrekt efterbehandling og reaktion ved eventuel udvikling i sygdommen. Samtidig kan der ligge store udfordringer i at etablere et godt samarbejde mellem sektorer pga. især forskellige faglige tilgange og økonomiske incitament, samt en stærk tilknytning til faggruppen¹⁶.

På denne baggrund er der, som en selvstændig del af projektet, gennemført en procesevaluering, med en række monofaglige fokusgruppeinterview på de 3 deltagende ambulatorier. Evalueringen er gennemført af Viola Bureau, ph.d., lektor på Institut for Statskundskab, Århus universitet. Resultaterne af procesevalueringen præsenteres i artiklen: "Implementing Shared Care in local contexts: the importance of connecting to professional groups and their practice". Artiklen vil senere blive offentliggjort i tidsskriftet "Social Science & Medicine".

Shared care som samarbejdsmodel

Der eksisterer ikke nogen entydig definition af "Shared Care" begrebet. En udbredt anvendelse i det danske sundhedsvæsen indebærer imidlertid en måde at organisere patientbehandling på, hvor elementer i behandlingen gennemføres i et gensidigt afhængighedsforhold mellem forskellige instanser i sundhedssystemet, f.eks. som her mellem almen praksis og hospitaler¹⁷.

De centrale shared care principper, der er indarbejdet i samarbejdsmodellen mellem de urologiske afdelinger og almen praksis, centrerer sig om følgende:

- A. Klar opgave- og ansvarsfordeling
- B. Fast struktur for kommunikation og erfaringsudveksling
- C. Beslutningsstøtte til almen praksis med faglig sparring og backup
- D. Systematisk patientinvolvering og støtte ved sektorovergange.

Der er tale om et fleksibelt tilbud for patienter med prostatakraft, hvor patienter, som med fordel kan følges i almen praksis i henhold til kliniske anbefalinger, får tilbud om at fortsætte opfølgning og evt. efterbehandling ved egen læge.

A. Klar opgave- og ansvarsfordeling

Tilbuddet til patienterne om opfølgning og efterbehandling i almen praksis baseres på patientens aktuelle sygdomstilstand ved opfølgning i ambulatoriet. Patientmålgruppen stratificeres på baggrund af den fælles nationale kliniske vejledning (jf. bilag 4). Den kliniske vejledning beskriver hvorledes patienter med prostatakraft kan følges tilfredsstillende i almen praksis, samt hvordan opgavefordelingen kan være mellem de to sektorer i forhold til fastlæggelse af genhenvissningskriterier.

Standard for epikrise/udskrivesbrev

Hvis patienten tager imod tilbuddet om fortsat opfølgning i almen praksis udskrives patienten fra det urologiske ambulatorium og der anvendes en standard for epikrise (udskrivesbrev), der beskriver sygdomsforløb, behandling, kontrolregime og kriterier for genhenvissning (jf. bilag 5). Skabelonen indeholder endvidere oplysninger om, hvordan den praktiserende læge kan få svar på eventuelle spørgsmål.

Klare kriterier for genhenvising

Ved udskrivelsen fra det urologiske ambulatorium fastlægges specifikke og individuelle kriterier for, hvornår patienten vil skulle genhenvises til ambulatoriet. Genhenvising beror på en lægelig vurdering af blodprøveværdierne og eventuelle komplikationer og bivirkninger, samt patientens almene velbefindende. Disse oplysninger fremgår af epikrisen, samt den det materiale (dialogguide), der udleveres til patienten (jf. bilag 2).

B. Fast struktur for kommunikation og erfaringsudveksling

CiP har i et tæt samarbejde med de urologiske afdelinger, tilpasset og implementeret den nationale kliniske vejledning på området. Som støtte for samarbejdet blev der i projektet udarbejdet og implementeret relevante retningslinjer, vejledninger og dialogstøtteredskaber, der kan lette kommunikationen mellem almen praksis, patient og hospitalet. Der er i projektet bl.a. arbejdet med en systematisering af det kliniske indhold i epikriser mellem almen praksis og de urologiske ambulatorier ved at implementere en fast skabelon. Derudover er der udviklet dialogguider til patientsamarbejdet målrettet fire forskellige kontrolregimer (et eksempel på dialogguiden til dissemineret sygdom i stabil fase fremgår af bilag 2).

Dialogguide til patienter ved udskrivelsen

Dialogguiden indeholder bl.a. information om det fremtidige opfølgingsforløb, samt kriterier for eventuel genhenvising til ambulatoriet. Under samtalen med patienten udfylder sundhedspersonalet på ambulatoriet dialogguiden med patientens individuelle kontrol- og behandlingsplan. Patienten får den udfyldte guide med hjem og har mulighed for at medbringe denne til konsultation hos egen læge.

Dialogguiden har til formål at strukturere udskrivningssamtalen og målrette informationen til den næste fase i patientens forløb. Samtidig udgør den værdifuld patientinformation, der er med til at sikre, at patienten er velinformeret om og tryk ved det videre forløb.

Som hjælp til sundhedspersonalet er der endvidere udarbejdet et samtaleark til udskrivelsessamtalen, der giver et hurtigt overblik over samtalens forløb og de temaer samtalen skal indeholde.

C. Beslutningsstøtte til almen praksis med faglig sparring og backup

Det er et vigtigt element i shared care organiseringer, at der skabes rammer for, at den praktiserende læge har mulighed for direkte kontakt med specialisterne på hospitalet med henblik på faglig backup og sparring. Dialogen mellem det urologiske ambulatorium og almen praksis sikres ved, at der i epikrisen findes oplysninger om, hvordan ambulatoriet kan kontaktes (angivelse af telefonnummer). Disse oplysninger betyder, at den praktiserende læge, i forbindelse med patientens opfølgning, har mulighed for at indhente faglig sparring fra de urologiske afdelinger. Beslutningsstøtten til almen praksis understøttes endvidere af standard-epikrisen, der beskriver patientens behandlingsplan og specifikke genhenvisningskriterier.

D. Systematisk patientinvolvering og støtte ved sektorovergange

Når patienter "afsluttes til egen læge" er det vigtigt at sikre, at patienterne oplever sikkerhed og tryghed, samt modtager en fyldestgørende information om indholdet i og forventningerne til det fremadrettede forløb.

Patienternes vurdering af processen omkring overdragelsen af ansvaret for opfølgning og efterbehandling til almen praksis er indhentet gennem 2 patienttilfredshedsundersøgelser og flere kvalitative interview i projektet. Målet har været at indhente viden, der kan være med til at understøtte kontinuitet, fyldestgørende udveksling af informationer og et velfungerende samarbejde mellem almen praksis og de urologiske ambulatorier omkring opfølgning- og efterbehandlingen af patienter med prostatakræft.

Patientgrundlaget: hvad siger tallene?

Ved patientens konsultation på ambulatoriet foretog speciallægen en stratificering på grundlag af patientens tilstand, sygdomsforløb og sygdommens stabilitet. Formålet var hermed at identificere de patienter, der ud fra en faglig klinisk vurdering kunne tilbydes fortsat opfølgning og efterbehandling hos egen læge.

Alle patienter med prostatakræft, som gik til opfølgning i ét af de tre ambulatorier i Region Midtjylland, blev i hele projektperioden registreret i projektdatabasen. Bl.a. blev det registreret, hvilke behandlings- og opfølgingsregimer patienterne fulgte, samt hvilke patienter, som blev afsluttet til fortsat opfølgning hos egen læge. Stratificeringen og den komplette registrering gør det muligt, at give et fuldstændigt billede af alle patienter med prostatakræft, som har gået til opfølgning på ambulatorierne i den pågældende periode, herunder hvad der kendetegner den gruppe af patienter, der ud fra en klinisk faglig vurdering er afsluttet til fortsat opfølgning hos egen læge.

Datagrundlag og patientpopulation

Projektperioden var fra september 2011 til marts 2012.¹ I projektperioden blev der registreret i alt 2585 patienter med prostatakræft, som gik til opfølgning i de tre ambulatorier. I løbet af de 6 måneder, som dataindsamlingen varede, blev 530 patienter (20%) afsluttet til fortsat opfølgning ved egen læge.

I forbindelse med dataindsamlingen blev patienterne stratificeret i henhold til de kliniske behandlingsregimer. Stratificeringen blev foretaget af sundhedspersonalet forud for konsultationen. I tabel 1 præsenteres hvordan patienterne fordeler sig i de enkelte behandlings- og opfølgingsregimer, samt den procentvise andel i forhold til det totale antal patienter i den pågældende periode.

¹ Data blev indsamlet følgende periode: Holstebro 1/9 2011-29/02 2012, Skejby 1/9 2011-29/02 2012 og Viborg 26/9 2011- 23/03 2012.

Tabel 1

Kontrolregime/ hospital	Holstebro	Skejby +	Viborg	I alt
Aktiv overvågning	17 (2%)	105 (9%)	13 (2%)	135 (5%)
Watchful waiting	89 (12%)	60 (4%)	37 (6%)	186 (7%)
Kurativ beh. uden recidiv	235 (30%)	314 (26%)	205 (34%)	754 (29%)
Kurativ beh. med recidiv	82 (11%)	140 (12%)	22 (4%)	244 (10%)
Diss. sygdom	337 (44%)	529 (44%)	306 (50%)	1172 (45%)
Andet	9 (1%)	62 (5%)	23 (4%)	94 (4%)
I alt antal patienter	769 (30%)	1210 (47%)	606 (23%)	2585 (100%)

Som det fremgår af ovenstående tabel fordeler patienterne sig nogenlunde ens på de 3 geografiske enheder i relation til behandlings- og opfølgingsregimer. Ambulatoriet i Viborg adskiller sig dog ved at have en lidt større afdel af patienter med dissemineret sygdom, end de 2 øvrige ambulatorier, ligesom der også her er den største andel af patienter, som er kurativt behandlede uden recidiv (tilbagefald).

Kategorien "Andet" indeholder patienter, som den pågældende sundhedsperson, der foretog stratificeringen ikke har kunnet placere i et specifikt kontrolregime. Dette kan bl.a. skyldes comorbiditet eller usikkerhed om kontrolregimernes specifikke afgrænsning.

Patienter der vurderes at kunne afsluttes til egen læge

Dataindsamlingsprocessen var tilrettelagt på en sådan måde, at sundhedspersonalet foretog en klinisk faglig vurdering af patienternes egnethed til at indgå et shared care forløb, både før og efter selve konsultationen med patienten. Der fremkommer på denne måde 2 klinisk faglige vurderinger:

1. Patienter, der før konsultation, blev vurderet til at kunne afsluttes til fortsat opfølgning hos egen læge. Denne klinisk faglige vurdering blev foretaget på baggrund af journaloplysninger, blodprøvesvar etc.

2. Patienter, der efter konsultationen, reelt blev afsluttet til fortsat opfølgning hos egen læge. Den klinisk faglige vurdering blev foretaget på baggrund af journaloplysninger, blodprøvesvar og oplysninger fra patienten etc.

Resultaterne er opgjort i tabellerne herunder.

