



Martin Sandberg Buch, Christina Holm-Petersen og Eigil Boll-Hansen

Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for lænderyglidelser



*Evaluering af Region Hovedstadens implementering af
forløbsprogram for lænderyglidelser*

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2017

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

© Foto: Ricky John Molloy

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-953-3

Projekt: 11226

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



**Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Lænderygsmerter er en af de hyppigst forekommende lidelser i befolkningen, og konsekvenserne kan være meget alvorlige for patienterne i form af smerter, sygefravær og førtidspensionering. Samtidig er der store omkostninger til sociale og sundhedsfaglige ydelser forbundet med lænderyglidelser. På den baggrund har Region Hovedstaden udarbejdet et forløbsprogram, der kommer med anbefalinger til den sundhedsprofessionelle indsats, samt hvordan indsatsen kan optimeres i primær og sekundær sektor.

KORA har på vegne af Region Hovedstaden undersøgt, hvad status er på implementeringen af forløbsprogrammet, og hvordan samarbejdet om lænderygpatienter foregår i dag. Evalueringen er gennemført af projektcheferne Martin Sandberg Buch og Christina Holm-Petersen samt docent Eigil Boll-Hansen. Herudover har stud.scient.pol. Thomas Artmann Kristensen bidraget til data-behandling og fremstilling af det elektroniske spørgeskema.

Første udgave af rapporten har været til kommentering hos Region Hovedstaden. Herefter har det færdige udkast været i eksternt review hos en forsker og en praktiker med særlig indsigt i tværsektorielt samarbejde. Endelig har analyse- og forskningschef Vibeke Normann Andersen, KORA, gennemført den afsluttende kvalitetssikring.

KORA ønsker at takke de medarbejdere og ledere, der har medvirket i survey og interview, for deres bidrag til gennemførelse af undersøgelsen.

Forfatterne
Marts 2017

Indhold

Resumé	6
1 Evalueringens baggrund og gennemførelse	9
1.1 Evalueringens undersøgelsesspørgsmål.....	9
1.2 Evalueringsdesign	10
1.2.1 Elektronisk spørgeskema.....	10
1.2.2 Undersøgelsens gennemførelse og deltagere	11
1.2.3 Interviewundersøgelse blandt fagpersoner og ledere	13
1.2.4 Om de anvendte metoder.....	14
1.3 Rapportens opbygning	14
2 Kendskab og implementering	15
2.1 Kendskab og oplevet relevans.....	15
2.1.1 Fagpersoner og lederes kendskab til forløbsprogrammet	15
2.1.2 Forløbsprogrammets relevans og anvendelighed	17
2.1.3 Forløbsprogrammets betydning for behandlings- og rehabiliteringsforløb.....	20
2.2 Resultater fra de gennemførte interview.....	22
2.2.1 Kendskab, relevans og betydning	22
2.2.2 Hospitalsansattes perspektiver.....	22
2.2.3 Perspektiver fra praksissektorens ydere	24
2.2.4 Perspektiver fra kommunerne	26
2.3 Opsamling.....	26
3 Sundhedsfaglige indsatser og samarbejde om forløb	28
3.1 Sundhedsfaglige indsatser hos private ydere og på hospital.....	28
3.1.1 Forløbsprogrammets tidsfrister for udredning og behandling.....	28
3.1.2 Henvi sning fra almen praksis til hospital.....	29
3.1.3 Henvi sninger til kiropraktorer og fysioterapeuter	30
3.2 Kommunale indsatser til lænderygpatienter	32
3.3 Det tværsektorielle samarbejde om rehabiliterings- og behandlingsforløb.....	36
3.4 Fagpersonernes kendskab til hinandens tilbud	40
3.5 Ideer til forbedringer af tilbud.....	41
3.5.1 Mere tværgående organisering af de kommunale tilbud.....	41
3.5.2 Øget fokus på sårbare patienters sociale og psykiske problemer	42
3.6 Opsamling.....	43
4 Status på det tværsektorielle samarbejde	45
4.1 Det tværsektorielle samarbejdes forudsætninger.....	45
4.2 Supplerende pointer fra interview.....	49
4.3 Opsamling.....	50
5 Konklusioner og anbefalinger.....	52
5.1 Kendskab og relevans.....	52
5.2 Forløbsprogrammets betydning for patientforløb	52

5.3	Status på udviklingen af det tværsektorielle samarbejde	53
5.4	KORAs anbefalinger	53
5.4.1	Behov for at præcisere og eventuelt udvide programmets målgruppe	53
5.4.2	Behov for samarbejde og innovation på tværs af kommunegrænser	54
5.4.3	Det bør prioriteres at styrke samarbejdet mellem rygklinikker og kommunale rehabiliteringstilbud	54
5.4.4	Behov for at understøtte implementering hos praksissektorens ydere	54
5.4.5	Muligheder for individuelle hensyn til patienter med særlige behov	54
	Litteratur	56
Bilag 1	Eksempler på anvendte interviewguides	57
Bilag 2	Bilagstabeller fra survey	63

Resumé

Evalueringens baggrund og formål

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen udarbejdede i marts 2012 et forløbsprogram, som beskriver de organisatoriske rammer og det faglige indhold af behandlingen for patienter med lænderyglidelser. Forløbsprogrammet for lænderyglidelser står over for at skulle opdateres, og i den forbindelse har regionen ønsket en evaluering til at understøtte de beslutninger, der skal tages vedrørende forløbsprogrammets fortsatte udvikling og konsolidering.

Evalueringen er baseret på et elektronisk spørgeskema og en interviewundersøgelse, som tilsammen undersøger forløbsprogrammets implementering og betydning på det udførende niveau, samt hvilke forslag de involverede ledere og fagpersoner har til fremadrettede forbedringer.

Der er opbakning til forløbsprogrammets principper og formål, men den praktiske implementering halter

Evalueringen viser, at relevante fagpersoner på hospitaler og i kommuner kender forløbsprogrammet og vurderer, at det har en positiv betydning for de patienter, der henvises til henholdsvis hospitalernes ryglinikker og de kommunale rehabiliteringsforløb. Det vurderes samtidig, at hospitalernes og kommunernes tilbud i det store hele er etableret som anbefalet i forløbsprogrammet.

De praktiserende læger, kiropraktorer og fysioterapeuter, som indgår i forløbsprogrammet, kender til gengæld ikke programmet særlig godt, og de, der gør, oplever ikke, at det er særligt anvendeligt i deres praktiske hverdag. Som specifikke udfordringer fremhæves for det første, at forløbsprogrammets tidsfrister, hvor patienterne skal 'fanges' på et bestemt tidspunkt i deres forløb, er svære at håndtere i en travl klinisk hverdag – ikke mindst fordi patienter med uspecifikke lænderygsmerter præsenterer sig meget forskelligt i almen praksis, ligesom symptomerne ofte er en del af et større kompleks, hvor sociale og psykiske problemstillinger er med til at komplicere billedet. For det andet savner mange et honorar, der kan understøtte arbejdet med forløbsprogrammet, da dette opleves mere tidskrævende end den vante praksis omkring lænderygpatienter. Disse forhold betyder, at forløbsprogrammet kun i begrænset omfang er implementeret og har haft betydning for håndteringen af lænderygpatienter hos de praktiserende ydere.

Forløbsprogrammets betydning for patientforløb

Der er bred enighed om, at forløbsprogrammet ikke i det ønskede omfang bidrager til, at ryglinikker og kommuner ser patienter med nyopståede lænderygsmerter tidligere i deres forløb. Tværtimod er der en klar oplevelse af, at det overvejende er kronisk syge patienter, der henvises til de nye udrednings- og rehabiliteringstilbud på hospitaler og i kommuner. Denne praksis er accepteret af mange fagpersoner, fordi de oplever, at ryglinikker og kommunale tilbud også udgør et relevant tilbud til kronisk syge patienter.

Det er også intentionen, at forløbsprogrammet skal medvirke til, at de rehabiliterende indsatser i højere grad koordineres med indsatser på social- og sygedagpengeområdet. Evalueringen viser imidlertid, at det ideelle samarbejde, som beskrives i forløbsprogrammet, kun i begrænset omfang er etableret. Med enkelte undtagelser er samarbejdet ad hoc-baseret og relateret til individuelle forløb, hvor medarbejdere fra træningsområdet videregiver deres vurdering af borgerens funktionsniveau til fastholdelseskonsulenter fra jobcenteret. Som årsager nævnes for det første, at det er svært at kombinere de mål, der er for indsatsen i henholdsvis jobcenteret og rehabiliteringsområdet. For det andet vurderer mange, at lovgivningen på området i et vist omfang har overhalet forløbsprogrammet, fordi der på alle jobcentre er etableret tværfaglige rehabiliterings-team. Interviewpersonerne vurderer langt hen ad vejen, at den etablerede arbejdsdeling er god.

Men fremadrettet er der flere, som peger på et behov for at styrke relationerne og den fælles viden på tværs af de to kommunale områder.

Status på udviklingen af forløbssamarbejdet

Deltagerne i evalueringen oplever generelt ikke, at forløbsprogrammet har ændret det tværsektorielle samarbejde omkring udredning og behandling af lænderygpatienter. Samarbejdet er således langt overvejende baseret på skriftlig envejskommunikation i form af henvisninger. Det fremgår samtidig, at de involverede aktører ser et stort potentiale for at styrke rettidigheden og kvaliteten af den information, der udveksles.

Det gælder for de fleste kommuner og hospitaler, at engagementet i forløbsprogrammet først og fremmest er lagt i at etablere egne tilbud, mens udviklingen af det tværgående samarbejde omkring henvisninger og deling af viden kun er fulgt med enkelte steder.

Det fremgår i den forbindelse som en selvstændig pointe, at rehabiliteringen og arbejdsdelingen med kommunerne også er mindre veletableret på de hospitaler, der har mange forskellige mindre kommuner/kommunale tilbud at forholde sig til. I det omfang de hospitalsansatte kender de kommunale tilbud, pointerer de, at der er stor variation imellem kommunernes tilbud, og at det er med til at mindske tilliden til/opmærksomheden på at henvise til de kommunale tilbud. Frederiksberg Hospital, der har to store kommuner at henvise til og en veludviklet tradition for tværsektorielt samarbejde om forløbsprogrammerne, jf. (3,4), har således væsentligt bedre veludbyggede samarbejdsrelationer end de øvrige rygklinikker.

KORAs anbefalinger

Evalueringen peger på en række grundlæggende udfordringer omkring forløbsprogrammets udformning og implementering, som giver anledning til følgende fremadrettede anbefalinger:

Behov for at præcisere – og eventuelt udvide programmets målgruppe

Mange fagpersoner er i tvivl om, hvilke patienter der er omfattet af forløbsprogrammets målgruppe af patienter med nyopståede lænderygsmærter. Tvivlen skyldes dels manglende kendskab til programmet, dels et udbredt ønske om, at programmet udvides til at omfatte kronisk syge rygpatienter. Sidstnævnte er allerede afspejlet i den måde, der henvises på, idet de fleste patienter, som henvises til rygklinikker og kommuner, falder uden for programmets officielle målgruppe, fordi de er kronisk syge rygpatienter. Derfor fremstår det for det første væsentligt, at målgruppen for forløbsprogrammet præciseres i forhold til, hvad nyopståede smerter dækker over, og for det andet bør der tages stilling til, om kronisk syge patienter skal være omfattet af programmet, og hvilke tilbud de i så fald skal tilbydes.

Behov for samarbejde og innovation på tværs af kommunegrænser

Evalueringerne af forløbsprogrammerne for KOL, type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom viste, jf. (3,4), at mange kommuners befolkningsgrundlag er for lille til, at de kan drive de anbefalede tilbud effektivt på baggrund af de henvisninger, de modtager fra almen praksis og hospital. Dette er også tilfældet med lænderygprogrammet, og resultatet er bl.a. u hensigtsmæssigt lange ventetider på opstart af hold; hold, der blandes på tværs af diagnoser og funktionsniveau, mange små hold og vanskeligheder med at tilbyde tværfaglige forløb. Manglen på patienter til de kommunale tilbud udgør således en væsentlig barriere for ønsket om at etablere indsatser, der er ens på tværs af kommuner, samt for effektiv anvendelse af de ressourcer, der anvendes i kommunerne.

På den baggrund anbefales det, at der fremadrettet sættes øget fokus på mulighederne for tværgående samarbejde om rehabiliteringstilbud på tværs af kommunegrænser.

Samarbejdet mellem rygklinikker og kommunale rehabiliteringstilbud bør styrkes

Implementeringen af forløbsprogrammet på hospitaler og i kommuner er karakteriseret ved, at man har forholdt sig til og implementeret de opgaver, man hver især er ansvarlig for. Til gengæld har der ikke været samme opmærksomhed på at udvikle den viden og de tværgående relationer, som skal understøtte et velfungerende henvisningssamarbejde. Der fremstår således et væsentligt behov for at styrke kommuners og hospitalers tværgående samarbejde om forløbsprogrammet, hvis ønsket er, at hospitalerne skal henvise til de kommunale rehabiliteringstilbud via Ref01 (elektronisk henvisningsformular til kommunal rehabilitering).

Derfor anbefales for det første, at den ansvarlige ledelse fremadrettet sætter øget fokus på at udvikle disse tværgående elementer i forløbsprogrammet. For det andet anbefales det, at der fortsat er fokus på at introducere (især nyansat) hospitalspersonale til forløbsprogrammet og de tværsektorielle henvisningsmuligheder, der er i dette.

Behov for at understøtte implementering i praksissektoren

Forløbsprogrammet er mangelfuldt implementeret hos yderne i praksissektoren. Alle, der modtager henvisninger fra almen praksis, oplever også, at kvaliteten er svingende, samt at mange henviste patienter ikke lever op til forløbsprogrammets inklusionskriterier. Stort set alle deltagere i evalueringen – inkl. de praktiserende ydere selv – peger derfor på, at der er brug for at understøtte implementeringen her.

På den baggrund anbefales det for det første at undersøge, om det er muligt at tilrettelægge inklusionen i forløbsprogrammet på en måde, der matcher hverdagen hos praktiserende læger bedre. For det andet kan det også overvejes, om henvisningerne til rygklinik kan understøttes af en dynamisk henvisningsformular, der guider lægerne igennem henvisningen. For det tredje bør det overvejes, hvilke muligheder der er for at udbrede kendskabet til programmet blandt de privatpraktiserende ydere, samt om det er praktisk og økonomisk muligt at understøtte forløbsprogrammet via en regional § 2-aftale med yderne.

Muligheder for individuelle hensyn til patienter med særlige behov

Mange fagpersoner i både kommuner og hospitaler peger på, at det er vanskeligt at tilbyde individuelle forløb med afsæt i de lokale rammer, der er opstillet for udredning og rehabilitering. Der er samtidig en relativt udbredt oplevelse af, at forløbsprogrammet har en social ubalance, således at kronisk syge patienter, som også har sociale/psykiske problemstillinger og svag tilknytning til arbejdsmarkedet, er overrepræsenteret. Derfor efterlyses bedre muligheder for at tilbyde en individuel og helhedsorienteret indsats, hvor fx psykologbistand, socialrådgiver o.l. indgår som en del af forløbet. På samme måde efterlyses bedre tidsmæssige rammer/ressourcer til at komme hele vejen omkring de komplicerede patienters situation, fordi især de hospitalsansatte har en oplevelse af at skulle levere u hensigtsmæssigt mange korte konsultationer på grund af den aktivitetsbaserede honorering af deres afdelinger.

Det anbefales derfor for det første at undersøge, hvilke muligheder der er for at imødekomme fagpersonernes ønsker om at øge muligheden for at tilknytte andre relevante fagpersoner til patientforløbene – men på en målrettet måde. For det andet anbefales det at undersøge og tydeliggøre de muligheder, der allerede eksisterer lokalt for at tilrettelægge forløb med længere konsultationer til de patienter, som har behov for det.

1 Evalueringens baggrund og gennemførelse

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen udarbejdede i marts 2012 et forløbsprogram, der beskriver de organisatoriske rammer og det faglige indhold af behandlingen for patienter med lænderyglidelser (1). Det primære formål med forløbsprogrammet for lænderyglidelser er at undgå, at patientgruppen udvikler kroniske lænderygsmærter. Målgruppen er derfor patienter med nyopståede lændesmerter. Det er endvidere et mål, at der ud over den lægelige behandling og udredning i hele forløbet er særligt fokus på rehabilitering, og at der er særlig opmærksomhed omkring den sociale og beskæftigelsesmæssige indsats.

I modsætning til regionens øvrige forløbsprogrammer (KOL, type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom) beskrives i lænderygprogrammet en mere konkret og tidsafgrænset indsats. I dette program er det således i høj grad tidspunktet, der er afgørende for, hvor behandlingen skal finde sted. Forløbsprogrammet for lænderyglidelser adskiller sig også fra de øvrige forløbsprogrammer ved, at det involverer flere aktører, idet en større del af praksissektoren har en rolle, ligesom de kommunale arbejdsmarkedsforvaltninger optimalt set også er involveret. Disse aspekter i samarbejdet omkring patientforløbene skal også belyses i evalueringen.

Forløbsprogrammet for lænderyglidelser står over for at skulle opdateres, og i den forbindelse har Region Hovedstaden ønsket en evaluering til at understøtte de beslutninger, der skal tages vedrørende forløbsprogrammets fortsatte udvikling og konsolidering. Evalueringen skal bl.a. afdække, hvorvidt de enkelte elementer i forløbsprogrammet fungerer efter hensigten, og om det personale, der arbejder med det i hverdagen, oplever udfordringer, som kan håndteres ved at justere forløbsprogrammet. Samtidig vil evalueringen se på, hvordan fagpersonerne oplever implementeringen af programmet. Der er altså tale om en evaluering, som tager udgangspunkt i de involverede fagpersoners erfaringer.

Patienternes perspektiv på forløbsprogrammets rehabiliteringstilbud og tværgående patientforløb er ikke en del af denne undersøgelse, da patienternes perspektiv bliver undersøgt selvstændigt af Region Hovedstaden.

1.1 Evalueringens undersøgelsesspørgsmål

Forløbsprogrammets betydning i de udførende led er undersøgt via gruppeinterview og en spørgeskemaundersøgelse, som afdækker, i hvilket omfang relevante fagpersoner og ledere oplever, at:

- Der er kendskab til forløbsprogrammet og oplever, at de indgåede aftaler for gruppeinddeling, kommunikation m.m. er forståelige og relevante i den hverdag, klinikerne befinder sig i
- Forløbsprogrammet er implementeret i praksissektoren, i kommuner og på hospitaler
- Den organisatoriske "arbejdsdeling" af den sundhedsfaglige indsats, der er beskrevet i forløbsprogrammet, er hensigtsmæssig i fagpersonernes hverdag
- De forskellige aktører oplever, at programmet virker i hverdagen, og at samarbejdet og kommunikationen med hinanden fungerer
- Det er den rette målgruppe, der får tilbud, og tilbuddene gives det rette sted (praksissektor, kommune, hospital)
- Almen praksis' tovholderrolle fungerer som forventet
- Man (i kommunerne) er lykkedes med samarbejde og involvering af kommunernes jobcentre
- Der er nedbrudt barrierer for samarbejde i snitfladerne mellem de aktører, der har en rolle i forløbsprogrammet, sådan at patienter henvises til rette sted

- Det er en udfordring, at der er egenbetaling til privatpraktiserende fysioterapeut/kiropraktør
- Der er udfordringer og succeser for implementering og efterlevelse af forløbsprogrammet for lænderyglidelser.

1.2 Evalueringsdesign

Evalueringen er baseret på 12 gruppeinterview med i alt 66 fagpersoner fra hospitaler, kommuner og almen praksis. Endvidere er der udsendt et elektronisk spørgeskema til 532 respondenter, som repræsenterer et bredt udsnit af de faggrupper, der på tværs af sektorer er involveret i lænderygforløb. Spørgeskemaet opnåede en overordnet svarprocent på 49 %, men – som der redegøres for i de nedenstående afsnit – er der stor variation i svarprocenten på tværs af de forskellige grupper af respondenter. Evalueringens anvendte metode præsenteres mere uddybende nedenfor.

1.2.1 Elektronisk spørgeskema

Det elektroniske spørgeskema er udsendt til en bred kreds af relevante fagpersoner og ledere på tværs af almen praksis, personale på regionens rygklinikker, kiropraktorer, fysioterapeuter samt kommunalt personale fra træningscentre o.l., der arbejder med forløbsprogrammet. Formålet er at give et bredt billede af, hvordan forløbsprogrammet for lænderyglidelser er blevet implementeret i de forskellige sektorer og de forskellige dele af Region Hovedstaden. Spørgeskemaet bidrager således til at beskrive status og supplere de detaljerede beskrivelser af forløbsprogrammets møde med den kliniske hverdag, som undersøges via kvalitative interview.

Spørgeskemaet afdækker implementering på to overordnede niveauer: Et niveau skal afdække kendskab til, opbakning til, forståelse for og ejerskab til forløbsprogrammet. Vi kalder det *parathed til forandring*. Et andet niveau afdækker, i hvilken udstrækning forløbsprogrammet har ført til faktiske handlemønstre i forhold til patientgruppen og i det tværsektorielle samarbejde, som er i overensstemmelse med forløbsprogrammet. Vi kalder det for *oplevet forandring*.

Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål inden for følgende temaer:

Parathed til forandring

- Hvilken information har de forskellige faggrupper i de tre sektorer modtaget om forløbsprogrammerne og hvordan?
- Hvordan er kendskabet til forløbsprogrammet og egne opgaver i relation til dette?
- Hvordan er den faglige forståelse af indholdet af forløbsprogrammerne, og bedømmes de som relevante?
- Hvordan bedømmes behovet for et tættere tværsektorielt samarbejde?
- Er der opnået øget kendskab til indsatsmuligheder og faktisk indsats i andre sektorer?
- Hvordan bedømmes forudsætningerne for at leve op til forløbsprogrammerne og til at indgå i samarbejde med andre sektorer?

Faktisk forandring

- Hvordan bruges gruppeinddelingen ved udredning og behandling af lænderygpatienter?
- Er der sket ændringer i den information, som sendes til og modtages fra andre faggrupper?
- Er der sket ændringer i kommunikationen med forskellige faggrupper i andre sektorer?
- Er der sket ændringer med hensyn til (fælles) planlægning af forløb?
- Er der sket ændringer i patienternes faktiske forløb, og er der sket ændringer i tilbud, som gives til patienterne?

