

En undersøgelse af henvisningstendensen af KOL-patienter til rehabilitering i to almen praksis i Silkeborg og Aarhus.



Kathrine Thiemer og Marie Kibsgaard
Almen medicinsk forskningsopgave, hold 52
Vejleder Hans Christian Kjeldsen

Contents

Baggrund.....	3
Formål	4
Materiale og metode.....	4
Litteratursøgning.....	4
Empirisk del.....	5
FAKTA - Forløbsplaner og RKKP	5
Dataindsamling.....	5
Telefonisk kontakt til kommunen	6
Semistruktureret interview med læger og sygeplejersker i praksis	6
Resultater	6
Dataindsamling i IT-systemerne.....	6
Telefonisk kontakt til kommunerne.....	7
Aarhus kommune	7
Silkeborg kommune.....	7
Semi-strukturerede interviews	8
Diskussion.....	8
Konklusion	12
Referenceliste	13
Bilag	14
Bilag 1	14
Data over patienter i praksis i Aarhus C	14
Data over patienter i praksis syd Silkeborg	15
Bilag 2	19
Semistruktureret interview til praksis:	19

Baggrund

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en hyppig årsag til mortalitet og morbiditet, både på verdensplan og i Danmark. I Danmark skønnes det, at der er mellem 300-400.000 patienter med KOL, og det anslåes, at der i en dansk gennemsnitspraksis med 1.600 patienter, vil være 120 patienter med KOL. KOL-exacerbation er endvidere årsag til ca. 24.000 indlæggelser årligt.¹

Den hyppigste årsag til KOL er rygning og indånding af skadelige partikler til lungevævet. Dette kan give forandringer af selve vævet bl.a. ved en destruktion af de terminale luftveje med emfysemdannelse. Derudover opstår der forsnævninger af både små og store luftveje, bl.a. pga. øget sekretdannelse og sekretophobning. Disse forandringer giver sig til udtryk ved åndenød, hoste og slimdannelse – akut forværring af disse symptomer giver KOL-exacerbation.² Mange KOL-patienter vil også opleve atrofi af skeletmuskulaturen, vægttab, osteoporose, nedsat funktionsevne samt angst og depression.³

Behandlingen af KOL består af tre dele i prioriteret rækkefølge; rygestop, lungerehabilitering og medicinsk behandling² - rehabilitering er således en vigtig del af behandlingen, som blandt andet er dokumenteret i en metaanalyse fra Cochrane fra 2015. Her blev der påvist signifikant gavnlige effekt af rehabilitering på livskvalitet (HRQoL) herunder åndenød, træthed (fatigue), psykisk formåen (emotional function) og mestring. Derudover også bedring af fysisk træningskapacitet. Det konkluderes til sidst i artiklen, at det fremadrettet ikke er berettiget at undersøge effekt af rehabilitering, da dette er bevist, men at fremtidige studier i stedet skal fokusere på hvilke del-elementer af rehabiliteringen, der er essentielle samt længden, lokalisering og supervisionen af disse.⁴

En dansk metaanalyse fra 2018 viste endvidere, at der er signifikant gavnlige effekt af rehabilitering kort tid efter KOL-exacerbation. Her både med reduktion i antal genindlæggelser og i mortalitet efter exacerbation, samt bedring af livskvalitet og fysisk formåen.⁵

I Danmark består rehabilitering af fysisk træning, ernæringsterapi, rygestop, psykosocial bistand og patientuddannelse. Langt størstedelen af rehabiliteringen foregår i kommunerne.³

For alle kommuner gælder det, at man kan henvises fra egen læge eller fra hospitalsafdelingerne, og for visse kommuner gælder det endvidere, at borgeren selv kan henvende sig.

Kommunernes Landsforening lavede i år 2018 en opgørelse, hvor de fandt, at mere end hver 5. lægepraksis slet ikke henviste til kommunal rehabilitering. Dette på trods af at der de forgående år var sket kraftig udvikling af netop rehabiliteringstilbuddene.⁶

Det er altså nødvendigt med et tæt samarbejde kommune, hospitalsafdeling og ikke mindst egen læge imellem for bedst muligt at behandle KOL-patienter.