Tabel 2

Antal patienter som <u>før konsultationen</u> blev vurderet til at kunne afsluttes/ikke afsluttes til egen læge			
	Ja, kan afsluttes til egen læge	Nej, kan ikke afsluttes til egen læge	Antal patienter i alt
Holstebro	225 (29%)	544 (71%)	769
Skejby +	227 (19%)	983 (81%)	1210
Viborg	306 (50%)	300 (50%)	606
Total	758 (29%)	1827 (71%)	2585 (100%)

Tabel 3

Antal patienter som <u>efter konsultation</u> reelt blev/ikke blev afsluttet til egen læge			
	Ja kan afsluttes til egen læge	Nej kan ikke afsluttes til egen læge	Antal patienter i alt
Holstebro	139 (18%)	630 (82%)	769
Skejby +	190 (16%)	1020 (84%)	1210
Viborg	201 (33%)	405 (67%)	606
Total	530 (21%)	2055 (79%)	2585 (100%)

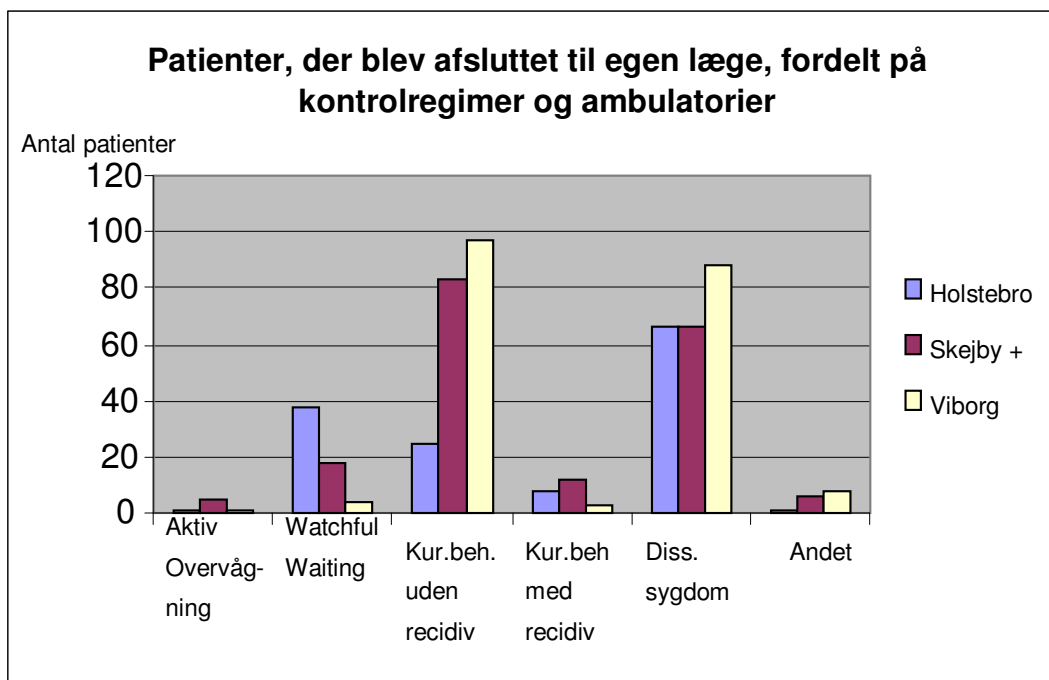
Som det fremgår er der en væsentlig forskel i før/efter vurderingerne. Denne forskellighed skyldes både en forskellig praksis i forhold til "før" vurderingen i de enkelte ambulatorier og en forskellig kultur for afslutning af patienter, der også var gældende før projektets opstart.

På 2 af ambulatorierne (Viborg og Holstebro) blev "før" vurderingen foretaget af én dedikeret læge eller sygeplejerske op til en uge før patienterne kom til konsultation på ambulatoriet, mens "før" vurderingen i det tredje ambulatorium (Skejby) blev foretaget på dagen for konsultationen. Her var det den ansvarlige læge, som afholdt konsultationen med patienten, som foretog vurderingen. Det betyder, at der på dette tidspunkt forelå svar på aktuelle blodprøvesvar m.m., som man ikke har haft på de øvrige ambulatorier. Denne forskel kan være en del af forklaringen på, at Skejby har en lavere andel af patienter, som før konsultationen blev vurderet til at kunne afsluttes.

I henhold til en forskellig praksis på de 3 ambulatorier, har man f.eks. på 1 ambulatorium (Skejby) i længere tid haft en praksis, hvor kurativt behandelende patienter blev afsluttet til egen læge efter 1 års opfølgning i ambulatoriet, mens denne praksis ikke har været gældende på de 2 øvrige ambulatorier.

Det endelige resultat af monitoreringen viser, at gennemsnitligt ca. 20% af patienterne blev afsluttet fra ambulatoriet til fortsat opfølgning hos egen læge. Som det fremgår af Figur A var disse patienter i overvejende grad prostatakræftpatienter med desimineret sygdom og de kurativt behandlede patienter uden recidiv (tilbagefald).

Figur A



Patienter der vurderes ikke at kunne afsluttes til egen læge

Ca. 80% af de patienter, der gik til opfølgning og efterbehandling på ambulatoriet blev vurderet til at skulle fortsætte forløbet på ambulatoriet. Dette stemte overens med den forventelige andel på baggrund af sygdommens udvikling og forløb.

For de patienter, som ved "før" vurderingen blev angivet, at kunne afsluttes og som alligevel ikke blev det, er historien lidt anderledes. Der er ca. 10% i forskel på antal patienter som kan afsluttes "før" og "efter". I alt blev 228 patienter før konsultation vurderet til at kunne afsluttes, men efterfølgende blev der taget beslutning om, at de alligevel skulle fortsætte opfølgningen på ambulatoriet.

I inklusionsskemaet noterede sundhedspersonalet årsagerne til, at den pågældende patient ikke blev afsluttet til fortsat opfølgning hos egen læge. I skemaet kunne der angives flere årsager på pr. patient. Af disse oplysninger fremgår det, at 80 patienter (ud af de 228) ikke ønskede at blive afsluttet. Herudover er de hyppigste angivne årsager til manglende afslutning: at patientens tilstand ikke var stabil, at PSA ikke var stabil, samt at patientens medicin krævede justering.

Patientvolumen for almen praksis

I de 6 måneder, der blev foretaget dataopsamling, blev der fra ambulatorierne afsluttet 530 patienter til fortsat opfølgning ved egen læge. Dette svarer til, at hver praktiserende i Region Midtjylland har modtaget mellem 0-1 prostatakræftpatienter. Dette harmonerer med den patientvolumen, der blev estimeret ved projektstart på 1-2 patienter årligt pr. praktiserende læge i regionen.

Opfølgingsforløbet hos almen praksis

Ifølge patienternes egne udsagn har 98% fået taget PSA blodprøven ved egen læge ved første konsultation. For at undersøge dette nærmere blev der foretaget et data træk i regionens laboratedatabase (LABKA). Dette træk viste, at 97% af patienterne (200 patienter ud af 206 mulige), havde fået taget PSA blodprøven ved egen læge. Datatrækket blev udført for de patienter, som skulle komme til opfølgning ved egen læge pr. marts 2012. Resultatet viser, at patienterne i meget høj grad følger anvisningerne ved udskrivning og på denne måde udviser stor compliance og handlekompetence.

Opsummering

- Ca. 20 % af de prostatakræftpatienter, der går til opfølgning i ambulatorierne kan afsluttes til almen praksis
- Patienter der afsluttes fra ambulatorierne er primært patienter med dissemineret sygdom eller kurativt behandlede uden recidiv
- Patientpopulationen på de 3 afdelinger i regionen er forholdsvis ens i relation til patienter, der går til opfølgning og efterbehandling i forbindelse med prostatakræft
- Patienterne har en høj grad af egenkapacitet, og der er høj compliance (i relation til at få taget PSA blodprøver) efter afslutning fra ambulatoriet

Hvordan oplever patienterne det?

Patienternes vurdering af det ændrede forløb vedr. opfølgning i forbindelse med deres sygdom er indarbejdet i projektet på flere niveauer. Formålet har været at indhente viden, der kan være med til at understøtte kontinuitet, fyldestgørende udveksling af informationer og et velfungerende samarbejde mellem almen praksis og de urologiske afdelinger/ambulatorier omkring opfølgning og efterbehandlingen af patienter med prostatakraft.

Der er gennemført 2 patienttilfredshedsundersøgelser i projektet, suppleret med en række kvalitative interview:

1. Undersøgelse af patienternes tilfredshed og tryghed ved afslutning fra ambulatoriet (postkort-undersøgelsen)
2. Undersøgelse af "Oplevelse blandt patienter med prostatakraft i kontrolforløb hos almen praksis"¹⁸ (spørgeskema og telefoninterview)

1. Patienternes tilfredshed og tryghed ved udskrivelsen

Det er vigtigt, at både patienten og den praktiserende læge er opmærksomme på eventuelle ændringer i sygdomssituationen, som kræver en ny kontakt til ambulatoriet via en genhenvielse. For prostatakraft er der kliniske vejledninger¹⁹ for forskellige behandlingsregimer, som lægerne følger i behandlingen. Det er værdifuldt, at patienter og praktiserende læger modtager de samme oplysninger, så både patient og læge er opmærksomme på sygdomsændringer, der skal reageres på. En model der gør prostatakraftpatienterne aktive og velinformerede, som vigtige forudsætninger for vellykkede langvarige patientforløb²⁰.

For at sikre en høj kvalitet i informationsniveauet såvel til den praktiserende læge, som til patienten, er der i projektet udarbejdet og implementeret hhv. en standard-epikrise, samt en dialogguide (patientpjece) til brug ved den afsluttende samtale i ambulatoriet. Der blev i projektet udarbejdet én dialogguide til hvert opfølgingsregime (dissemineret sygdom stabil fase, radikal prostatektomi, kurativt intenderet strålebehandling og watchful waiting). På den måde målrettes informationen til det specifikke og individuelle forløb og behandlingsregime, som patienten følger.

Den første undersøgelse blev tilrettelagt således, at de patienter, der blev afsluttet til fortsat opfølgning hos egen læge fik udleveret et postkort, hvor det var muligt at evaluere udskrivningssamtale, og deres oplevelse af tryghed ved fremover at skulle til opfølgning hos egen læge (jf. bilag 3). Af de 530 patienter, der blev udskrevet til egen læge i projektperioden, blev der modtaget 375 besvarelser (svarprocent 71%). Besvarelserne var anonyme og ikke henførbare til, hvilke af de 3 ambulatorier patienten var afsluttet fra.

Når man som patient skal medvirke til at tage ansvar for sit eget helbred, er det vigtigt at være klædt på til dette ansvar, så man kan agere hensigtsmæssigt i forløbet. Dette er et vigtigt element i arbejdet med sundhedsfremme og fokus på at styrke patienternes egenomsorg. Erfaringerne med dialogmaterialet til patienterne har været meget positive. Læger, sygeplejersker og patienter oplyser samstemmende, dels fra de løbende procesevalueringsmøder, samt fra patientinterview, at materialet opleves meningsfuldt, håndterbart og forståeligt. En patient oplyser bl.a.: *"Det var en rigtig god samtale og jeg synes det var en god ide med udskrivelsen. Vi snakkede meget om, hvad der skulle til for at jeg blev genhenvist og vi blev enige om et PSA- niveau, jeg var tryk ved"*. En anden patient understreger værdien af individuel tilpasset information og siger om dialogguiden: *"Jeg har læst den og også søgt tilbage til den mange gange. Den fortæller jo det hele"*.

Som det fremgår af tabel 4 er der blandt patienterne en meget høj tilfredshed med den information, de fik på ambulatoriet om den fremtidige opfølgning (kontrolforløb).

At patienterne oplever tryghed i sektorovergangen er en væsentlig faktor for et godt patientforløb. Patienterne har i denne proces udtrykt en høj grad af tryghed ved fremover at skulle gå til kontrol for kræftsygdommen hos den praktiserende læge. Som det fremgår af tabel 5 udtrykker 69% at de i høj grad er trygge, 27% at de i nogen grad er trygge, mens 3% af patienterne ikke oplever tryghed.

Tabel 4

Hvordan vurderer du, at lægen/sygepl. informerede dig om dit fremtidige kontrolforløb?	
Virkelig godt	71% (265)
Godt	28% (106)
Dårligt	0,5% (1)
Virkelig dårligt	0% (0)
Ved ikke	0,5%(1)
I alt	100%

Tabel 5

Føler du dig tryk ved, at du fremover skal gå til kontrol hos din egen læge?	
Ja, i høj grad	69% (259)
Ja, i nogen grad	27% (102)
Nej, kun i mindre grad	2% (7)
Nej, slet ikke	1% (2)
Ved ikke	1% (2)
I alt	100%

Flere patienter fortæller ved interview, at trygheden også relaterer sig til mulighederne for genhenvielse, som udtrykt i følgende patientcitater: *"Jeg føler mig tryk, for jeg kan jo altid blive genhenvist"* og *"Jeg kan altid komme tilbage til ambulatoriet og det er godt at vide"*.

