



Håndtering af kræft i almen praksis

Har praktiserende læger brug for et kompetencecenter - og til hvad?

Thorsen, Thorkil; Tulinius, C.

Publication date:
2005

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Thorsen, T., & Tulinius, C. (2005). *Håndtering af kræft i almen praksis: Har praktiserende læger brug for et kompetencecenter - og til hvad?* København: Forskningsenheden for Almen Praksis.

Håndtering af kræft i almen praksis: Har praktiserende læger brug for et kompetence-center – og til hvad?

af Thorkil Thorsen & Charlotte Tulinius

Resumé

Alment praktiserende læger er i 3 fokusgrupper blevet bedt om at beskrive almen praksis' håndtering af kræft. Undersøgelsen er et led i planlægningen af aktiviteterne i et kommende kompetencecenter.

Lægerne foreslår, at centerets virksomhed omfatter både grundforskning, anvendelsesorienteret forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse.

Deltagerne gav udtryk for, at der særligt er behov for

- udvikling af samarbejdsrutiner og kommunikation mellem almen praksis og sygehusvæsenet – både generelt og specifikt i konkrete patientforløb
- udarbejdelse og implementering af kliniske vejledninger og handlingsanvisninger ved konkrete problemstillinger i den daglige praksis
- faglig opdatering gennem forskellige efteruddannelsesaktiviteter

Der fremsættes ønsker om lokal forankring og samarbejde mellem lokale forsknings-/kvalitetsudviklingsenheder og det regionale kompetencecenter.

Baggrund

I forbindelse med den nationale kræftplan (I og II) er der lagt op til, at der skal etableres kompetencecentre for kræft i almen praksis. Det er imidlertid ikke klart defineret, hvad et sådant kompetencecenter er, og hvad det konkret skal beskæftige sig med af aktiviteter, temaer osv.

I den forbindelse valgte Forskningsenheden for Almen Praksis i København at undersøge, på hvilke områder og med hvilke aktiviteter et sådant center kan gøre nytte for almen praksis. Dette har vi gjort ved at bede alment praktiserende læger fortælle om deres erfaringer og problemer med håndteringen af kræft og mistanke om kræft, samarbejdet med sekundær- og tertiærsektor, forebyggelse mv., og vi har bedt om lægernes egen opfattelse af almen praksis' stærke og svage sider i forb.m. kræft. Ligeledes er lægerne blevet bedt om deres umiddelbare ideer til, hvordan beskrevne problemer kan angribes, og hvad et alment medicinsk "kompetencecenter" for kræft burde beskæftige sig med.

Materiale og metode

Der er gennemført 2 individuelle, forberedende interviews (Bornholm og Frederiksborg Amt) og 3 fokusgrupper (2 i Københavns Kommune (med støtte fra Kvalitetsudviklingsudvalget for Almen Praksis, CeKAP) og 1 i Vestsjællands Amt).

Udvælgelsen af lægerne til de individuelle interviews skete gennem interviewerens (TT) personlige henvendelse, mens udvælgelsen til fokusgrupperne i København foregik med hjælp fra Center for Kvalitetsudvikling i Almen Praksis Københavns Kommune (CeKAP), som gennem annoncering i bladet Pi (som sendes til de praktiserende læger i Frederiksberg og Københavns kommuner), og via personlige henvendelser fik tilsagn om deltagelse fra 12 læger. I Vestsjællands Amt rekrutteredes lægerne med hjælp fra praksiskoordinatoren, som efter personlig forespørgsel fik tilsagn fra 7 praktiserende læger.

Denne udvælgelsesprocedure har sikret en bred repræsentation af læger fra solo- og kompagniskabspraksis, fra landområder, byer og hovedstad, en aldersspredning fra 42 til 62 år, i spredning i anciennitet i almen praksis fra 1 til 31 år, samt deltagelse af begge køn. Alle deltagerere var på forhånd skriftligt blevet indsat i baggrund og formål med interviewene.

De individuelle interviews varede knap 1 time, mens fokusgrupperne varede mellem 2 og 2½ time. To af fokusgrupperne modereredes af CT og TT, mens en af dem af TT alene.