- Inddrages patienterne i større eller mindre grad?
- Er kendskabet til indsats og tilbud i andre sektorer øget?
- I hvilken udstrækning henvises der til delte rehabiliteringsforløb i kommunerne?
- Er der sket en øget henvisning til kommunale tilbud, fx rygestopkurser, diætbehandling og patientuddannelse?
- Hvem samarbejdes der med i forhold til lænderygpatienter, og hvad består samarbejdet i?
- Er der sket ændringer i samarbejdet med andre sektorer/faggrupper?
- Hvad er de vigtigste barrierer for at leve op til forløbsprogrammet og for at udvikle samarbejdet på tværs af sektorer?
- I hvilken udstrækning bedømmes det, at forløbsprogrammet har ført til bedre forløb for patienterne?
- Får patienterne de tilbud, som er beskrevet i programmet?
- Er der opnået bedre sammenhæng for patienterne?

Spørgeskemaet har endvidere indsamlet oplysninger om sektorplacering, faggruppe, stillingsbetegnelse og geografisk placering.

1.2.2 Undersøgelsens gennemførelse og deltagere

Udvælgelsen af respondenter fra kommuner, hospitaler og almen praksis til at deltage i undersøgelsen blev foretaget af Region Hovedstaden. Udvælgelsen skete ved, at Enhed for Tværsektoriel Udvikling i Region Hovedstaden bad hospitaler og kommuner om at levere navne og kontaktoplysninger på personer, som forventedes at være involveret i det patientrettede arbejde med forløbsprogrammet for lænderyglidelser.

Udvælgelsen af praktiserende læger var tilfældig, men der blev gennem udtrækket sikret en fordeling mellem kompagniskabspraksis, praksisfællesskaber og solopraksis svarende til fordelingen blandt læger i regionen. Der blev endvidere sikret en geografisk spredning. Inden udtrækket blev de læger fratrukket, som var udtrukket til en tidligere undersøgelse om forløbsprogrammet for hjerte-kar-sygdom. E-mail med adgang til spørgeskemaet blev udsendt af PLO-Hovedstaden som et åbent link til de udvalgte praktiserende læger. I e-mailen blev de praktiserende læger lovet et honorar på ca. 450 kr. for at besvare spørgeskemaet.

Spørgeskemaet blev også sendt til et repræsentativt udsnit af privatpraktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer. Fysioterapeuterne blev udvalgt tilfældigt fra en bruttoliste med e-mailadresser på alle private klinikker med fysioterapi i Region Hovedstaden, som Enhed for Tværsektoriel Udvikling leverede. På samme måde blev kiropraktorerne udvalgt fra en liste med privatpraktiserende kiropraktorer i Region Hovedstaden, som Dansk Kiropraktor Forening leverede. Listen omfattede både klinikejere og ansatte kiropraktorer, som var medlem af Dansk Kiropraktor Forening.

Spørgeskemaet blev udarbejdet i en elektronisk version i SurveyXact og distribueret pr. e-mail i slutningen af september/begyndelsen af oktober 2016. E-mailen blev udsendt af KORA, bortset fra e-mailen til praktiserende læger, der, som nævnt ovenfor, blev udsendt af PLO-Hovedstaden. Der blev ad to omgange udsendt påmindelse om at svare til dem, der ikke havde besvaret spørgeskemaet. Dataindsamlingen blev afsluttet i slutningen af oktober 2016.

I forbindelse med udarbejdelsen af spørgeskemaet blev det pilottestet blandt en gruppe af potentielle respondenter. Pilottesten gav anledning til mindre justeringer i spørgeskemaet.

Tabel 1.1 viser spørgeskemaundersøgelsens svarprocent opgjort efter de faggrupper, der har deltaget i undersøgelsen.

Table 1.1 Svarprocent i spørgeskemaundersøgelsen

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Privatprakt. fysioterapeut	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Ikke gennemført	73 %	51 %	81 %	11 %	13 %
Nogen svar	6 %	18 %	8 %	9 %	9 %
Gennemført	21 %	31 %	10 %	80 %	78 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	150	153	108	35	86

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Samlet set blev spørgeskemaet distribueret til 532 hospitalsansatte, kommuneansatte, privatpraktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer. Heraf har 186 svarpersoner gennemført hele spørgeskemaet og 56 dele af det, hvilket giver en overordnet svarprocent på 49 %. Svarprocenten er højest blandt de hospitalsansatte (89 %) og de kommunalt ansatte (87 %), hvilket er lidt højere end i tidligere sammenlignelige spørgeskemaundersøgelser. Til gengæld er svarprocenten for de private ydere væsentligt lavere. Kiropraktorerne topper med en svarprocent på 49 %, mens de praktiserende læger kun ligger på 27 %. Den lave svarprocent blandt praktiserende læger gør, at svarene ikke kan betragtes som repræsentative for praktiserende læger. Svarene kan derfor udelukkende tages til udtryk for en tendens.

Svarprocenten er med 18 % blandt privatpraktiserende fysioterapeuter så lav, at besvarelserne ikke er repræsentative. Samtidig har kun 20 fysioterapeuter svaret på hele eller dele af spørgeskemaet. Den lave svarprocent blandt de privatpraktiserende fysioterapeuter skal formodentlig ses i forhold til, at de – som det senere uddybes – ikke oplever, at forløbsprogrammet har praktisk relevans i deres hverdag. Det lave antal svar og den meget lave svarprocent blandt praktiserende fysioterapeuter gør, at besvarelserne ikke kan generaliseres til alle praktiserende fysioterapeuter, og besvarelserne er derfor udeladt af analysen.

På baggrund af ovenstående indgår der samlet set 220 svarpersoner i analysen af surveyet, og populationen består af 73 kommunalt ansatte, 31 hospitalsansatte, 75 kiropraktorer og 41 praktiserende læger.

Table 1.2 viser fordelingen af de offentligt ansatte fagpersoner efter deres ansættelsessted og stilling.

Table 1.2 Offentligt ansatte fagpersoner fordelt efter ansættelsessted og stilling

	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Diætist	0 %	3 %
Ergoterapeut	0 %	8 %
Forebyggelseskonsulent/sundhedskonsulent	0 %	7 %
Hospitalslæge	35 %	0 %
Offentlig ansat fysioterapeut	32 %	56 %
Sygeplejerske	29 %	0 %
Visitator	0 %	3 %
Anden offentlig stilling, skriv hvad	3 %	23 %
Total	100 %	100 %
Antal	31	73

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Den største andel af de offentligt ansatte svarpersoner er fysioterapeuter, som udgør henholdsvis 32 % af de hospitalsansatte og 56 % af de kommunalt ansatte. Derudover er de fleste af de hospitalsansatte svarpersoner enten hospitalslæger (35 %) eller sygeplejersker (29 %). 23 % af de kommunalt ansatte har angivet, at de har en anden offentlig stilling end de beskrevne. Herunder angiver de typisk lederstillinger og stillinger som forløbskoordinatorer.

1.2.3 Interviewundersøgelse blandt fagpersoner og ledere

Parallelt med spørgeskemaet er der gennemført gruppeinterview med i alt 66 relevante sundhedsfaglige medarbejdere og ledere fra hospitaler, kommuner og almen praksis. Fordelingen af interviewdeltagere på sektorer, faggrupper og planområder fremgår af Tabel 1.3 og Tabel 1.4 nedenfor.

Tabel 1.3 Oversigt over evalueringens interviewpersoner

	Sygeplejersker	Fysio- og ergoterapeuter	Læger	Kiropraktorer	Sekretærer	Job-center	Andet	I alt
Kommune	1	22		1		1	2	27
Hospital	8	7	8		2		1	26
Praktiserende læger			4					4
Private kiropraktorer				4				4
Praktiserende speciallæge			1					1
Private fysioterapeuter		4						4
I alt	9	33	13	5	2	1	3	66

Tabel 1.4 Oversigt over interviewdeltagere fordelt på planområder og sektorer

	Kommune	Hospital	Almen praksis/ speciallæge	Private fysioterapeuter	Private kiropraktorer	I alt
Planområde Nord	8	4	2	1	-	15
Planområde Midt	6	6	1	1	-	14
Planområde Byen	5	6	1	-	2	14
Planområde Syd	5	7	1	2	2	17
Bornholm	3	3	-	-	-	6
I alt	27	26	5	4	4	66

Som det fremgår, er alle faggrupper og planområder repræsenteret i interviewundersøgelsen. Interviewene fordeler sig således, at der i hvert af de fire planområder er lavet et kommune- og et hospitalsinterview (i alt 8). Herudover er der gennemført et interview med hospitals- og kommunalt ansatte på Bornholm, samt et interview med hver gruppe af private ydere. Det fremgår dog også, at praktiserende læger, privatpraktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer er underrepræsenterede faggrupper i interviewundersøgelsen i forhold til de opgaver, de har i forløbsprogrammet. Samtidig skal det understreges, at flertallet af informanter fra praksissektoren har formelle roller som praksiskonsulenter eller deltagere i udviklingen af forløbsprogrammet, hvilket betyder, at deres viden om programmet er større end de 'almindelige' yderes.

Formålet med interviewene var at opnå en detaljeret og praksisnær viden om erfaringer og forudsætninger for det fremadrettede arbejde med at udvikle og konsolidere forløbsprogrammet i

de udførende led samt afdække, hvilken rolle programmet spiller i den kliniske hverdag (se eksempler på interviewguides i Bilag 1 og Bilag 2).

Interviewene giver derudover indsigt i fagpersonernes implementeringserfaringer, samt hvad der er gjort for at omsætte forløbsprogrammets principper til nye rutiner, som understøtter en tidlig og proaktiv indsats og et forløbsorienteret samarbejde. Endelig har interviewene haft særligt fokus på, hvilken betydning forløbsprogrammet har haft for patientbehandlingen – jf. de temaer, der også indgår i det elektroniske spørgeskema.

1.2.4 Om de anvendte metoder

Behandling og præsentation af data

Alle interview er optaget elektronisk og udskrevet. Udskrifterne er efterfølgende tematiseret med udgangspunkt i evalueringens undersøgelsesspørgsmål og anvendt som afsæt for citat og analyse. Gennem rapporten anvendes citater, som illustrerer de temaer, problemstillinger og forslag, der er drøftet i interviewene. Citaterne er angivet anonymt for at sikre interviewpersonerne mulighed for at udtale sig frit. Til gengæld angives, hvilken sektor og faggruppe interviewpersonerne kommer fra.

Validitet og repræsentativitet

De privatpraktiserende ydere er underrepræsenteret i datamaterialet både i relation til surveyet og de gennemførte interview. Vanskelighederne med at rekruttere private ydere til at deltage i undersøgelsen skyldes formentlig, at forløbsprogrammet i relativt lille omfang spiller den rolle, det er tiltænkt blandt disse. Det samlede datamateriale peger nemlig på, at forløbsprogrammet i beskedent omfang er kendt og implementeret i en grad, der har påvirket det patientrettede arbejde blandt praksissektorens ydere.

De tværgående trends i datamaterialet kombineret med de manglende svar fra yderne indikerer således, at evalueringens konklusioner ikke ville være ændret i betydende grad, hvis der havde været højere svarprocenter og flere interviewdeltagere fra de private ydere i evalueringen. På den baggrund vurderer vi, at evalueringens resultater – trods det mangelfulde datagrundlag – hviler på et relativt solidt grundlag.

1.3 Rapportens opbygning

Rapporten præsenterer de indsamlede data i nedenstående tre hovedkapitler:

Kapitel 2 præsenterer de sundhedsfagliges overordnede perspektiver på forløbsprogrammet og implementeringen heraf. Kapitlet afdækker kendskabet til programmet, opbakningen til det, de grundlæggende forudsætninger for leve op til programmet og de tilhørende arbejdsgange samt fagpersonernes vurderinger af programmets betydning for behandlingen af lænderygpatienter.

Kapitel 3 går tæt på de arbejdsgange vedrørende gruppeinddeling og henvisning, der skal sikre, at patienter med nyopståede lænderyglidelser tilbydes et forløb, som matcher intentionerne i forløbsprogrammet.

Kapitel 4 belyser, hvilken betydning de involverede fagpersoner vurderer, at forløbsprogrammet har haft for samarbejde omkring patienternes forløb, hvorvidt forudsætningerne for at leve op til forløbsprogrammet i hverdagen er til stede, samt hvilke forslag til forbedringer evalueringen har afdækket.

Kapitel 5 opstiller – på baggrund af de foregående kapitler – evalueringens konklusioner og anbefalinger.

2 Kendskab og implementering

Evalueringen tager udgangspunkt i den antagelse, at en efterlevelse af forløbsprogrammet grundlæggende forudsætter kendskab til programmet, og hvilken indsats der forventes af de privatpraktiserende ydere, hospital og kommune. Vi antager endvidere, at en succesfuld implementering forudsætter, at der blandt de involverede parter er en forståelse for forløbsprogrammet og dets sigte, og at parterne tror på, at programmet og de konkrete indsatser i heri har en gavnlig virkning for patienterne.

Dette kapitel præsenterer derfor fagpersonernes kendskab og opbakning til forløbsprogrammet, hvor langt implementering og konsolidering af programmet er nået, hvor brugbart forløbsprogrammet opleves at være i den daglige praksis, samt hvilke muligheder der ses for at konsolidere forløbsprogrammet yderligere. I forlængelse heraf afdækkes også fagpersonernes vurderinger af, om forløbsprogrammet bidrager til, at patienter med nyopståede lænderygsmærter udredes og behandles rettidigt, i højere grad inddrages i planlægningen af deres forløb, samt hvorvidt forløbsprogrammet øger andelen af patienter, der henvises til kommunale tilbud. Dette er der nemlig lagt op til i forløbsprogrammet, som lægger vægt på en tidlig indsats, samt at kommunerne skal spille en aktiv rolle.

2.1 Kendskab og oplevet relevans

2.1.1 Fagpersoner og lederes kendskab til forløbsprogrammet

I dette afsnit belyser vi kendskabet til forløbsprogrammet blandt praktiserende læger, kiropraktorer, hospitalsansatte og kommunalt ansatte. Vi belyser deres overordnede vurderinger af, hvor vigtigt det er at have et forløbsprogram for lænderyglidelser, hvor brugbart det konkrete forløbsprogram er og anvendeligheden af forløbsprogrammets afgrænsning af patienter.

Tabel 2.1 viser, hvilke informationskanaler svarpersonerne har angivet, at de har benyttet for at opnå kendskab til forløbsprogrammet for lænderyglidelser.

Tabel 2.1 Fagpersonernes angivelse af, hvordan de er blevet orienteret om forløbsprogrammet for lænderyglidelser

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Har læst beskrivelsen af forløbsprogrammet	60 %	48 %	90 %	79 %
Gennem Region Hovedstadens hjemmeside	20 %	6 %	7 %	5 %
Gennem undervisning/introduktion til forløbsprogrammet	8 %	25 %	53 %	29 %
Gennem deltagelse i konference, møder e.l.	20 %	23 %	57 %	45 %
Gennem kollega	10 %	24 %	27 %	45 %
Gennem leder	3 %	1 %	33 %	25 %
På anden måde	10 %	17 %	7 %	8 %
Er ikke blevet orienteret	20 %	13 %	0 %	0 %
Antal	40	71	30	73

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Tabellen viser, at den hyppigste kilde til kendskab til forløbsprogrammet blandt fagpersonerne har været beskrivelsen af forløbsprogrammet, som næsten alle hospitalsansatte (90 %) og hovedparten af de kommunalt ansatte (79 %) har læst. De fleste praktiserende læger og kiropraktorer er ligeledes primært blevet orienteret om forløbsprogrammet gennem beskrivelsen. Derudover har en stor andel af både de hospitalsansatte og kommunalt ansatte samtidig angivet, at de er blevet orienteret gennem henholdsvis undervisning/introduktion til forløbsprogrammet, deltagelse i møder og af kolleger.

Ingen af de hospitalsansatte og kommunalt ansatte har angivet, at de slet ikke er blevet orienteret om forløbsprogrammet for lænderyglidelser. En lidt større andel på 20 % af de praktiserende læger og 13 % af kiropraktorerne har til sammenligning angivet, at de ikke er blevet orienteret om forløbsprogrammet. Surveyet indikerer således, at disse grupper har et væsentligt lavere informationsniveau end hospitaler og kommuner.

Tabel 2.2 viser fagpersonernes vurdering af deres eget kendskab til forløbsprogrammet for lænderygsgdomme.

Tabel 2.2 Fagpersonernes vurdering af, om de har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammet for lænderyglidelser

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Ja, i meget høj grad	3 %	6 %	47 %	26 %
Ja, i høj grad	10 %	16 %	30 %	25 %
Ja, i nogen grad	53 %	44 %	23 %	38 %
Nej, kun sporadisk kendskab	30 %	25 %	0 %	10 %
Nej, har slet ikke noget kendskab	3 %	9 %	0 %	1 %
Ved ikke	3 %	0 %	0 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	40	64	30	73

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016

Tabellen viser, at et stort flertal af de hospitalsansatte (77 %) og halvdelen af de kommunalt ansatte (51 %) har vurderet, at de i høj eller meget høj grad har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammet for lænderyglidelser. Den samme andel er væsentlig lavere blandt både praktiserende læger (13 %) og kiropraktorer (22 %). Blandt praktiserende læger og kiropraktorer har cirka halvdelen til gengæld vurderet, at de kun i nogen grad har kendskab til forløbsprogrammet for lænderyglidelser. På tværs af faggrupperne har ingen eller stort set ingen svarpersoner vurderet, at de slet ikke har noget kendskab. Surveyet bekræfter således, at forløbsprogrammet er væsentligt mere kendt af de kommunalt- og hospitalsansatte sammenlignet med de private ydere.

De praktiserende læger og hospitalslægerne blev dernæst spurgt, i hvilken grad de vurderer, at de har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammets tidsfrister for vurdering af patienternes tilstand, udredning og behandling. Svarfordelingen er vist i Tabel 2.3.

Tabel 2.3 Fagpersonernes vurdering af, om de har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammets tidsfrister for vurdering af patienternes tilstand, udredning og behandling

	Praktiserende læge	Hospitalslæge
Ja, i meget høj grad	3 %	45 %
Ja, i høj grad	18 %	45 %
Ja, i nogen grad	33 %	10 %
Nej, kun sporadisk kendskab	43 %	0 %
Nej, har slet ikke noget kendskab	3 %	0 %
Ved ikke	3 %	0 %
Total	100 %	100 %
Antal	40	11

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Tabellen viser, at alle hospitalslæger på nær en enkelt har vurderet, at de i høj eller meget høj grad har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammets tidsfrister, mens det kun er cirka hver femte praktiserende læge, der svarer det samme. Samtidig ses det, at knap halvdelen af de praktiserende læger har vurderet, at de kun har sporadisk kendskab til de tidsfrister, der skal danne grundlaget for udredning og viderehenvielse.

2.1.2 Forløbsprogrammets relevans og anvendelighed

Alle fagpersoner blev også bedt om at vurdere, hvor vigtigt det er at have et beskrevet forløbsprogram for lænderyglidelser. Svarfordelingen er vist i Tabel 2.4.

Tabel 2.4 Fagpersonernes vurdering af, hvor vigtigt det er at have et beskrevet forløbsprogram for lænderyglidelser

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
1 Ikke vigtigt	8 %	10 %	0 %	4 %
2 ...	15 %	7 %	3 %	1 %
3 ...	28 %	27 %	3 %	8 %
4 ...	23 %	29 %	40 %	33 %
5 Meget vigtigt	20 %	24 %	50 %	51 %
Ved ikke	8 %	3 %	3 %	3 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	40	70	30	73

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Hovedparten af de hospitalsansatte og kommunalt ansatte har vurderet, at det er vigtigt at have et beskrevet forløbsprogram for lænderyglidelser. På en skala fra 1-5, hvor 5 angiver meget vigtigt, har 90 % af de hospitalsansatte og 84 % af de kommunalt ansatte angivet 4 eller 5. Denne andel er noget lavere blandt praktiserende læger og kiropraktorer, hvor cirka halvdelen har angivet 4 eller 5. Det fremgår dog også, at færre end hver tiende på tværs af alle faggrupper har vurderet, at det ikke er vigtigt at have et beskrevet forløbsprogram. Surveyet viser således, at der er opbakning til forløbsprogrammet, men også at opbakningen er væsentligt større blandt kommunalt og hospitalsansatte – der har forløbsprogrammet som et af deres primære arbejdsområder – end hos de private ydere.

De fagpersoner, som vurderede, at de i nogen, høj eller meget høj grad har et detaljeret kendskab til forløbsprogrammet for lænderyglidelser (se Tabel 2.2), blev bedt angive, hvor brugbart de vurderer programmet. Svarfordelingen er vist i Tabel 2.5.

Tabel 2.5 Fagpersonernes vurdering af, hvor brugbart det beskrevne forløbsprogram for lænderyglidelser er for deres indsats

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
1 Ikke brugbar	0 %	10 %	7 %	3 %
2 ...	27 %	15 %	7 %	17 %
3 ...	46 %	45 %	27 %	31 %
4 ...	15 %	20 %	47 %	26 %
5 Meget brugbar	12 %	10 %	13 %	18 %
Ved ikke	0 %	0 %	0 %	5 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	26	40	30	65

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

På en skala fra 1-5 har 60 % af de hospitalsansatte vurderet, at det beskrevne forløbsprogram for lænderyglidelser er brugbart for deres indsats ved at angive 4 eller 5. Blandt kommunalt ansatte er den samme andel lidt lavere – 44 %. Tendensen er således igen, at andelen er lavest blandt praktiserende læger (27 %) og kiropraktorer (30 %).

Alle grupper vurderer således brugbarheden som lavere end vigtigheden. De fagpersoner, som i mindre grad vurderer, at forløbsprogrammet er brugbart, er dernæst blevet bedt om at uddybe, hvad der efter deres vurdering vil kunne bidrage til at gøre programmet mere brugbart.

Generelt set efterspørger respondenter fra almen praksis et simplere forløbsprogram, som vil være mere overskueligt og nemmere at håndtere i deres daglige arbejde, der er fyldt med meget andet end lænderygpatienter. Flere praktiserende læger oplever desuden, at visitationen til programmet er lidt for "firkantet" og ikke fleksibelt i forhold til patienter, der ikke entydigt falder ind i standarddefinitionerne.

Flere kommunalt ansatte, hospitalsansatte og kiropraktorer efterspørger en mere præcis definition af målgruppen for forløbsprogrammet ud over den nuværende afgrænsning til nyopståede lændesmerter, som i nogle tilfælde giver anledning til forskellige fortolkninger. I forlængelse heraf fremhæver flere svarpersoner på tværs af kommunalt ansatte, hospitalsansatte og kiropraktorer, at forløbsprogrammet bør blive mere rummeligt over for forskellige patienttyper såsom patienter med langvarige, kroniske lænderyglidelser.

Tabel 2.6 viser fagpersonernes vurdering af, om de rette forudsætninger er til stede for, at forløbsprogrammet kan fungere i deres daglige arbejde.