2. Patienternes tilfredshed og tryghed ved opfølgning hos egen læge

Denne undersøgelse har haft til formål at undersøge, hvorvidt patienter i stabilt prostatakræftforløb, der er udskrevet til opfølgning i almen praksis:

- har compliance i forhold til opfølgningen, samt egenomsorgskapacitet (hvorvidt patienterne har været til opfølgning hos egen læge som aftalt ved udskrivelsen fra ambulatoriet).
- oplever at lægens viden og indsigt i deres sygdom er god og gør lægen i stand til at svare på patientens spørgsmål (indikator for sammenhæng til tryghed og tilfredshed)
- oplever tryghed ved den fortsatte opfølgning hos egen læge, efter første konsultation (indikator for tilfredshed med den nye model for opfølgning).

Sammenholdt med resultaterne vedr. patienternes tilfredshed og tryghed ved udskrivelsen (postkort-undersøgelsen), kan resultaterne sige noget om, hvorvidt de anvendte dialogredskaber og procedurer understøtter det sammenhængende og koordinerede patientforløb, samt hvorvidt der sker en ændring i oplevet patienttryghed fra udskrivelse til patientens første konsultation hos den praktiserende læge.

Stor patienttilfredshed med opfølgningen hos de praktiserende læger

Undersøgelsen blev gennemført med fremsendelse af spørgeskema og telefoninterview i perioden 1. februar til 16. april 2012. I alt blev der udskrevet 530 patienter til fortsat opfølgning i almen praksis i hele projektperioden (september 2011 til og med marts 2012). 211 af disse patienter skulle til kontrol inden april 2012 og modtog derfor et spørgeskema. Svarprocenten var 71%². Generelt påviser undersøgelsen en stor tilfredshed med de praktiserende lægers indsats og en fortsat høj grad af tryghed hos patienterne.

Compliance og PSA-blodprøve

I undersøgelsen blev patienterne spurgt om, hvorvidt de havde været til kontrol hos deres egen læge som planlagt, samt hvorvidt de havde fået foretaget en PSA-blodprøve. Begge elementer med henblik på at belyse patienternes compliance i

² Af de 152 besvarelser blev 41 fremsendt med posten, 52 valgte at svare via telefoninterview og 59 besvarede spørgeskemaet online.

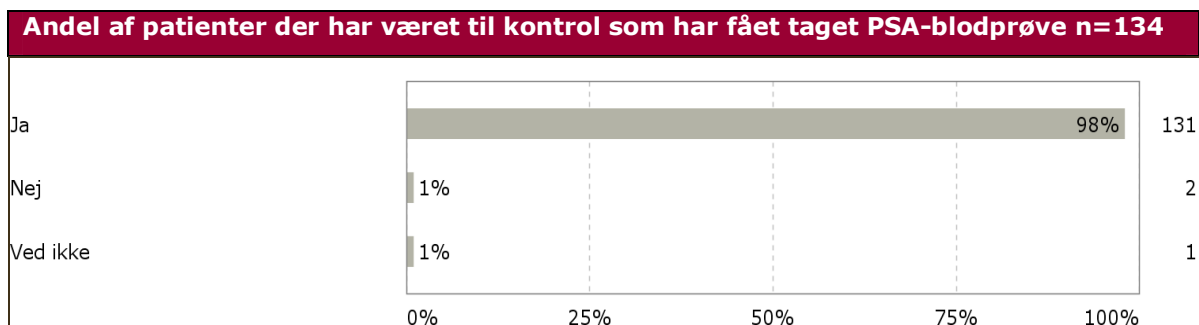
forhold til sygdomsopfølgningen og egenomsorgskapacitet, som ansvarlige for selv at indgå en konsultationsaftale med almen praksis.

Resultaterne viser, at patienterne i høj grad påtager sig ansvaret for at være tovholdere på eget opfølgningsforløb og dermed understøtter perspektivet om, at den informerede patient aktivt kan tage hånd om sit eget sygdomsforløb. Knap 90% af patienterne oplyser, at de har været til kontrol hos egen læge, mens flertallet af de resterende 11% oplyser, at de har bestilt tid, men endnu ikke har gennemført besøget. Egenomsorgskapaciteten hos denne patientgruppe kan på dette grundlag kategoriseres som stærk nok til at understøtte compliance/ efterlevelse af anvisningerne i opfølgningsforløbet.

Patienterne får taget PSA- blodprøven

Som det fremgår af nedenstående tabel oplyser stort set alle patienter (98%), som har været til kontrol i almen praksis, at de får taget PSA blodprøven, som indikator for at følge udviklingen i kræftsygdommen. Kun 2 patienter oplyser, at de ikke har fået taget blodprøven og heraf oplyser den ene, at den skal tages ugen efter.

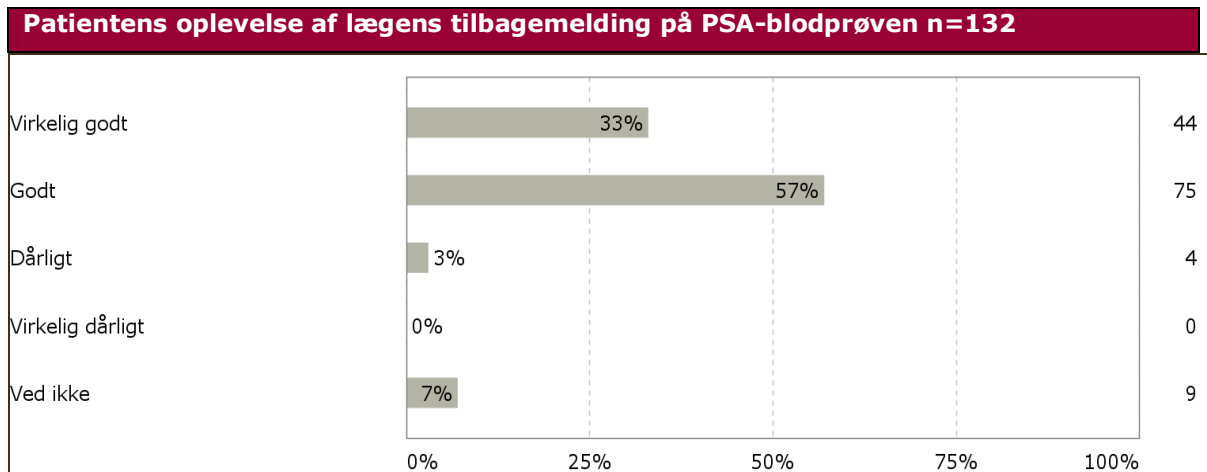
Tabel 6



Patientens oplevelse af kommunikationen med egen læge

Patienter, der har svaret "ja" eller "ved ikke" til at have fået taget en PSA-prøve, er blevet bedt om at forholde sig til, hvordan de oplevede lægens tilbagemelding på PSA-prøven, samt hvordan de oplevede, at lægen var informeret om og i stand til at svare på patientens spørgsmål om sygdommen.

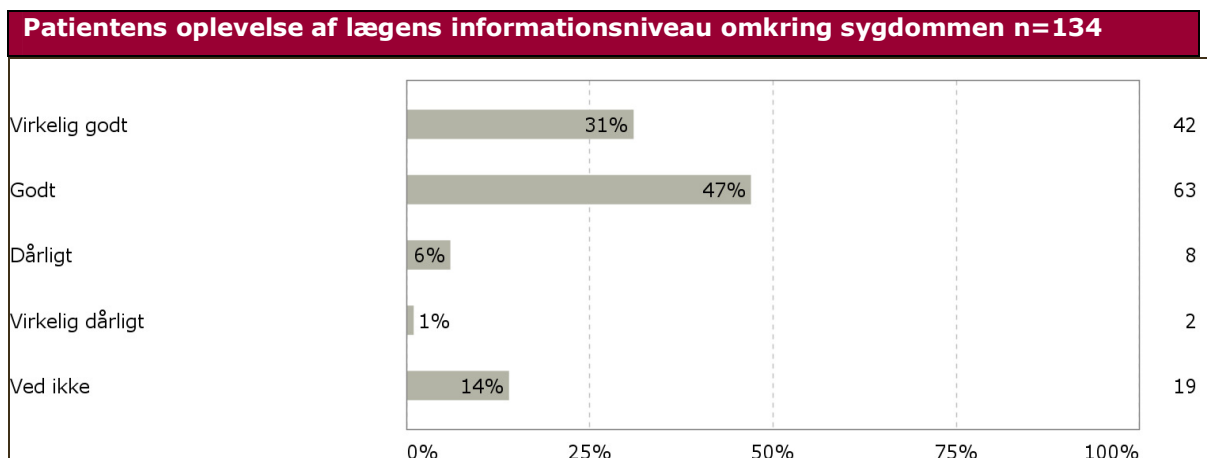
Tabel 7



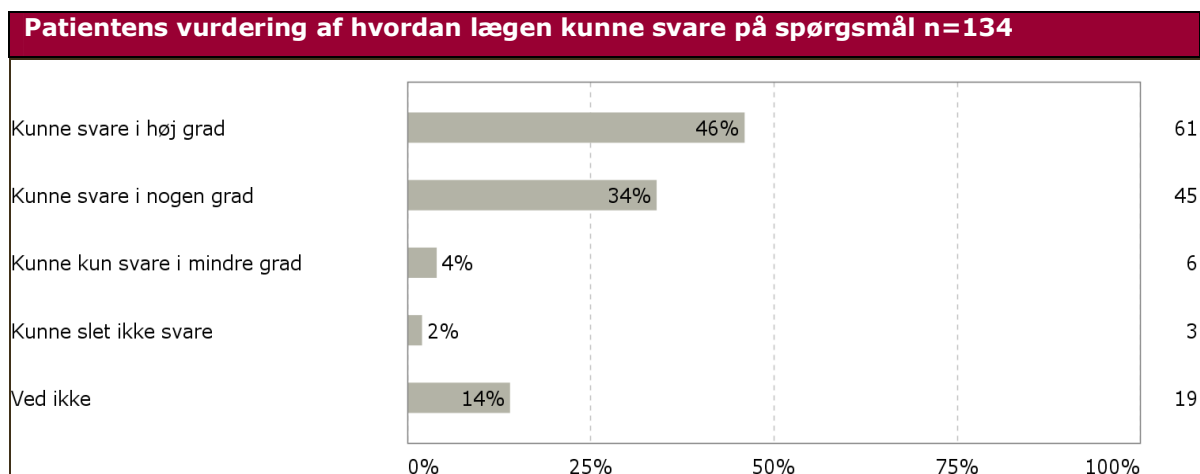
Patienterne giver udtryk for en generel tilfredshed med de praktiserende lægers kommunikation omkring opfølgningen. Jf. tabel 7 oplever 90% en "god" eller "virkelig god" tilbagemelding på PSA resultatet, mens 7% oplyser, at de ikke kan vurdere det, da der har været tale om en konsultation hos praksissygeplejersken.

Af tabel 8 fremgår det, at knap 80% oplever, at lægen er "godt" eller "virkelig godt" informeret om patientens sygdom, og i stand til at svare på spørgsmål (tabel 9). 14% af patienterne oplyser, at de ikke ved det, flere har ikke talt med lægen og flere har ikke haft spørgsmål til lægen, da de følte sig godt orienteret i forvejen. En mindre gruppe af patienter (6-7%) oplever, at den praktiserende læge er "dårligt" eller "virkelig dårligt" informeret og at lægen ikke, eller kun i mindre grad var i stand til at svare på spørgsmål.