I de individuelle interviews afsøgte holdninger til og erfaringer med problemstillinger, som interviewguiden lagde op til, samt ideer til kompetencecenterets aktiviteter, mens fokusgrupperne blev gennemført med en mere åben indgang, sådan at diskussionen tog udgangspunkt i de historier og erfaringer med konkrete patientforløb, som deltagerne blev bedt om at præsentere for hinanden. Det var dog også her hensigten at få fremdraget problemstillinger, som et kompetencecenter målrettet kan gøre til sit arbejdsområde.

I den følgende resultatgennemgang analyseres indledningsvis hver fokusgruppe for sig, hvorefter grupperne sammenlignes med hinanden og med de individuelle interviews. Præsentationen koncentrerer sig primært om de forhold, der er af relevans for overvejelserne om et ”kompetencecenters” aktiviteter. Dvs. at visse problemstillinger, som bragtes op i fokusgrupperne, ikke får en helt så grundig beskrivelse som andre. De individuelle interviews analyseres og afrapporteres ikke her på anden måde, end at de inddrages i det opsamlende diskussionsafsnit.

Der bruges direkte citater (skrevet i kursiv) fra interviewene til at understrege pointer, vise forskelle mv.

Resultater

Fokusgruppe 1

Kontakten mellem kræftpatienten og dennes praktiserende læge beskrev deltagerne som utilfredsstillende. Den bliver sporadisk eller ophører i den periode, hvor patienten behandles på hospitalsafdeling, ambulant eller under indlæggelse. Dette opleves som ”et mærkeligt slip”, og ofte får lægen først kontakt med patienten igen, når han skal give smertedækning eller palliative tilbud.

Altså, det er jo de der lange forløb, og de der mennesker som man bliver knyttet til gennem mange, mange år, altså, det ville være lidt mærkeligt... og det er derfor jeg også synes somme tider, at det er tungt, hvor vi pludselig på en eller anden måde hæftes af et stykke tid.

At ”blive hæftet af” opleves som problematisk, *dels* fordi det bringer lægen i en underlig situation over for patienten, når lægen ikke ved, om patienten er rask, færdigbehandlet eller opgivet af hospitalet (lægen kan derfor komme til at opføre sig klodset), *dels* fordi det begrænser lægens muligheder for at yde en optimal service og behandling og et anstændigt læge-patient-forhold, når han ikke ved, hvor patienten er henne i forløbet. Fx sagde en af deltagerne:

Patienter har virkelig en forventning om, at vi er orienteret om, hvordan forløbet foregår, og de kan slet ikke forstå, at vi måske ikke har hørt noget fra hospitalet i over et år, eller noget, ikke. Og måske ikke en gang ved, at der er sket den der forværring af sygdommen. Det synes jeg er lidt deprimerende, hvis man tror, at pt. stort set er blevet rask, og så pludselig kommer med nogle symptomer, hvor vi slet ikke faktisk ved noget. Så er det netop, at vi måske ikke er klædt godt nok på.

Konsekvenserne af ikke at være ”klædt godt nok på” og ikke være ordentligt orienteret om, hvor patienten er i sygdoms- og behandlingsforløbet kan også gå ud over den rolle som personlig rådgiver, som lægen i visse tilfælde har over for nogle patienter (hyppigt ældre patienter og patienter, man har haft i mange år). En del patienter bruger ifølge fokusgruppen egen læge som sparringspartner, dvs. til at diskutere overvejelser om alternativ behandling over for konventionel behandling mm. Og i den forbindelse vil det være en fordel for lægen at være grundigt orienteret om det nuværende behandlingsforløb.

At lægen typisk står uvidende om patientens sygdomsstatus tilskrives en manglende eller utilstrækkelig kommunikation med – og særligt fra – sekundærsektoren. **Kommunikationen og samarbejdet med hospitalerne** opleves i mange tilfælde som utilfredsstillende, og fokusgruppen brugte en stor del af tiden på at beskrive dette forhold.