Tabel 2.6 Fagpersonernes vurdering af, om de rette forudsætninger er til stede for at forløbsprogrammet kan fungere i det daglige arbejde

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Ja (stort set)	44 %	41 %	75 %	57 %
Nej	36 %	29 %	21 %	32 %
Ved ikke	19 %	29 %	4 %	12 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	36	51	28	69

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Et stort flertal af de hospitalsansatte og flertallet af de kommunalt ansatte har vurderet, at de rette forudsætninger er til stede for, at forløbsprogrammet kan fungere i deres daglige arbejde. Lidt under halvdelen af de praktiserende læger og kiropraktorerne vurderer det samme. Cirka hver femte af de hospitalsansatte og hver tredje af de kommunalt ansatte, praktiserende læger og kiropraktorer har vurderet, at de rette forudsætninger ikke er til stede.

De fagpersonerne, som angav, at de rette forudsætninger ikke var til stede for, at forløbsprogrammet kan fungere i deres daglige arbejde, blev dernæst bedt angive, hvilke forudsætninger som efter deres vurdering mangler. Svarfordelingen er vist i Tabel 2.7.

Tabel 2.7 Fagpersonernes angivelse af, hvilke forudsætninger der mangler for, at forløbsprogrammet kan fungere i det daglige arbejde

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Der mangler informationer fra andre aktører	38 %	67 %	33 %	55 %
De rigtige tilbud er ikke til stede	62 %	40 %	33 %	23 %
Ved ikke, hvilke tilbud der findes i andre sektorer	23 %	47 %	17 %	18 %
De faglige kompetencer er ikke til stede på alle niveauer	31 %	33 %	50 %	14 %
Der mangler tid	46 %	33 %	17 %	18 %
Der mangler it-understøttelse	23 %	40 %	17 %	23 %
Patienternes hverdag eller forventninger giver afbræk i det forudsatte forløb	8 %	27 %	17 %	23 %
Andet, skriv hvad	15 %	60 %	33 %	55 %
Antal	13	15	6	22

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Mere end halvdelen af de praktiserende læger har angivet, at en begrænsning for, at forløbsprogrammet kan fungere i det daglige arbejde, er, at de rigtige tilbud ikke er til stede. Derudover har de praktiserende læger hyppigst angivet manglende tid og manglende information fra andre aktører som manglende forudsætninger. Både kiropraktorer og kommunalt ansatte har ligeledes angivet, at manglende information fra andre aktører er en væsentlig forudsætning, som efter deres vurdering mangler. Derudover har flere af kiropraktorerne også angivet, at de mangler kendskab til tilbud i andre sektorer samt it-understøttelse.

Fagpersonerne havde derudover mulighed for selv at beskrive manglende forudsætninger i et åbent kommentarfelt. Især kiropraktorerne og de kommunalt ansatte har gjort brug af denne mulighed. Kiropraktorerne har fremhævet, at der er behov for et styrket samarbejde på tværs af forskellige professioner samt bedre henvisningsmuligheder for kiropraktorer. Flere kommunalt ansatte har beskrevet, at især den manglende efterspørgsel efter tilbuddet og det lave antal henvisninger, som de modtager, er en væsentlig manglende forudsætning for at drive tilbuddene, som det er forudsat i forløbsprogrammet.

Målgruppen for forløbsprogrammet for lænderyglidelser er afgrænset til patienter med 'nyopståede lændesmerter'. Tabel 2.8 viser fagpersonernes vurdering af, om denne afgrænsning er anvendelig i praksis.

Tabel 2.8 Fagpersonernes vurdering af, om forløbsprogrammets afgrænsning til patienter med nyopståede lændesmerter er anvendelig i praksis

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital
I meget høj grad	11 %	6 %	-
I høj grad	23 %	31 %	11 %
I nogen grad	43 %	38 %	39 %
I beskeden grad	17 %	10 %	36 %
Slet ikke	-	2 %	7 %
Ved ikke	6 %	13 %	7 %
Total	100 %	100 %	100 %
Antal	35	48	28

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Tabellen viser, at lidt over hver tredje af de praktiserende læger og kiropraktorer har vurderet, at afgrænsningen i høj eller meget høj grad er anvendelig i praksis. En væsentlig lavere andel på cirka hver tiende af de hospitalsansatte har på samme måde vurderet, at afgrænsningen i høj eller meget høj grad er anvendelig. En stor andel af de hospitalsansatte (43 %) har omvendt vurderet, at afgrænsningen i beskeden grad eller slet ikke er anvendelig i praksis. Den samme andel er 17 % blandt praktiserende læger og 12 % blandt kiropraktorer.

De fagpersoner, som kun i nogen grad, i beskeden grad eller slet ikke vurderede, at forløbsprogrammets afgrænsning var anvendelig i praksis, blev bedt uddybe årsagerne hertil. Et stort antal af både de praktiserende læger, hospitalsansatte og kiropraktorer har igen fremhævet, at forløbsprogrammet bør omfatte patienter med mere længerevarende rygsmerter eller akut forværing af kroniske gener, som ifølge fagpersonerne udgør langt den største gruppe af rygpatienter.

2.1.3 Forløbsprogrammets betydning for behandlings- og rehabiliteringsforløb

I dette afsnit analyseres fagpersonernes generelle vurderinger af forløbsprogrammets betydning for patienter med lænderyglidelse. I Tabel 2.9 er vist fagpersonernes vurdering af, om patienter med lænderyglidelse i større eller mindre grad inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og rehabiliteringsforløb efter indførelse af forløbsprogrammet.

Tabel 2.9 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt patienter med lænderyglidelse alt i alt i større eller mindre grad inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og rehabiliteringsforløb

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
I større grad	22 %	13 %	71 %	38 %
I uændret grad	34 %	50 %	14 %	34 %
I mindre grad	3 %	2 %	4 %	0 %
Ved ikke	41 %	35 %	11 %	28 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	32	48	28	64

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Hovedparten af de ansatte på hospital vurderer, at patienter med lænderyglidelse i større grad inddrages i tilrettelæggelsen af deres behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Blandt de øvrige fagpersoner har en stor andel ikke kunnet tage stilling til spørgsmålet. Blandt praktiserende læger og kiropraktorer, som har kunnet tage stilling, angiver flertallet, at patienter med lænderyglidelse inddrages i uændret grad. Blandt ansatte i kommuner, som har kunnet tage stilling, vurderer godt halvdelen, at patienter med lænderyglidelse inddrages i større grad, mens knap halvdelen vurderer, at det sker i uændret grad.

I Tabel 2.10 er vist fagpersonernes vurdering af, hvilken betydning forløbsprogrammet har haft for behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med lænderyglidelse.

Tabel 2.10 Fagpersonernes vurdering af forløbsprogrammets betydning af behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med lænderyglidelse

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Bedre forløb	41 %	25 %	79 %	67 %
Uændrede forløb	38 %	44 %	4 %	17 %
Dårligere forløb	-	2 %	4 %	3 %
Ved ikke	22 %	29 %	14 %	13 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	32	48	28	64

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Et betydeligt flertal af ansatte på henholdsvis hospital og i kommune vurderer alt i alt, at forløbsprogrammet har betydet bedre forløb for patienter med lænderyglidelse. Blandt praktiserende læger og kiropraktorer har en stor andel ikke kunnet tage stilling til spørgsmålet. Blandt de praktiserende læger, der har kunnet tage stilling, vurderer godt halvdelen, at patienter med lænderyglidelse har fået et bedre forløb, mens knap halvdelen vurderer, at forløbene er uændrede. Et flertal af de kiropraktorer, der kunnet tage stilling, vurderer, at forløbene for patienter med lænderyglidelse er uændret.

Fagpersonerne i undersøgelsen blev derudover bedt om at vurdere, om der er relevante tilbud til patienter med lænderyglidelse, som ikke indgår i forløbsprogrammet. Fordelingen af fagpersonernes svar fremgår af Tabel 2.11.

Tabel 2.11 Fagpersoners vurdering af, om der er relevante tilbud til patienter med lænderyglidelse, som ikke er omfattet af forløbsprogrammet

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Ja	16 %	13 %	43 %	23 %
Nej	28 %	25 %	29 %	16 %
Ved ikke	56 %	63 %	29 %	61 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	32	48	28	64

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Bortset fra ansatte på hospital har den største andel af fagpersonerne ikke kunnet tage stilling til spørgsmålet. De hospitalsansatte, der savner tilbud, efterlyser bl.a. tværfaglige smerteklinikker og mulighed for samtaler med psykolog som relevante tilbud. Blandt de øvrige fagpersoner er det kun få, som peger på relevante tilbud, der ikke er beskrevet i forløbsprogrammet. En praktiserende læge peger på tilbud til patienter med kroniske rygsmerter, mens en anden praktiserende læge vurderer, at det vil være relevant med en diagnostisk vurdering hurtigere end forudsat i forløbsprogrammet. En kiropraktor nævner et behov for at styrke samarbejdet med patienternes arbejdspladser. Kommunalt ansatte nævner ligeledes psykologsamtaler til relevante patienter, og et par stykker nævner, at der bør være fokus på, hvordan patienterne fastholder fysisk aktivitet eller træning efter endt forløb.

2.2 Resultater fra de gennemførte interview

2.2.1 Kendskab, relevans og betydning

Næsten alle hospitals- og kommunalt ansatte interviewpersoner arbejder med forløbsprogrammet for lænderyglidelser til hverdag. Samtidig har mere end halvdelen af de private ydere (fysioterapeuter, praktiserende læger, kiropraktorer og speciallæger) været involveret i udvikling og implementering via formelle roller som praksiskonsulenter o.l.

Interviewdeltagere har derfor et godt kendskab til forløbsprogrammet og de opgaver, de er tiltænkt i dette. Der er også – i overensstemmelse med surveyet – opbakning til det at have et forløbsprogram. De væsentligste begrundelser for opbakningen er for det første et ønske om at fremme en rehabiliterende og ikke sygeliggørende behandling for patienter med lænderyglidelser. For det andet ses der generelt at være et behov for at skabe en mere sammenhængende indsats over for patienter med lænderyglidelser.

Kendskabet, den oplevede relevans og den faktiske betydning af forløbsprogrammet varierer dog betydeligt afhængig af sektortilhørsforhold. Det fremgår samtidig som en væsentlig pointe, at forløbsprogrammet på en række områder er mangelfuldt implementeret, ligesom det i lille omfang lykkes at nå målgruppen af patienter med nyopståede lændesmerter. Disse forskelle og perspektiver, der er på forløbsprogrammet, præsenteres derfor nedenfor – opdelt efter sektor.

2.2.2 Hospitalsansattes perspektiver

For de hospitalsansatte informanter falder forløbsprogrammet sammen med indførelsen af rygklinikker og tværfaglige udredningsforløb på de reumatologiske afdelinger. Langt de fleste hospitalsansatte bakker op om indførelsen af disse elementer. Relevansen begrundes bl.a. med, at der tidligere har manglet et tilbud om specialiseret tværfaglig udredning for lænderygpatienter.

Oplevelsen er således, at ryklinikkerne giver patientbehandlingen såvel som reumatologien et tiltrængt løft.

Hvad angår målgruppen for forløbsprogrammet er der enighed om, at langt de fleste patienter, som henvises til ryklinikkerne, allerede er kronisk syge, samt at alt for mange patienter ikke lever op til henvisningskriterierne:

Nyopdagede eksisterer nærmest ikke. 90 % af dem, der henvises, er kronikere. Så det er en udfordring ved programmet – vi ser ikke mange af dem, der er i målgruppen.

(Hospitalslæge)

Alt for ofte henvises patienter, hvor der ikke er nogen som helst indikation på, at de skal opereres. Og så skal de til udredning hos os. Man får lidt fornemmelsen, at når de [praktiserende læger] er kørt sur i et langvarigt forløb, så får vi dem herind, fordi så er der ro på i tre måneder.

(Hospitalslæge)

I forlængelse af denne pointe er der enkelte informanter, som stiller spørgsmål ved relevansen af at have forløbsprogrammet. Argumenterne imod dette er for det første, at der mangler evidens for effekten af den udredning og behandling, der tilbydes på ryklinikkerne, hvorfor denne ses som en dyr og udokumenteret måde at bruge hospitalernes ressourcer. For det andet argumenteres der for, at det netop virker sygeliggørende at henvise patienter uden klare indikationer til specialiseret udredning og behandling på hospitalerne.

Flertallet af hospitalsinformanter vurderer dog, at ryklinikkerne udgør et relevant tilbud, der har noget at tilbyde – også til de kronisk syge patienter. Disse interviewpersoner forbinder – i tråd med surveyet – forløbsprogrammet med større grad af patientinddragelse og et øget fokus på konservativ behandling. I forlængelse heraf fremhæves det for det første som positivt, at patienterne (mange for første gang) tilbydes en helhedsorienteret og tværfaglig udredning, hvor de får gennemgået og forklaret alle deres symptomer og bliver instrueret i, hvordan de kan arbejde med mobilitet og smertehåndtering i hverdagen. For det andet vurderer fagpersonerne, at forløbene mindsker antallet af patienter, der ender med at få en operation. For det tredje fremhæves, at patienterne generelt er glade for forløbet, og at en del oplever en god effekt af det.

I forhold til den konkrete implementering fremgår det, at der har været ledelsesmæssig opmærksomhed på alle matrikler, ligesom der de fleste steder har været afsat ekstra ressourcer til at etablere ryklinikkerne og de tilhørende tværfaglige udredningsforløb. Derfor er de tværfaglige udredningsforløb alle steder implementeret, så de i dag kører i fast drift. Det fremgår dog også, at implementeringen nogle steder har trukket ud, ligesom der er sket en række tilpasninger af forløbene – dels i takt med, at man har erfaret, at de henviste patienter adskiller sig væsentligt fra den målgruppe, der er beskrevet i forløbsprogrammet, dels i takt med, at der er gjort erfaringer med det tværfaglige samarbejde mellem fysioterapeuter, sygeplejersker og læger.

Mangel på egnede lokaler og krav om, hvor mange ydelser (konsultationer) der skal produceres, angives også af en del af interviewdeltagerne som udfordringer ved at give et helhedsorienteret og individuelt forløb:

Vi har en stor udfordring med det produktionspres, der følger af DRG-systemet. Vores arbejde er organiseret sådan, at der aldrig er tid nok til at gennemgå patienterne. Særligt ikke, hvis de kommer med udfordringer både i skulder og ryg, taler dårligt dansk eller er flygtninge og har været ude for voldsomme ting. Det er et stadigt pres, og vi bliver presset ovenfra til at se så mange patienter som muligt. Vi får samme betaling, uanset om vi ser patienterne fem minutter eller en time.

(Hospitalsansat)

Derfor arbejdes der flere steder fortsat med at få de sidste arbejdsgange og især arbejdsdelinger på plads internt i teamene. Enkelte steder har man også valgt at tilbyde færre, men længere konsultationer i forhold til det, der er angivet i forløbsprogrammet, for at have bedre tid til de enkelte samtaler.

2.2.3 Perspektiver fra praksissektorens ydere

Fysioterapeuter og kiropraktorer vurderer, at det faglige indhold i forløbsprogrammet og formålet er meget relevant. De oplever også, at programmets patientforløbsbeskrivelser, de beskrevne tidsforløb og anbefalinger matcher den faglige viden og de vejledninger, der i forvejen arbejdes ud fra i deres klinikker. Interviewpersonerne oplever derfor ikke, at forløbsprogrammet giver anledning til ændringer i deres arbejde med patienterne, eller at der har været behov for at tilegne sig nye kompetencer som følge af programmet.

Både kiropraktorer og fysioterapeuter lægger også vægt på, at de i høj grad ser gruppen af patienter med nyopståede lænderygsmarter, hvorfor de potentielt kan være vigtige aktører i forløbsprogrammet. Som det er illustreret i nedenstående citater, oplever de imidlertid ikke, at dette er tilfældet:

Det tager tid at lave en udredning og henvisning i relation til forløbsprogrammet, og der er ikke knyttet noget honorar til dette arbejde. Derfor er det ekstra frustrerende at lave det arbejde uden at få nogen form for tilbagemeldinger på de patienter, vi henviser. Når vi så samtidig kan se, at dem, vi henviser, ender hos en fysioterapeut i stedet for at komme retur til os, når de har været på rygcenteret, så er der mange, der står af over for forløbsprogrammet.

(Privatpraktiserende kiropraktor)

Visionen bag programmet er meget vigtig, men det er slet ikke implementeret i praksis. Vi har aldrig fået en henvisning fra en praktiserende læge, hvor der stod i henhold til forløbsprogram for lænderyglidelser. [...] Vi kunne godt gå ind og tage en mere aktiv tovholderrolle, men som det er nu, er der ingen honorarer, som understøtter, at vi gør det.

(Privatpraktiserende fysioterapeut)

Som det fremgår af citaterne, oplever både kiropraktorer og fysioterapeuter, at forløbsprogrammets praktiske implementering og den bagvedliggende honorarstruktur ikke understøtter den rolle, de ønsker at spille i forløbsprogrammet. Faggrupperne oplever heller ikke, at de øvrige aktører (især praktiserende læger) bruger dem på en anden måde, efter der er kommet et forløbsprogram. Derved er det også især i almen praksis, at der efterspørges et øget fokus på at implementere forløbsprogrammet – eller alternativt at der arbejdes på at give kiropraktorer og fysioterapeuter en mere aktiv tovholderrolle for patienter med lænderygsmarter.

De interviewede praktiserende læger vurderer som de øvrige ydere, at forløbsprogrammet på overordnet niveau er relevant, men også at det i lille grad er praktisk anvendeligt og implementeret i hverdagen. De interviewede læger vurderer således i overensstemmelse med surveyet, at praktiserende læger generelt ikke kender og anvender forløbsprogrammet i hverdagen:

Jeg kender det skrevne ord, men hvordan det lever i virkeligheden, er en anden sag. [...] ikke mange praktiserende læger kender programmet. Det er et meget specielt program, fordi det ikke er målrettet kronikere som de andre programmer. Fokus er på et kort forløb med et helt andet fokus – derfor tror jeg ikke, at programmet opleves relevant.

(Praktiserende læge)

Patientgruppen skiller sig meget ud fra de andre programmer [KOL, type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom], og programmet er ikke designet til at passe ind i de patient-kategorier, vi har i almen praksis. Programmet glider ud – dels på grund af travlhed, dels fordi det ikke passer ind i vores hverdag.

(Praktiserende læge)

De praktiserende læger oplever således, at det er svært at holde fokus på forløbsprogrammet i hverdagen, fordi det, i modsætning til de øvrige forløbsprogrammer, beskriver en midlertidig indsats, som er målrettet en patientgruppe, der præsenterer sig meget forskelligt i lægernes travle hverdag. Lægerne vurderer derfor, at det i udgangspunktet er meget svært at implementere programmet i almen praksis, og det eneste bud, de har på, hvordan det kan understøttes, er, at implementeringen af forløbsprogrammet fremadrettet understøttes af en § 2-aftale:

Man kunne flytte fokus ved at lave en § 2-aftale. Jeg tror, at masser af læger fortsat bare laver henvisning til fysioterapeut, når de møder de her patienter. Der skal ekstra honorering til – også bare det, at der er en kode, understøtter, at man husker det.

(Praktiserende læge)

På den baggrund vurderer lægerne, at hverdagen i almen praksis – med en undtagelse – er stort set upåvirket af forløbsprogrammet. Undtagelsen knytter sig til muligheden for at henvise patienter, der ikke har rodtryk til udredning på hospitalernes nye rygklinikker. Denne mulighed opleves meget relevant og som et godt tilbud for patienterne:

Før ville ingen kigge på dem, der ikke havde rodtryk. Det er styrken med programmet, at man kan hjælpe nogen patienter nu, man ikke kunne før. Man var meget optaget af at operere på hospitalerne før, men nu er der kommet et specialiseret tilbud om konservativ behandling.

(Praktiserende læge)

De interviewede praksislæger anvender derfor selv den nye henvisningsmulighed, og de vurderer, at dette også er tilfældet blandt de fleste af deres kolleger. Praksislægerne vurderer i den forbindelse, at de og deres kolleger generelt ikke er så opmærksomme på forløbsprogrammets tidsfrister, eller om der er tale om nyopståede smerter, men også at dette ikke nødvendigvis fremstår som et problem, fordi rygklinikkerne tager patienterne og giver dem et relevant tilbud:

De [rygklinikkerne] ser lidt stort på, om det er akut opståede patienter. De vil gerne have flow i det og gang i programmet. Og kronikerne de er super glade for det. Det er et super forsømt område, der har fået et løft.

(Praktiserende læge)

Under interviewet spurgte vi også de praktiserende læger, om de ser muligheder for at styrke samarbejdet mellem de involverede ydere. Lægerne ser i den forbindelse positivt på muligheden for, at fysioterapeuter og kiropraktorer anvender forløbsprogrammet som afsæt til at sende en epikrise med anbefalinger til egen læge som et fagligt oplæg til det videre forløb. Lægerne vurderer til gengæld ikke, at det vil være hensigtsmæssigt at delegerede tovholderrollen eller åbne op for, at andre faggrupper kan henvise til hospitalsudredning:

Man skal huske, at lænderygproblematikken ofte er en del af et større sygdomsbillede, som kiropraktorer og fysioterapeuter oftest ikke har indsigt i. Vi har viden om alle de andre aspekter; vi ved noget om komorbiditet og andre sygdomme i familien, medicinlister osv.

(Praktiserende læge)

Som det fremgår, vurderer de praktiserende læger, at det ikke er en god idé at uddelegere tovholderrollen, fordi lænderygpatienter ofte har andre diagnoser og problemstillinger, som spiller ind på forløbet og de beslutninger, der tages omkring dette. Derfor vurderer de praktiserende læger, at der er behov for deres viden om patienten for at sikre en helhedsorienteret tovholderrolle og henvisning til forløbsprogrammets tilbud.

2.2.4 Perspektiver fra kommunerne

De kommunale deltagere bakker i høj grad op om forløbsprogrammet for lænderyglidelser, og det fremgår, at næsten alle kommuner i dag har etableret de tilbud, der er beskrevet som minimumsstandard i programmet. Den generelle oplevelse er samtidig, at der har været tilstrækkelig ledelsesmæssig bevågenhed og information internt i kommunerne, og at tilbuddene i dag kører i drift. Et klart flertal af de kommunale fagpersoner peger imidlertid også på manglende implementering og overholdelse af programmet blandt dem, der skal henvises til de kommunale tilbud, som en væsentlig barriere for at få de kommunale forløb til at fungere efter hensigten.