Tabel 8



Tabel 9



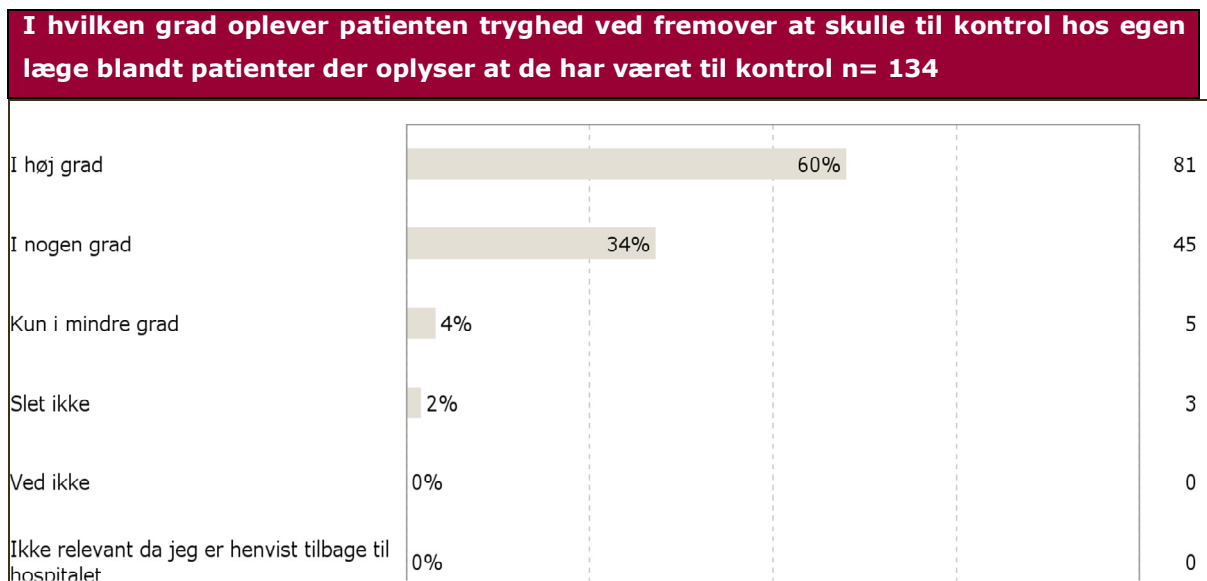
Patienternes oplevelse af tryghed

En forudsætning for en vellykket omlægning af procedurerne for opfølgning og efterbehandling, er patienternes oplevelse af tryghed. I undersøgelsen er patienterne adspurgt om, i hvilken udstrækning de føler sig trygge ved den fremtidige opfølgning i almen praksis, efter første konsultation. Spørgsmålet kunne besvares af alle, da også respondenter der oplyste, at de ikke har været til kontrol hos egen læge fik mulighed for at give udtryk for følelsen af tryghed, her en tid efter udskrivelsen fra ambulatoriet.

Det kan konkluderes, at patienterne generelt er trygge ved fremover at skulle til opfølgning i almen praksis (jf. tabel 10). 94% af de patienter, som har været til opfølgning hos egen læge oplyser, at de i høj grad eller nogen grad er trygge, mens 6% kun i mindre grad eller slet ikke oplever tryghed.

Undersøgelsen viser endvidere, at den første opfølgning hos egen læge kun har ringe indflydelse på patienternes oplevelse af tryghed. Der sker således kun et meget lille fald i oplevelse af tryghed efter lægebesøget.

Tabel 10



Kommentarer fra patienterne

I undersøgelsen har patienterne haft mulighed for at skrive kommentarer til deres oplevelse af de nye procedurer, hvor opfølgningen foregår hos den praktiserende læge.

De positive kommentarer understøtter primært, at fordelene ved at gå hos egen læge er, at det kan kombineres med et andet besøg hos lægen, samt at det reducerer transportomkostninger og -tid, samt den samlede tid, der skal bruges på opfølgningen. Flere patienter angiver, at det er positivt, at det er praksissygeplejersken, der udfører efterbehandlingen (injektionen) og at de er tilfredse med kun at tale med lægen, såfremt deres tilstand ændres, eller der er ændringer i blodprøveværdierne.

En patient beskriver det således: *"Det er rart, at jeg skal til egen læge, det må betyde at sygdommen er stabil, siden de vurderer det"*, hvilket understøtter sundhedsperspektivet i at gå hos egen læge i stedet for at komme på et specialiseret hospitalsambulatorium.

De kritiske kommentarer understøtter primært en bekymring for den praktiserende læges kompetencer, samt for at lægen tager "for let" på kontrollen. Flere gør opmærksom på en manglende kommunikation mellem hospitalet og almen praksis, og nogle patienter har oplevet, at lægen ikke var blevet orienteret på forhånd.

Flere kommentarer omhandler den konkrete injektionsteknik, og nogle patienter har oplevet, at de skulle forklare lægen, hvordan injektionen normalt blev givet.

De neutrale kommentarer dækker bl.a. over patienternes oplevelse af at leve med en kræftsygdom. F.eks. skriver en patient: *“ Det er klart at når man har været igennem en lang strålebehandling og er blevet fulgt i flere år af cancerspecialister, så tænker man da uvilkårligt: er kontrollen i orden? Men det må man vel forvente, men jeg har da intet at udsætte på min privat praktiserende læge, men her skal man prøve at forstå en cancerpatient”.*

Opsummering

- Patienterne udtrykker en høj grad af tilfredshed med den information de modtager ved afslutningen på ambulatoriet
- Patienterne føler sig i høj grad trygge, når de afsluttes fra ambulatoriet til egen læge
- Patienterne oplever også efter den første konsultation hos deres egen læge en høj grad af tryghed i patientforløbet
- Der kan påvises en høj compliance og egenomsorgskapacitet hos de patienter der afsluttes til fortsat opfølgning hos egen læge.

Kommunikation mellem ambulatorier og almen praksis

En helt afgørende forudsætning for et vellykket shared care organisering er de sundhedsfaglige kompetencer i relation til kommunikation med såvel patienter som samarbejdsparter.

Som støtte for samarbejdet mellem ambulatorier og almen praksis, blev der i projektet udarbejdet og implementeret relevante retningslinjer, vejledninger og dialogstøtteredskaber, der kan lette kommunikationen mellem almen praksis, patient og hospitalet.

Et vigtigt element i dialogen mellem ambulatoriet og almen praksis er epikrisen (udskrivelsesbrevet), der fremsendes til den praktiserende læge efter patientens udskrivelse fra ambulatoriet. Der er i projektet arbejdet med en systematisering af det kliniske indhold i epikrisen og implementeringen af en fast skabelon, der er taget i anvendelse på de 3 ambulatorier og tilpasset EPJ.

En forudsætning for at systematiseringen medfører et kvalitetsløft er, at alle sektorer er inddraget i arbejdet. Skabelonen til epikrisen blev i projektet udviklet og udarbejdet i styregruppen i et samarbejde mellem repræsentanterne for alle ambulatorier (urologer og sygeplejersker) og praktiserende læger (praksiskonsulenter). Såvel læger fra sygehusambulatorierne samt almen praksis vurderede i fællesskab, at den udarbejdede skabelon til epikrise ville være relevant, brugervenlig og anvendelig i den kliniske hverdag og med til at sikre en bedre sammenhæng og kontinuitet i behandlingsforløbet. Ved brug af skabelonen blev der sat et skarpere fokus på de oplysninger, der er relevante for de praktiserende læger, for at sikre et sammenhængende patientforløb. Skabelonen fremgår af bilag 5.

Indledningsvist blev skabelonen anvendt som tjekliste i form af et lamineret ark, der blev udlagt i alle dikteringsrum (lægekontorer). På 2 af de deltagende ambulatorier (Viborg og Holstebro) blev der relativt hurtigt udarbejdet en elektronisk makro af epikriseskabelonen, til understøttelse af arbejdsgangen for både læger og sekretærer. På ét ambulatorium (Skejby) blev denne proces forsinket pga. stort arbejdspress blandt sekretærgruppen og det lykkedes først relativt sent i projektperioden.

På hvert ambulatorium er skabelonen tilpasset EPJ og indholdet er revideret på få parametre på baggrund af erfaringerne fra projektet. Bl.a. er oplysningen om "kontrol på afdelingen" fjernet, da dette felt gav anledning til misforståelser, ligesom der efterfølgende er indsat et ekstra felt med oplysninger om, hvordan medicin udleveringen foregår.

Erfaringerne viser, at der, via en systematisering af det kliniske indhold i epikrisen, kan skabes et bedre overblik over de oplysninger, der er nødvendige for at den praktiserende læge kan fortsætte en optimal opfølgning. I dette arbejde har det vist sig særlig væsentligt, at oplysninger vedr. patientens behandlingsforløb og specifikke henvisningskriterier både fremgår af epikrisen og den udleverede dialogguide (patientpjece), så den praktiserende læge og patienten er velinformeret om det anbefalede opfølgingsforløb.

Audit - kvalitetsvurdering af epikriser

For at sætte fokus på anvendelsen af den udarbejdede epikriseskabelon og muliggøre en målrettet opfølgning på de 3 ambulatorier, blev der tilrettelagt en auditproces. Formålet med denne var at gennemgå et antal udvalgte epikriser, på de patienter, der blev udskrevet til fortsat opfølgning hos egen læge for at vurdere, om epikriserne indeholdt de oplysninger, man var blevet enige om var relevante og nødvendige.

I projektperioden blev der hver måned udvalgt 10 epikriser fra hvert af de 3 ambulatorier. Epikriserne blev udvalgt tilfældigt ud fra den liste over patienter, der i den pågældende måned var udskrevet fra ambulatoriet til fortsat opfølgning hos egen læge.

Der blev i projektperioden foretaget audit af i alt 180 epikriser. I forhold til de 530 patienter, der blev udskrevet til egen læge i samme periode, udgør auditstørrelsen 34%.

Auditgennemgangen blev foretaget af CiP i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Medicin. Auditskemaet fremgår af bilag 6.

Resultaterne af audit

Resultaterne af auditprocessen giver et godt billede af, hvorvidt epikriserne på de 3 ambulatorier følger den vedtagne standard, samt udviklingen i implementeringen i

løbet af projektperioden. Endvidere fortæller resultaterne noget om, hvilke udfordringer der er på området.

Generelt er der tale om en samlet positiv udvikling i anvendelsen af epikriseskabelonen over tid. For langt de fleste indikatorer ligger opfyldelsesgraden højt. Enkelte indikatorer er imidlertid ikke implementeret i ligeså høj grad.

Nedenfor præsenteres en kort gennemgang af resultatet ved projektafslutning for de 10 indikatorer.

Indikator 1: Diagnose

- Høj opfyldelsesgrad ved projektafslutning (100%)
- Fremgår automatisk af epikrisen, idet denne overføres fra EPJ.

Indikator 2: Behandlingsforløb

- Høj opfyldelsesgrad ved projektafslutning (100%)
- Består af kort prosatekst

Indikator 3: Komplikationer/eftervirkning af behandling

- Relativ høj opfyldelsesgrad ved projektafslutning (89%)

Indikator 4: Behandlingsplan (medicin, behandling af komplikationer etc.)