Formål

På baggrund af ovenstående viden om hyppigheden af KOL, vigtigheden af rehabilitering og det nødvendige tværsektorielle samarbejde, ønsker vi at undersøge,

1. hvor ofte vi som praktiserende læger henviser til kommunal KOL-rehabilitering.
 - a. Dette vil vi gøre ved at undersøge, hvor mange KOL-patienter der henvises fra to almen praksis i Region Midt i forhold til det samlede antal KOL-patienter – og herunder vurdere, om der er behov for at ændre lokale retningslinjer.
2. kendskab til og/eller henvisningstendens til kommunal KOL-rehabilitering.
 - a. Dette vil vi gøre ved semistrukturede interview med læger og sygeplejersker i praksis.

Materiale og metode

Litteratursøgning

Vi har valgt at søge litteratur i PubMed og i Cochrane Library.

I PubMed søgte vi på "copd AND rehabilitation", hvor der fremkom 8569 artikler. Dernæst indskrænkede vi søgningen til udgivelser fra år 2016 til 2021, hvorefter der var 3300 artikler tilbage. Herfra tilvalgte vi filter, således at vi kun inkluderede meta-analyser, hvorefter der fremkom 125 artikler. Som del i udvælgelsesprocessen gennemgik vi hver især overskrifterne på artiklerne, hvor vi endte på henholdsvis 27 og 13 interessante artikler, som vi efterfølgende diskuterede relevansen af. Vi valgte at fokusere på generel rehabilitering og ikke på artikler, der beskrev specifikke træningsformer (vandaerobic, sang, tai chi, overekstremitetstræning etc.) og reducerede således til 9 artikler. Disse læste vi abstrac på og endte sidst på én relevant artikel.⁵

I Cochrane Library søgte vi på det overordnede emne "lungs and airways" med del-emne "chronic obstructive pulmonary disease (stable)". Herved fremkom 85 artikler. Vi læste overskrifter på alle artikler samt abstract på 3 relevante artikler og endte på én artikel.⁴

Derudover har vi søgt baggrundsmateriale via sundhedsstyrelsen (SST)³, Kommunernes Landsforening (KL)⁶, lægehåndbogen.¹ Dansk Selskab for Lungemedicin² og det regionale forløbsprogram for KOL under sundhedsaftalen for Region Midt.⁷

Empirisk del

FAKTA - Forløbsplaner og RKKP

Sundhedsloven forpligter almen praksis til at indberette data for patienter med diabetes og KOL til hhv. Danske Voksen Diabetes Database (DVDD) og Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL). Data skal indberettes til Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP).⁷ Alle KOL-patienter har ret til en forløbsplan i hht. OK18. Forløbsplanerne indeholder en beskrivelse af borgerens individuelle mål og forløb, behandlings- og rehabiliteringsplan, samt fungerer som "tjekliste" i forhold til, hvilke ydelser en borger har ret til og behov for.⁸

Dataindsamling

Vores undersøgelse baseres på journalgennemgang i to forskellige praksis i hhv. Aarhus C og i en landsbypraksis syd for Silkeborg, begge med omkring 4800 patienter. Begge praksis er kompagniskaber med tre partnere og yderligere tre ansatte samt uddannelselæger. Der benyttes forskellige IT-systemet, hhv. MultiMed i Aarhus og Clinea syd for Silkeborg.

I MultiMed-systemet blev der fremsøgt "Forløbsplaner/RKKP" og dernæst "oversigt". Herefter tilvalg af "KOL patientliste" med 28 patienter. Ved valg af "RKKP KOL patientliste" fremkom 37 patienter. Listerne blev sammenkørte og dobbeltregistrerede blev fjernet, dernæst var der 28 patienter for "KOL patientliste" og ekstra fem på "RKKP KOL patientliste". Der blev endvidere udført en generel diagnose-søgning på "kronisk obstruktiv lungesygdom" og herved fremkom 96 patienter. Dobbeltregistrerede blev fjernet, 20 patienter var døde og udgik af dataopsamlingen, 24 patienter var ikke længere tilknyttet praksis og udgik af dataopsamlingen, 12 patienter som var unge med astma og to patienter have emfysem, men ikke KOL. Endte derefter samlet på yderligere fem patienter med KOL. Således at det samlede antal KOL-patienter var 38.