Deltagerne undrer sig over, at de ikke hører mere om deres patienter; og alle kan beskrive, hvordan de mister kontakten med patienten pga. manglende tilbagemeldinger fra den behandlende hospitalsafdeling. De efterlyser mere information (notater, udskrivningsbreve) ang. konkrete patientforløb. Den manglende information fra afdelingerne betegnes som frustrerende; og det føles ”dybt underligt”, at man pga. manglende informationer skal sidde og spørge patienten om alting vedrørende behandlingsforløbet.

Selv når patienten aktivt anmoder hospitalsafdelingen om at sende notater til egen læge, er det i mange tilfælde ikke tilstrækkeligt. Nogle af deltagerne i fokusgruppen plejer derfor at alliere sig med den kræftramte patient og bede vedkommende være aktiv med at melde tilbage til egen læge, hvordan behandlingen forløber. Dermed bevares også kontakten mellem praktiserende læge og patient under behandlingsforløbet på hospitalet.

I det hele taget beskriver fokusgruppen samarbejdet med hospitalerne som værende på mange måder ikke-optimalt. Deltagerne gav – ofte i lettere sarkastiske vendinger – eksempler på handlinger og procedurer, som forekommer uengagerede og problematiske.

Følgende lille ordveksling beskriver én slags kommunikationsproblem:

A: *Og hvis man sender en edi-henvisning, så opdager de det slet ikke. [Flere griner] Sådan var det i hvert fald for ¼ år siden, da jeg begyndte at sende dem på edi. Og så opdagede jeg det, da der var gået et stykke tid. De nåede aldrig frem.*

C: *Det har jeg også.*

A: De tappede dem. De så dem. De fik aldrig forelagt dem. Det fungerede ikke.

Og i det hele taget opleves den elektroniske kommunikation mellem praksis og hospitaler som et smertensbarn.

Det er et kanonproblem, at den her samarbejdsrelation er forværret ganske betragteligt. Det er sådan på RH, at de er ophørt med... de arbejder slet ikke med at have elektronisk patientjournal. Hver afdeling opretter deres egen papirjournal. Og derfor kan man aldrig få noget at vide, fordi det kræver, at sekretæren løber ned i kælderen og finder deres journal, hvis man ringer og siger, at man vil gerne have en udskrift af den sidste ambulante kontrol. Alle snakker om, at samarbejdet skal blive bedre, men det bliver værre og værre.

Flere syntes, at patienterne afsluttes for hurtigt. Fx siger to af deltagerne:

- Det synes jeg er et stort problem... hvem der er patientens ansvar, ikke også; patienten ender jo på et hospital meget hurtigt med en kræftdiagnose. Og så er min oplevelse, at de afslutter patienterne – afslutter patienterne på trods af, at de kan have en lungekræft eller en oesophagus cancer eller en hjernetumor, hvor man ved at det er et rimeligt kort forløb.

Men deres behov for at afslutte patienterne er fantastisk stort. Sådan udefra set. Og det kan jeg ikke forstå.

Det opleves også sådan, at de praktiserende læger ofte holdes udenfor, idet hospitalerne tilsyneladende helst selv har den direkte kontakt til patienterne. Én af deltagerne fortæller en historie om, hvordan en patient i kemoterapi bliver sendt hjem en dag, hvor han ikke kan tåle den, selv om hustruen ønsker ham indlagt, men på den onkologiske afdeling siger de til hustruen, at hun altid kan ringe, hvis det skulle blive værre. Næste dag efter en forværring i patientens tilstand kontakter hustruen egen læge, som kommer på besøg og skønner, at øjeblikkelig indlæggelse er nødvendig. Han ringer til hospitalets visitation og siger, at han vil gøre brug af den stående indlæggelse. Det aftales, at patienten derfor kan henvende sig uden indlæggelsesseddel. En halv time efter ringer en læge fra onkologisk afdeling og skælder hustruen ud over, at den praktiserende læge har henvist patienten til indlæggelse: Hvordan kan han tillade sig det, når vi på afdelingen dagen inden har skønnet, at patienten godt kunne blive hjemme?