- Høj opfyldelsesgrad ved projektafslutning (100%)

Indikator 5: Kontrol hos egen læge (angivelse af måned/dato for 1. kontrol hos egen læge)

- Opfyldelsesgrad på 77% ved projektafslutning (variation mellem 60-100% for de 3 ambulatorier)
- Lægerne på ambulatorierne har oplyst, at dette punkt kan virke overflødig, når udskrivningsdatoen fremgår af epikrisen og der i indikator 6 oplyses et fast kontrolinterval
- Oplysningen fremgår også af dialogguiden, der udleveres til patienten

Indikator 6: Kontrol hos egen læge (angivelse af kontrolinterval)

- Høj opfyldelsesgrad ved projektafslutning (100%)
- Oplysningen fremgår også af dialogguiden, der udleveres til patienten

Indikator 7: Blodprøve (angivelse af, at der skal måles PSA)

- Relativ høj opfyldelsesgrad ved projektafslutning (86%), (variation mellem 80-90% for de 3 ambulatorier)

- Lægerne på ambulatorierne har oplyst, at dette punkt kan virke overflødig, når der i indikator 8 samtidig angives en specifik PSA-værdi.
- Det fremgår af dialogguiden, der udleveres til patienten, at der skal bestilles tid hos egen læge til blodprøve

Indikator 8: Genhenvielse (angivelse af en specifik PSA-værdi)

- Høj opfyldelsesgrad ved projektafslutning (100%)
- Oplysningen fremgår også af dialogguiden, der udleveres til patienten

Indikator 9: Spørgsmål (angivelse af telefonnummer på ambulatoriet/kontaktperson, ved spørgsmål fra den praktiserende læge)

- Opfyldelsesgrad på 83% ved projektafslutning (variation mellem 50-100% for de 3 ambulatorier)
- På 2 af ambulatorierne fremgår denne oplysning som fortrykt tekst i epikrisen og den relativt lave opfyldelsesgrad skyldes primært at dette ikke er tilfældet på ét ambulatorium.
- Der henvises på de 3 ambulatorier enten direkte til ambulatoriet eller hospitalets kræftkoordinator
- Det oplyses af personalet på ambulatoriet, at de generelt har modtaget meget få telefoniske henvendelser fra de praktiserende læger.

Indikator 10: Materiale udleveret til patienten (dialogguide)

- Opfyldelsesgrad på 83% ved projektafslutning (variation mellem 60-100% for de 3 ambulatorier)
- Det har i mange tilfælde manglet dokumentation for opfyldelsen af denne indikator. For at gøre det lettere at sikre dokumentationen bør punktet formuleres som et spørgsmål, der kræver en aktiv tilkendegivelse ved dikteringen af epikrisen ("Er der udleveret dialogguide til patienten?").

Tilbagemeldingerne fra såvel sundhedspersonalet, de praktiserende læger som patienter understreger betydningen af, at mange af de centrale oplysninger omkring behandlingsforløbet, som fremgår af epikrisen også specificeres i den dialogguide, der udleveres til patienten. Erfaringerne fra projektet viser, at det på denne måde sikres, at væsentlige informationer ikke går tabt, selvom patienten krydser sektorgrænser, og risikoen for fejl og utilsigtede hændelser i patientforløbet reduceres.

I første omgang indeholdt epikriseskabelonen ikke felt til oplysning om, hvordan eventuel medicin ville blive fremsendt. Denne oplysning blev i stedet angivet i dialogguiden til patienten. Den løbende procesevaluering viste imidlertid et behov for at denne oplysning også fremgik af epikrisen til egen læge, og er derfor senere blevet tilføjet i forbindelse med den lokale tilpasning på de 3 ambulatorier.

Medicinhåndteringen udgør en særlig udfordring relation til shared care organiseringen (jf. side 36).

De praktiserende lægers vurdering af kommunikationen og epikrisen

Med henblik på at indhente de praktiserende lægers perspektiv og vurdering, blev der på baggrund af lister over udskrevne patienter fra de 3 ambulatorier udvalgt en række praktiserende læger til interview. Disse læger blev kontaktet telefonisk med henblik på en vurdering af den første konsultation med opfølgning og evt. efterbehandling af patienter med prostatakræft i stabil fase.

På baggrund af de gennemførte interview kan det konkluderes, at der generelt er stor tilfredshed med den information lægerne har modtaget i forbindelse med de pågældende patienter. Som én læge udtrykker det: *"Vi er jo vant til meget korte epikriser!"*

I forhold til relevansen og mængden af information, der fremgår af epikrisen udtrykkes det bl.a.: *"Den er meget fyldestgørende og jeg synes ikke der mangler nogen informationer"* og alle de interviewede læger føler sig kompetente til at sikre den nødvendige opfølgning og efterbehandling på baggrund af de oplysninger og informationer, der fremgår af epikrisen. Som én af lægerne udtrykker det: *"Når epikrisen er fyldestgørende er vi godt klædt på"*

I forhold til vægtningen af de forskellige oplysninger i epikrisen præciseres det af flere læger, at det især er en udførlig behandlingsplan og de specifikke kriterier for henvisning til ambulatoriet, herunder den præcise PSA-værdi, der er afgørende for at kunne varetage opfølgningen af patienternes sygdom. Det udtrykkes f.eks. helt præcist som *"Det er meget vigtigt, at der står en klar behandlingsplan"* og *"Genhenvissningskriterier er meget vigtige"*.

På baggrund af de gennemførte interview med praktiserende læger, der har modtaget prostatakræftpatienter i praksis til opfølgning og efterbehandling vurderes epikrisen, når den følger den udarbejdede standard, at give den nødvendige beslutningsstøtte for at kunne fortsætte patientforløbet i almen praksis.

Et andet element af beslutningsstøtten består i den praktiserende læges mulighed for at kunne indhente faglig sparring og rådgivning via kontakt til det urologiske ambulatorium. Dette muliggøres ved, at der i epikrisen er opgivet et telefonnummer til ambulatoriet, der kan anvendes, hvis der opstår tvivl om patientens behandlingsforløb eller spørgsmål til den nødvendige opfølgning og efterbehandling.

I projektets opstartsfasen blev der fra de urologiske ambulatorier udtrykt en bekymring for, om denne mulighed for telefonisk kontakt ville medføre en øget arbejdsbelastning i form af mange telefonopkald. I løbet af projektperioden er der derfor ved de løbende procesevalueringsmøder med de lokale projektteam spurgt specifikt ind til antallet af telefonopkald fra de praktiserende læger. Resultatet af denne opfølgning viser, at der i hele projektperioden er modtaget meget få opkald fra de praktiserende læger og ingen af de 3 ambulatorier har oplevet, at det har udgjort et problem i den daglige arbejdsgang. Endvidere er det oplyst, at de opkald de har modtaget har været meget relevante og har drejet sig om uklarhed i forbindelse med medicinbehandlingen og hvorvidt medicinen ville blive fremsendt til den praktiserende læge eller direkte til patienten.

Årsagen til de meget få telefoniske henvendelser indikerer, at de fremsendte epikriser dækker de praktiserende lægers behov for information, hvilket også er den overvejende vurdering blandt de interviewede praktiserende læger.

Den fortsatte anvendelse af epikriseskabelonen

Efter projektperioden blev der udvalgt et mindre antal epikriser (26), over en 2 ugers periode, til en audit stikprøve, med henblik på en vurdering af lægernes fortsatte anvendelse af epikriseskabelonen.

Til trods for den relativt lille stikprøve fremgår det, at implementeringsgraden af epikriseskabelonen fortsat er relativ høj, men at der sandsynligvis er sket et mindre fald efter den aktive projektperiodens afslutning. I relation til de 2 oplysninger om hhv. behandlingsforløb samt specifikke genhenvisningskriterier, som ifølge de

praktiserende læger vurderes som særlig vigtige, er opfyldelsesgraden faldet til hhv. 96% og 65%.

I lighed med resultatet af den store auditundersøgelse vidner stikprøveundersøgelsen om, at det stadig er oplysningerne om kontaktinformation til ambulatoriet, samt oplysningen om hvilket materiale, der er udleveret til patienterne, det halter mest med. I stikprøven er opfyldelsesgraden for disse oplysninger således faldet til kun hhv. 27% og 33%.

Stikprøveundersøgelsen viser endvidere en forskel i anvendelsesgraden, dels mellem de 3 ambulatorier og dels mellem de forskellige læger. En af årsagerne hertil kan være den forskellighed, der dels ligger i antallet af læger i de forskellige ambulatorier, samt forskel i omfanget af lægeudskiftning, rotationer mv.

På baggrund af de samlede auditresultater, samt tilbagemeldingerne fra deltagerne i projektet er der ingen tvivl om, at en fastholdelse af lægernes anvendelse af den standardiserede epikriseskabelon kræver fortsat ledelsesmæssig opfølgning, samt en hyppig feedback til personalet på ambulatoriet, der understreger vigtigheden i at de nødvendige oplysninger fremgår af epikrisen til den praktiserende læge.

Opsummering

- Struktur på udskrivningssamtalen, målrettet patientinformation, samt systematisk og standardiseret kommunikation til almen praksis er en vigtig forudsætning for at bevare den høje kvalitet i patientbehandlingen
- Udarbejdelse af en standardiseret epikriseskabelon kræver deltagelse fra alle sektorer
- Oplysningerne i epikrisen er relevante og nødvendige for at sikre en høj kvalitet i patientbehandlingen i almen praksis (særligt oplysningerne om behandlingsplan, præcis kontrolinterval og specifik PSA-værdi)
- Det bør stå i epikrisen, hvordan medicinen håndteres (fremsendes medicinen til den praktiserende læge eller direkte til patienten?)
- Lægernes anvendelse af den standardiserede epikrise har opnået en høj implementeringsgrad på de 3 ambulatorier, men at sikre fastholdelsen kræver fortsat ledelsesmæssig opfølgning og feedback til personalet.

Fra intentioner til daglig praksis

Implementeringen af en shared care samarbejdsmodel mellem hospitalsambulatorier og almen praksis påvirker organiseringen på en række områder. Sundhedspersonalet oplever bl.a. ændringer i arbejdsgange og -processer, samt øgede krav til kommunikationen både til kollegaer på ambulatoriet, patienter og samarbejdsparter.

Udfordringerne i implementeringsprocessen er løbende blevet fulgt i form af månedlige procesevalueringsmøder med de lokale projektgrupper. En af de større udfordringer i relation til en shared care samarbejdsmodel har været de organisatoriske rammer vedr. medicin håndteringen.

Medicin håndtering når patienten krydser sektorgrænser

Behandlingen af prostatakræft består som oftest af operation, strålebehandling eller medicinsk behandling. Den medicinske behandling kan omfatte anti-hormon behandling i form af tabletter og injektion med oftest 3 eller 6 måneders interval.

I forbindelse med patienternes opfølgning og efterbehandling på ambulatoriet udleveres medicinen herfra. Når patienten udskrives og overgår til fortsat opfølgning og efterbehandling hos egen læge vil patienten pga. sin kræftsygdom være inkluderet af "Vederlagsfri udlevering af medicin til særlige ikke-indlagte patientgrupper, der er i fortsat sygehusbehandling"²¹. Den vederlagsfrie medicin skal derfor også i de tilfælde, hvor patienten udskrives fra ambulatoriet til fortsat efterbehandling i almen praksis, have medicinen fremsendt fra sygehusapoteket eller ambulatoriet.

Implementeringsprocessen omkring medicin håndteringen har gjort det klart, at der på tværs af hospitalerne eksisterer en forskellighed i sygehusapotekernes praksis omkring fremsendelse af medicin til patienter eller almen praksis. På 2 af ambulatorierne (Viborg og Holstebro) forstår ambulatorierne selv den praktiske opgave omkring fremsendelsen af medicinen, mens opgaven på det sidste ambulatorium (Skejby) varetages af hospitalsapoteket. De ambulatorier, der bibeholder opgaven med medicinforsendelsen varetager således hele logistikopgaven omkring reminder-funktioner og den praktiske forsendelse, for alle de patienter, der formelt er afsluttet fra ambulatoriet til fortsat opfølgning i almen praksis.

Informationen omkring medicinfremsendelsen har været et af de meget væsentlige fokuspunkter i processen. I projektets styregruppe blev det besluttet, at det var nødvendigt med fleksibilitet i den måde medicinen kunne fremsendes på, bl.a. af hensyn til patientens ønsker.

Ved udskrivningssamtalen oplyser lægen således patienten om, hvorvidt medicinen

- fremsendes til patientens privatadresse,
- fremsendes til den praktiserende læge
- udleveres fra ambulatoriet
- udleveres fra sygehusapoteket.

og den relevante valgmulighed afkrydses i dialogguiden (patientpjece).