Samtlige patienter blev slået op, og for hver patient blev korrespondance-breve til kommunen gennemset for henvisning, da det i dette system er via korrespondancebreve, man henviser til rehabilitering. Det var ikke muligt at lave fritekst-søgning i journalerne, hvorfor alle journalnotater med "KOL", samt ambulante noter fra lungemedicinerne også blev gennemset for henvisninger eller information omkring rehabilitering.

I Clinea-systemet blev der også fremsøgt KOL forløbsliste, hvor der fremkom 112 patienter. Derefter opslag i RKKP registret, hvor der fremkom 130 patienter. De 112 patienter fremgik alle på RKKP-listen, og samlet set var der derfor 130 unikke patienter. Herefter blev hver patient slået op i henvisningsmodulet, hvorfra man henviser til kommunal rehabilitering. Derefter blev hver patient slået op i journalmodulet, hvor der blev søgt på "rehab" via fritekst-søgningsfunktionen. 4 patienter var døde og udgik af dataindsamlingen. Således i alt 126 patienter ud fra de to lister.

I Clineas statistik modul blev der søgt på R95 diagnosekoden (diagnosekoden for KOL), herved fremkom kun 55 patienter i alt, heraf var 30 nye, som ikke tidligere var fundet på forløbsplanslisten eller RKKP listen. Ved gennemgang af de 30 patienter var 24 gået ad mortem og udgik derfor. De resterende seks havde KOL. To patienter havde skiftet læge, og udgik derfor også. De resterende fire blev gennemgået som tidligere beskrevet. Samlet blev der i alt fundet 130 KOL-patienter.

I dataindsamlingen fra begge systemer blev patienterne anonymiserede og tildelt fortløbende numre og indsat i en tabel. Det blev noteret, hvorvidt de aldrig havde været henvist til KOL-rehabilitering, henvist én gang, eller mere end én gang. Derudover blev også køn og alder noteret.

Telefonisk kontakt til kommunen

Der blev taget telefonisk kontakt til både Aarhus og Silkeborg kommune mhp. information omkring KOL-rehabilitering.

Semistruktureret interview med læger og sygeplejersker i praksis

Der er udført semistrukturerede interviews mhp. kendskab til og/eller henvisningstendens til kommunal KOL-rehabilitering. Se billag to.

Resultater

Dataindsamling i IT-systemerne

Nedenstående tabel med oversigt over antal KOL-patienter i praksis, samt antal henviste fra praksis til KOL-rehabilitering.

	Antal KOL ptt.	Aldrig henvist	Henvist x 1	Henvist >1
Aarhus C	38	35	3	0
Syd for Silkeborg	130	127	3	0

I Aarhus C var de 17 KOL-patienter kvinder og de resterende 21 KOL-patienter var mænd. Gennemsnitsalderen var 66,3 år.

I praksis syd for Silkeborg var 66 ud af de 130 KOL-patienter mænd og var 64 kvinder. Gennemsnitsalderen her var 71,7 år.

Telefonisk kontakt til kommunerne

For begge kommuner gælder det, at borgeren først kommer til en afklarende samtale mhp. videre forløb. Der foreligger ikke et krav om værdier fra lungefunktionsundersøgelse (LFU) eller åndenødsskala (MRC). I begge kommuners tilbud indgår bl.a. kostvejledning, sygdomslære, forandringer af vaner samt fysisk træning.^{9,10}

Aarhus kommune

Ved telefonisk kontakt til hovednummer for generel rehabilitering i Aarhus kommune blev det oplyst, at tilbuddene generelt er én-gangstilbud, men der kan overvejes fornyet forløb ved forværring af tilstanden – eller hvis det er mange år siden sidste forløb, således at tilbuddet nu er anderledes. I Aarhus Kommune tilbydes desuden rehabilitering på tyrkisk, persisk, somalisk og arabisk. Patienter med anden etnisk baggrund, som taler nævnte sprog, vil oftere blive tilbudt fornyet rehabilitering i alle kommunes tilbud, da det erfaringsmæssigt er en sårbar gruppe bl.a. grundet sprogbarriere. I Aarhus kommune er der både mulighed for selvhenvendelse, samt henvisning fra pratiserende læger eller fra sygehuse.

