

Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter

Læge Christian Wulff, professor Jens Søndergaard, professor Frede Olesen & professor Peter Vedsted

Forløbskoordinering, forløbsprogram, forløbskoordinator og tovholder er begreber, der i tiltagende grad benyttes i kroniker- og kræftindsatsen. Desværre bruges begreberne ofte inkonsistent. Denne artikels formål er derfor at definere og beskrive begreberne samt at belyse effekter af forløbsprogrammer og af forløbskoordinatorfunktionen.

Sundhedsvæsenets tiltagende specialisering og fragmentering synes at have medført et øget behov for at levere koordinerede indsatser samt grundig og overensstemmende information til kronisk syge og kræftpatienter [1, 2]. I adskillige forskningsprojekter har man imidlertid tydeliggjort betydelige relationelle, informationsmæssige og organisatoriske kontinuitetsproblemer i patientforløb på tværs af afdelinger, sektorer og faggrænser [3-7].

Begrebet *forløbskoordinering* (engelsk: *care coordination*) dækker tilsigtede arbejde med at skabe optimalt sammenhængende behandlingsforløb for kronisk syge og kræftpatienter [8]. Forløbskoordinering er politisk højt prioriteret. Således iværksatte Sundhedsstyrelsen i 2008 de såkaldte »kræftpakker« [9] og beskrivelse af »forløbsprogrammer for kronisk sygdom« [10]. Der foregår desuden en livlig debat om, hvorvidt der bør oprettes særlige funktioner, der skal tage sig af koordinering af ydelser og optimal informationsudveksling i lange og tværgående patientforløb.

NYERE DANSKE FUNKTIONSBENÆVNELSER

Nedenfor beskrives de danske funktionsbenævnelser »tovholder« og »forløbskoordinator« (se også **Tabel 1**).

Tovholder

I Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer beskrives tovholderfunktionen således:

»Det anbefales, at alle patienter med kronisk sygdom har en tovholder, der har ansvar for:

1. at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
2. at vurdere patientens helbred løbende
3. at følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats
4. at bidrage til fastholdelse af behandlingsmål«.

I rapporten anføres det videre, at »tovholderfunk-

tionen forventes varetaget i almen praksis« [10]. Med beskrivelsen af tovholder anerkender Sundhedsstyrelsen den praktiserende læges forudsætninger som passende med henblik på også fremover at agere sundhedsprofessionel nøgleperson for kronisk syge personer.

Forløbskoordinator

Den danske funktionsbenævnelse *forløbskoordinator* skal opfattes synonymt med det engelske begreb *case manager* [10]. En forløbskoordinator kan i afgrænsede perioder tilknyttes udvalgte patienter, som har særlige behov for koordineret indsats og støtte. Opgaverne omfatter:

- At overvåge og koordinere den patientspecifikke sundhedsfaglige indsats på et givet område (f.eks. relateret til kræftbehandling) samt at udbrede information om indsatsen til relevante sundhedsprofessionelle.
- At sikre, at man i patientforløbet tager hensyn til psykosociale behov, konkurrerende lidelser m.v. (dvs. patientcentreret tilrettelæggelse).
- At informere, guide og støtte patienten og dennes pårørende.

Forudsætningerne for at kunne løse disse opgaver er en god forståelse af sundhedsvæsenets opbygning og muligheder for samarbejde samt et udvidet kendskab til de sygdomsspecifikke sundhedsydelse. Forløbs-

STATUSARTIKEL

Aarhus Universitet,
Institut for Folkesundhed,
Forskningsenheden for
Almen Praksis, og
Syddansk Universitet,
IST, Almen Medicin



Teamwork.

koordinatoren har typisk ikke behandlings- og plejemæssige opgaver. Effekten af forløbskoordinatorens arbejde skal kunne måles med hensyn til klinisk kvalitet (funktionsevne, sygelighed mv.), procesmål (antal indlæggelser, brug af vagtlæge, utilsigtede hændelser, klagesager mv.) samt patientrapporterede effekter (livskvalitet, oplevelse af tryghed, fejl i forløbet mv.).