Manglende Ref01 henvisninger (elektronisk henvisning til kommunal rehabilitering) fra praktiserende læger såvel som fra hospitalsafdelinger betyder således, at flertallet af kommuner har svært ved at fylde holdene og sikre tilbud, der er fagligt bæredygtige. Derfor er der også mange, som med varierende held selv rekrutterer deltagere til rehabilitering blandt de patienter, der er henvist med en genoptræningsplan frem for en Ref01. Resultatet er, at der også i kommunerne er mange patienter med kroniske rygsmærter i rygtilbuddene, og de fleste har svært ved at udnytte kapaciteten i de oprettede tilbud. I forlængelse heraf efterspørger mange interviewpersoner et øget ledelsesmæssigt fokus på at udvikle det tværsektorielle samarbejde om forløbsprogrammet.

Enkelte kommuner har dog haft større succes. Det drejer sig først og fremmest om kommuner med et stort befolkningsgrundlag og et veludviklet samarbejde med deres lokale ryklinik (Frederiksberg og Københavns Kommuner samt Bornholms Regionskommune). For det andet er der et eksempel på en kommune, som driver et tilbud for andre kommuner, samtidig med at det er lykkedes at engagere almen praksis i forløbsprogrammet (Brøndby Kommune). I disse kommuner er der – som det uddybes senere i rapporten – etableret et tilstrækkeligt patientgrundlag til at udnytte kapaciteten på de oprettede tilbud effektivt, samtidig med at henvisning via Ref01 er implementeret.

2.3 Opsamling

Forløbsprogrammet er kendt og opleves relevant af de fleste fagpersoner fra kommuner og hospitaler i evalueringen, og det vurderes, at programmet er med til at fremme et fokus på konservativ behandling. Det fremgår også, at der har været ledelsesmæssig opmærksomhed på programmet, samt at de beskrevne tilbud stort set er etableret som ønsket i de to sektorer. Til gengæld oplever både de kommunale og regionale fagpersoner væsentlige problemer vedrørende efterlevelsen blandt private ydere, samt at der problemer med at nå den beskrevne målgruppe. I den forbindelse fremstår det som en væsentlig pointe, at der er sket et skred, således at forløbsprogrammets udrednings- og rehabiliteringstilbud i højere grad gives til kronisk syge patienter end den intenderede målgruppe med nyopståede smerter.

De interviewede private ydere bakker ligeledes op om de overordnede målsætninger for programmet. Både interview og survey indikerer dog, at yderne som helhed har et lille kendskab til forløbsprogrammet, samt at dette i begrænset omfang er implementeret i hverdagen. De overordnede barrierer for implementering, som fremhæves, knytter sig til, at forløbsprogrammets arbejdsgange og rutiner ikke opleves som et godt match med hverdagen hos de private ydere, samt at der mangler en honorering, som understøtter arbejdet med forløbsprogrammet.

De overordnede pointer i relation til den fremadrettede udvikling af forløbsprogrammet, der fremstår på baggrund af dette kapitel, er derfor, at:

- Der ses et stort behov for at styrke implementeringen blandt de private ydere, hvis det ønskes at videreføre forløbsprogrammet i sin nuværende form. Der bør i den forbindelse være særlig opmærksomhed på problemstillingen om, at praktiserende lægers hverdag er fyldt med meget andet end lænderygpatienter, samt at lænderygpatienterne ofte præsenterer sig meget forskelligt over for deres læge.
- Der ses et behov for at tage stilling til, hvem målgruppen for forløbsprogrammet er, samt at præcisere, hvilke patienter der skal modtage forløbsprogrammets tilbud. Mange fagpersoner efterlyser i den forbindelse, at målgruppen udvides til også at inkludere patienter med langvarige rygsmerter.
- Der er behov for at øge både de regionale rygklinikkers og de praktiserende lægers kendskab og henvisninger til de kommunale tilbud på lænderygområdet.
- En del har den oplevelse at være underlagt et u hensigtsmæssigt krav om at have mange, men korte patientkontakter af hensyn til DRG-afregningen.

Disse forhold uddybes og nuanceres i det næste kapitel, som går tæt på de rutiner og arbejdsdelinger, der skal fungere i hverdagen, således at patienterne får de tilbud, der er beskrevet i forløbsprogrammet.

3 Sundhedsfaglige indsatser og samarbejde om forløb

Dette kapitel går tæt på de arbejdsgange, der er omkring henvisning, udredning og rehabilitering af lænderygpatienter, samt de arbejdsdelinger der er lagt op til imellem private ydere, hospital og kommuner. Kapitlet præsenterer i forlængelse heraf også fagpersonernes bud på relevante tilbud, som med fordel kan medtages i forløbsprogrammet.

3.1 Sundhedsfaglige indsatser hos private ydere og på hospital

3.1.1 Forløbsprogrammets tidsfrister for udredning og behandling

Forløbsprogrammet beskriver tidsforløbet for de sundhedsfaglige indsatser i primærsektoren, som tilbydes patienter i løbet af programmet. Der er dermed bestemte tidsfrister, som forudsættes overholdt. Den praktiserende læge skal fx vurdere tilstanden hos patienter med nyopståede lændesmerter efter henholdsvis to, fire og otte uger. Forløbsprogrammet beskriver et tidsforløb for henholdsvis patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter og patienter med nerverodspåvirkning. I Tabel 3.1 er vist de praktiserende lægers vurdering af muligheden for at overholde tidsforløbet til at vurdere patienter med nyopståede lændesmerter, som det er beskrevet i forløbsprogrammet.

Tabel 3.1 Praktiserende lægers vurdering af, i hvilken grad det har været muligt at overholde forløbsprogrammets tidsfrister for at vurdere patienters tilstand

	Patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter	Patienter med nerverodspåvirkning
I meget høj grad	6 %	9 %
I høj grad	16 %	34 %
I nogen grad	47 %	31 %
I beskednen grad	22 %	16 %
Ved ikke	9 %	9 %
Total	100 %	100 %
Antal	32	32

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Som det fremgår af tabellen, vurderer et klart flertal af praktiserende læger, at det kun i nogen grad eller i beskednen grad har været muligt at overholde forløbsprogrammets tidsfrister, når det gælder vurdering af patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter. Lidt bedre ser det ud for patienter for nerverodspåvirkning, hvor godt fire ud af ti læger vurderer, at det i meget høj grad eller i høj grad har været muligt at overholde tidsfristerne. Det er dog knap halvdelen, der vurderer, at det kun i nogen grad eller i beskednen grad har været muligt at overholde tidsfristerne for patienter med nerverodspåvirkning.

Det fremgår af praktiserende lægers besvarelser, at der er to hovedårsager til, at tidsfristerne i forløbsprogrammet ikke overholdes. Den ene er ventetid på behandling på hospital eller hos speciallæge, eller at henviste patienter til hospital afvises. Den anden hovedårsag angives at være travlhed i almen praksis. Dette matcher i høj grad pointerne fra evalueringens interview med praktiserende læger (jf. afsnit 2.2 tidligere i rapporten).

I forløbsprogrammet er tilsvarende beskrevet et tidsforløb for den sundhedsfaglige indsats i den sekundære sektor. Også her er der forskellige tidsforløb for patienter med henholdsvis uspecifikke eller degenerative lændesmerter og patienter med nerverodspåvirkning. I Tabel 3.2 er vist de hospitalsansattes vurdering af, i hvilken grad det har været muligt at efterleve forløbsprogrammets tidsfrister for udredning og behandling af patienter med lænderyglidelse.

Tabel 3.2 Hospitalsansattes vurdering af, i hvilken grad det har været muligt at overholde forløbsprogrammets tidsfrister for udredning og behandling

	Patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter	Patienter med nerverodspåvirkning
I meget høj grad	18 %	25 %
I høj grad	25 %	39 %
I nogen grad	25 %	7 %
I beskednen grad	7 %	11 %
Slet ikke	4 %	–
Ved ikke/kender ikke tidsfristerne	21 %	18 %
Total	100 %	100 %
Antal	28	28

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Omkring en femtedel af svarpersonerne har ikke kunnet tage stilling til spørgsmålet. Blandt de øvrige er det 43 %, der har vurderet, at det i meget høj grad eller i høj grad har været muligt at overholde tidsfristerne i forhold til patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter, mens et betydeligt flertal har vurderet, at det har været muligt, når det gælder patienter med nerverodspåvirkning. Som årsag til, at det ikke har været muligt at overholde tidsfristerne, nævnes i kommentarerne til surveyet og de gennemførte interview hyppigst kapacitetsproblemer i forhold til antallet af henviste patienter og ventetid på undersøgelser.

3.1.2 Henvisning fra almen praksis til hospital

I Tabel 3.3 er vist hospitalsansattes vurdering af, i hvilken grad forløbsprogrammet har ført til, at reumatologisk afdeling ser de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt til specialiseret udredning og behandling.

Tabel 3.3 Hospitalsansattes vurdering af, i hvilken grad forløbsprogrammet har ført til, at reumatologisk afdeling ser de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt

	Patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter	Patienter med nerverodspåvirkning
I meget høj grad	7 %	18 %
I høj grad	14 %	32 %
I nogen grad	54 %	29 %
I beskednen grad	11 %	7 %
Ved ikke	14 %	14 %
Total	100 %	100 %
Antal	28	28

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Når det gælder patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter, er det alene 21 % af de hospitalsansatte i undersøgelsen, der vurderer, at forløbsprogrammet har ført til, at reumatologisk afdeling ser de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt. Godt halvdelen vurderer, at det kun sker i nogen grad. Når det gælder patienter med nerverodspåvirkning, vurderer halvdelen af de hospitalsansatte, at forløbsprogrammet har medført, at reumatologisk afdeling ser de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt.

Hospitalsansatte, som har vurderet, at reumatologisk afdeling kun i nogen grad eller i beskeden grad ser de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt, er blevet spurgt, om patienter typisk henvises for tidligt eller for sent i forhold til at opnå et optimalt forløb. Svarenes fordeling fremgår af Tabel 3.4.

Tabel 3.4 Hospitalsansattes vurdering af, om patienter typisk henvises for tidligt eller for sent i forhold til at opnå et optimalt forløb

	Patienter med uspecifikke eller degenerative lændesmerter	Patienter med nerverodspåvirkning
Henvises typisk for sent	33 %	33 %
Henvises typisk for tidligt	11 %	17 %
Ved ikke	56 %	50 %
Total	100 %	100 %
Antal	18	18

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Omkring halvdelen har ikke kunnet tage stilling til spørgsmålet. Blandt dem, som har kunnet tage stilling, har langt de fleste angivet, at patienter typisk henvises for sent, hvilket er i overensstemmelse med interviewpersonernes oplevelse af, at det oftest er kronisk syge patienter, der henvises til ryklinikkerne (jf. afsnit 2.2).

Nogle patienter henvises også til ryklinikkerne fra hospitalets akutmodtagelser. Derfor har vi i interviewene spurgt ind til, hvorvidt akut indlagte patienter, der henvises til ryklinikkerne, overholder forløbsprogrammets tidsfrister og inklusionskriterier. Det fremgår i den forbindelse, at det langt overvejende er reumatologer fra ryklinikkerne, der tilser akut indlagte patienter med lænderygsmerter. Disse læger har et godt kendskab til forløbsprogrammet (jf. Tabel 2.3), og det vurderes derfor generelt, at henvisningerne er relevante, selvom der kan ske svipsere, hvis der er tale om nye læger, som ikke kender programmet. I forlængelse heraf anbefales det også, at der fremadrettet er øget fokus på at introducere nye læger til programmet, da udskiftningen af læger er meget stor på nogle afdelinger.

3.1.3 Henvisninger til kiropraktorer og fysioterapeuter

Der også lagt op til, at praktiserende kiropraktorer og fysioterapeuter har en væsentlig funktion i forløbsprogrammet i forhold til at yde information, manuel behandling og øvelsesterapi til lænderygspatienter. Det er således et spørgsmål, om dette har ført til øget opmærksomhed på disse faggruppers funktion og dermed antallet af henviste patienter fra almen praksis, hospital og privatpraktiserende reumatologer. Dette undersøges i Tabel 3.5, som viser kiropraktorens vurdering af, om der inden for to-tre år er sket ændringer i omfanget af patienter, der bliver henvist med lænderyglidelse.

Tabel 3.5 Kiropraktorerers vurdering af, om der inden for de seneste to-tre år er sket ændringer i omfanget af patienter, der bliver henvist med lænderyglidelse

	Procent
Får henvist flere patienter med lænderyglidelse	27 %
Får henvist færre patienter med lænderyglidelse	-
Nej, får henvist stort set uændret antal patienter med lænderyglidelse	63 %
Ved ikke	10 %
Total	100 %
Antal	48

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Flertallet af kiropraktorerne i spørgeskemaet vurderer i overensstemmelse med de interviewede kiropraktorer, at der ikke er sket ændringer i omfanget af henviste patienter med lænderyglidelse. Godt en fjerdedel har dog angivet, at de får henvist flere patienter med lænderyglidelse. Det kan på baggrund af surveyet ikke konkluderes, hvorvidt dette skyldes forløbsprogrammet, eller om der er andre faktorer i spil. For eksempel peger de interviewede kiropraktorer selv på øget brug af sundhedsforsikringer som den væsentligste årsag til, at de ser flere rygpatienter.

De praktiserende læger er på linje med kiropraktorerne (Tabel 3.6), idet flertallet har angivet, at der inden for de seneste to-tre år ikke er sket ændringer i antallet af patienter med lænderyglidelse, som de henviser til henholdsvis kiropraktor og fysioterapeut.

Tabel 3.6 Praktiserende lægers vurdering af, om der inden for de seneste to-tre år er sket ændringer i omfanget af patienter med lænderyglidelse, som de henviser til kiropraktor eller praktiserende fysioterapeut

	Til kiropraktor	Til praktiserende fysioterapeut
Henviser flere	18 %	27 %
Henviser færre	9 %	6 %
Nej, henviser uændret antal	58 %	61 %
Ved ikke	15 %	6 %
Total	100 %	100 %
Antal	33	33

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Det fremgår samtidig, at knap en femtedel har angivet, at de henviser flere patienter til kiropraktor, mens godt en fjerdedel henviser flere til fysioterapeut. Igen kan vi ikke konkludere, i hvilket omfang dette hænger sammen med forløbsprogrammet, og ifølge interviewpersonerne spiller programmet kun ind i begrænset omfang. De interviewede praktiserende læger vurderer således på linje med kiropraktorerne, at eventuelle stigninger i antallet af patienter primært skyldes, at flere har private sundhedsforsikringer.

Der er forbundet en egenbetaling ved at blive behandlet af kiropraktor eller praktiserende fysioterapeut for patienterne. Det kan være en grund til, at nogle patienter afviser at blive henvist. I Tabel 3.7 er vist, i hvilken udstrækning praktiserende læger vurderer, at det sker.

Tabel 3.7 Praktiserende lægers vurdering af, i hvilken udstrækning en patient afslår henvisning til kiropraktor eller praktiserende fysioterapeut på grund af egenbetaling

	Procent
Ofte	18 %
Af og til	42 %
Sjældent	21 %
Aldrig	9 %
Ved ikke	9 %
Total	100 %
Antal	33

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Et flertal af praktiserende læger vurderer, at det ofte eller af og til sker, at en patient afslår at blive henvist til kiropraktor eller praktiserende fysioterapeut på grund af egenbetaling – til trods for de offentlige tilskud, der er tilknyttet. Se afsnit 3.5.2 om forskelle i valg af tilbud.

3.2 Kommunale indsatser til lænderygpatienter

De kommunale tilbud, der beskrives i forløbsprogrammet, omfatter patienter, hvor der er behov for en mere intensiv rehabiliteringsindsats. Henvisning til de kommunale tilbud kan ske fra den alment praktiserende læge, fra den privatpraktiserende speciallæge eller fra hospitalsafdeling, og det forudsættes, at henvisningen sker via Ref01. I forløbsprogrammet er også beskrevet, hvilket rehabiliteringstilbud kommunerne skal tilbyde, og at kommunerne kan tilbyde patientuddannelse til patienter med lænderyglidelse. Endvidere beskriver forløbsprogrammet, at det er kommunernes ansvar at tilrettelægge en målrettet indsats, som sikrer fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet for patienter i den erhvervsaktive alder. Det beskrives, at kommunerne skal planlægge arbejdsgange, der sikrer et tæt samarbejde mellem de forskellige faglige kompetencer, som skal være ansvarlige for den kommunale rehabiliteringsindsats, herunder beskæftigelsesindsatsen. Der peges i den forbindelse på tværfaglige rehabiliteringsteams.

På den baggrund belyser dette afsnit fagpersonernes vurderinger af kommunernes indsats i behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med lænderyglidelse.

Etablerede indsatser

Tabel 3.8 viser kommunalt ansattes angivelse af, hvilke af forløbsprogrammets obligatoriske tilbud der findes i deres kommune.

Tabel 3.8 Kommunalt ansattes angivelse af, at tilbydes en bestemt form for rehabiliteringsforløb der i deres kommune

	Standardiseret rehabiliteringsforløb/rygskole for hold	Standardiseret rehabiliteringsforløb/rygskole for patienter, der har gennemgået operation	Rehabiliteringsforløb/rygskole med individuel træning
Procentandel	98 %	94 %	91 %
Antal	64	64	64

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Som det fremgår af tabellen, har stort set alle kommunalt ansatte i overensstemmelse med de gennemførte interviews angivet, at alle tre beskrevne rehabiliteringstilbud findes i deres kommune.

Den kommunale rehabilitering foregår ofte i hold, og det er derfor et spørgsmål, om kommunerne får henvist et tilstrækkeligt antal patienter til kontinuerligt at kunne iværksætte holdforløb. I Tabel 3.9 er vist kommunalt ansattes vurdering af, om deres kommune får henvist et tilstrækkeligt antal patienter med lænderyglidelse til løbende at fylde et hold op.

Tabel 3.9 Kommunalt ansattes vurdering af, i hvilken grad kommunen får henvist et tilstrækkeligt antal patienter med lænderyglidelse til løbende at få fyldt et hold op

	Procent
I meget høj grad	9 %
I høj grad	25 %
I nogen grad	19 %
I beskeden grad	25 %
Slet ikke	17 %
Ved ikke	5 %
Total	100 %
Antal	64

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Mere end halvdelen af de ansatte i kommunerne har angivet, at de kun i nogen grad, i beskeden grad eller slet ikke får henvist et tilstrækkeligt antal patienter til løbende at få fyldt hold op. Alene godt en tredjedel vurderer, at de i meget høj grad eller i høj grad får henvist et tilstrækkeligt antal.

Ifølge kommentarerne til surveyet og de gennemførte interview er de væsentligste konsekvenser for det første, at de relativt få patienter med nyopståede smerter blandes med patienter med en kronisk lidelse, hvilket gør det vanskeligt at målrette forløbene. Enkelte gør i den forbindelse også opmærksom på, at de blandede hold er en udfordring for ønsket om ikke at sygeliggøre patienterne og lære dem, at de gerne må bevæge sig. Som eksempel nævner flere, at er vanskeligt at overbevise om, at ondt i ryggen ikke er farligt, når der er ny-opererede på holdet, som kan fortælle om, at de har haft lammelser og lange sygeforløb. For det andet betyder de manglende henvisninger, at mange hold bliver små (2-3 personer), eller at der tilrettelægges et individuelt forløb, hvor deltagerne så ikke får udbytte af dialog med hinanden. Den tredje tværgående pointe er ventetid for patienterne, fordi man flere steder vælger at samle patienter sammen, før der kan oprettes et hold.

Fastholdelse til arbejdsmarkedet – et særligt kommunalt indsatsområde

Som tidligere nævnt skal kommunerne sikre, at der er arbejdsgange, som sikrer et samarbejde mellem forskellige faglige kompetencer i et kommunalt rehabiliteringsforløb. Det kan fx handle om at koordinere en indsats i et kommunalt træningscenter og i jobcenter. I Tabel 3.10 er vist kommunalt ansattes angivelse af, hvilke arbejdsgange der findes i deres kommune for at sikre, at sagsbehandlere og/eller jobkonsulenter inddrages i relevante tilfælde for at sikre fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet for patienter med lænderyglidelse.

Tabel 3.10 Kommunalt ansattes angivelse af arbejdsgange til at sikre, at sagsbehandlere og/eller jobkonsulenter inddrages

	Procentandel
Kommunen har et tværfagligt rehabiliteringsteam	45 %
Aftaler om faste møder mellem træningspersonale og jobcenterpersonale	17 %
Beskrivne procedurer om udveksling af information mellem træningscenter og jobcenter	33 %
Andet	34 %
Ved ikke	17 %
Antal	64

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Det hyppigst angivne er, at kommunen har et tværfagligt rehabiliteringsteam. Det skal bl.a. ses i forhold til, at kommunerne i forbindelse med reformen af førtidspension og fleksjob fra 1. januar 2013 blev pålagt at etablere rehabiliteringsteams til at koordinere en indsats på tværs af forvaltninger og sektorer.

En tredjedel af de kommunalt ansatte angiver, at der er beskrivne procedurer om udveksling af information mellem træningscenter og jobcenter. Kommunalt ansatte, som har svaret 'andet', har typisk angivet, at der ikke er nogen faste procedurer, eller at der er ad hoc-kontakt ved behov.

I Tabel 3.11 er vist kommunalt ansattes vurdering af, i hvilken grad der i deres kommune er arbejdsgange, som sikrer en indsats for, at patienter med lænderyglidelse fortsat har tilknytning til arbejdsmarkedet.

Tabel 3.11 Kommunalt ansattes vurdering af, i hvilken grad deres kommune har arbejdsgange der sikrer en indsats for, at patienter med lænderyglidelse fortsat har tilknytning til arbejdsmarkedet

	Procent
I meget høj grad	6 %
I høj grad	22 %
I nogen grad	39 %
I beskeden grad	14 %
Ved ikke	19 %
Total	100 %
Antal	64

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Knap 20 % har ikke kunnet tage stilling til spørgsmålet, men flertallet af dem, der har taget stilling, vurderer, at der kun i nogen grad eller i beskeden grad er arbejdsgange, der sikrer en indsats for fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet.

Endelig er kommunalt ansatte blevet spurgt, i hvilken udstrækning de oplever, at det ved henvisning til kommunal rehabilitering eller i en genoptræningsplan fremgår, om funktions- og arbejdsevnen er truet for patienter med lænderyglidelse. Svarfordelingen på spørgsmålet fremgår af Tabel 3.12.