Rehabiliteringstilbuddet i Aarhus kommune gennemføres ca 1 km fra praksisadresse.

Silkeborg kommune

I Silkeborg kommune blev fysioterapeut Linda Holmberg kontaktet. Hun er kontaktperson for KOL-rehabilitering. Hun informerede om, at de ikke havde nogle data på, hvor mange patienter, der bliver henvist til KOL-rehabilitering, men at det var hendes generelle indtryk, at det er meget få, der henvises fra praksis, lidt flere fra lungemedicinsk ambulatorium. Desuden er der en del patienter, der selv retter henvendelse til en afklarende samtale, når der har været annoncer i lokale aviser omkring mulighed for rehabilitering. Borgerne skal dog stadig efterfølgende rette henvendelse til deres egen læge mhp. henvisning til et rehabiliteringsforløb.

Silkeborg kommune har umiddelbart ingen begrænsning på, hvor mange gange en patient kan deltage i rehabilitering. Der er mulighed for nyt forløb ved subjektiv forværring.

Rehabiliteringstilbuddet i Silkeborg kommune gennemføres ca 12 km fra praksisadresse.

Semi-strukturerede interviews

I begge praksis blev der udført semi-strukturerede interviews med tre læger og en sygeplejerske.

I gruppen af læger blev der svaret, at man generelt ikke henviste til kommunal KOL-rehabilitering. En årsag som blev nævnt flere gange var, at man ikke mente, at patienter var interesserede i det, og oftest blev patienterne derfor ikke informeret om tilbuddet. ”De gider jo ikke”.

En anden gentagelse fra gruppen var manglende fokus på rehabilitering i denne patientgruppe fra lægerne side, hvorimod der er mere fokus på rehabilitering af diabetespatienter. ”Måske skyldes det en stærkere patientforening for diabetespatienter... og mere fokus på diabetes som sygdom, og at patientgruppen generelt er mere kompliant end KOL-patienterne”.

En anden læge fortalte, at vedkommende altid informerede om mulighed for rehabilitering og medgav telefonnummer til kommunen, men at det derfra var op til patienterne selv at tage kontakt.

En sidste læge angav manglende viden omkring mulighed for KOL-rehabilitering.

I sygeplejerskegruppen angav den ene sygeplejerske, at vedkommende godt kendte til tilbuddet, men at man ifølge den lokale instruks kun kunne henvise til rehabilitering ved $MRC \geq 3$ – patienter som hun sjældent havde til årskontroller. Den anden sygeplejerske var ikke blevet instrueret i at henvise til rehabilitering, men var blevet opmærksom på muligheden, da man skal krydse af i ”rehabilitering” i forløbsplanen.

Ingen syntes, at det var besværligt eller svært at henvise og ingen havde dårlige erfaringer med at henvise. Flere angav, at de generelt henviste flere til forløb for rygestop.

Diskussion

I denne opgave har vi ønsket at undersøge henvisningstendens af KOL-patienter til kommunal rehabilitering ved opslag i journalsystemer. Derudover har vi udført semistrukturerede interviews med læger og øvrig personale i praksis for at undersøge deres viden om kommunale KOL-rehabilitering, samt eventuelle barriere i forhold til at henvise. Sidst er der desuden foretaget telefonisk interview med kontaktpersoner tilknyttet kommunal rehabilitering i de to kommuner, hvor praksis er beliggende, for på den måde at undersøge de praktiske omstændigheder i forhold til selve KOL-rehabilitering og henvisning hertil.