Man kender ikke berettigelsen af forløbskoordinatorer i det danske sundhedsvæsen [10], og endvidere er der blevet oprettet et betydeligt antal stillinger, hvis funktionsbeskrivelser er vidt forskellige fra Sundhedsstyrelsens definition af forløbskoordinator. Eksempelvis beskriver man i kræftpakkerne forløbskoordinatoren som den administrative person, der skal »overvåge og dokumentere patientforløbene og informere om eventuelle flaskehalse og slip« [9]. Derudover er forløbskoordinatoren til tider blevet sammenlignet med den lovbestemte kontaktperson, men deres formål og handlemuligheder er vidt forskellige. Det skal her nævnes, at effekten af kontaktpersonsordningen er ukendt.

FORLØBSPROGRAMMER

Et *forløbsprogram* (engelsk: *disease management programme*) beskrives som »den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter« [10].

Formålet med et forløbsprogram er at sikre en optimal individuel behandling samtidig med ensartet kvalitet af patientgrupper forløb.

Forløbsprogrammer indeholder typisk *risikostratificering* af sygdomspopulationen med henblik på at sikre en *graderet indsats*. *Risikostratificeringen* består i, at patienter opdeles efter risiko for komplikationer (sygdommens sværhedsgrad, komorbiditet og evne til egenomsorg), og er en forudsætning for en effektiv indsats [10]. Den generiske risikostratificeringspyramide viser omsorgsniveau og baggrund for rubricering i de aktuelle lag (Figur 1).

Den videnskabelige evidens for oprettelse af og implementering af forløbsprogrammer er overbevisende. I en metaanalyse fra 2002 inkluderedes 118 forskelligt udformede forløbsprogrammer, og man beskrev, om interventionerne påvirkede to overordnede effektmål: overholdelse af kliniske retningslinjer og behandlingsmål. Forfatterne konkluderede, at interventioner, hvis formål var at ændre sundhedsprofessionelles adfærd, resulterede i statistisk signifikant bedre overholdelse af kliniske retningslinjer samt opnåelse af behandlingsmål. Interventioner, hvis formål det var at ændre patienters adfærd, medførte bedre opnåelse af behandlingsmål [11].

Den videnskabelige evidens for oprettelse af og implementering af forløbsprogrammer er overbevisende. I en metaanalyse fra 2002 inkluderedes 118 forskelligt udformede forløbsprogrammer, og man beskrev, om interventionerne påvirkede to overordnede effektmål: overholdelse af kliniske retningslinjer og behandlingsmål. Forfatterne konkluderede, at interventioner, hvis formål var at ændre sundhedsprofessionelles adfærd, resulterede i statistisk signifikant bedre overholdelse af kliniske retningslinjer samt opnåelse af behandlingsmål. Interventioner, hvis formål det var at ændre patienters adfærd, medførte bedre opnåelse af behandlingsmål [11].

EFFEKT AF FORLØBSKOORDINATORER VED SOMATISK SYGDOM

I udlandet er der udført forskningsprojekter, i hvilke man har fokuseret på effekterne af forløbskoordinatorer. Forskningsprojekterne har analyseret kliniske, processuelle og patientrapporterede effektmål, hvorimod man kun i få projekter har vurderet de sundhedsøkonomiske konsekvenser. I det følgende resumeres oversigtsartikler vedrørende forløbskoordinatorer.

Diabetes

Der synes udelukkende at være konsensus om, at tilknytning af forløbskoordinatorer reducerer langtidsblodsukker (HbA_{1c}) [12].



TABEL 1

Korte funktionsbeskrivelser for tovholder, forløbskoordinator og kontaktperson.