Tabel 3.12 Kommunalt ansattes vurdering af, i hvilken udstrækning det ved henvisning til rehabilitering eller i en genoptræningsplan fremgår, om funktions- og arbejdsevne er truet

	Procent
I alle relevante tilfælde	3 %
I de fleste relevante tilfælde	14 %
I nogle af de relevante tilfælde	27 %
I de færreste relevante tilfælde	13 %
(Stort set) aldrig	20 %
Ved ikke	23 %
Total	100 %
Antal	64

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Det mest almindelige synes at være, at det ved henvisningen og i genoptræningsplanen ikke fremgår, hvorvidt funktions- og arbejdsevnen er truet. Blandt dem, der har kunnet tage stilling, er det de færreste, der angiver, at det i alle eller de fleste relevante tilfælde fremgår, at funktions- og arbejdsevnen er truet.

Til personer, hvor lænderyglidelsen udvikler sig til en kronisk tilstand, kan kommunerne ifølge forløbsprogrammet tilbyde patientundervisning. Praktiserende læger, ansatte på hospital og ansatte i kommune er blevet spurgt, om patienter bliver henvist til patientuddannelse i ændret omfang efter indførelse af forløbsprogrammet. Fordelingen af de forskellige faggruppers svar fremgår af Tabel 3.13.

Tabel 3.13 Fagpersoners vurdering af, hvorvidt patienter bliver henvist til patientuddannelse i ændret omfang efter forløbsprogrammets indførelse

	Praktiserende læge	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
I større omfang	34 %	43 %	47 %
I uændret omfang	34 %	11 %	23 %
I mindre omfang	3 %	4 %	5 %
Ved ikke	28 %	43 %	25 %
Total	100 %	100 %	100 %
Antal	32	28	64

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

En stor andel i alle faggrupper har ikke kunnet tage stilling til spørgsmålet. Blandt ansatte på hospital og i kommune, som har kunnet tage stilling, angiver et markant flertal, at patienter med lænderyglidelse i større omfang henvises til patientuddannelse. Blandt praktiserende læger har lige store andele angivet, at det sker i henholdsvis større og i uændret omfang. Det kan således konkluderes, at samlet set flere patienter med lænderyglidelse bliver henvist til patientuddannelse efter indførelse af forløbsprogrammet.

Supplerende pointer fra interview

Interviewene afspejler tendenserne fra surveyet – hvilket også illustreres ved, at der kun har deltaget en informant, som er ansat på et jobcenter. Det er således kun enkelte informanter,

som vurderer, at deres kommune har et formaliseret og velfungerende samarbejde med jobcentre, som der lægges op til i forløbsprogrammet. Som årsag bliver der peget på, at lovgivningen på sygedagpengeområdet til dels har overhalet forløbsprogrammet. Det er således blevet lovpligtigt at have de tværfaglige rehabiliteringsteams og kontaktpersoner, som er beskrevet i forløbsprogrammet – og det har alle kommunerne i dag. Teamene er dog forankret i jobcentrene, hvorfra der i varierende grad er etableret samarbejdsrelationer til træningsområdet. Forankringen i jobcentrene giver ifølge de fleste interviewpersoner god mening, da det kan være modsætningsfyldt at integrere indsatsen på tværs af de to områder og lovgivninger.

Modsætningerne eksemplificeres med dårlige erfaringer fra nogle af de konkrete forsøg, der har været på at sammenkoble indsatserne efter indførelsen af forløbsprogrammet. Flere fortæller således, at de startede med at invitere en repræsentant fra jobcentrene til at deltage i undervisningen på patientuddannelsen for at informere om forløbet der, samt hvordan rehabiliteringen kunne spille sammen med dette. Erfaringen er dog, at disse møder mellem deltagerne og jobcenterets medarbejdere ofte bliver konfronterende. Det forklares med, at de patienter, der har en 'tung' sygedagpengesag, ofte er meget fokuserede på deres rettigheder og 'deres kamp med systemet'. Derfor fortæller de interviewpersoner, som nævner dette initiativ, at det hurtigt blev stoppet igen.

I det omfang der er et konkret patientrettet samarbejde med beskæftigelsesområdet, er det langt overvejende begrænset til ad hoc-samarbejde om individuelle forløb. I disse tilfælde består samarbejdet typisk i, at terapeuterne videreformidler viden om patienternes funktionsniveau, og hvor meget belastning de kan klare til den ansvarlige fastholdelseskonsulent i jobcenteret. Denne viden anvendes fx til at tilrettelægge ressourceforløb o.l. i jobcenteret. Samarbejdsformen opleves generelt som velfungerende, og de terapeuter, der fortæller om det, er generelt opmærksomme på, at deres rolle kun er relateret til at videregive de objektive oplysninger om funktionsniveau og træning, så de ikke kommer i klemme mellem patienterne og sagsbehandlingen i jobcentrene.

De kommunale interviewpersoner understreger også, at forløbsprogrammet har været med til at understøtte et fokus på at udvikle samarbejdet mellem træningsområdet og jobcentrene på organisatorisk niveau. Det sker fx via halvårige møder med repræsentanter fra jobcentrene. Her drøftes betingelser for opgavevaretagelse, samarbejde og snitflader på generelt niveau. Møderne beskrives som nyttige i forhold til at lære hinandens vilkår at kende, så man forstår, hvordan man kan og ikke kan hjælpe hinanden i konkrete borgerforløb. Fremadrettet er der mange interviewpersoner, som ønsker at denne type relationsdannelse – hvor der skabes fælles viden, og hvor forståelse for hinandens opgaver og vilkår styrkes.

3.3 Det tværsektorielle samarbejde om rehabiliterings- og behandlingsforløb

I dette afsnit analyseres samarbejdsformen samt samarbejdets omfang og indhold mellem hospital, praktiserende læge og kommune om patienter med lænderyglidelse, som det er angivet af forskellige fagpersoner i evalueringen.

Nedenstående tabeller undersøger, i hvilken udstrækning behandlings- og rehabiliteringsforløb planlægges i et samarbejde mellem de forskellige fagpersoner og sektorer. Tabel 3.14 viser hospitalsansattes vurdering af, i hvilken grad de planlægger behandlings- og rehabiliteringsforløb i samarbejde med praktiserende læge, kommunalt træningscenter og kommunalt jobcenter.

Tabel 3.14 Hospitalsansattes angivelse af, i hvilken grad de planlægger behandlings- og rehabiliteringsforløb i samarbejde med andre faggrupper

	Praktiserende læge	Kommunalt træningscenter	Kommunalt jobcenter
I meget høj grad	4 %	18 %	-
I høj grad	7 %	43 %	4 %
I nogen grad	14 %	21 %	7 %
I beskeden grad	29 %	11 %	25 %
Slet ikke	39 %	7 %	61 %
Ved ikke	7 %	-	4 %
Total	100 %	100 %	100 %
Antal	28	28	28

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Som det fremgår, planlægger hospitalsansatte især behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med lænderyglidelse i samarbejde med kommunalt træningscenter, idet mere end halvdelen har angivet, at det sker i meget høj grad eller i høj grad. Mindre end 20 % har angivet, at det sker i beskeden grad eller slet ikke. Derimod er det mest almindeligt ikke at planlægge behandlings- og rehabiliteringsforløb i samarbejde med praktiserende læge og jobcenter. Et flertal har angivet, at det i beskeden grad eller slet ikke sker i samarbejde med praktiserende læge, og næsten alle har angivet, at det i beskeden grad eller slet ikke sker i samarbejde med kommunalt jobcenter.

Tabel 3.15 viser praktiserende lægers angivelse af, i hvilken udstrækning de planlægger behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med lænderyglidelse i samarbejde med andre fagpersoner.

Tabel 3.15 Praktiserende lægers angivelse af, i hvilken grad de planlægger behandlings- og rehabiliteringsforløb i samarbejde med andre fagpersoner

	Reumatologisk afdeling	Kommunalt træningscenter	Kommunalt jobcenter	Praktiserende speciallæge	Kiropraktor	Privatpraktiserende fysioterapeut
I meget høj grad	-	9 %	-	6 %	-	-
I høj grad	18 %	9 %	9 %	6 %	6 %	24 %
I nogen grad	12 %	24 %	18 %	18 %	9 %	27 %
I beskeden grad	18 %	24 %	18 %	30 %	27 %	24 %
Slet ikke	52 %	33 %	55 %	39 %	55 %	24 %
Ved ikke	-	-	-	-	3 %	-
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	33	33	33	33	33	33

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Det fremgår, at praktiserende læger i undersøgelsen sjældent planlægger behandlings- og rehabiliteringsforløb i samarbejde med andre fagpersoner. Blandt de nævnte grupper sker det hyppigst med privatpraktiserende fysioterapeuter, hvor godt halvdelen har svaret, at det sker i høj

grad eller i nogen grad. Godt halvdelen har til gengæld svaret, at de slet ikke planlægger behandlings- og rehabiliteringsforløb i samarbejde med reumatologisk afdeling, kommunalt jobcenter og kiropraktor.

I Tabel 3.16 er vist kommunalt ansattes angivelse af, i hvilken grad de planlægger behandlings- og rehabiliteringsforløb i samarbejde med reumatologisk afdeling, praktiserende læge, kommunalt jobcenter, praktiserende speciallæge og kiropraktor.

Tabel 3.16 Kommunalt ansattes angivelse af, i hvilken grad de planlægger behandlings- og rehabiliteringsforløb i samarbejde med andre faggrupper

	Reumatologisk afdeling	Praktiserende læge	Kommunalt jobcenter	Praktiserende speciallæge	Kiropraktor
I meget høj grad	7 %	9 %	4 %	6 %	1 %
I høj grad	4 %	7 %	12 %	1 %	-
I nogen grad	16 %	26 %	25 %	10 %	-
I beskednen grad	29 %	29 %	26 %	18 %	10 %
Slet ikke	32 %	21 %	21 %	50 %	65 %
Ved ikke	10 %	7 %	12 %	15 %	24 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	68	68	68	68	68

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Det fremgår af tabellen, at også de kommunalt ansatte sjældent planlægger behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med lænderyglidelse i samarbejde med andre fagpersoner. I forhold til alle faggrupper er det en beskednen andel, der har angivet, at det sker i meget høj grad eller i høj grad. Det højeste er, at 16 % har angivet, at de i meget høj grad eller i høj grad planlægger i samarbejde med et kommunalt jobcenter.

Det fremgår således på tværs af respondentgrupperne, at et egentligt samarbejde mellem de forskellige faggrupper om at planlægge behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter er sjældent forekommende.

Supplerende pointer fra interview

Interviewdeltagerne vurderer i tråd med surveyet, at langt de fleste behandlings- og rehabiliteringsforløb for lænderygpatienter planlægges og koordineres via skriftlige henvisninger.

Overleveringen fra praktiserende læger og praktiserende reumatologer til hospital sker via henvisninger til rygklinikkerne. Hospitalsinformerne er enige om, at kvaliteten af henvisninger fra privatpraktiserende reumatologer er god. Til gengæld er der lige så stor enighed om, at kvaliteten af de praktiserende lægers henvisninger generelt ikke er god nok. Nedenstående citat opsummerer de typiske mangler, som bliver fremhævet på tværs af interviewene:

Det, der ofte mangler, er: redegørelse for sygehistorien, resultater af manuelle undersøgelser, præcis angivelse af, hvornår og hvor der er bestilt MR-scanning, en del læger beder hospitalet om at bestille MR-scanning, hvilket forsinker forløbet, og mange glemmer at angive, når der er brug for tolkebistand. En del patienter henvises også for hurtigt eller for sent, og det er ikke alle, der har været forbi en fysioterapeut, inden de bliver henvist.

(Hospitalslæge)

Strategierne for at håndtere de ufuldstændige eller forkerte henvisninger fra almen praksis varierer. Som også omtalt af de praktiserende læger accepteres mange henvisninger på kronisk syge patienter, dels fordi der også på hospitalerne er en oplevelse af, at den tværfaglige udredning gavner disse, dels for at udnytte ryklinikernes kapacitet. Det fremgår dog også, at relativt mange henvisninger afvises, når der ikke er indikation for den tværfaglige udredning, eller når der mangler oplysninger om de manuelle undersøgelser, som skal laves i almen praksis, eller oplysninger om patientens sygehistorik:

Man kan undre sig over, at praktiserende læger ikke kender programmet bedre. Der er nogen, som kender det godt, men generelt har det ikke ændret ret meget. Vi mødes og gennemgår forløb med vores praksiskonsulent hver tredje måned, men det er svært at kommunikere med de enkelte læger. Derfor har vi også været skrappe til at sende henvisningerne tilbage for at øge kvaliteten og kendskabet.

(Hospitalslæge)

Ovenstående pointe blev bekræftet i interviewet med de praktiserende læger, som oplever, at: *Der kommer mange henvisninger retur, og det er svært at lave en god henvisning.* Ryklinikken på Frederiksberg fremhæves i den forbindelse positivt, *fordi de sender et brev til os, som forklarer, hvad vi skal være opmærksomme på, næste gang vi henviser.* Endvidere vurderer praksislægerne, at det vil understøtte korrekte henvisninger, hvis forløbsprogrammet fremadrettet understøttes af dynamiske henvisninger. Dels fordi der i disse er hjælpetekst i de forskellige felter, der skal udfyldes, dels fordi der er indlagt en række stopmekanismer, så henvisningen ikke kan sendes, før alle oplysninger er med.

Overleveringen fra hospital til kommuner sker de fleste steder udelukkende via genoptræningsplaner, og kvaliteten af disse opleves generelt som god. Der er ingen interviewpersoner, som har erfaringer med at bruge korrespondancemeddelelser som supplement til de formaliserede henvisningsveje. Når der er tvivl om fx funktionsniveau, anvendes i stedet telefonen, og denne faglige kontakt – som typisk sker fra terapeut til terapeut – opleves i det store hele som velfungerende. Der er også enkelte hospitaler, som henviser via Ref01, men det fremstår som en klar tværgående pointe, at både kommuner og hospitaler er bevidste om, at Ref01 ikke er særlig kendt på hospitalerne, og at det langt fra anvendes i det omfang, der var lagt op til i forløbsprogrammet. De kommunale fagpersoner har derfor et stort ønske om, at Ref01 fremadrettet implementeres bedre i hospitalsregi.

Det fremgår endvidere, at kommune-hospitalssamarbejdet – selvom hospitalspersonalet de steder, hvor de har mødt de kommunale fagpersoner, har tillid til det faglige niveau i kommunerne – de fleste steder går trægt. De fleste hospitalsansatte har således et stærkt begrænset kendskab til de kommunale tilbud, og de fleste kan ikke adskille kommunerne fra hinanden.

Overleveringen fra praksissektoren til kommunerne fremstår ligeledes som et samarbejde, der først og fremmest er baseret på henvisninger og envejskommunikation. Endvidere nævner hverken kiropraktorer, fysioterapeuter eller kommunalt ansatte eksempler på, at de kommunikerer og planlægger lænderygforløb med hinanden. Kontakten i primærsektoren er således baseret på henvisninger fra almen praksis til kommune og skriftlige tilbagemeldinger fra kommuner til praktiserende læger.

Som tidligere nævnt modtager kommunerne også langt fra så mange Ref01-henvisninger fra almen praksis som ønsket, og dette bekræftes i interviewet med de praktiserende læger, som alle medgiver, at deres viden om kommunernes tilbud er mangelfuld:

Vi sidder her og er nogle af dem, der ved mest om det, og vi er påfaldende uvidende, hvad angår de kommunale tilbud, må vi indrømme. Der er så mange aktører på det her område.

(Praktiserende læge)

Der er imidlertid også andre forhold end manglende viden på spil for de praktiserende læger, som vurderer, at de kommunale tilbud matcher patienter med nyopståede lænderygsmærter dårligt, dels fordi der ifølge lægerne er for lang ventetid på opstart af holdene, dels fordi tilbuddene kun foregår inden for normal arbejdstid. Lægerne gør derfor i meget høj grad, som de plejer, hvilket vil sige at bruge de tilbud, der umiddelbart er tilgængelige hos kiropraktorer og fysioterapeuter, samt viderehenvisning til hospitalernes rygklinikker. I det omfang de interviewede læger henviser til kommunale tilbud, handler det således om patienter, de har fået retur fra rygklinikken, og om kronisk syge patienter der har brug for 'et udvidet og gratis tilbud'.

Som illustreret i nedenstående citat vurderer de kommunale informanter, at kvaliteten af praksislægernes henvisninger ikke er god nok:

Det er meget få borgere, vi får henvist fra almen praksis. Vi kan se en gang imellem, at der pludselig er én, der opdager programmet og henviser en masse. Men i de tilfælde får vi så alt, der handler om ryg, så mange henvisninger matcher ikke forløbsprogrammet.

(Kommunal fagperson)

I forlængelse af ovenstående fremgår det dog også, at de fleste kommuner sjældent afviser henvisninger fra de praktiserende læger ud fra et ønske om at øge antallet af henvisninger. Det sker fx ved at tilbyde patienten et individuelt forløb, selvom vedkommende ikke matcher kriterierne for rehabilitering fuldt ud, og ved at kontakte henvisende læge for at orientere om henvisningskriterierne.

3.4 Fagpersonernes kendskab til hinandens tilbud

Kendskab til kommunernes tilbud og kriterierne for at henvise til disse er en grundlæggende forudsætning for, at hospitalsansatte og praktiserende læger henviser patienter til dem. I Tabel 3.17 er vist, hvor stor en andel ansatte på hospital og praktiserende læger der inden for de seneste par år – efter implementering af forløbsprogrammet – har fået større viden om kommunale tilbud til patienter med lænderyglidelse. Tabellen viser også, hvor stor en andel der har brugt SOFT-portalen på sundhed.dk til at indhente information om kommunale tilbud.

Tabel 3.17 Viden om kommunernes tilbud til patienter med lænderyglidelse og brug af SOFT-portalen på sundhed.dk

	Praktiserende læge	Ansæt på hospital
Har fået større viden inden for de seneste par år	47 %	79 %
Har brugt SOFT-portalen	44 %	21 %
Antal	34	28

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Som det fremgår, har et meget stort flertal af ansatte på hospital fået større viden om kommunale tilbud til patienter med lænderyglidelse, mens knap halvdelen af praktiserende læger har fået større viden. Der er således en klar tendens til, at de potentielle henviseres viden er øget, men det fremgår også, at kun hver femte hospitalsansatte og under hver anden praktiserende

læge har benyttet SOFT-portalen. Det skal i den forbindelse bemærkes, at svarene ikke siger noget om, hvor højt kendskabet til de kommunale tilbud er, og hvorvidt det øgede kendskab er forbundet med flere henvisninger til de kommunale tilbud. Som tidligere gennemgået oplever mange af evalueringens fagpersoner ikke, at dette er tilfældet i tilstrækkelig grad.

3.5 Ideer til forbedringer af tilbud

Surveyets pointer vedrørende forløbsprogrammets betydning for samarbejde og behandling er også afspejlet i de forslag til forbedringer af tilbud, som er afdækket i interviewene. Nedenstående afsnit beskriver følgende forslag til konkrete forbedringer af tilbud, som er afdækket via interviewundersøgelsen:

- En organisering der skaber et større patientgrundlag for de kommunale tilbud
- Øget fokus på psykosociale indsatser samt individuelle forløb for sårbare patienter.

3.5.1 Mere tværgående organisering af de kommunale tilbud

Det fremstår på tværs af interview og sektorer, at mange kommuner har et for lille befolkningsgrundlag til, at det er ressourceeffektivt at oprette rehabiliteringstilbud, som indeholder de elementer og den tværfaglighed, der er lagt op til i forløbsprogrammet, samtidig med at der er mulighed for løbende optag og individuelt tilpassede forløb. Derfor er der også enkelte eksempler på kommuner, der helt har valgt at købe rehabiliteringen hos private ydere eller i nabokommuner på grund af manglende volumen i antallet af patienter.

I forlængelse af ovenstående pointer bliver København og Frederiksberg Kommuner og de fire kommuner, som har oprettet et fælles forløb på Vestegnen (se casebeskrivelse næste side), fremhævet positivt: Det skyldes, at de har et tilstrækkeligt stort befolkningsgrundlag til at kunne etablere – og fylde – specifikke tilbud om lænderygrehabilitering, som fuldt lever op til ambitionsniveauet i forløbsprogrammet. I forlængelse heraf efterlyser en del interviewpersoner, at andre kommuner i højere grad deler viden med hinanden og samarbejder om at udbyde fælles forløb med afsæt i den model, der er udviklet på Vestegnen, hvor Brøndby Kommune varetager lænderygrehabiliteringen på vegne af fire kommuner.

Case: Fire vestegnskommuners samarbejde om rehabilitering til lænderygpatienter

Da forløbsprogrammet for lænderyglidelser blev introduceret, besluttede Brøndby, Høje-Taastrup, Albertslund og Glostrup Kommuner at etablere et tværkommunalt samarbejde omkring de kommunale tilbud på baggrund af de gode erfaringer, der tidligere er gjort i Vestegnsprojektet (2).

Formålet er at etablere et tilbud til lænderygpatienter med et tilstrækkeligt stort patientgrundlag til at opretholde et tværfagligt og specialiseret tilbud, der lever op til anbefalingerne i forløbsprogrammet. Rehabiliteringen af lænderygpatienter er derfor samlet i et tilbud, som drives af Brøndby Kommune. Der er indgået en aftale om solidarisk finansiering, hvor kommunerne deler udgifterne til tilbuddet med afsæt i, hvor mange borgere de hver især får henvist.

Ifølge de interviewede fagpersoner er erfaringerne overvejende positive. De fordele, der bliver fremhævet af de kommunale informanter, er følgende:

- Det er muligt at opretholde et tværfagligt tilbud, hvor underviserne har specialistviden og mulighed for at fokusere på lænderygpatienter.
- Kapaciteten udnyttes fuldt ud – og det er kun patienter henvist via Ref01, der optages på holdene.
- Der er mulighed for at planlægge individuelle forløb til patienter med særlige behov.
- Patienter med nyopståede lænderygsmerter bliver ikke blandet med kronisk syge/opererede patienter.

Interviewpersonerne oplever ikke nogen ulemper i forbindelse med den valgte organisering, og det vurderes, at patienternes eget ansvar for transport ikke udgør en væsentlig problemstilling, fordi gruppen af lænderygpatienter generelt er i stand til at transportere sig selv.

Det bliver dog fremhævet som en væsentlig pointe, at det ikke alene er på grund af størrelsen af patientgrundlaget, at tilbuddet er blevet en succes. Langt de fleste patienter henvises nemlig fra praktiserende læger i Brøndby Kommune. Som årsag til dette peges for det første på, at Brøndby Kommune i en årrække har haft en sundhedskoordinator med særligt ansvar for at udvikle samarbejdet med praktiserende læger, samt to praksiskonsulenter der er meget aktive. Vurderingen er derfor, at kommunen har 'knækket koden' til almen praksis, hvilket også illustreres i, at der deltog ca. 60 praktiserende læger i kommunens informationsmøde om lænderygprogrammet.