Som det første søgte vi baggrundslitteratur til vores studier for at undersøge evidensen for effekt af rehabilitering af KOL-patienter. I denne proces havde vi i fælleskab aftalt

søgekriterier, som beskrevet nærmere under metodeafsnittet. Vi fandt en fælles pulje med 125 artikler, som vi begge skulle gennemgå. Her blev det dog klart, at vores inklusionskriterier ikke var specifikke nok, hvorfor vi hver især endte på hhv. 27 og 13 relevante artikler. Ved fremtidige artikelsøgning er det derfor blevet klart for os, at man skal prædefinere inklusionskriterierne mere snævert. I vores tilfælde kunne dette være ved at fokusere på overordnet rehabilitering frem for specifikke træningsformer – denne konsensus diskuterede vi os i stedet frem til efter artikelsøgningen.

I forhold til dataindsamling i de respektive journalsystemer, havde vi heller ikke klart defineret søgekriterier udover køn, alder og henvisningstendens (aldrig, én gang og flere gange), herunder om afdøde patienter skulle indgå, samt om patienter henvist fra tidligere læge eller ambulatorie skulle indgå. Dette blev i de to dataindsamlinger ikke opgjort ens og ej heller stringent, men blot noteret ved tilfældige fund, bl.a. pga. at informationerne var svære at fremsøge i systemerne. Derfor endte vi med helt at ekskludere døde patienter og ej heller notere henvisninger fra andre parter. Dette giver selvfølgelig en begrænsning i vores studie, da nu afdøde patienter måske har været henvist fra praksis. Dog tror vi ikke at disse patienter adskiller sig fra den øvrige patientgruppe. Eventuelle tidligere rehabiliteringsforløb via andre parter, kunne også være årsag til, at praksis ikke har henvist. Trods disse begrænsninger tror vi ikke, at resultaterne havde været væsentligt anderledes, da vores dataindsamling viser et tydeligt mønster med manglende henvisning.

Da vi søgte patienter i forløbsplanerne og i RKKP-listerne antog vi, at disse patienter var korrekt diagnosticeret, hvorfor diagnoserne ikke blev yderligere validerede.

Ved fremsøgning på diagnosekoder i Clinea, fremkom kun 55 patienter. Vi havde forventet at finde mindst 130 patienter jvf. KOL forløbslisterne/RKKP listerne. Vi må derfor konkludere, at Clineas søgefunktion således er mangelfuld, når den kun finder ca 1/5 af patienter med KOL-diagnosen i praksis.

Ved søgning i MultiMed fremkom der 96 patienter, da denne funktion medtager alle aktuelle og tidligere ordinationer på inhalationsmedicin, både nuværende og tidligere patienter, og overskrifter på patientens samlede kontakter. Der kan således være risiko for fejl i diagnosekodning, fx. ved udskrivelse af inhalationsmedicin, hvor man ved en fejl har valgt KOL som indikation istedet for den rette astma diagnose. Derfor fandt vi det nødvendigt at validere diagnosen i MultiMed systemet, og der blev ved gennemgang fundet 14 patienter, der ikke havde KOL-diagnosen. Der tegner sig derfor et billede i MultiMed systemets søgefunktion med en overestimering af patienter med KOL-diagnosen.

Vi må således konkludere, at søgefunktionerne i de respektive journalsystemer skal bruges med varsomhed.

Jvf. vores baggrund¹ burde en praksis af vores størrelser have i snit 360 patienter med KOL, hvilket langt fra er tilfældet med de hhv. 130 patienter syd for Silkeborg og 38 patienter i Aarhus C. Det har derfor undret os, hvorfor vi ikke har fundet flere patienter

med KOL-diagnosen og nærliggende konklusion må være, at KOL-diagnosen er underdiagnosticeret. Dette understøttes af et stort dansk studie fra 2017, hvor man finder, at 78 % af danskere med KOL ikke har fået stillet diagnosen.¹¹

Vi har kontaktet KiAP (Kvalitet i Almen Praksis), mhp. information om det forventlige gennemsnitlige antal KOL-patienter pr. praksiskapacitet i Danmark. Dette for at belyse om de data vi har fundet i praksis afspejler en generel tendens. KiAP angiver, at det forventes, at 4% af en praksispopulation vil have KOL. Dette med antagelse af, at de praktiserende læger er omhyggelige med diagnosekodning. Vi finder at ca. 0,8 % af patienterne i Aarhus praksis og ca 2,7 % af patienterne i praksis syd for Silkeborg har KOL. Vi må derfor konkludere, at vi i vores respektive praksis finder for få patienter med KOL.