Begreb	Forståelse af begreb	Hvem?
Tovholder	Skal tilbydes alle patienter med en kronisk sygdom Tovholderen har ansvaret for: 1. at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats 2. at vurdere patientens helbred løbende 3. at følge systematisk op, herunder at sikre en proaktiv indsats 4. at bidrage til fastholdelse af behandlingsmål	Egen læge
Forløbskoordinator	Kan i afgrænsede perioder efter konkret vurdering tilknyttes »højrisikopatienter« med kronisk sygdom eller kræft Assisterer tovholder med det forløbskoordinerende og patientstøttende arbejde Ofte er personen udelukkende ansat med det formål at optimere udvalgte patientforløb Hvis forløbskoordinatoren er placeret på et sygehus, synes det hensigtsmæssigt, at denne varetager kontaktpersonrollen	Specialuddannet sygeplejerske (kan være placeret på sygehus eller uden for)
Kontaktperson	Lovbestemt ordning, som medfører, at sygehusafdelinger skal informere alle patienter om, at navngivne sundhedsprofessionelle har et særligt ansvar for kontinuiteten i deres behandlingsforløb	Primærlæge eller sygeplejerske på sygehus

Kronisk obstruktiv lungesygdom

Efter metaanalyse af overlevelsedata fra syv af ni studier konkluderedes, at der ikke var effekt på overlevelsen. De inkluderede studier havde bl.a. vurderet indlæggelsesvarighed, antal indlæggelser, livskvalitet og rygestop. I flere artikler konkluderede man, at forløbskoordinatorer påvirkede effektmålene statistisk signifikant positivt, men studierne var for få og for metodisk svage til, at man i oversigtsartiklen kunne konkludere, at forløbskoordinatorer kunne optimere KOL-omsorgen [13].

Ældre og »blandede« kronisk syge

I en oversigtsartikel, der var baseret på 15 kliniske forsøg, fokuserede man på forskellige effekter af forløbskoordinatorer i forbindelse med udskrivelse fra sygehus. Otte forsøg resulterede i færre genindlæggelser, og i syv af ni forsøg, som havde sammenlignet indlæggelsesdage, medførte forløbskoordinatorer færre indlæggelsesdage. Ingen af studierne resulterede i bedre udfald af effektmål i kontrolgruppen [14].

I en metaanalyse fra 2005 analyserede man effekten af hospitalsbaserede forløbskoordinatorer på indlæggelsesvarighed og antal genindlæggelser. Begge effektmål blev analyseret i ti af 12 studier. Der var ingen statistisk signifikant forskel på kontrol- og forløbskoordinatorgruppen med hensyn til de to effektmål [15].

I en litteraturgennemgang fra 2009, der var baseret på ni kliniske forsøg, så man på, om forløbskoordinatorer, der var tilknyttet ikkeindlagte, sårbare ældre samt kronisk syge, påvirkede sundhedsudgifterne og antallet af sundhedsydelser (antal indlæggelser på hospitaler og *nursing homes* samt indlæggelsesvarighed). Tilknytningen af forløbskoordinatorer øgede ikke sundhedsydelser og -udgifter, men om det modsatte var tilfældet, blev ikke kommenteret [16].

Kræft

I en oversigtsartikel, der belyser effekten af forløbskoordinatorer i kræftforløb, af rapporterede de inkluderede otte studier flere enkeltstående statistisk signifikant positivt påvirkede effektmål som følge af forløbskoordinatorer.