Proceduren omkring medicin håndtering er vigtig af flere årsager. Dels er det en forudsætning for at kunne fortsætte det gode patientforløb og dels er det en væsentlig ændring i forhold til patientens tidligere forløb på ambulatoriet. Netop det nye i processen og den deraf mulige usikkerhed kommer også til udtryk i patienternes tilbagemeldinger, som nedenstående 2 patientcitater udtrykker:

"Det blev aftalt at sprøjten blev sendt direkte til min læge, men jeg skulle selv hente tabletterne på ambulatoriet. Jeg spurgte om ikke jeg kunne hente dem på apoteket, men de sagde, at de slet ikke blev solgt fra apoteket."

"Første gang fik jeg medicinen med, men jeg ved ikke, hvordan jeg får den næste gang?"

Det er imidlertid kendetegnende for tilbagemeldingerne, at når først patienterne har oplevet, at medicinfremsendelsen fungerer, er langt størstedelen meget positive og patienterne oplever, at det fungerer uden problemer.

"Jeg var meget skeptisk overfor, om det kunne fungere på denne måde. Men nu synes jeg, det er den allerbedste måde. Det fungerer meget professionelt"

"Det fungerer helt uden problemer, men jeg vidste slet ikke, at man kunne gøre det på denne måde"

"Det fungerer meget nemt. Ligeså nemt som på sygehuset"

Også for de praktiserende læger er det vigtigt, at medicinproceduren er fastlagt på forhånd, så der ikke opstår situationer, hvor patienten kommer til opfølgning og efterbehandling, men hvor medicinen mangler. I enkelte tilfælde har der netop været tvivl om dette, som dette citat fra en praktiserende læger viser:

“Det var dog lidt uklart vedr. medicinen, da der står “medicinen udleveres hos os”. Men det kunne patienten heldigvis selv fortælle, da han var meget velinformeret”

På baggrund af tilbagemeldingerne fra de praktiserende læger fremgår det, at proceduren som hovedregel fungerer uden problemer. Adspurgt om hvilken procedure de praktiserende læger foretrækker, udtrykker samtlige læger, der blev interviewet, at de foretrækker at medicinen fremsendes direkte til patienten og at denne selv medbringer medicinen til konsultationen. Dette begrundes bl.a. i eventuelle særlige krav til opbevaring af medicinen.

Kravet til udlevering af medicinen gennem hospitalsapoteket betyder således en ekstra arbejdsopgave for ambulatorierne, og stiller større krav til informationen og kommunikationen til både patienten og den praktiserende læge. Til trods for at medicinen er vederlagsfri for denne patientgruppe er det ikke muligt at medgive patienten en recept, så medicinen kan afhentes på patientens lokale apotek. At medicinen ikke, i form af recept, kan “følge med” patienten, kan betragtes som en organisatorisk barriere for effektive shared care forløb.

Deltagernes generelle anbefalinger

I dette afsnit præsenteres udvalgte væsentlige erfaringer og læringspunkter fra de lokale projektgrupper. Erfaringerne er fremkommet dels via drøftelser i styregruppen, samt ved de løbende procesevalueringssmøder med de lokale projektgrupper.

- **En aktiv styregruppe med de rette deltagere**
 - Det er blevet understreget, at netop sammensætningen af styregruppen med ledelsesrepræsentanter og sundhedspersoner (urologer og sygeplejersker) fra alle 3 ambulatorier, samt repræsentanter fra almen praksis og patientforeningen har sikret de rette kompetencer i hele forløbet. At alle relevante personer er tilstede “omkring bordet” har sikret den nødvendige fælles forståelse i projektet, såvel tværfagligt som

tværsektorielt, og skabt et solidt fundament for den løbende opfølgning i processen.

- **Klinisk konsensusvurdering som grundlag for stratificering**

- En vigtig forudsætning for implementeringen af en shared care samarbejdsmodel for patienter med prostatakræft i stabile forløb er tilstedeværelsen af faglige kliniske retningslinjer. Danske Urologisk Selskabs vejledning for opfølgning og efterbehandling har skabt det nødvendige grundlag for at kunne foretage en stratificering af patienterne i henhold til behandlingsregimer og behandlingsforløb.

- **Lokale projektgrupper og tovholdere på ambulatoriet**

- På hvert af de deltagende ambulatorier, har der været nedsat tværfaglige projektgrupper, der har haft det daglige ansvar for såvel den lokale implementeringsproces, som den daglige kommunikation til det øvrige personale. Det har været vigtigt for gennemførelsen, at medlemmerne i de lokale projektgrupper har påtaget sig rollen som "forandringsagenter" og udvist et særligt engagement i relation til implementeringen af de nye arbejdsgange på ambulatoriet.
- De lokale projektgrupper har været ansvarlige for informationen til sekretærgruppen, der har haft en væsentlig rolle vedr. indarbejdelsen af epikriseskabelonen. Det var ved projektstart desværre ikke muligt at få repræsentanter fra sekretærgruppen med i styregruppen.

- **Kommunikation – fra start til slut**

- En af de vigtigste brikker i forandringsprocesser er kommunikation. Når der indføres en shared care model indebærer det nye procedurer for sundhedspersonalet både i relation til at foretage stratificering, sikre den nødvendige information til patienter, samt indarbejde nye rutiner for dokumentation, herunder epikriser. Især i opstartsfasen er behovet for information og klar kommunikation af væsentlig betydning, så alle medarbejdere er informerede om baggrunden for forandringen, samt hvordan det helt præcist vil udmønte sig i den enkeltes arbejdsopgaver og rutiner. Kravet til målrettet og klar information bliver dog ikke mindre vigtigt, efterhånden som processen skrider frem, men får i de efterfølgende faser til formål at fastholde energien og engagementet hos

personalet. Et vigtigt element i dette er at sørge for **løbende opfølgning** på, hvilke resultater der opnås samt og at give feedback til det involverede personale. I løbet af projektet er dette bl.a. sket via personlig feedback fra de lokale tovholdere til relevant personale, samt via månedlige posters, fra CiP, der er ophængt på ambulatoriet med information om hvordan forandringsarbejdet skred frem på det enkelte ambulatorium, samt en status på patienternes tilbagemeldinger.

Perspektivering

Formålet med opfølgning og efterbehandling af prostatakraft adskiller sig ikke væsentligt fra andre kræfttyper, hvor fokus er på:

- At opdage tilbagefald eller spredning af sygdom
- At vurdere virkning og bivirkning af behandling
- At håndtere psykosociale problemer.

De centrale erfaringer fra dette projekt vil derfor kunne overføres til at andre kræftsygdomme med tilsvarende opfølgningsprocedurer.

Ligeledes vil erfaringerne med et forbedret og tættere samarbejde mellem primær og sekundær sektor kunne overføres på andre afdelinger, hospitaler og regioner, hvor hospitalerne bevæger sig mod at være koordinerende i efterbehandlingen og have en backup funktion i forhold til almen praksis.

De forskellige tiltag, der er i gang på området for opfølgning og efterbehandling i forbindelse med kræftsygdomme, vil i høj grad bero på et konsensusarbejde i de relevante kliniske selskaber. På den baggrund vil der kunne udarbejdes manualer for en hensigtsmæssig stratificering af patienterne, som udgangspunkt for en drøftelse af perspektiverne for implementering af shared care samarbejdsmodeller på andre kræftområder.

Bilagliste

- Bilag 1: Styregruppen bag projektet
- Bilag 2: Eksempel på dialogguide
- Bilag 3: Patienttilfredshedsundersøgelse (postkort til patienter)
- Bilag 4: Manual for inklusion i projektet
- Bilag 5: Skabelon til epikrise (udskrivelsesbrev)
- Bilag 6: Auditskema
- Bilag 7: Resultater af audit
- Bilag 8: Gevinst- og barrierehjul

Bilag 1: Styregruppen bag projektet

Regionshospitalet Holstebro, Urinvejskirurgisk afdeling og ambulatorium		
NAVN	STILLING	EMAIL
Peder H. Graversen	Overlæge	peder.graversen@vest.rm.dk
Lene Toftgaard Olesen	Ass. Afdelingssygeplejerske	Lene.Toftgaard.Olesen@vest.rm.dk
Brigitta R. Villumsen	Projektsygeplejerske	brigitta.rasmussen.villumsen@vest.rm.dk
Almen praksis Michael Hoffmann	Prakt. læge og praksiskonsulent	MichaelHoffmann@mail.dk
Regionshospitalet Viborg, Organkirurgisk afdeling, og Urologisk ambulatorium		
NAVN	STILLING	EMAIL
Lars Lund	(nu: overlæge, professor på Urologisk Afdeling, Odense Universitetshospital)	dr.ll@dadlnet.dk
Morten Jønler	Overlæge	jonler@dadlnet.dk
Lene Fousing Adamsen	Specialeansvarlig sygeplejerske	Lene.adamsen@viborg.rm.dk
Birgit Rohde	Afdelingssygeplejerske	Birgit.rohde@viborg.rm.dk
Almen Praksis Jørgen Holm-Pedersen	Prakt. læge og praksiskonsulent	jh-p@dadlnet.dk
Århus Universitetshospital, Skejby, Urinvejskirurgisk afdeling og ambulatorium		
NAVN	STILLING	EMAIL
Birgitte Aagaard Bendix	Oversygeplejerske	birgitte.aagaard@skejby.rm.dk
Truls Erik B. Johansen	Ledende overlæge (fratrådt)	
Michael Borre	Overlæge, professor	borre@dadlnet.dk
Lisbeth Breindahl	Afdelingssygeplejerske	lisbeth.breindahl@skejby.rm.dk
Almen Praksis Frans Algren	Prakt. læge og praksiskonsulent	fransalgren@dadlnet.dk
Prostatakræftforeningen PROPA		
NAVN	STILLING	EMAIL
Benny Christiansen	PROPA Reg. formand Midtjylland	bc@prostatakraeft.dk
Preben Sørensen	PROPA Suppleant for Midtjylland	tinaogpreben@mail.dk
Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus		
NAVN	STILLING	EMAIL
Flemming Bro	Leder	fbro@alm.au.dk
Cancer i Praksis (CiP) , Nære sundhedstilbud, Region Midtjylland		
NAVN	STILLING	EMAIL
Gry Stie	Faglig koodinator for CiP	gry.stie@stab.rm.dk
Lea Nørgaard Bek	Proceskonsulent	lea.bek@stab.rm.dk

Bilag 2: Eksempel på dialogguide

midt
regionmidtjylland

Udskrivningssamtale

Dialogguide til samtale med patienter med prostatakræft, der fortsætter kontrol og efterbehandling hos egen læge

Dialogguiden gennemgås og udfyldes i samarbejde med patienten



Kontrolregime: Diss. sygdom stabil fase

Indledning

Den kontrol, du indtil videre har gennemgået i ambulatoriet, vil fremover kunne foregå hos din egen læge.

Når du bliver udskrevet fra ambulatoriet, er det vigtigt, at du ved, hvordan den fremtidige kontrol og efterbehandling skal fortsætte. Du skal også vide, hvad du skal være opmærksom på, samt hvem du skal kontakte, hvis du får gener, symptomer eller bivirkninger.

Vores ønske er, at du er velinformeret om udskrivelsen og oplever trykthed i forløbet og overgangen mellem ambulatoriet og egen læge.

Hvad handler udskrivningssamtalen om?

I løbet af samtalen vil vi komme ind på følgende emner:

- ✓ Din sygdom og dit behandlingsforløb indtil nu
- ✓ Den fremtidige kontrol og efterbehandling hos din egen læge (hyppighed, blodprøvetagning og tidsbestilling)
- ✓ Særlige forhold vedr. din medicin
- ✓ Hvem du skal kontakte, hvis der opstår spørgsmål i relation til eventuelle gener, symptomer og bivirkninger
- ✓ Indholdet i udskrivningsbrevet, der fremsendes til din egen læge
- ✓ Hvilke kriterier der afgør, om du vil blive genhenvist til ambulatoriet
- ✓ Dine eventuelle spørgsmål

Din sygdom og dit behandlingsforløb indtil nu

Et kort mundtligt resume af dit behandlingsforløb.