Det har også undret os, hvor stor forskel der er på antal KOL-patienter de to praksis imellem. Det kan tildels forklares ved forskel i demografi og socioøkonomisk status. Vi har fremsøgt patientsammensætningen i Ordiprax for de to praksis. I Aarhus udgør aldersgruppen 16-44 år 60,1% af patienterne og aldersgruppen 45-65+ 27,9%. I vores landsbypraksis udgør aldersgruppen 16-44 år 31,5 % og aldersgruppen 45-65+ 47%. Den store forskel i aldersfordeling, kan forklare en del af den store forskel i antal KOL-patienter, da KOL-prævalencen stiger med alderen.¹ En overvejelse kunne også være, at der er færre rygere i en storby evt. grundet højere uddannelsesniveau.

Vores forventning inden dataindsamling var, at KOL-patienter generelt blev henvist til rehabilitering, og nogle af flere gange, hvorfor vi valgte at opgøre data som hhv. aldrig henvist, én gang henvist og mere end én gang. Resultaterne viste dog, at KOL-patienter kun sjældent bliver henvist. Man skal dog i Aarhus være opmærksom på, at der kan være et mørketal, eftersom patienterne selv kan rette henvendelse til kommunen. Dette er ikke undersøgt nærmere.

I en opgørelse lavet af Kommunernes Landsforening (KL) fra 2018 ses det, at mere end hver femte praktiserende læge slet ikke henviser til kommunale forebyggelsestilbud, trods at ca. en tredjedel af den danske befolkning har én eller flere kroniske sygdomme.⁶ Resultaterne fra vores dataindsamling harmonerer således med dette billede. Det skal dog noteres, at KL's opgørelse ikke kun drejer sig om KOL-rehabilitering, og at der kan være forskel på henvisningstendens i den samme praksis alt efter, hvilken kronisk sygdom patienten har. Ud fra de semi-strukturerede interviews tegnede der sig et billede af større fokus på rehabilitering af diabetes patienter. De telefoniske interviews med kommunerne mhp. KOL-rehabilitering understøttede også den lave henvisningstendens indenfor dette område. Vi skønner derfor, at henvisningstendensen for KOL-patienter er endnu lavere end KL's generelle vurdering.

På baggrund af resultaterne af de semi-strukturerede interviews med praksislægerne og personalet, var én af de gentagne påstande, at patienterne ikke var interesserede i rehabilitering. I et dansk spørgeskemastudie fra 2021 blev 493 KOL-patienter adspurgt til barrierer vedr. fysisk aktivitet som indgår i rehabilitering. Lav motivation var en

signifikant barriere, og den var korreleret til frygt for åndenød. Derudover var komorbiditet også en signifikant barriere.¹² Man kan således overveje om lægens tolkning af manglende interesse fra patienten, istedet bunder i frygt, som i så fald ikke italesættes. Der vil naturligvis også altid være patienter, som bare ikke er interesseret, som vi også kan opleve det med patienter, som takker nej til rygestop. Et andet udsagn fra de semi-strukturerede interviews var manglende fokus på rehabilitering hos lægen. En nærliggende konklusion må derfor være, at det bunder i forglemmelse og evt. manglende viden om vigtigheden af rehabilitering, også set i forhold til hvor meget den medicinsk behandling fylder.

Man kan også gøre sig overvejelser om, hvorvidt der er andre barriere for patienterne. Det kunne fx. være begrænset mulighed for offentlig transport eller mangel på anden kørselsmulighed. Dette vil nok næppe gøre sig gældende i Aarhus midtby med 1 km fra praksis til rehabiliteringscenter, men er en relevant overvejelse på landet, hvor der i dette tilfælde kan være 12 km fra praksis til tilbuddet i Silkeborg. Derudover kan erhvervsaktive patienter have svært ved at deltage i rehabiliteringstilbuddene, da de ligger i dagtiden.