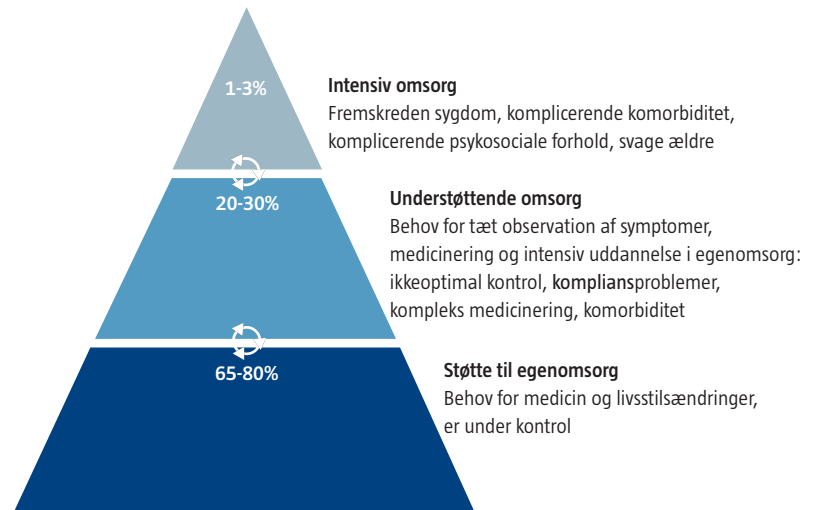
Imidlertid konkluderede oversigtsartiklen, at vidensmængden var for sparsom til, at man kunne udtale sig om effekten af at tilknytte forløbskoordinatorer til kræftpatienter [17].

HVAD KAN MAN KONKLUDERE OM EFFEKTEN AF FORLØBSKOORDINATORER?

I de refererede oversigtsartikler konkluderede man, at forløbskoordinatorer påvirkede effektmålene i

FIGUR 1

Fordelingen af en gruppe kronisk syge patienter med hensyn til behov for behandlingsunderstøttende indsats [18].



enten positiv eller neutral retning, mens ingen konkluderede, at der var en negativ effekt. Et stort antal af de studier, der indgik i oversigtsartiklerne, resulterede i en statistisk signifikant positiv påvirkning af effektmålene.

Da de hidtidige interventioner har været vidt forskelligt tilrettelagt, og da indholdet ofte har været upræcist beskrevet, kan man imidlertid ikke generelt konkludere, at ansættelse af forløbskoordinatorer er en sikker metode til forbedring af klinisk komplekse patientforløb. I alle oversigtsartikler efterlystes veltilrettelagte og transparente forskningsprojekter.

Da en implementering af forløbskoordinatorer, som er baseret på en falsk antagelse om positiv effekt, vil medføre spild af sparsomme sundhedsressurser, er der et presserende behov for veltilrettelagte danske forsøg med forløbskoordinatorer. Man kender (endnu) ikke til bivirkninger ved at implementere forløbskoordinatorer.

KONKLUSION OG PERSPEKTIVER

Tiltagende kendskab til kontinuitetsproblemer i patientforløb på tværs af afdelinger, sektorer og faggrænser gør, at levering af koordinerede ydelser og information bør være en kerneopgave for sundhedsvæsenet. Forløbskoordinerende arbejde bør understøttes af andre forløbsoptimerende initiativer, der sikrer mulighed for hurtig personlig kontakt mellem sundhedsprofessionelle i primær- og sekundærsektor.

Det er nødvendigt at udbrede kendskabet til forløbsprogrammer samt til tovholder- og forløbskoordinatorfunktionen.



CENTRALE BEGREBER

Forløbskoordinering: Der findes ingen dansk definition af ordet. Denne artikels forfatter foreslår: »Alt tilsigtet arbejde med at skabe optimalt sammenhængende behandlingsforløb for kronisk syge og kræftpatienter«. De engelske nært beslægtede begreber *care coordination*, *disease management* og *integrated care* behandler emnet, hvorledes man optimalt organiserer udrednings-, behandlings- og rehabiliteringsforløb for patienter med komplekse tværsektorielle behov.

Forløbsprogram (engelsk: *disease management programme*): »Den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.«

Case management: Engelsk begreb for forløbskoordinering, der varetages af en *case manager*. Tilbydes udvalgte patienter med komplekse tværsektorielle behov (en lille gruppe af en sygdomspopulation). *Case manager* (dansk: forløbskoordinator) er hyppigst en sygeplejerske, som er specielt ansat til at tage sig af overvågning og koordinering af sundhedsydelse, information og støtte.

Sundhedsstyrelsens tovholderbegreb fastslår, at den praktiserende læge er en central aktør i koordineringen af indsatser i patienters sygdomsforløb.