Herudover anvender de fire kommuner i samarbejdet omtale af tilbuddene i lokalaviser som et redskab til at gøre patienterne opmærksom på lænderygprogrammet for på den måde at skabe efterspørgsel på tilbuddene hos de praktiserende læger.

3.5.2 Øget fokus på sårbare patienters sociale og psykiske problemer

Psykisk sårbarhed, sociale problemer og langvarige sygemeldinger fremstår på tværs af interview og sektorer som en væsentlig problemstilling i relation til patienter med lænderyglidelser, som de sundhedsfaglige har vanskeligt ved at håndtere. Samtidig har mange interviewpersoner en oplevelse af, at de patienter, der ender på ryghospitalet og de kommunale tilbud, har en social ubalance, fordi en del af de ressourcerstærke patienter anvender sundhedsforsikringer og andre private tilbud.

Mange interviewpersoner fortæller således, at de godt kan mærke, at mange af de patienter, de møder, 'kæmper' med sygedagpengesystemet:

Sygedagpengesystemet virker nogen gange mere som mod- end medspiller. Selv ressourcerstærke syntes det er svært og stressende at navigere rundt i.

(Hospitalsansat)

Mange nævner også, at nogle patienter 'har en dagsorden om førtidspension', som konflikter med målsætningerne for rehabiliteringen. En del af disse patienter har anden etnisk baggrund og et andet syn på sundhedsvæsenet og den konservative behandling, der søges fremmet via forløbsprogrammet:

Vi bruger teletolk, og det hjælper meget på det sproglige. [...] men der er flere, som kommer med en anden kultur, som det pædagogisk er en meget større opgave at overbevise om, at det ikke er farligt at bevæge sig. De kommer og tør ikke bevæge

sig. Nogle kommer også med den dagsorden, at de gerne vil have en pension – det er i det hele taget en del af den social bias, der ofte spiller ind i lokalet.

(Hospitalsansat)

Mangelfuld smertehåndtering nævnes også som en særlig problemstilling i relation til de udsatte patienter, der udfordrer målet om at skabe motivation til at bevæge sig. Større mulighed for at tage individuelle hensyn og mulighed for at inkludere psykologrådgivning, socialrådgivere – og ikke mindst øget fokus på smertehåndtering – fremstår derfor som de hyppigste tilbud, der efterlyses på tværs af interview.

Muligheden for at inddrage patienter og tilrettelægge individuelle forløb hænger også sammen med fagpersonernes sundhedspædagogiske kompetencer og evne til at lære patienterne om smertehåndtering. Mange fysioterapeuter fortæller således, at de har måttet udvide deres faglighed i retning af en helhedsorienteret 'biopsykisk' model, frem for det 'biomekaniske' fokus de havde i udgangspunktet. Det fremgår i den forbindelse, at flertallet af de fagpersoner, der har forløbsprogrammet som en fast opgave, føler sig klædt relativt godt fagligt på i relation til disse nye kompetencer. De fagpersoner, som har været på Region Hovedstadens kurser om sundhedspædagogiske metoder, er generelt også tilfredse med udbyttet. Derfor anbefaler flere også, at der også fremadrettet udbydes kurser, så kompetenceniveauet bibeholdes, i takt med at der sker medarbejderudskiftning. Der er i den forbindelse enkelte, som efterlyser, at fremadrettede kurser i højere grad målrettes patientundervisere og/eller lænderygpatienter frem for de sundhedspædagogiske metoder generelt.

3.6 Opsamling

Forløbsprogrammets tidsfrister for udredning og behandling bidrager endnu ikke i det ønskede omfang til, at forløbsprogrammets aktører ser patienter med nyopståede lænderygsmerter tidligere i deres forløb. Det fremgår samtidigforbedre at forudsætningerne for at overholde tidsfristerne opleves bedre af fagpersoner på rygklinikkerne end hos de private ydere, ligesom det generelt er lettere at overholde tidsfristerne for patienter med nerverodspåvirkning end for patienter med degenerative/uspecifikke smerter. Det gælder også, at alle parter i evalueringen ser et stort potentiale i forhold til at forbedre såvel rettidigheden som kvaliteten af de praktiserende lægers henvisninger.

Forløbsprogrammet har heller ikke påvirket samarbejdet imellem de private ydere, i det omfang der var lagt op til. Flertallet af de private ydere vurderer således, at antallet af henvisninger fra praktiserende læger til fysioterapeut og kiropraktor ikke er ændret i den tid, der har været et forløbsprogram. Interviewpersonerne vurderer endvidere, at i det omfang der henvises flere patienter, skyldes det i højere grad et stigende antal private sundhedsforsikringer end forløbsprogrammet. Det fremgår i forlængelse heraf også som en pointe, at egenbetaling – for en del af de patienter, der ikke har sundhedsforsikringer – opleves som en væsentlig kilde til fravalg af behandling hos fysioterapeut og kiropraktor.

Ifølge de kommunale informanter har stort set alle kommuner etableret de tilbud om rehabilitering, der er angivet i forløbsprogrammet. Kommunernes tilbud og henvisningskriterierne er også beskrevet på SOFT-portalens på sundhed.dk. Samtidig angiver en relativt stor andel af hospitalsansatte og praktiserende læger, at de har fået bedre viden om kommunernes tilbud i perioden med forløbsprogrammet for lænderyglidelser. Det fremgår dog også, på tværs af faggrupper og sektorer, at det øgede kendskab kun i begrænset omfang er omsat til Ref01-henvisninger. Et stort flertal af kommunerne oplever derfor – som det også var tilfældet med forløbsprogrammerne for KOL, type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom (3,4) – at de får alt for få (Ref01-) henvisninger. Den stigning i antallet af henvisninger, der er angivet i surveyet, er således ifølge

interviewdeltagerne dels relateret til patienter, der henvises via en genoptræningsplan, dels ikke stor nok til at udnytte kapaciteten effektivt på de fleste kommuners tilbud.

Fastholdelse på arbejdsmarkedet er beskrevet som et særligt kommunalt indsatsområde i forløbsprogrammet. Evalueringen viser imidlertid, at det ideelle samarbejde, som beskrives i forløbsprogrammet, kun i begrænset omfang er etableret. Med enkelte undtagelser er samarbejdet ad hoc-baseret og relateret til individuelle forløb, hvor medarbejdere fra træningsområdet videregiver deres vurdering af borgerens funktionsniveau til fastholdelseskonsulenter fra jobcenteret. Som årsager nævnes for det første, at det er svært at kombinere de mål, der er for indsatsen i henholdsvis jobcenteret og rehabiliteringsområdet. For det andet vurderer mange, at lovgivningen på området i et vist omfang har overhalet forløbsprogrammet, fordi der på alle jobcentre er etableret tværfaglige rehabiliteringsteams. Interviewpersonerne vurderer langt hen ad vejen, at den etablerede arbejdsdeling er god. Men fremadrettet er der flere, som peger på et behov for at styrke relationerne og den fælles viden på tværs af de to kommunale områder.

Endelig oplever deltagerne i evalueringen generelt ikke, at det tværsektorielle samarbejde omkring planlægning af behandling og udredning er ændret væsentligt som følge af forløbsprogrammet. Det fremgår således, at samarbejdet langt overvejende er baseret på skriftlig envejskommunikation (henvisninger), samt at der ses et stort potentiale for at styrke kvalitet og rettidighed i den information, der udveksles. Hvad angår forløbsprogrammets betydning for konkrete patientforløb ses til gengæld en tendens til, at de patienter, der inkluderes – ifølge de ansvarlige fagpersoner – i større grad inddrages som en aktiv part i de forløb, der tilbydes på ryggklinikker og i kommuner.

Evalueringen peger således på en række grundlæggende udfordringer relateret til forløbsprogrammets tidsfrister og programmets betydning for tværgående samarbejde og patientforløb, som mangler at blive adresseret. I den forbindelse peger evalueringens fagpersoner på, at det fremadrettet vil være relevant at:

- Øge patientgrundlaget/antallet af henvisninger til de kommunale tilbud for derved at øge den faglige bæredygtighed og mindske ventetiden på fra henvisning til opstart af forløb. Det gælder især for små kommuner, hvor der bliver peget på muligheden for at indgå tværkommunale samarbejder om forløbsprogrammet, som det sker mellem de fire vestegnskommuner.
- Tydeliggøre og understøtte opgaver og ansvarsdeling mellem de private ydere. Konkret nævnes særskilte honorarer og udvikling af dynamiske elektroniske henvisninger, samt en mere tydeligt beskrevet opgave til fysioterapeuter og kiropraktorer, som muligheder.
- Øge muligheden for at tage individuelle hensyn til de patienter, hvor lænderygsmærterne er en del af et større socialt og somatisk/psykisk sygdomsbillede.

Forudsætningerne for det videre arbejde med disse forhold uddybes og nuanceres i kapitel 4, der omhandler udviklingen af det tværsektorielle samarbejde.

4 Status på det tværsektorielle samarbejde

Dette kapitel belyser, i hvilken udstrækning evalueringens fagpersoner vurderer, at de rette forudsætninger er til stede for, at forløbsprogrammet kan fungere i det daglige arbejde. Endvidere belyses, hvordan samarbejdet har udviklet sig i perioden med forløbsprogrammet, og hvilke muligheder og udfordringer der ses for fortsat udvikling af det tværsektorielle samarbejde omkring patienter med lænderyglidelser.

4.1 Det tværsektorielle samarbejdes forudsætninger¹

Et formål med forløbsprogrammet har været at styrke samarbejdet mellem forskellige fagpersoner og myndigheder, som kan have en rolle i et behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med lænderyglidelser. Tabel 4.1 viser, hvor stor en andel af forskellige fagpersoner, der vurderer, at der i meget høj grad eller i høj grad har været behov for at forbedre deres samarbejde med forskellige andre fagpersoner og myndigheder om patienter med lænderyglidelse.

Tabel 4.1 Andel af forskellige fagpersoner, som vurderer, at der i udgangspunktet i meget høj grad eller i høj grad var behov for at forbedre samarbejdet om patienter med lænderyglidelser med følgende

	Praktiserende læge	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune	Kiropraktor
Reumatologisk afdeling	68 %	-	50 %	62 %
Praktiserende læge	-	62 %	73 %	53 %
Kommunalt træningscenter	46 %	62 %	-	32 %
Kommunalt jobcenter	27 %	38 %	50 %	24 %
Kiropraktor	13 %	10 %	13 %	
Privatpraktiserende fysioterapeut	27 %	31 %	16 %	36 %
Antal	37	29	70	53

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Praktiserende læger vurderer, at der især har været behov for at forbedre deres samarbejde med reumatologisk afdeling og med kommunalt træningscenter. Ansatte på hospital har vurderet, at der især har været behov for at forbedre samarbejdet med praktiserende læger og kommunale træningscentre. Ansatte i kommunen, hvor de fleste er beskæftiget med rehabilitering af patienter med lænderyglidelse, vurderer, at der især har været behov for at forbedre deres samarbejde med praktiserende læge, reumatologisk afdeling og kommunalt jobcenter. Det fremgår således som en tværgående pointe, at de tre primære samarbejdsparter i henvisningssamarbejdet alle ser et behov for at forbedre deres gensidige samarbejde.

Samtidig ses det, at et flertal af kiropraktorerne har set et behov for at forbedre samarbejdet med reumatologisk afdeling og praktiserende læger, mens mellem 24 % og 36 % vurderer, at der er behov for at forbedre samarbejdet med de kommunale parter og privatpraktiserende fy-

¹ De enkeltstående tabeller for hver enkelt respondentgruppe fremgår af Bilag 2. Her er endvidere en række tabeller, der viser, hvilken betydning forløbsprogrammet vurderes at have haft for den tværgående kommunikation mellem praktiserende ydere, hospitaler og kommuner.

sioterapeuter. Som tidligere nævnt hænger disse fordelinger formentlig sammen med, at kiropraktorerne har en afgrænset rolle i forløbsprogrammet, og at de udtrykker et ønske om at spille en mere aktiv rolle fremover.

Spørgsmålet er så, i hvilken udstrækning de forskellige faggrupper vurderer, at de rette forudsætninger for et godt samarbejde er til stede i dag. Svarene på dette spørgsmål er vist i Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Procentandel, som vurderer, at de rette forudsætninger på nuværende tidspunkt er til stede for et godt samarbejde om patienter med lænderyglidelse

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Reumatologisk afdeling	39 %	18 %		33 %
Praktiserende læge		63 %	43 %	36 %
Kommunalt træningscenter	61 %	12 %	71 %	
Kommunalt jobcenter	31 %	16 %	14 %	38 %
Kiropraktor	36 %		18 %	9 %
Privatpraktiserende fysioterapeut	75 %	65 %	25 %	19 %
Antal	36	51	28	69

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Et betydeligt flertal af de praktiserende læger vurderer, at de rette forudsætninger for et godt samarbejde med privatpraktiserende fysioterapeuter er til stede, og et flertal af de praktiserende læger vurderer det samme i forhold til kommunalt træningscenter. Til gengæld er det et mindretal af de praktiserende læger, der vurderer, at forudsætningerne for et godt samarbejde med reumatologiske afdelinger, kommunalt jobcenter og kiropraktorer er til stede.

Et flertal af kiropraktorer vurderer, at de rette forudsætninger er til stede for et godt samarbejde med praktiserende læger og privatpraktiserende fysioterapeuter, mens kun en beskedent andel af kiropraktorerne vurderer, at de rette forudsætninger er til stede for et godt samarbejde med reumatologiske afdelinger, kommunalt træningscenter og kommunalt jobcenter.

Et klart flertal af ansatte på hospital vurderer, at de rette forudsætninger er til stede for et godt samarbejde med kommunalt træningscenter, og knap halvdelen vurderer, at de rette forudsætninger er til stede for et godt samarbejde med praktiserende læger. Derimod vurderer kun en beskedent andel af ansatte på hospital, at de rette forudsætninger er til stede for et godt samarbejde med kommunalt jobcenter, kiropraktorer og privatpraktiserende fysioterapeuter. Som tidligere nævnt skal dette ses i sammenhæng med, at de hospitalsansatte i lille omfang har kontakt med disse aktører.

Som det også er afspejlet i de foregående kapitler, er de kommunale fagpersoner kritiske i deres vurdering af samarbejdets forudsætninger. Der er således ingen af samarbejdsrelationerne, hvor mere end 40 % vurderer, at forudsætningerne for et godt samarbejde er til stede på nuværende tidspunkt. Det fremgår således som en væsentlig pointe, at de kommunale fagpersoner forholder sig væsentligt mere kritisk til samarbejdet med praktiserende læger og reumatologiske afdelinger end omvendt. Som vi tidligere har været inde på, skal dette ses i sammenhæng med oplevelsen af, at der mangler henvisninger til de kommunale tilbud.

Hvis en person i undersøgelsen har svaret, at de rette forudsætninger ikke er til stede for et godt samarbejde med en eller flere andre fagpersoner eller myndigheder, er der blevet spurgt, hvilke

barrierer for et godt samarbejde der findes. Svarene er vist i Tabel 4.3, hvor der ikke er sondret imellem, hvilke samarbejdsrelationer det drejer sig om.

Tabel 4.3 Angivne barrierer for et godt samarbejde

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Manglende fælles information om patienter	52 %	57 %	47 %	62 %
Forskellig faglighed	48 %	50 %	47 %	22 %
Manglende tid	57 %	38 %	58 %	49 %
Muligheden for elektronisk kommunikation er utilstrækkelig	35 %	50 %	53 %	67 %
Brug af it til fx henvisning er for besværlig	13 %	33 %	21 %	16 %
Forskellig vurdering af patienternes behov	48 %	48 %	29 %	49 %
Andet	44 %	38 %	16 %	40 %
Antal	23	42	19	55

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Fagpersonerne angiver en bred vifte af barrierer for et godt samarbejde, og der er således ikke en bestemt form for barriere, der skiller sig ud. Manglende tid synes imidlertid især at gøre sig gældende blandt praktiserende læger og ansatte på hospital, mens manglende fælles information om patienterne og utilstrækkelige muligheder for elektronisk kommunikation hyppigt nævnes af ansatte i kommuner.

Nogle praktiserende læger nævner (i overensstemmelse med de foregående kapitler) som 'andet', at patienter bliver afvist af reumatologisk afdeling, og at der er ventetid på udredning. Kiropraktorer nævner (i overensstemmelse med interviewet), at der blandt andre faggrupper er manglende viden om, hvad kiropraktorer kan, og manglende accept af deres faglighed. Ansatte i kommuner angiver, at de oplever manglende kendskab til kommunernes tilbud, at praktiserende læger kun henviser få patienter, og at der mangler fora, hvor man kan mødes på tværs af faggrupper og instanser for at styrke samarbejdet.

I forløbsprogrammet er beskrevet, hvad der er de forskellige fagpersoners og myndigheders ansvar i et forløb med patienter med lænderyglidelse. En forudsætning for, at de forskellige fagpersoner kan efterleve deres ansvar, er naturligvis, at de har kendskab til ansvarsfordelingen, og hvilke tilbud de hver især udbyder til patienterne.

Fagpersonernes svar på, om de har et sådant kendskab til ansvarsfordelingen, er vist i Tabel 4.4.

Table 4.4 Fagpersoners vurdering af, i hvilken udstrækning de har tilstrækkelig information om ansvarsfordelingen i et behandlings- og rehabiliteringsforløb for en patient med lænderyglidelse

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
I alle tilfælde	6 %	10 %	18 %	13 %
I de fleste tilfælde	47 %	67 %	71 %	62 %
I nogle tilfælde	35 %	17 %	7 %	20 %
I de færreste tilfælde	6 %	6 %	-	-
(Stort set) aldrig	6 %	-	-	-
Ved ikke	-	-	4 %	4 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	34	48	28	69

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Som det fremgår er der et klart flertal blandt kiropraktorer, ansatte på hospital og ansatte i kommune, som vurderer, at de har tilstrækkelig information om, hvad der er deres eget ansvar, anden fagpersoners ansvar og patientens ansvar i et behandlings- og rehabiliteringsforløb for lænderyglidelse. Blandt praktiserende læger er der til gengæld en større andel, som har et forbehold, idet knap halvdelen har svaret, at de kun i nogle tilfælde, i de færreste tilfælde eller (stort set) aldrig har tilstrækkelig information om ansvarsfordelingen.

Det er kritisk set i lyset af, at praktiserende læger i forløbsprogrammet er tildelt rollen som patientens tovholder. Rollen som tovholder indebærer følgende opgaver:

- At sikre koordination af den samlede sundhedsfaglige indsats
- Løbende at vurdere patientens helbred
- Systematisk at følge op på behandlingsforløbet
- At bidrage til at fastholde mål for behandlingen.

I Tabel 4.5 er vist praktiserende lægers svar på, i hvilken grad de vurderer, at de har mulighed for at varetage opgaverne som tovholder for patienter med lænderyglidelser.

Table 4.5 Praktiserende lægers vurdering af, i hvilken grad de har mulighed for at varetage opgaverne som tovholder

	Sikre koordination af den samlede sundhedsfaglige indsats	Løbende at vurdere patientens helbred	Systematisk at følge op på behandlingsforløbet	Bidrage til at fastholde mål for behandlingen
I meget høj grad	20 %	23 %	20 %	20 %
I høj grad	29 %	29 %	11 %	17 %
I nogen grad	31 %	40 %	43 %	43 %
I beskednen grad	20 %	9 %	26 %	17 %
Total	100 %	100 %	100 %	3 %
Antal	35	35	35	100

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Som det fremgår er det alene halvdelen af de praktiserende læger, der vurderer, at de i meget høj grad eller i høj grad har mulighed for at varetage rollen som tovholder i forhold til at sikre koordination af den samlede sundhedsfaglige indsats og til løbende at vurdere patientens helbred. Det synes endnu vanskeligere at varetage rollen som tovholder i forhold til de øvrige beskrevne opgaver. Henholdsvis knap og godt en tredjedel vurderer, at de i meget høj grad eller i høj grad har mulighed for at varetage rollen som tovholder i forhold til at følge systematisk op på behandlingsforløbet og til at bidrage til at fastholde mål for behandlingen. Det ser således ud til, at de praktiserende lægers mangel på tid, manglende kendskab til forløbsprogrammet og manglende overblik over ansvarsfordelingen i lænderygforløb smitter af på de oplevede forudsætninger for at kunne varetage tovholderrollen.

Det kan i den forbindelse være et spørgsmål, om praktiserende læger – for at kunne udfylde rollen som tovholder – modtager den relevante information og i rette tid fra øvrige sundhedsfaglige personer, som er involveret i behandlingen. Praktiserende lægers angivelse af dette er vist i Tabel 4.6.

Tabel 4.6 Praktiserende lægers vurdering af, i hvilken grad de modtager relevant information og i rette tid fra øvrige sundhedsfaglige personer for at kunne udfylde rollen som tovholder

	Fra reumatologisk afdeling	Fra praktiserende speciallæge	Fra kommunalt træningscenter	Fra kommunalt jobcenter	Fra kiropraktor	Fra praktiserende fysioterapeut
I meget høj grad	3 %	9 %	9 %	3 %	3 %	9 %
I høj grad	29 %	44 %	24 %	3 %	6 %	32 %
I nogen grad	44 %	35 %	38 %	29 %	24 %	41 %
I beskeden grad	21 %	3 %	12 %	24 %	35 %	18 %
Slet ikke	3 %	9 %	18 %	29 %	21 %	-
Ved ikke	-	-	-	12 %	12 %	-
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	34	34	34	34	34	34

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Ifølge praktiserende lægers vurderinger synes praktiserende speciallæger bedst at leve op til at forsyne praktiserende læger med information, så de kan udfylde rollen som tovholder. Der er til gengæld et betydeligt flertal af praktiserende læger, der vurderer, at reumatologisk afdeling, kommunalt træningscenter og privatpraktiserende fysioterapeuter alene i nogen grad, i beskeden grad eller slet ikke bidrager med relevant information i rette tid. Den lave vurdering af kommunalt jobcenter og kiropraktors bidrag med relevant information skal formodentlig til dels ses i relation til, at praktiserende læger har beskeden kontakt med disse.

4.2 Supplerende pointer fra interview

Udvikling af gensidig tillid bliver i litteraturen om tværsektorielt samarbejde om patienter (6,7) beskrevet som et vigtigt element i at etablere velfungerende samarbejdsrelationer. Samtidig er det noget af det, det tager tid at oparbejde og kræver vedligeholdelse over tid.