Et australsk studie fra 2013 undersøgte barrierer for praktiserende lægers henvisninger til rehabilitering. Studiet blev udført ved at foretage semi-strukturerede interviews inkluderende 12 almene praktiserende læger – ti ud af de 12 læge havde aldrig henvist patienter til KOL-rehabilitering. Der blev fundet fire kategorier af barrierer; 1) manglende viden om rehabilitering af KOL-patienter, 2) manglende viden omkring selve henvisningen, 3) formodet vanskeligheder ved den praktiske deltagelse for patienter såsom transport og sidst 4) lægens manglende tro på mulighed for adfærdsændring hos patienten.¹³ I vores praksis var der et enkelt tilfælde med manglende viden om KOL-rehabilitering, men generelt var personalet og lægerne godt oplyste herom. I forhold til at henvise til kommunale sundhedstilbud generelt, kender alle til proceduren. I det tilfælde hvor der blev udleveret et tlf. nr., var det med fuldt overlæg og en normal arbejdsgang, da der ikke behøves skriftlig henvisning fra lægen i denne kommune. Vedr. transportspørgsmålet tror vi ikke umiddelbart, at lægerne gør sig overvejelser herom, men som tidligere nævnt kan afstand måske være en barriere for patienterne. Sidste kategori med manglende tro på mulighed for adfærdsændring og manglende motivation er forsøgt belyst i forrige afsnit.

Konklusion

Ud fra vores fund kan vi konkludere, at vi generelt ikke får henvist vores KOL-patienter til rehabilitering. En del af dette grunder i fravalg fra lægens side på patientens vegne, og generel manglende fokus på vigtigheden af rehabilitering og dermed forglemmelse.

Vores studie udmunder i, at vi lokalt har ændret i vores standardfrase for KOL årskontrol, så spørgsmål om rehabilitering nu indgår.

Derudover vil vi drøfte med vores respektive praksis, om der kan implementeres en arbejdsgang, således at de KOL-patienter som har exacerbation, udmundende i indlæggelse eller udskrivelse af prednisolon og/eller Amoxicillin efterfølgende får tilbudt henvisning til rehabilitering.

Vi har også planer om at fremlægge vores opgave for vores 12 mands gruppe, og dermed forhåbentlig sætte fokus på området.

Referenceliste

1. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/kol/>.
2. <https://lungemedicin.dk/kol-vejledning/>.
3. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/National-Klinisk-Retningslinje-for-Rehabilitering-af-patienter-med-KOL.ashx?la=da&hash=81976AC77E8FCEF659052AE0A1ED378C18AEAC47>.
4. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003793.pub3/full>.
5. <https://bmcpulmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12890-018-0718-1.pdf>.
6. <https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2018/mange-laeger-glemmer-kommunale-forebyggelsestilbud/>.
7. <https://kiap.dk/kiap/praksis/rkkp/rkkp.php>.
8. https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/om-sundhedsaftalen/delaftale/forlobsprogram-kol/2020/forlobsprogram_kol_2019_politisk-godkendt.pdf.
9. https://www.sundhed.dk/content/cms/54/101654_godt-paa-vej-pdf.pdf.
10. <https://folkesundhed.aarhus.dk/sundhedsforloeb/kol/>.
11. <https://www-clinicalkey-com.ez.statsbiblioteket.dk:12048/#!/content/playContent/1-s2.0-S2213260017301194?returnurl=null&referrer=null>.
12. <https://www-tandfonline-com.ez.statsbiblioteket.dk:12048/doi/full/10.1080/15412555.2021.1922371>.
13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6442818/>.