Forløbskoordinatorens og den lovbestemte kontaktpersons formål og muligheder er ganske forskellige.

Betegnelsen forløbskoordinator bør forbeholdes en sundhedsprofessionel, der tilknyttes udvalgte patienter med risiko for komplekse forløb, med det formål at skabe veltilrettelagte, sammenhængende patientforløb, som også opleves sådan. På trods af divergerende konklusioner i hidtidige udenlandske forskningsprojekter vurderer vi, at forløbskoordinatorer forsat må anses for at være et lovende værktøj til forbedring af patientforløb for udvalgte klinisk komplekse patienter. I det danske sundhedsvæsen er effekten af forløbskoordinatorer imidlertid ukendt. Uanset effekt anbefaler vi, at forløbskoordinatorbegrebet bruges ensartet og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens definition [10].

KORRESPONDANCE: Christian Wulff, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, DK-8000 Århus C.
E-mail: christian.wulff@alm.au.dk

ANTAGET: 15. februar 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

- Sandberg MB. Forløbskoordination på kronikerområdet. Hvad skal der til i praksis? København: FOKUS, 2008.
- Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
- Grønbold M, Pedersen C, Jensen CR. Kræftpatientens verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for – resultater, vurderinger og forslag. København: Kræftens Bekæmpelse, 2006.
- Coleman EA, Berenson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Ann Intern Med* 2004;141:533-6.
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297:831-41.
- Preston C, Cheater F, Baker R et al. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. *Qual Health Care* 1999;8:16-21.
- Weaver FM, Perloff L, Waters T. Patients' and caregivers' transition from hospital to home: needs and recommendations. *Home Health Care Serv Q* 1998;17:27-48.
- McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM et al. Care coordination. I: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM et al. (eds.) Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies – Volume 7. AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.
- Danske Regioner. Kræftbehandling uden ventetid. København: Danske Regioner; 2007.
- Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – Generisk model og Forløbsprogram for diabetes. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
- Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002;325:925.
- Alli C, Daguio M, Kosciuk M et al. Clinical inquiries. Does case management improve diabetes outcomes? *J Fam Pract* 2008;57:747-8.
- Taylor SJ, Candy B, Bryar RM et al. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *BMJ* 2005;331:485.
- Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Prof Case Manag* 2007;12:330-6; quiz 337-8.
- Kim YJ, Soeken KL. A meta-analysis of the effect of hospital-based case management on hospital length-of-stay and readmission. *Nurs Res* 2005;54:255-64.
- Oeseburg B, Wynia K, Middel B et al. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. *Nurs Res* 2009;58:201-10.
- Wulff CN, Thygesen M, Sondergaard J et al. Case management used to optimize cancer care pathways: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008;8:227.
- Vedsted P, Olesen F. Kronikermodellen og risikostratificering. *Månedsskrift Prakt Læge* 2006;84:357-69.

AKADEMISKE AFHANDLINGER



Overlæge Søren Tang Knudsen:

Ambulatory blood pressure, endothelial perturbation, and microvascular complications in type 2 diabetes

Disputats

Cand.med., ph.d. Lisette Okkels Jensen:

Coronary artery remodelling in diabetic and non-diabetic patients assessed by intravascular ultrasound

Disputats

E-MAIL: stk@dadlnet.dk

UDGÅR FRA: Aarhus Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Medicinsk Afdeling M.

FORSVARET FINDER STED: den 26. marts 2010, kl. 14.00, Lille Anatomisk Auditorium (lokale 424), Aarhus Universitet, Århus.

OPPONENTER: Hans Ibsen, Peter Rossing og Hans Erik Bøtker.

E-MAIL: Okkels@dadlnet.dk

UDGÅR FRA: Hjertemedicinsk Afdeling B, Odense Universitetshospital.

FORSVARET FINDER STED: den 19. marts 2010, kl. 14.00, Emil Aarestrup Auditoriet, Odense Universitetshospital, Odense.

OPPONENTER: William Wijns, Belgien, og Thomas Engstrøm.