Som reaktion på denne historie siger en af de andre deltagere i fokusgruppen:

Det er en horribel historie, som jeg også har prøvet desværre masser af gange. Men det er jo en holdningsændring. Altså, et hospital er jo ikke et gæstfrit sted, hvor du er velkommen, hvis du har det lidt skidt. Og vi vil helst ikke have noget med de praktiserende læger at gøre. Så patienterne kan altid ringe direkte ind til os. Og I behøver ikke ringe efter de praktiserende læger. For det gør det bare mere forvirret. Men I skal snakke med os. Vi har kompetencen. Så kan du bare blive hjemme. Og så kan du komme om et par uger. [...] Altså, hele holdningen er katastrofalt ændret, så dét der har været vores almindelige gode lægegerning, bliver sat overhørig. Det er det, det handler om. Det er direkte mellem patienterne og afdelingen. Og det er en hårrejsende forringelse.

Fokusgruppen mener, at sådanne forløb nok delvis kan forklares med kapacitetsproblemer – at afdelingerne er pressede til at have så få sengedage som muligt. Men det afgørende for gruppens deltagere er, at almen praksis ikke er en medspiller; at der ikke er tale om et fælles projekt eller en fælles patient i primær- og sekundærsektoren.

Dog berettes der i fokusgruppen også om givtige samarbejdsrelationer. Fx kunne én fortælle om, hvordan hun havde konfereret med hospitalets læge om dosering af prednison-behandling til en patient med øgede trykproblemer; en anden siger, at man da kan trække på hospitalet mhp. at få råd og gode ideer; og andre fortalte om gode erfaringer med Palliativ Enhed, som blev brugt som sparringspartner. Men disse positive erfaringer overskygges altså af de andre, ovenfor beskrevne kommunikationsbrist.

Vi spurgte, om **praksiskonsulenterne** ikke kunne være med til at løse kommunikationsproblemerne mellem almen praksis og hospitalerne – og om, hvad man egentlig kan bruge praksiskonsulenterne til, og hvem de egentlig er. Deltagerens kendskab til praksiskonsulenterne og deres funktion var begrænset. Nogle af deltagerne sagde, at de ikke vidste, hvem der var praksiskonsulenter på dette område, mens en anden henviste til en web-adresse, hvor man kan finde deres navne og telefonnumre – og tilføjede: *Det burde fungere. Det burde være sådan, at vi benyttede os lidt mere af den.*

Men netop dette, at lægerne *burde* benytte sig mere af dem, antyder, at de ikke spiller nogen stor rolle. En anden af deltagerne sagde da også:

Ja, men altså, vi har jo noget, der hedder praksiskonsulenter, og jeg må ærligt indrømme, at jeg ved ikke, hvad de gør. Jeg tror nok, de gerne vil gøre en hel masse, men bliver de hørt på hospitalerne?

Og en anden læge fortalte, hvordan praksiskonsulenterne ikke fyldte ret meget i hendes bevidsthed:

De [praksiskonsulenterne] skulle jo have sådan en kommunikationsfunktion, ikke. Men der er jo bare det, at det er ikke lige den, man først tænker på, når man sidder med patienten og ved, at hun har gået derinde hos den og den overlæge. Så er det egentlig ham man tænker at få fat i, hvis der er problemer i det. I stedet for at det skal gå på en eller anden måde via praksiskonsulenten. For mig er det... jeg synes det er lidt akavet.

Derudover drøftedes spørgsmålet om **tilgængeligheden** til almen praksis. Dette har en dobbelt side: Det blev dels anført, at når det kan være svært for patienter at komme igennem til almen praksis i den almindelige telefontid, kan man frygte, at kræftpatienter, som ofte er trætte og udmattede, kan være tilbøjelige til at opgive inden de får kontakt til lægen.

Dels blev det nævnt, at det almindelige tidspres hos lægerne ved telefonen kan medføre, at de ikke har tilstrækkelig agtpågivenhed over for nuancerne i patientens beskrivelse af symptomer og klager.

Dette kan i værste fald indebære, at en patient, som rent faktisk er i akut behov for behandling, bliver bedt om at se tiden an eller får en tid hos lægen først nogle dage senere. Det blev dog nævnt af nogle af deltagerne, at lægen i tvivlstilfælde beder patienten ringe igen et par timer senere for derved at kunne tjekke, om der virkelig var tale om alarmsymptomer og behov for akut indgriben.