Bilag

Bilag 1

Data over patienter i praksis i Aarhus C

Nr.	Køn	Alder	Aldrig	x1	>1
1	F	58	x		
2	M	57	x		
3	F	59	x		
4	M	28	x		
5	M	59	x		
6	F	81	x		
7	M	59	x		
8	M	74	x		
9	M	62		x	
10	F	62		x	
11	F	87	x		
12	M	58	x		
13	F	82	x		
14	F	68	x		
15	M	72	x		
16	M	72	x		
17	M	63	x		
18	F	86	x		
19	M	83	x		
20	F	58	x		
21	M	78	x		
22	M	54	x		
23	M	52	x		
24	M	82	x		
25	F	68	x		
26	F	64	x		
27	M	52	x		
28	M	69		x	
29	F	56	x		
30	F	74	x		
31	F	69	x		
32	M	65	x		
33	F	70	x		
34	M	66	x		

35	M	64	x
36	F	68	x
37	M	76	x
38	F	65	x

Data over patienter i praksis syd Silkeborg

Nr.	Køn	Alder	Aldrig	x1	>1
1	M	62	x		
2	M	45	x		
3	F	77	x		
4	F	72	x		
5	F	67	x		
6	F	54	x		
7	F	64	x		
8	F	70	x		
9	F	68	x		
10	F	85	x		
11	M	59	x		
12	M	67	x		
13	M	92	x		
14	F	59	x		
15	F	68	x		
16	M	71	x		
17	F	90	x		
18	F	67	x		
19	F	72	x		
20	F	76	x		
21	F	69	x		
22	M	69	x		
23	M	70	x		
24	M	51	x		
25	M	72	x		
26	M	52	x		
27	F	58	x		
28	F	62	x		
29	F	69	x		
30	F	70	x		
31	M	71	x		
32	M	79	x		

33	F	73	x
34	M	66	x
35	F	77	x
36	M	76	x
37	M	81	x
38	F	84	x
39	F	79	x
40	F	67	x
41	F	75	x
42	F	64	x
43	F	85	x
44	F	75	x
45	M	69	x
46	M	64	x
47	M	73	x
48	F	86	x
49	F	61	x
50	F	73	x
51	M	79	x
52	F	56	x
53	F	75	x
54	F	71	x
55	F	67	x
56	F	60	x
57	F	68	x
58	F	59	x
59	F	55	x
60	F	67	x
61	F	70	x
62	M	72	x
63	M	78	x
64	M	70	x
65	M	72	x
66	M	68	x
67	M	50	x
68	M	88	x
69	F	54	x
70	F	66	x
71	F	80	x
72	M	85	x
73	M	71	x
74	M	79	x
75	F	69	x

76	M	75	x
77	M	85	x
78	F	83	x
79	F	83	x
80	M	70	x
81	M	67	x
82	M	75	x
83	M	76	x
84	M	74	x
85	M	76	x
86	M	70	x
87	M	71	x
88	M	76	x
89	M	74	x
90	M	77	x
91	M	70	x
92	M	89	x
93	F	71	x
94	F	57	x
95	M	85	x
96	M	85	x
97	M	74	x
98	M	80	x
99	M	79	x
100	F	75	x
101	F	83	x
102	F	55	x
103	M	82	x
104	M	90	x
105	M	73	x
106	F	85	x
107	M	87	x
108	M	87	x
109	F	59	x
110	F	75	x
111	F	72	x
112	M	91	x
113	M	76	x
114	M	84	x
115	F	51	x
116	F	97	x
117	M	72	x
118	M	73	x

119	F	74	x
120	F	71	x
121	M	73	x
122	F	58	x
123	M	68	x
124	M	69	x
125	M	56	x
126	F	73	x
127	F	81	x
128	F	58	x
129	M	58	x
130	M	68	x

Bilag 2

Semistruktureret interview til praksis:

- Henviser du til KOL rehab?

Hvis nej

- Hvorfor henviser i ikke?
- Kender i det ikke?
- Dårlige erfaringer?
- Er det besværligt?
- Laver i et fravalg på patientens vegne?
- Tænker i det ind, efter årskontrol/en KOL exa?
- Kender du andre og bruger du andre kommunale tilbud?
- Ved i om pt. skal henvises eller ej til kommunale tilbud?