Interviewdeltagerne er derfor ved alle interview blevet bedt om at vurdere den gensidige tillid i samarbejdsrelationerne på en skala fra 1 (lav) til 10 (høj). Den gennemsnitlige vurdering ligger på 5, men dette dækker over variationer gående fra 1-4, når interviewdeltagerne vurderer, at den gensidige tillid er lav, til 8-9 når den er høj. Der, hvor vurderingen er høj, skyldes det typisk,

at der er et udviklet samarbejde, som understøttes af, at fagpersonerne har et konkret kendskab til hinanden på tværs af sektorer, fx ved at man har mødt hinanden til undervisning, samarbejds-møder, gensidige besøg i hinandens undervisning, eller at man ved, at de fx har mange dygtige terapeuter. Der, hvor den er lav, er samarbejdet typisk uudviklet, og især de kommunalt ansatte har typisk en oplevelse af, at hospitaler og praktiserende læger ikke prioriterer den kommunale del af forløbsprogrammet.

Som også beskrevet i de foregående evalueringer (3,4) betyder organisatoriske forhold og den kompleksitet, det medfører at skulle samarbejde med flere forskellige enheder – med flere forskellige tilbud – også noget her. Der er således en sammenhæng i, at det har været nemmere at opbygge en velfungerende arbejdsdeling om forløb dér, hvor de kommunale tilbud har en vis volumen. Den relationelle dimension af samarbejdet er således vigtig, men de fleste steder er den også relativt uudviklet på tværs af kommuner og hospital såvel imellem kommuner, hvor muligheden for at indgå tværkommunale samarbejder om forløbsprogrammet stort set ikke følges. Samtidig er det en pointe, at relationen er sårbar, når den afhænger af få personer, fordi der ikke er volumen i tilbuddet.

Hvis vi skal udlede mønstre, så forholder det sig generelt sådan, at det har været nemmere at udvikle et velkørende og forudsigeligt samarbejde og arbejdsdeling der, hvor begge aktører har en vis volumen. Hvor et hospital skal samarbejde med mange forskellige, små tilbud, der udvikles i forskellig takt, er det sværere at få en arbejdsdeling omkring lænderygprogrammet op at stå.

4.3 Opsamling

Flertallet af evalueringens fagpersoner oplever overordnet, at der har været – og fortsat er – et behov for at forbedre forudsætningerne for samarbejdet om tværgående patientforløb. Behovet opleves størst i de primære henvisningssamarbejder mellem almen praksis, rygklinikker og kommunale tilbud. Det fremgår i den forbindelse også som en væsentlig pointe, at det i højere grad er modtagerne af henvisninger end afsenderne, der ser et behov for at forbedre samarbejdet. Derfor er det igen² de kommunalt ansatte der – som følge af manglen på henvisninger og en oplevelse af mangelfuld information om patienterne – klart oplever de dårligste forudsætninger for et velfungerende samarbejde. De kommunale fagpersoners ønsker om et større tværgående engagement i forløbsprogrammet fra praktiserende læger og hospitalsansatte udgør samtidig en udfordring, da disse grupper angiver mangel på tid som den væsentligste barriere for et sådant engagement.

I forhold til de praktiserende lægers tovholderrolle oplever næsten halvdelen af lægerne uklarheder omkring ansvarsfordelingen i lænderygforløbene, som ser ud til at smitte af på forudsætningerne for at varetage opgaven som patientens tovholder. Op mod halvdelen oplever således, at de ikke kan løfte de opgaver, der er beskrevet i forløbsprogrammet, på tilfredsstillende måde. Det fremgår samtidig, at lægerne i høj grad efterspørger bedre information om patienterne fra alle de øvrige aktører i forløbsprogrammet. I forlængelse heraf fremstår det som en tværgående pointe, at de fleste deltagere i evalueringen ikke forbinder forløbsprogrammet med ændringer eller forbedringer af de informationer, de modtager fra relevante samarbejdspartnere.

I forlængelse af ovenstående er det en udfordring, at arbejdet med at etablere fælles viden og relationer, der kan binde samarbejdet om lænderygforløbene sammen, går trægt. Mange steder savnes en systematisk dialog omkring udviklingen. Disse pointer gælder for alle aktører, men det er især kommunerne, som efterspørger større opmærksomhed på at henvise patienter til deres tilbud.

² Det samme mønster blev afdækket i evalueringerne af forløbsprogrammerne for KOL, type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom (3).

Interviewene viser også, at der er varierende grader af gensidig tillid på tværs af aktørerne i forløbsprogrammet. I den ene ende af skalaen, hvor der (fx omkring rygklinikken på Frederiksberg) er et relativt velfungerende samarbejde, er der også en tilsvarende stor, fælles viden og gensidig tillid, og i den anden er der særligt blandt kommunerne en del frustration og en oplevelse af, at det er svært komme i dialog med hospitalet om udvikling af samarbejdet.

Der fremstår i den forbindelse et mønster i, at det har været nemmest at etablere et velfungerende henvisningssamarbejde dér, hvor der er få og store kommunale aktører med volumen og ensartede tilbud, som kan samarbejde med en rygklinik. Der samtidig et enkelt eksempel på, at fire mindre kommuner på Vestegnen har etableret et tværkommunalt samarbejde, som giver nogle af de samme fordele. Det generelle billede er dog, at de mindre kommuner har for få patienter til, at de kan drive deres rehabiliteringstilbud effektivt, ligesom de har svært ved at etablere velfungerende tværgående samarbejdsrelationer med henviserne.

5 Konklusioner og anbefalinger

Formålet med evalueringen har været at skabe viden om implementeringen af forløbsprogrammet for lænderyglidelser, som Region Hovedstaden og kommunerne kan bruge i det fremadrettede arbejde med at revidere og konsolidere programmet.

5.1 Kendskab og relevans

Evalueringen viser overordnet, at de involverede fagpersoner på tværs af sektorer:

- Bakker op om forløbsprogrammets målsætning om at styrke det tværgående samarbejde om rehabilitering af lænderygpatienter
- Deler målsætningen om, at lænderygpatienter bør findes tidligere for at forebygge kronificering og udstødning fra arbejdsmarkedet.
- Er enige i, at det er vigtigt at fremme konservativ behandling på bekostning af operative indgreb, ligesom mange har en oplevelse af, at hospitalernes nye rygklinikker understøtter dette mål.
- Oplever, at de patienter, der henvises til hospitals- og kommunale tilbud, i højere grad indrages som en aktiv part i deres forløb.

På det konkrete niveau viser evalueringen også, at de fagpersoner, der arbejder med forløbsprogrammet på hospital og i kommune, kender programmet, og hovedparten oplever det som et relevant tiltag, der styrker behandlingen og giver patienterne nye muligheder for rehabilitering, som manglede, før der kom et program. Internt på hospitaler og i kommuner har der også været tilstrækkelig ledelsesmæssig opmærksomhed på at etablere forløbsprogrammets udrednings- og rehabiliteringsforløb. Selvom der enkelte steder stadig arbejdes med at finpudse de konkrete arbejds gange og arbejdsdelinger, vurderer de fleste fagpersoner også, at de anbefalede tilbud er etableret som anbefalet i forløbsprogrammet.

Praksissektorens ydere, som indgår i forløbsprogrammet, kender ikke programmet ret godt, og de, der gør, oplever ikke, at det er særligt anvendeligt i deres praktiske hverdag. Som specifikke udfordringer fremhæves for det første, at forløbsprogrammets tidsfrister, hvor patienterne skal 'fanges' på det rigtige tidspunkt, er svære at håndtere i en travl klinisk hverdag, der er fyldt med meget andet end lænderygpatienter. Ikke mindst fordi patienter med uspecifikke lænderygsmerter præsenterer sig meget forskelligt i almen praksis, ligesom symptomerne ofte er en del af et større kompleks, hvor sociale og psykiske problemstillinger er med til at komplicere billedet. For det andet savner mange et honorar, der kan understøtte arbejdet med forløbsprogrammet, da dette opleves mere tidskrævende end den vante praksis omkring lænderygpatienter. Disse forhold betyder, at forløbsprogrammet i begrænset omfang er implementeret og i begrænset omfang har haft betydning for håndteringen af lænderygpatienter hos de praktiserende ydere.

5.2 Forløbsprogrammets betydning for patientforløb

Der er bred enighed om, at forløbsprogrammet ikke i det ønskede omfang bidrager til, at rygklinikker og kommuner ser patienter med nyopståede lænderygsmerter tidligere i deres forløb. Tværtimod er der en klar oplevelse af, at det overvejende er kronisk syge patienter, der henvises til de nye udrednings- og rehabiliteringstilbud på hospital og i kommuner. Denne praksis er accepteret af mange fagpersoner, fordi de oplever, at rygklinikker og kommunale tilbud også udgør et relevant tilbud til kronisk syge patienter.

Det er også intentionen, at forløbsprogrammet skal medvirke til, at de rehabiliterende indsatser i højere grad koordineres med indsatser på social- og sygedagpengeområdet. Evalueringen viser imidlertid, at det ideelle samarbejde, som beskrives i forløbsprogrammet, kun i begrænset omfang er etableret. Med enkelte undtagelser er samarbejdet ad hoc-baseret og relateret til individuelle forløb, hvor medarbejdere fra træningsområdet videregiver deres vurdering af borgerens funktionsniveau til fastholdelseskonsulenter fra jobcenteret. Som årsager nævnes for det første, at det er svært at kombinere de mål, der er for indsatsen i henholdsvis jobcenteret og rehabiliteringsområdet. For det andet vurderer mange, at lovgivningen på området i et vist omfang har overhalet forløbsprogrammet, fordi der på alle jobcentre er etableret tværfaglige rehabiliteringsteams. Interviewpersonerne vurderer langt hen ad vejen, at den etablerede arbejdsdeling er god. Men fremadrettet er der flere, som peger på et behov for at styrke relationerne og den fælles viden på tværs af de to kommunale områder.

5.3 Status på udviklingen af det tværsektorielle samarbejde

Det gælder for de fleste kommuner og hospitaler, at engagementet i forløbsprogrammet først og fremmest er lagt i at etablere egne tilbud, mens udviklingen af det tværgående samarbejde omkring henvisninger og deling af viden kun enkelte steder er fulgt med. Evalueringens deltagere oplever generelt heller ikke, at det tværsektorielle samarbejde omkring udredning og behandling af lænderygpatienter er ændret væsentligt som følge af forløbsprogrammet. Det konkrete samarbejde er derfor langt overvejende baseret på skriftlig envejskommunikation (henvisninger), og alle parter i samarbejdet ser et stort potentiale for at styrke såvel rettidighed som kvaliteten af den information, der udveksles via henvisningerne.

Det fremgår i den forbindelse som en selvstændig pointe, at rehabiliteringen og arbejdsdelingen med kommunerne er også mindre veletableret på de hospitaler, der har mange forskellige mindre kommuner/kommunale tilbud at forholde sig til. I det omfang de hospitalsansatte kender de kommunale tilbud, pointerer de, at der er stor variation imellem kommunernes tilbud, og at dette er med til at mindske tilliden/opmærksomheden på at henvise til disse. Frederiksberg Hospital, der har to store kommuner at henvise til og en veludviklet tradition for tværsektorielt samarbejde om forløbsprogrammerne, jf. (3,4), har således væsentligt mere veludbyggede samarbejdsrelationer end de øvrige rygklinikker.

5.4 KORAs anbefalinger

Som det fremgår af ovenstående afsnit, peger evalueringen på en række grundlæggende udfordringer vedrørende forløbsprogrammets udformning og implementering, som bør adresseres fremadover. De specifikke anbefalinger, som evalueringen giver anledning til, er listet nedenfor.

5.4.1 Behov for at præcisere og eventuelt udvide programmets målgruppe

Mange fagpersoner er i tvivl om, hvilke patienter der er omfattet af forløbsprogrammets målgruppe af patienter med nyopståede lænderygmerter. Tvivlen skyldes manglende kendskab til programmet, men også et udbredt ønske om, at programmet udvides til at omfatte kronisk syge rygpatienter. Sidstnævnte er allerede afspejlet i den måde, der henvises på, idet de fleste patienter, som henvises til rygklinikker og kommuner, falder uden for programmets officielle målgruppe, fordi de er kronisk syge rygpatienter. Derfor fremstår det for det første væsentligt, at målgruppen for forløbsprogrammet præciseres i forhold til, hvad nyopståede smerter dækker over. For det andet bør der tages stilling til, om kronisk syge patienter skal være omfattet af programmet, og hvilke tilbud de i så fald skal tilbydes.

5.4.2 Behov for samarbejde og innovation på tværs af kommunegrænser

Evalueringerne af forløbsprogrammerne for KOL, type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom, jf. (3, 4), viste at mange kommuners befolkningsgrundlag er for lille til, at de kan drive de anbefalede tilbud effektivt på baggrund af de henvisninger, de modtager fra almen praksis og hospital. Dette er også tilfældet med lænderygprogrammet, og resultatet er bl.a. u hensigtsmæssigt lange ventetider på opstart af hold; hold, der blandes på tværs af diagnoser og funktionsniveau; mange små hold og vanskeligheder med at tilbyde tværfaglige forløb. Manglen på patienter til de kommunale tilbud udgør således en væsentlig barriere for ønsket om at etablere indsatser, der er ens på tværs af kommuner, samt for effektiv anvendelse af de ressourcer, der anvendes i kommunerne.

På den baggrund anbefales det, at der fremadrettet sættes øget fokus på mulighederne for tværgående samarbejde om rehabiliteringstilbud på tværs af kommunegrænser.

5.4.3 Det bør prioriteres at styrke samarbejdet mellem ryklinikker og kommunale rehabiliteringstilbud

Implementeringen af forløbsprogrammet på hospitaler og i kommuner er karakteriseret ved, at man har forholdt sig til og implementeret de opgaver, man hver især er ansvarlig for. Til gengæld har der ikke været samme opmærksomhed på at udvikle den viden og de tværgående relationer, der skal understøtte et velfungerende henvisningssamarbejde. Der fremstår således et væsentligt behov for at styrke kommuner og hospitalers tværgående samarbejde om forløbsprogrammet, hvis ønsket er, at hospitalerne skal henvise til de kommunale rehabiliteringstilbud via Ref01.

Derfor anbefales for det første, at den ansvarlige ledelse fremadrettet sætter et øget fokus på at udvikle disse tværgående elementer i forløbsprogrammet. For det andet anbefales det, at relevant nyansat hospitalspersonale introduceres til forløbsprogrammet og de tværsektorielle henvisningsmuligheder, der er i dette.

5.4.4 Behov for at understøtte implementering hos praksissektorens ydere

Forløbsprogrammet er mangelfuldt implementeret hos de private ydere. Alle, der modtager henvisninger fra almen praksis, oplever også, at kvaliteten er svingende, og at mange henviste patienter ikke lever op til forløbsprogrammets inklusionskriterier. Stort set alle deltagere i evalueringen – inkl. de private ydere selv – peger derfor på, at der er brug for at understøtte implementeringen her.

På den baggrund anbefales det for det første at undersøge, om det er muligt at tilrettelægge inklusionen i forløbsprogrammet på en måde, der matcher hverdagen hos de private ydere bedre, og om dette konkret kan understøttes af en dynamisk henvisningsformular. For det andet bør det overvejes, hvilke muligheder der er for at udbrede kendskabet til programmet blandt de private ydere, og om det er praktisk og økonomisk meningsfuldt at understøtte forløbsprogrammet med særlige honorarer til de praktiserende ydere.

5.4.5 Muligheder for individuelle hensyn til patienter med særlige behov

Mange fagpersoner fra både kommuner og hospitaler peger på, at det er vanskeligt at tilbyde individuelle forløb med afsæt i de lokale rammer, der er opstillet for udredning og rehabilitering. Der er samtidig en relativt udbredt oplevelse af, at forløbsprogrammet har en social ubalance, således at kronisk syge patienter, der også har sociale/psykiske problemstillinger og svag tilknytning til arbejdsmarkedet, er overrepræsenteret. Derfor efterlyses bedre muligheder for at tilbyde en individuel og helhedsorienteret indsats, hvor fx psykologbistand, socialrådgiver o.l. indgår som en del af forløbet. På samme måde efterlyses bedre tidsmæssige rammer/ressourcer til at

komme hele vejen omkring de komplicerede patienters situation, fordi især de hospitalsansatte har en oplevelse af at skulle levere uhensigtsmæssigt mange korte konsultationer på grund af DRG-afregningen til afdelingen.

Det anbefales derfor for det første at undersøge, hvilke muligheder der er for at imødekomme fagpersonernes ønsker om at øge muligheden for at tilknytte andre relevante fagpersoner til patientforløbene. Hvis der eksempelvis tilknyttes psykologbistand, bør denne dog være målrettet og evidensbaseret. For det andet anbefales det at undersøge og tydeliggøre de muligheder, der allerede eksisterer inden for rammerne af DRG-systemet for at tilrettelægge forløb med længere konsultationer til de patienter, der har behov for det.

Litteratur

- 1) Region Hovedstaden: Forløbsprogram for lænderyglidelser. Hillerød: Region Hovedstaden; 2012
- 2) Region Hovedstaden. Vestegnsprojektet – evalueringsrapport. København: Region Hovedstaden; 2013.
- 3) Buch MS, Holm-Petersen C, Hansen EB. Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type-2 diabetes. Evaluering af programmernes implementering i udførende led. København: KORA; 2013.
- 4) Buch MS, Holm-Petersen C, Hansen EB. Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme. København: KORA; 2016.
- 5) Holm-Petersen C, Buch MS. Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. København: KORA; 2014.
- 6) Gittel, JH. High Performance Healthcare. New York: McCraw-Hill; 2009.

Bilag 1 Eksempler på anvendte interviewguides

Interviewguide til kommunale fagpersoner og ledere

Introduktion til interviewform (anonymitet eller tilstræbt, optages på digital optager).

- Præsentation af interviewer og referent samt kort præsentation af projektet.
- Evaluering af forløbsprogrammet – fokus på hvordan forløbsprogrammet er søgt omsat til praksis og meningsfuldhed/relevans i jeres hverdag, samt hvad der eventuelt kan gøres for at konsolidere og forbedre programmet.
- Præsentation af informanter (fornavn, stilling, antal år) – særlige opgaver og ansvarsområder med relevans for forløbsprogrammet?

Kendskab til forløbsprogrammerne

Hvor godt kender I forløbsprogrammet for lænderyglidelser/hvordan er I informeret om det?

- (Fx læst beskrivelsen, deltaget i undervisning, gå hjem-møder o.l.)
- Er kendskabet detaljeret/ikke detaljeret?
- Er der behov for mere information? Hvordan?

Kendskab til forløbsprogrammerne

Hvor godt kender jeres ledere, relevante kolleger og samarbejdspartnere til indholdet i forløbsprogrammet for lænderyglidelser?

- Er der behov for mere information? Hvordan?

Ledelse og implementering

- Hvordan er implementeringen af forløbsprogrammet grebet an i jeres kommuner?
- I hvor høj grad er forløbsprogrammet implementeret i jeres kommuner (obs. tilbud på s. 43)?
 - Rygskoler, standardiseret træningsprogram, individuelt træningsprogram og ergonomi?
- Fastholdelse til arbejdsmarkedet – hvad gøres der for at integrere indsatsen? Bidrager forløbsprogrammet positivt her til?
 - Er der oprettet tværfaglige rehabiliteringsteams?
 - Er der udpeget en kontaktperson, som gør, at patienten kun har en indgang til kommunen/fungerer som bindeled til eksterne samarbejdspartnere?
- Spiller nærmeste leder en rolle i forhold til implementering af forløbsprogrammet?
 - Forklar og uddyb – er ledelsen opmærksom på, om forløbsprogrammet overholdes?

Faglige kompetencer i forhold til forløbsprogrammet

- Har I, jeres kolleger og jeres nærmeste samarbejdspartner de rette faglige kompetencer til leve op til forløbsprogrammets anbefalinger?
- Betyder forløbsprogrammet, at der er behov for nye tilbud om kompetenceudvikling?
 - Fælles skolebænk? Andet?
- Har i været på kompetenceudvikling – og hvad var udbyttet?

Anvendelighed og anvendelse/betydning af forløbsprogrammet

- På en skala fra 1 (ikke vigtigt) til 5 (meget vigtigt), hvor vigtigt vurderer I, at det er at have forløbsprogrammet for lænderyglidelser?
- Er der elementer, som er særligt vigtige?
- Er der elementer i forløbsprogrammet, som er overflødige/irrelevante?
- Målgruppen – nyopståede lændesmerter – hvordan fungerer det i praksis? Giver det mening? Efterleves det?
- Fokus på 'ikke sygeliggørelse' – hvordan fungerer det? Har det gjort en forskel?
- Hvilken betydning har forløbsprogrammet haft for patienternes behandling/forløb?
- Får patienterne efter jeres vurdering de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet?
 - Forklar og uddyb
 - Hvor er de potentielle udfordringer?
 - Hvad lykkes?
 - Er der mønstre i, hvem der får tilbuddene, er der nogle grupper der overses? For eksempel socialt udsatte?

Udvikling i samarbejde med almen praksis og øvrige henvisere

- I hvor høj grad har der været et tværsektorielt samarbejde om at implementere forløbsprogrammet?
- Er der ting, der har ændret sig i forhold til jeres samarbejde med almen praksis om patienter med lænderyglidelser i de seneste par år? Forklar og uddyb
- Er der ting, der har ændret sig i forhold til jeres samarbejde med hospitalsafdelinger og privatpraktiserende reumatologer om patienter med lænderyglidelser i de seneste par år? Forklar og uddyb
- Er antallet og kvaliteten af henvisninger ændret efter indførelsen af forløbsprogrammet?
- Kender henviserne (almen praksis og hospitalsafdelinger) til kommunernes tilbud og opgaver i relation til rehabilitering af lænderygpatienter?
 - Kender/bruger de SOFT-portalene? Har I gjort noget for at beskrive/skabe kendskab til beskrivelserne?
- Ref01 vs. GOP – hvordan fungerer det? Er det forskellen klar for dem, der henviser? I hvilken grad anvender de Ref01/hvorfor – hvorfor ikke?
- Har I nogen form for dialog omkring opgavedeling og henvisninger med almen praksis/hospitalsafdelinger i relation til lænderyglidelser?
- Oplever I, at henviserne har tillid til kvaliteten af de kommunale tilbud?
- På en skala fra 1 (lav) til 10 (høj), hvor høj er den gensidige respekt for hinanden på tværs af sektorerne?

Elektronisk kommunikation på tværs af sektorer

Hvordan kommunikerer I elektronisk på tværs af sektorer? Anvender I korrespondance – hvorfor/hvorfor ikke?

- Følger de relevante informationer med rettidigt – hvad gør I, når der mangler oplysninger?
- Forventninger og ønsker fremadrettet?