Den fremtidige kontrol og efterbehandling hos din egen læge

Du skal gå til kontrol hos din egen læge hver _____ måned.

HUSK! Du skal selv bestille tid hos din egen læge til blodprøvetagning og til kontrolbesøg.

Det kan være en god idé, at du, inden det første egentlige kontrolbesøg, tager kontakt til din egen læge for at drøfte dit sygdoms- og behandlingsforløb.

Særlige forhold vedr. din medicin til hormonbehandling

Medicinpræparatet har navnet: _____

Din medicin vil blive udleveret på følgende måde:

Markér ved at sætte kryds!

- Fremsendes til din privatadresse
- Fremsendes direkte til din egen læge
- Udleveres fra ambulatoriet
- Udleveres fra sygehusapoteket

Medicinen er gratis for dig som patient.

Indholdet i det udskrivningsbrev, der sendes til din egen læge

Din egen læge er under hele dit ambulante forløb løbende blevet informeret om din sygdom og behandlingen heraf.

Der fremsendes et udskrivningsbrev fra ambulatoriet til din egen læge.

Udskrivningsbrevet vil bl.a. indeholde oplysninger om din sygdom, dit behandlingsforløb og eventuelle komplikationer.

Brevet vil også informere din læge om planen for din videre kontrol, herunder blodprøvetagning, samt hvornår du eventuelt skal genhenvises til ambulatoriet.

Du har mulighed for at få en kopi af udskrivningsbrevet.

Hvilke kriterier afgør, om du vil blive genhenvist til ambulatoriet?

Såfremt stabiliseringen af din sygdom fortsætter uændret, vil kontrol og efterbehandling ligeledes kunne fortsætte hos din egen læge.

Behovet for at blive genhenvist til ambulatoriet vil bero på en lægelig vurdering af blodprøveværdierne og dit almene velbefindende.

Du vil blive genhenvist til ambulatoriet i følgende tilfælde:

Markér ved at sætte kryds!

- PSA niveauet i blodet stiger med over 20% dvs. til over: _____ ng/ml
- Creatinin niveauet (måling af nyrefunktion) stiger til:
- Hæmoglobin niveauet (måling af blodprocent) falder til:
- Der sker en forværring i andre blodprøver:
- Der sker en forværring af din tilstand i form af komplikationer eller bivirkninger (vandladningsgener, smerter, nedsat appetit og trivsel, hvedetur, træthed, føleforstyrrelser i benene mv.)
- Andre forhold:

Såfremt du bliver genhenvist til ambulatoriet vil du blive tildelt en tid ligeså hurtigt, som da du tidligere gik til kontrol på ambulatoriet.

Hvem kan svare, hvis der opstår spørgsmål?

Hvis der opstår spørgsmål skal du rette henvendelse til din egen læge.

Hvis der opstår gener, symptomer, bivirkninger el.lign. skal du også rette henvendelse til din egen læge.

Dine eventuelle spørgsmål:

Husk at bestille tid hos din egen læge i perioden (d/m/år): ____/____/____ - ____/____/____

Husk at du skal have taget blodprøver hos din egen læge ca. 1 uge før konsultationen!

Bilag 3: Patient-tilfredshedsundersøgelse (postkort til patienter)



Dine oplevelser som patient er vigtige for os!

Vi ønsker, at du føler dig velinformeret og oplever trykthed i patientforløbet og overgangen mellem ambulatoriet og egen læge. Vi vil derfor gerne høre din vurdering af den information, du har modtaget ved den netop afsluttede samtale.

Spørgsmålene på postkortet er til patienter med prostatakræft, der forsætter kontrol og efterbehandling hos egen læge.

Når du har udfyldt postkortet, sender du det blot med posten. Portoen er betalt!

Dit svar er anonymt og vil blive behandlet af Cancer i Praksis, en enhed i afdelingen Nære Sundheds tilbud i Region Midtjylland. Hvis du har spørgsmål til dette postkort, er du velkommen til at kontakte Cancer i Praksis, projektkoordinator Gry Stie på tlf. 7841 2237 eller email Gry.Stie@stab.rm.dk.

midt
regionmidtjylland

Vi vil gerne lære af dine erfaringer! (Markér dit svar ved at sætte et kryds)

1. Hvordan vurderer du, at lægen/eyeplejersken informerede dig om dit fremtidige kontrolforløb?

Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Ved ikke
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Føler du dig tryk ved, at du fremover skal gå til kontrol hos din egen læge?

Ja i høj grad	Ja i nogen grad	Nej kun i mindre grad	Nej slet ikke	Ved ikke
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Hvem skal du fremover tage kontakt til, hvis du har spørgsmål vedr. dit behandlings- og kontrolforløb?

Min egen læge	Ambulatoriet	Ved ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Var der andre emner, som du gerne ville have drøftet til samtalen?

Ja, angiv hvilke: _____

Nej

Ved ikke

5. Skriv hvis du har gode forslag til, hvad vi kan gøre anderledes eller ændre?

I må gerne kontakte mig for en uddybning af mine svar

Email/tlf. _____


Region Midtjylland
+++ 23473 +++
9993 Jylland USF B

Nære Sundheds tilbud, Cancer i Praksis, Skottenborg 26 8800 Viborg

POST
Sendes ufranket
Modtageren
betaler portoen

Bilag 4: Manual for inklusion i projektet

Kontrol og efterbehandlingsforløb for patienter med prostata cancer
Et Shared Care projekt mellem de urologiske afdelinger og almen praksis i Region Midtjylland




Genhenvielse

Tablet 1. Anbefalede kontrolregimer til patienter med prostata cancer

	Klinisk kontrol Fokus	Blodprøver	Kontrolinterval	Genhenvielse
Ingen aktiv behandling Ingen behandling med henblik på kurativ behandling	Tidlige stadier giver ingen kliniske symptomer	PSA	0-2 år i 6 mdr. Ellers: årligt	- PSA stigning over 20% i forhold til udgangspunktet eller - Individual plan lagt af urolog for PSA stigning for genhenvielse
Watchful Waiting	LUTS Metastase symptomer - smerter - pareser - uræmi - uræmi	PSA Creatinin Hb	Årligt/ individuel	- Individual plan lagt af urolog for PSA stigning for genhenvielse. - Urologisk behandling - Følgende blodprøver - Metastase symptomer - LUTS* forværring
Kurativt behandlede Radikal prostatektomi	Inkontinens Impotens	PSA	År 1: 6 mdr. Ellers: årligt	- PSA stigning $\geq 0,2$ ng/ml - LUTS* forværring - Urologisk behandling
Kurativt interneret strålebehandling	Inkontinens Impotens Rektalgæner	PSA	År 1: 6 mdr. Ellers: årligt	- PSA stigning $> 2,0$ ng/ml - LUTS* forværring - Urologisk behandling
Dissemineret sygdom Stabil fase	LUTS Metastase symptomer - smerter - pareser - anæmi - uræmi Medicin bivirkninger - libido - hedeure - brystudvikling Individual	PSA Creatinin Hb	6-12 mdr. /individuel	- PSA stigning over 20% - Stigende creatinin - Urologisk behandling - Metastase symptomer - LUTS forværring - Urologisk behandling af bivirkninger
Terminal fase	Individual	PSA Vasketetal Hb	Individuel	- Individual plan lagt af urologisk behandling - Palliative team

* LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms

Kontrol og efterbehandlingsforløb for patienter med prostata cancer
Et Shared Care projekt mellem de urologiske afdelinger og almen praksis i Region Midtjylland



Manual for inklusion i projektet

Nedenstående tabel 1 anfører retningslinjer for anbefalede kontrolregimer af patienter med prostata cancer, når den aktive behandling er afsluttet. Retningslinjerne beror på en konsensusvurdering i Dansk Urologisk Cancer Gruppe (www.ducg.dk).

Med henblik på en præcisering af inklusionskriterierne for Shared Care projektet er kontrolregimerne drøftet på møde i Urologisk Specialråd i Region Midtjylland den 29. april 2011.

Prostatecancerpatienter egnede til inklusion i Shared Care projektet:

- Klinisk og biokemisk (PSA, kreatinin) stabile patienter uanset sygdomsstadium, tidligere eller pågående behandling
- Ved kurativ behandling dog tidligst 1 år herefter

Patienter der skal ekskluderes fra projektet:

- Patienter der indgår i kliniske forsøg, der kræver kontrol på sygehus¹
- Patienter der er i aktiv overvågning mlhp evt. kurativ behandling²
- Patienter i terminal fase³

¹ Registreres i projektet
² Registreres i projektet
³ Registreres ikke i projektet

Bilag 5: Skabelon til epikrise (udskrivelsesbrev)

Kontrol og efterbehandlingsforløb for patienter med prostata cancer
Et Shared Care projekt mellem de urologiske afdelinger og almen praksis i Region Midtjylland.



Skabelon til diktering af epikrise ved afslutning af patienter med prostata cancer til kontrol hos egen læge

[De firkantede parenteser er forslag til tekst. Feltet kan redigeres eller eventuelt slettes]
Rød tekst betyder, at det er en standard tekst, der ikke skal redigeres eller slettes.
Kursiveret tekst kan redigeres alt efter patient kategori og kan slettes hvor teksten ikke er relevant.

Diagnose (diagnosekode)	[xxxx]
Behandlingsforløb	[Kort prosa tekst]
Komplikationer/eftervirkninger	[Angiv inkontinens, potens, etc.]
Behandlingsplan	[Medicin, behandling af komplikationer etc.] <i>Medicin til behandling af prostata cancer fås altid via sygehusapoteket og er vederlagsfri for patienten.</i>
Kontrol hos egen læge	[Første kontrol anbefalet om xx måneder. Herefter hver xx mdr]
<i>Blodprøver</i>	[PSA, Creatinin, Hb, andre]
<i>Klinisk vurdering</i>	<i>Vurder lokal gener: vandladning, afføring, potens</i> <i>Vurder mulige metastaser: knogle/columna smerter, tværsnitsyndrom.</i> <i>Vurder medicin bivirkninger</i>
<i>Genhenvisning, hvis:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • PSA niveauet stiger til: ng/ml • [Creatinin stiger til:] • [Hæmoglobin falder til:] • [Forværring i andre blodprøver:] • [Forværring af: (komplikationer, eftervirkninger eller bivirkninger (vandladning, smerter, mave-tarm funktion, appetit, hedeture, træthed, føleforstyrrelser i benene mv.))] • [Andre forhold:]
Spørgsmål	Prostata kræft koordinator på afd: [skriv navn] Tlf : [xxxx xxxxx] Tlf.tid: kl. [xx-xx] Edifact lokationsnummer: [xxxx xxxx]
Kontrol på afdelingen	<input type="checkbox"/> Ja - angiv år/måneder <input type="checkbox"/> Nej
Materiale udleveret til patienten	<input type="checkbox"/> Dialogguide <input type="checkbox"/> Andet materiale: []
Mere info om kontrol og efterbehandling af patienter med prostata cancer hos egen læge kan læses her www.cancerpraksis.dk	

Bilag 6: Auditskema

AUDIT-SKEMA

Patientens cpr. nummer: _____ Løbenr: _____

Udskrivningsdato: _____ Ambulatorium/afdeling: Skejby
 Viborg
 Holstebro

Indikatorer	Fremgår af epikrisen	Fremgår IKKE af epikrisen	Bemærkninger
1 Diagnose (diagnosekode)			
2 Behandlingsforløb (kort prosa tekst)			
3 Komplikationer/eftervirkninger			
4 Behandlingsplan (medicin, behandling af komplikationer etc.)			
5 Kontrol hos egen læge (angivelse af måned/dato for 1. kontrol)			
6 Kontrol hos egen læge (angivelse af kontrolinterval)			
7 Blodprøve: Er det angivet, at der skal måles PSA?			
8 Genhenvisning: Er der angivet en specifik PSA-værdi?			
9 Spørgsmål (angivelse af telefonnummer)			
10 Materiale udleveret til patienten (dialogguide/andet)			