Det fremadrettede samarbejde

- Er der noget i specielt mangler i jeres hverdag, som kan hjælpe til at få et bedre samarbejde om patienter med lænderyglidelser?
- Kan I komme med eksempler på særlige indsatser, initiativer eller løsninger, som hjælper jer/kan hjælpe andre i samarbejdet om patienter med lænderyglidelser?
- Hvad er jeres bedste råd til dem, der skal videreføre arbejdet med at udvikle og implementere forløbsprogrammet (hvis nu I kunne bestemme)?

Afsluttende spørgsmål

- Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om?
- Har I spørgsmål til os?

Interviewguide til hospitalsansatte medarbejdere og ledere

Introduktion til interviewform (anonymitet eller tilstræbt, optages på digital optager).

- Præsentation af interviewer og referent samt kort præsentation af projektet.
- Evaluering af forløbsprogrammet – fokus på hvordan forløbsprogrammet er søgt omsat til praksis og meningsfuldhed/relevans i jeres hverdag, samt hvad der eventuelt kan gøres for at konsolidere og forbedre programmet.
- Præsentation af informanter (fornavn, stilling og antal år på afdeling) – særlige opgaver og ansvarsområder med relevans for forløbsprogrammet?

Kendskab til forløbsprogrammerne

Hvor godt kender I forløbsprogrammet for lænderyglidelser/hvordan er I informeret om det?

Hvor godt kender relevante samarbejdspartnere forløbsprogrammet?

- (Fx læst beskrivelsen, deltaget i undervisning, gå hjem-møder o.l.)
- Er kendskabet detaljeret/ikke detaljeret?
- Er der behov for mere information? Hvordan?

Ledelse og implementering

- Hvordan er implementeringen af forløbsprogrammet grebet an på jeres afdelinger?
- I hvor høj grad er forløbsprogrammet implementeret på jeres afdelinger?
- Spiller nærmeste leder en rolle i forhold til implementering af forløbsprogrammet?
- Forklar og uddyb – er ledelsen opmærksom på, om forløbsprogrammet overholdes?

Faglige kompetencer i forhold til forløbsprogrammet

- Har I, jeres kolleger og jeres nærmeste samarbejdspartnere de rette faglige kompetencer til leve op til forløbsprogrammets anbefalinger?
- Betyder forløbsprogrammet, at der er behov for nye tilbud om kompetenceudvikling?
 - Fælles skolebænk? Andet?

Anvendelighed og anvendelse/ Betydning af forløbsprogrammet

- På en skala fra 1 (ikke vigtigt) til 5 (meget vigtigt), hvor vigtigt vurderer I, at det er at have forløbsprogrammet for lænderyglidelser?
- Er der elementer i forløbsprogrammet som er overflødige/irrelevante?
- Målgruppen – nyopståede lændesmerter – hvordan fungerer det i praksis? Giver det mening? Efterleves det?

Gruppeinddelingen (side 26-27 i forløbsprogrammet), hvordan fungerer den i praksis?

At køre forløbene efter de tidsfrister, der er angivet i forløbsprogrammet – hvordan fungerer det?

- Er der elementer som er særligt vigtige?
- Får patienterne efter jeres vurdering de tilbud, som er beskrevet i forløbsprogrammet?
 - Forklar og uddyb
 - Hvor er de potentielle udfordringer?
 - Hvad lykkes?

- Er der mønstre i, hvem der får tilbuddene, er der nogle grupper der overses? For eksempel socialt udsatte?
- Fokus på 'ikke sygeliggørelse' – hvordan fungerer det? Har det gjort en forskel?

Samarbejdet med akutmodtagelserne

- I hvor høj grad indlægges lænderygpatienter akut på akutmodtagelserne?
- I hvor høj grad kender personalet på akutmodtagelserne forløbsprogrammet?
- Hvor ender de patienter, der kommer ind via akutmodtagelserne/inkluderes de i programmet?

Udvikling i samarbejde med almen praksis/praktiserende speciallæger

Er der ting, der har ændret sig i forhold til jeres samarbejde med almen praksis om patienter med lænderyglidelser i de seneste par år?

- Er kvaliteten af henvisninger fra primærsektor ændret efter indførelsen af forløbsprogrammet?
- I hvilket omfang betyder forløbsprogrammet, at I ser de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt til specialiseret udredning?
- Er der noget, som har ændret sig i jeres hverdag som følge af forløbsprogrammet?
- Hvilken betydning har forløbsprogrammet haft for jeres patienter?

Udvikling i samarbejde med kommunerne

Er der ting, der har ændret sig i forhold til jeres samarbejde med kommunerne om patienter med lænderyglidelser i de seneste par år?

- Forklar og uddyb
- Kender I/jeres kolleger til kommunernes tilbud og opgaver i relation til rehabilitering af lænderygpatienter?
 - Kender/bruger I SOFT-portalen? Er den brugbar?
- Har kommunerne de anbefalede tilbud om rehabilitering? Rygskole og genoptræning – Stoler I på den faglige kvalitet?
- Bliver relevante patienter henvist til kommunerne, og hvilke oplysninger sender I med? Hvordan finder I ud af, hvilke patienter der skal hvad?
- Oplever I, at der er én indgang til kommunerne?
- Ref01 vs. GOP – hvordan fungerer det? Er forskellen klar for jer? I hvilken grad anvender I Ref01/hvorfor – hvorfor ikke?
- Har I nogen form for dialog omkring opgavedeling og henvisninger til kommunen i relation til lænderyglidelser?
- Gør I noget for at forberede patienterne på overgangen til kommunen? For eksempel fortælle patienterne om deres forløb – hvor de skal hen, hvad der skal ske, hvem de kommer til at møde osv.?
- Hvad ser I som henholdsvis fremmere og barrierer for henvisningen til de kommunale tilbud (træningstilbud, patientuddannelse, andre)?
- Er der opnået en øget tillid til kvaliteten af hinandens tilbud/arbejde på tværs af sektorerne?
- På en skala fra 1 (lav) til 10 (høj), hvor høj er den gensidige respekt for hinanden på tværs af sektorerne?

Elektronisk kommunikation på tværs af sektorer

Hvordan kommunikerer I elektronisk på tværs af sektorer? Anvender I korrespondance – hvorfor/hvorfor ikke?

- Får I relevante informationer (fra sengeafdeling, fra almen praksis) – hvad mangler typisk?
- Følger der de relevante informationer med rettidigt – hvad gør I, når der mangler oplysninger?
- Forventninger og ønsker fremadrettet?

Det fremadrettede samarbejde

- Er der noget, I specielt mangler i jeres hverdag, som kan hjælpe til at få et bedre samarbejde om patienter med lænderyglidelser?
- Kan I komme med eksempler på særlige indsatser, initiativer eller løsninger, som hjælper jer/kan hjælpe andre i samarbejdet om patienter med lænderyglidelser?
- Hvad er jeres bedste råd til dem, der skal videreføre arbejdet med at udvikle og implementere forløbsprogrammet (hvis nu I kunne bestemme)?

Afsluttende spørgsmål

- Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om?
- Har I spørgsmål til os?

Bilag 2 Bilagstabeller fra survey

Bilagstabel 2.1 Vurderinger af behovet for at forbedre samarbejdet med reumatologiske afdelinger

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Privatprakt. fysioterapeut	Ansæt i kommune
I meget høj grad	41 %	34 %	31 %	17 %
I høj grad	27 %	28 %	25 %	33 %
I nogen grad	22 %	21 %	31 %	16 %
I beskeden grad	5 %	9 %	0 %	7 %
Slet ikke	3 %	4 %	0 %	4 %
Ikke relevant	3 %	2 %	6 %	7 %
Ved ikke	0 %	2 %	6 %	16 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	37	53	16	70

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Bilagstabel 2.2 Vurderinger af behovet for at forbedre samarbejdet med praktiserende læger

	Kiropraktor	Privatprakt. fysioterapeut	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
I meget høj grad	25 %	31 %	17 %	26 %
I høj grad	28 %	25 %	45 %	47 %
I nogen grad	34 %	38 %	14 %	10 %
I beskeden grad	13 %	0 %	7 %	9 %
Slet ikke	0 %	6 %	0 %	0 %
Ikke relevant	0 %	0 %	14 %	0 %
Ved ikke	0 %	0 %	3 %	9 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	53	16	29	70

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Bilagstabel 2.3 Vurderinger af behovet for at forbedre samarbejdet med kommunalt træningscenter

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Privatprakt. fysioterapeut	Ansæt på hospital
I meget høj grad	19 %	17 %	6 %	21 %
I høj grad	27 %	15 %	19 %	41 %
I nogen grad	35 %	25 %	19 %	21 %
I beskeden grad	16 %	26 %	25 %	10 %
Slet ikke	0 %	11 %	6 %	7 %
Ikke relevant	3 %	4 %	13 %	0 %
Ved ikke	0 %	2 %	13 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	37	53	16	29

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Bilagstabel 2.4 Vurderinger af behovet for at forbedre samarbejdet med kommunalt jobcenter

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Privatprakt. fysioterapeut	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
I meget høj grad	16 %	13 %	6 %	10 %	13 %
I høj grad	11 %	11 %	13 %	28 %	37 %
I nogen grad	35 %	26 %	13 %	21 %	17 %
I beskeden grad	16 %	23 %	38 %	10 %	16 %
Slet ikke	11 %	11 %	6 %	3 %	3 %
Ikke relevant	5 %	9 %	19 %	14 %	1 %
Ved ikke	5 %	6 %	6 %	14 %	13 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	37	53	16	29	70

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Bilagstabel 2.5 Vurderinger af behovet for at forbedre samarbejdet med kiropraktor

	Praktiserende læge	Privatprakt. fysioterapeut	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
I meget høj grad	8 %	0 %	3 %	7 %
I høj grad	5 %	13 %	7 %	6 %
I nogen grad	35 %	19 %	17 %	6 %
I beskeden grad	24 %	19 %	17 %	19 %
Slet ikke	16 %	6 %	14 %	16 %
Ikke relevant	8 %	31 %	28 %	11 %
Ved ikke	3 %	13 %	14 %	36 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	37	16	29	70

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016

Bilagstabel 2.6 Vurderinger af behovet for at forbedre samarbejdet med privatpraktiserende fysioterapeut

	Praktiserende læge	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
I meget høj grad	11 %	8 %	17 %	6 %
I høj grad	16 %	28 %	14 %	10 %
I nogen grad	30 %	28 %	21 %	23 %
I beskednen grad	27 %	21 %	17 %	14 %
Slet ikke	14 %	8 %	3 %	7 %
Ikke relevant	3 %	6 %	14 %	13 %
Ved ikke	0 %	2 %	14 %	27 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	37	53	29	70

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Hvordan samarbejdes med almen praksis... (*hospitalsansæt, kiropraktor, praktiserende fysioterapeut, kommunalt ansæt*)?

Forløbsprogrammets betydning for tværgående kommunikation

De nedenstående afsnit opsummerer fagpersonernes besvarelser om kommunikation og samarbejde mellem praktiserende læger, hospital, kommune og kiropraktorer om patienter med lænderyglidelse, og om forløbsprogrammet har betydet ændringer i de informationer, der sendes mellem sektorerne. De tilhørende tabeller er gengivet efter teksten.

Hospitalsansatte, kommunalt ansatte og kiropraktorerens vurdering af kommunikation med almen praksis

Samarbejdet med praktiserende læger er i høj grad koncentreret om den skriftlige (elektroniske) udveksling af information om patienterne. En tredjedel af de kommunalt ansatte og 44 % af kiropraktorerne angiver dog, at de er i telefonisk kontakt med praktiserende læge om behandling/forløb. Omkring 30 % af hospitalsansatte og kiropraktorer angiver, at de ikke har et samarbejde med praktiserende læger.

Langt de fleste kiropraktorer, hospitalsansatte og kommunalt ansatte, som har taget stilling, vurderer, at de ikke er hyppigere i kontakt med almen praksis efter indførelsen af forløbsprogrammet. Når det kommer til rettidigheden og omfanget i den information, der modtages, fremgår det til gengæld, at halvdelen af de ansatte på hospital, som har kunnet tage stilling, vurderer, at de modtager mere information og/eller hurtigere. Flertallet af kiropraktorer og kommunalt ansatte, der har kunnet tage stilling, vurderer, at de modtager for lidt information fra praktiserende læger, mens et flertal af ansatte på hospital vurderer, at omfanget er passende og brugbart. Et stort mindretal af de hospitalsansatte vurderer dog også, at de modtager for lidt information.

Praktiserende læger og kommunalt ansattes vurdering af kommunikation med hospital

Kommunalt ansattes samarbejde med hospital om patienter med lænderyglidelse består hovedsageligt i, at de modtager skriftlig (elektronisk) information om patienter. Praktiserende læger både sender og modtager skriftlig (elektronisk) information om patienter. Godt en femtedel af

de kommunalt ansatte og godt en fjerdedel af de praktiserende læger angiver, at de (stort set) ikke har noget samarbejde med hospital om patienter med lænderyglidelse.

Stort set alle praktiserende læger vurderer, at kontakten med hospital er uændret efter indførelse af forløbsprogrammet, og det samme vurderer et flertal af kommunalt ansatte, der har kunnet tage stilling til spørgsmålet. Et flertal af praktiserende læger vurderer, at der ikke er sket ændringer i den information, de modtager fra hospital, mens en tredjedel vurderer, at de modtager mere information og/eller hurtigere. En stor andel kommunalt ansatte har ikke kunnet tage stilling, men blandt dem, der har, vurderer et lille flertal, at de modtager mere information og/eller hurtigere fra hospital om patienter med lænderyglidelse.

Godt halvdelen af de praktiserende læger vurderer, at den information, de modtager fra hospital, har et passende omfang og er brugbar. Knap en fjerdedel vurderer dog, at de modtager for lidt information, mens nogle få vurderer, at de modtager for meget og ikke brugbar information. Et klart flertal af de kommunalt ansatte, der har kunnet tage stilling, vurderer, at den information, de modtager fra hospital, har et passende omfang og er brugbar.

Hospitalsansatte og praktiserende lægers vurdering af kommunikation med kommuner

Knap en tredjedel af praktiserende læger og en fjerdedel af hospitalsansatte vurderer, at de (stort set) intet samarbejde har med kommunen om patienter med lænderyglidelse. Praktiserende læger, der angiver at samarbejde, sender og modtager skriftlig (elektronisk) information om patienter. Hospitalsansatte angiver hovedsageligt, at de sender skriftlig (elektronisk) information om patienter til kommunerne. Godt en tredjedel af de hospitalsansatte angiver, at de har telefonisk kontakt med kommuner om behandling/forløb, og det er i overensstemmelse med de kommunalt ansattes angivelse.

Flertallet af praktiserende læger vurderer, at omfanget af kontakter med terapeut, sundhedskonsulent eller anden faggruppe i kommune er uændret efter forløbsprogrammets indførelse. Det gælder også hospitalsansatte, hvor godt en tredjedel dog angiver, at de oftere har kontakt med en kommunalt ansat. Knap halvdelen af de praktiserende læger vurderer, at de modtager mere information og/eller hurtigere fra kommuner efter indførelse af forløbsprogrammet. Godt 40 % vurderer, at der ikke er sket ændringer. Langt de fleste hospitalsansatte, der har kunnet tage stilling, vurderer, at der ikke er sket ændringer.

To tredjedel af de praktiserende læger, som har kunnet tage stilling, vurderer, at den modtagne information fra kommunerne har et passende omfang og er brugbar. Mange hospitalsansatte har ikke kunnet tage stilling, men blandt de øvrige er der et klart flertal, der vurderer, at de modtager for lidt information fra kommunerne om patienter med lænderyglidelse.

Bilagstabel 2.7 Forskellige faggruppers angivelse af, hvordan de samarbejder med praktiserende læger om patienter med lænderyglidelse

	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune	Kiropraktor
Modtager skriftlig (elektronisk) information om patienter	64 %	96 %	35 %
Sender skriftlig (elektronisk) information om patienter	68 %	75 %	77 %
E-mailkorrespondance om behandling/forløb	4 %	8 %	8 %
Telefonisk kontakt om behandling/forløb	14 %	33 %	44 %
Holder møde om behandling/forløb	7 %	2 %	-
Anden samarbejdsform	7 %	15 %	-
Intet eller stort set intet samarbejde	29 %	12 %	31 %
Antal	28	67	48

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i, hvor ofte... (*hospitalsansat, kiropraktor, praktiserende fysioterapeut, kommunalt ansat*)?

Bilagstabel 2.8 Forskellige faggruppers vurdering af, om der er sket ændringer i, hvor ofte de har kontakt med praktiserende læge

	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Ja, sker oftere	8 %	18 %	17 %
Nej, har uændret omfang	77 %	57 %	50 %
Sker sjældnere	0 %	4 %	2 %
Ved ikke	15 %	21 %	32 %
Total	100 %	100 %	100 %
Antal	48	28	66

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i den information... (*hospitalsansat, kiropraktor, praktiserende fysioterapeut, kommunalt ansat*)?

Bilagstabel 2.9 Forskellige fagpersoners vurdering af, om der er sket ændringer i den information, de modtager fra almen praksis

	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Modtager mere information og hurtigere	2 %	17 %	5 %
Modtager mere information, men ikke hurtigere	7 %	9 %	15 %
Modtager samme information, men hurtigere	5 %	13 %	5 %
Ingen ændringer	74 %	39 %	38 %
Modtager færre informationer	0 %	4 %	2 %
Ved ikke	12 %	17 %	35 %
Total	100 %	100 %	100 %
Antal	42	23	65

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Vurderer du, at den information, du modtager fra almen praksis om... (*hospitalsansat, kiropraktor, praktiserende fysioterapeut, kommunalt ansat*)?

Bilagstabel 2.10 Forskellige faggruppers vurdering af, om den information, de modtager fra almen praksis, har et passende omfang

	Kiropraktor	Ansæt på hospital	Ansæt i kommune
Ja, omfanget er passende og brugbart	29 %	39 %	17 %
Nej, for lidt information	50 %	26 %	54 %
Nej, for meget og ikke brugbar information	2 %	9 %	2 %
Ved ikke	19 %	26 %	28 %
Total	100 %	100 %	100 %
Antal	42	23	65

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Hvordan samarbejdes med hospital... (*praktiserende læge, ansæt i kommune*)?

Bilagstabel 2.11 Kommunalt ansatte og praktiserende lægers angivelse af, hvordan de samarbejder med hospital om patienter med lænderyglidelse

	Ansæt i kommune	Praktiserende læge
Modtager skriftlig (elektronisk) information om patienter	85 %	68 %
Sender skriftlig (elektronisk) information om patienter	22 %	62 %
E-mailkorrespondance om behandling/forløb	-	9 %
Telefonisk kontakt om behandling/forløb	20 %	6 %
Holder møde om behandling/forløb	3 %	-
Anden samarbejdsform	15 %	-
Intet eller stort set intet samarbejde	22 %	27 %
Antal	65	34

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i, hvor ofte... (*praktiserende læge, kommunalt ansat*)?

Bilagstabel 2.12 Kommunalt ansatte og praktiserende lægers vurdering af, om der er sket ændringer i, hvor ofte de har kontakt med hospital

	Praktiserende læge	Ansæt i kommune
Ja, sker oftere	3 %	18 %
Nej, har uændret omfang	85 %	51 %
Sket sjældnere	6 %	-
Ved ikke	6 %	31 %
Total	100 %	100 %
Antal	34	65

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i den information... *(praktiserende læge, kommunalt ansat)?*

Bilagstabel 2.13 Kommunalt ansatte og praktiserende lægers vurdering af, om der er sket ændringer i den information, de modtager fra praktiserende læger

	Praktiserende læge	Ansæt i kommune
Modtager mere information og hurtigere	3 %	19 %
Modtager mere information, men ikke hurtigere	10 %	14 %
Modtager samme information, men hurtigere	10 %	7 %
Ingen ændringer	60 %	36 %
Modtager færre informationer	3 %	0 %
Ved ikke	13 %	25 %
Total	100 %	100 %
Antal	30	59

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Vurderer du, at den information, du modtager fra hospital om... *(praktiserende læge, kommunalt ansat)?*

Bilagstabel 2.14 Kommunalt ansatte og praktiserende lægers vurdering af, om den information, de modtager fra hospital, har et passende omfang

	Praktiserende læge	Ansæt i kommune
Ja, omfanget er passende og brugbart	53 %	58 %
Nej, for lidt information	23 %	12 %
Nej, for meget og ikke brugbar information	17 %	5 %
Ved ikke	7 %	25 %
Total	100 %	100 %
Antal	30	59

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Hvordan samarbejdes med kommune... *(praktiserende læge, hospitalsansat)?*

Bilagstabel 2.15 Hospitalsansatte og praktiserende lægers angivelse af, hvordan de samarbejder med kommune om patienter med lænderyglidelse

	Praktiserende læge	Ansæt på hospital
Modtager skriftlig (elektronisk) information om patient	50 %	25 %
Sender skriftlig (elektronisk) information om patient	56 %	64 %
E-mailkorrespondance om behandling/forløb	9 %	4 %
Telefonisk kontakt om behandling/forløb	3 %	36 %
Holder møde om behandling/forløb	-	14 %
Anden samarbejdsform	-	14 %
Intet eller stort set intet samarbejde	32 %	25 %
Antal	34	28

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i, hvor ofte... (*praktiserende læge, hospitalsansat*)?

Bilagstabel 2.16 Hospitalsansatte og praktiserende lægers vurdering af, om der er sket ændringer i, hvor ofte de har kontakt med terapeut, sundhedskonsulent eller anden faggruppe i kommune

	Praktiserende læge	Ansæt på hospital
Ja, sker oftere	15 %	36 %
Nej, har uændret omfang	65 %	54 %
Sker sjældnere	3 %	0 %
Ved ikke	18 %	11 %
Total	100 %	100 %
Antal	34	28

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Vurderer du, at der efter indførelse af forløbsprogrammet er sket ændringer i den information... (*praktiserende læge, hospitalsansat*)?

Bilagstabel 2.17 Hospitalsansatte og praktiserende lægers vurdering af, om der er sket ændringer i den information, de modtager fra kommunen

	Praktiserende læge	Ansæt på hospital
Modtager mere information og hurtigere	21 %	14 %
Modtager mere information, men ikke hurtigere	13 %	5 %
Modtager samme information, men hurtigere	13 %	5 %
Ingen ændringer	42 %	55 %
Ved ikke	13 %	23 %
Total	100 %	100 %
Antal	24	22

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Vurderer du, at den information, du modtager fra kommunen om... (*praktiserende læge, hospitalsansat*)?

Bilagstabel 2.18 Hospitalsansatte og praktiserende lægers vurdering af, om den information, de modtager fra kommunen, har et passende omfang

	Praktiserende læge	Ansæt på hospital
Ja, omfanget er passende og brugbart	52 %	14 %
Nej, for lidt information	26 %	36 %
Ved ikke	22 %	50 %
Total	100 %	100 %
Antal	23	22

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00