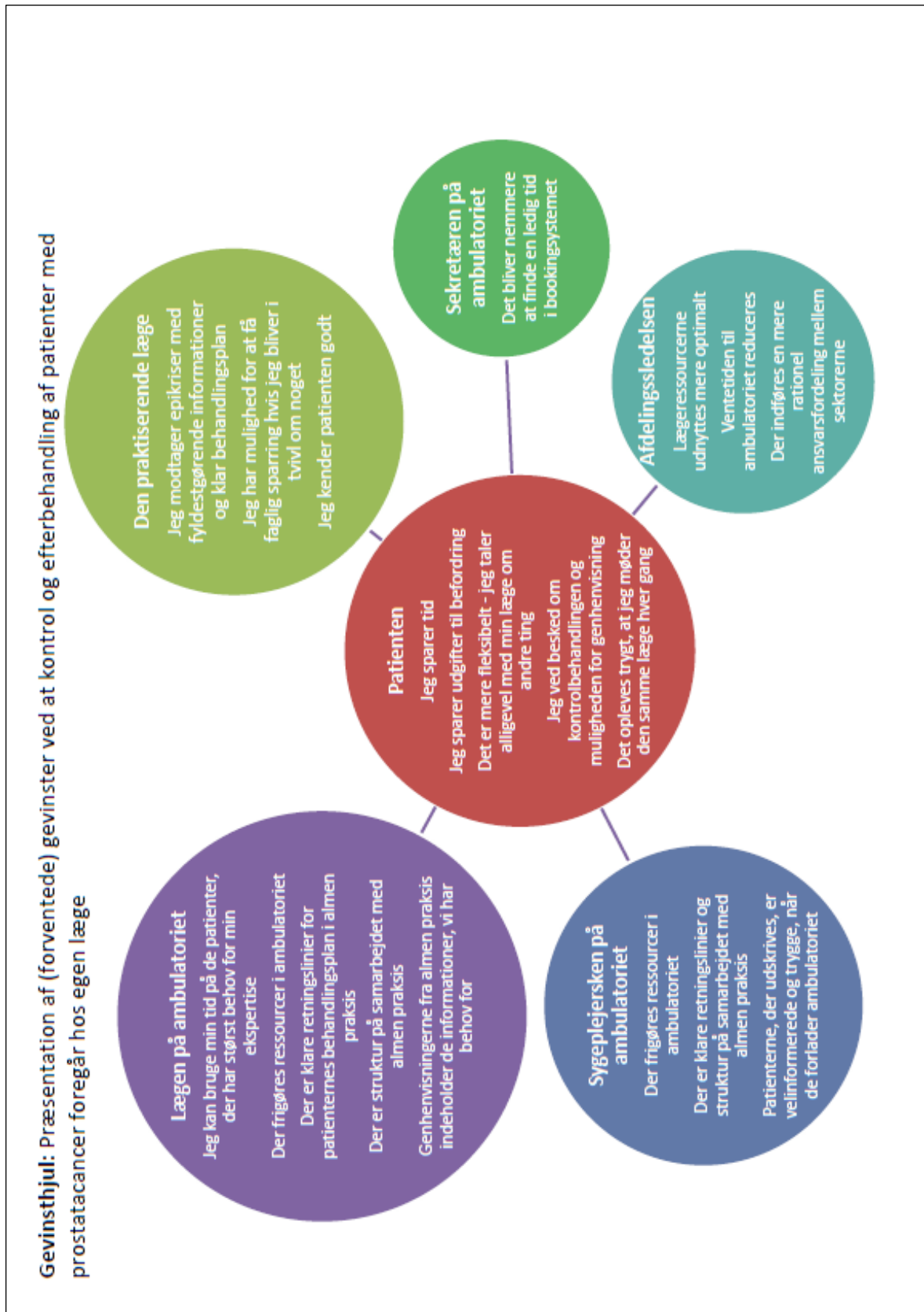
Bilag 7: Resultater af audit

De samlede resultater af audit (180 epikriser)

Indikatorer	Fremgår af epikrisen:				
	September - oktober 2011*	November 2011	December 2011	Januar 2012	Februar-marts 2012*
1 Diagnose (diagnosekode)	55 (100%)	30 (100%)	27 (90%)	30 (100%)	35 (100%)
2 Behandlingsforløb (kort prosa tekst)	53 (96%)	27 (90%)	27 (90%)	30 (100%)	35 (100%)
3 Komplikationer/effervirkninger	52 (95%)	26 (87%)	27 (90%)	28 (93%)	31 (89%)
4 Behandlingsplan (medicin, behandling af komplikationer etc.)	53 (96%)	27 (90%)	26 (87%)	28 (93%)	35 (100%)
5 Kontrol hos egen læge (angivelse af måned/dato for 1. kontrol)	37 (67%)	15 (50%)	19 (63%)	22 (73%)	27 (77%)
6 Kontrol hos egen læge (angivelse af kontrolinterval)	43 (78%)	22 (73%)	26 (87%)	28 (93%)	35 (100%)
7 Blodprøve: Er det angivet, at der skal måles PSA?	48 (87%)	24 (80%)	27 (90%)	27 (90%)	30 (86%)
8 Genhenvisning: Er der angivet en specifik PSA-værdi?	52 (95%)	30 (100%)	27 (90%)	28 (93%)	35 (100%)
9 Spørgsmål (angivelse af telefonnummer)	38 (69%)	23 (77%)	24 (80%)	24 (80%)	29 (83%)
10 Materiale udleveret til patienten (dialogguide/andet)	39 (71%)	23 (77%)	23 (77%)	19 (63%)	29 (83%)
	N=55	N=30	N=30	N=30	N=35

*Pga. forskudt opstartstidspunkt blev der for ét ambulatorium udvalgt 15 epikriser i september-oktober måned, samt i februar-marts måned. For overskuelighedens skyld præsenteres resultatet for september-oktober samlet.

Bilag 8: Gevinst- og barrierehjul



Barrierehjul: Præsentation af (mulige) barrierer ved at kontrol og efterbehandling af patienter med prostatacancer foregår hos egen læge

Lægen på ambulatoriet

Kan jeg være sikker på, at den praktiserende læge følger behandlingsplanen?

Vil vi blive udsat for "telefonstorm" fra de praktiserende læger?

Skal jeg være bekymret for min arbejdsbelastning, når denne patientgruppe udskrives?

Får jeg svært ved at "give slip" på de patienter, jeg har kendt gennem mange år?

Sygeplejersken på ambulatoriet

Skal vi bruge unødigt lang tid på at besvare telefonopkald fra de praktiserende læger?

Kan vi yde sparring til de praktiserende læger, uden at det belaster ambulatoriets telefonen?

Hvad sker der med "sygeplejisterne", når denne gruppe af patienter udskrives?

Får jeg svært ved at "give slip" på de patienter, jeg har kendt gennem mange år?

Kan vi være sikre på, at patienten bliver genhenvist, hvis det bliver aktuelt?

Patienten

Er min læge dygtig nok?

Kan min læge svare på mine spørgsmål?

Kommer jeg bag i køen, hvis jeg skal genhenvises til ambulatoriet?

Hvordan får jeg min medicin?

Får jeg forklaret hvad jeg skal være opmærksom på i overgangen?

Kan jeg stadig kontakte ambulatoriet?

Jeg skal huske selv at bestille tid hos min læge

Den praktiserende læge

Jeg har kun få patienter med prostatacancer og er derfor ikke ekspert på området

Virker ambulatoriets "sparringsfunktion"?

Er kriterierne for eventuel genhenvisning beskrevet?

Sekretæren på ambulatoriet

?

Afdelingsledelsen

Kan sygehusapoteket inddrages?

Litteraturliste

¹ Mukai TO, Bro F, Pedersen KV, Vedsted P. "Brug af undersøgelse for prostataspecifikt antigen". Ugeskrift for læger 172 (9) s.696-700; 1. marts 2010

² Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. "Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review". Br J Gen Pract 2009 Jul;59(564):e234-e247.

³ Sundhedsstyrelsen. "Pakkeforløb for prostatakræft – revision juni 2012"

⁴ Danske Sundhedsinstitut. "Alternativ tilrettelæggelse af kontrolforløb for bryst- og prostatakræftpatienter. Litteratur og erfaringer fra udlandet", 2009.

⁵ Kræftens Bekæmpelse. "Kræftpatientens verden". H:S/Bispebjerg Hospital: Forskningsenheden Palliativ medicinsk afdeling; 2009.

⁶ Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. "When patients have cancer, they stop seeing me - the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer - a qualitative study". BMC Fam Pract 2006; 7:19.

⁷ Sundhedsstyrelsen, Dødsårsagsregistret 2008. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2009: 6, tabel 5a

⁸ Sakr WA, Grignon DJ, Haas GP, Heilbrun LK, Pontes JE, Crissman JD. "Age and racial distribution of prostatic intraepithelial neoplasia". Eur Urol 1996;30(2):138-44.

⁹ Hamdy FC. "Prognostic and predictive factors in prostate cancer". Cancer Treat Rev 2001 Jun;27(3):143-51.

¹⁰ Selley S, Donovan J, Faulkner A, Coast J, Gillatt D. "Diagnosis, management and screening of early localised prostate cancer". Health Technol Assess 1997;1(2):i, 1-i,96.

¹¹ Thompson IM, Ankerst DP, Chi C, Lucia MS, Goodman PJ, Crowley JJ, et al. "Operating characteristics of prostate-specific antigen in men with an initial PSA level of 3.0 ng/ml or lower". JAMA 2005 Jul 6;294(1):66-70.

¹² Mommsen S, Brasso K, Graversen P, Iversen P, Jakobsen H, Ottosen P, et al. "Prostatacancerbetækning 2005". Dansk Urologisk Selskab. 2005.

¹³ Bryant RJ, Hamdy FC. "Screening for prostate cancer: an update". Eur Urol 2008 Jan;53(1):37-44.

¹⁴ Lim LS, Sherin K. "Screening for prostate cancer in U.S. men ACPM position statement on preventive practice". Am J Prev Med 2008 Feb;34(2):164-70.

¹⁵ Vis AN, Roemeling S, Reedijk AM, Otto SJ, Schroder FH. "Overall survival in the intervention arm of a randomized controlled screening trial for prostate cancer compared with a clinically diagnosed cohort". Eur Urol 2008 Jan;53(1):91-8.

¹⁶ Raak A van, Mur-Veeman I, Pauls A. Understanding the feasibility of integrated care: a revival viewpoint on the influence of actions and institutional context. International Journal of Health Planning and Management 1999; 14: 235-48.

¹⁷ Holm T, Lassen JF, Genefke J, Melchiorsen H, Hybel U, Sørensen J. "Tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og hospital – shared care belyst ved antikoagulationsbehandling som eksempel. En medicinsk teknologivurdering". Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. 2006

¹⁸ Cancer i Praksis. "Oplevelse blandt patienter med prostatakræft i kontrolforløb hos almen praksis. En spørgeskemaundersøgelse blandt prostatapatienter i Region Midtjylland, udskrevet til kontrol og efterbehandling i almen praksis i perioden september 2011 til marts 2012", april 2012.

¹⁹ Dansk urologisk Cancer Gruppe: <http://ducg.dk/prostata/retningslinjer/> (Retningslinjer for kontrol og shared care)

²⁰ Jørgensen Svend Juul. "Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb". Sundhedsstyrelsen 2005,

²¹ www.sundhed.dk. "Vederlagsfri udlevering af medicin til ikke-indlagte patientgrupper, der er i fortsat sygehusbehandling".