Konkrete forslag til aktiviteter i kompetencecenteret

Det var i begyndelsen en del usikkerhed i fokusgruppen om, hvad et ”kompetencecenter” for kræft i almen praksis egentlig er for en størrelse, og hvad opgaverne for kompetencecenteret egentlig skulle være. Efterhånden så deltagerne dog en række muligheder og forestillede sig, at centret jo skulle være almen praksis’ eget videnscenter/dialogcenter/kompetencecenter/kvalitetsudviklingscenter. Deltagerne pegede så på en række konkrete områder, som påkalder sig opmærksomhed og kræver handling, og hvor et kompetencecenter sås som en medierende eller udførende instans:

- Jeg troede det måske kunne lave noget forskning, eller man kunne lave nogle praktiske undersøgelser. Altså det vi snakkede om før: **hvad kunne ændre på det [samarbejdsproblemerne]**? Og der tror jeg da igen, det er dialogen, frem for at vi graver grøfter [...] Hvordan kunne man gå sammen om at lave nogle ting med de ressourcer, der er, eller politisk gøre opmærksom på, at det her går ikke. Kunne man lave fokusgruppeinterview, hvor der både sad nogle fra den ene og den anden sektor?

- Men det kunne også være, at der blev lavet noget **kursusvirksomhed eller noget for hospitalslægerne** på en eller anden måde. Kunne de ikke være nysgerrige på, hvor gik patienten hen, da hun gik ud fra hospitalet. Hvad skete der så? Og hvem samler hende op? Der er utroligt meget uvidenhed.

Der var blandt deltagerne begejstring for de kurser, som Institut for Rationel Farmakoterapi afholder, og man mente, at det kunne være muligt at kopiere konceptet, hvor der **afholdes temamøder, som får en dialog i gang**. En af deltagerne fik opbakning fra de andre til dette forslag: *Hvis nu vi forestillede os, at os der sad her fx, eller en mindre gruppe som beskæftigede sig med formidling omkring faktisk viden omkring kræft [...], og så lavede man nogle temamøder om det for Københavns læger, hvor man så indkaldte nogen af dem, som har med det at gøre – onkologer eller kirurger, eller tog sådan et forløb, og så lod 2-3 af de der forskellige "superlæger" komme til sådan et møde og fremlægge det. Og der var måske også en praktiserende læge, som også fremlagde livet bagefter eller før, eller sådan et eller andet.*

Et andet forslag gik på, at **de små, decentrale efteruddannelsesgrupper inviterer en overlæge fra fx onkologiske afdeling til et møde, hvor man fortæller hinanden om, hvordan kræftproblematikken ser ud**. *Der kunne der måske netop også gå noget den anden vej. At man får sat nogle hoveder på og har mødt hinanden, fordi jeg tror, at faktisk mange gange er det helt ned på det der specifikke delplan, at man begynder at forstå hinanden og forstå hinandens situation, og det skubber i en anden retning: at de tager noget med hjem også til deres afdeling. At de hører og ser det med vores øjne.*

Det blev også kastet frem som en idé, at praktiserende læger skulle fortælle om almen praksis ved overlægernes efteruddannelse.

Alle disse forslag peger frem mod **forbedring af det gensidige kendskab og samarbejdet og kommunikationen mellem almen praksis og sekundærsektoren**. Som et yderligere forslag til en konkret forbedring af kommunikationen fremsattes ønsker om, at den elektroniske kommunikation mellem almen praksis og hospitalerne (og gerne også hjemmeplejen) bør udvikles.

Fokusgruppe 2

Gruppen understregede, at kræft eller kræftsygdom ikke er en velafgrænset entitet, men at der er mange afarter og udtryk, som er så forskellige, at de skal håndteres på forskellige måder. Den eneste fællesnævner for kræft er, at man kan dø af det.

Bekymringen for kræft fylder meget, både hos patienter og læger. Patienterne kan være bekymrede på grundlag af visse symptomer eller bare mere generelt angste for at have kræft. Lægerne er bange for at overse noget og dermed at forsinke diagnosen. Overordnet set mente en af deltagerne, at *det er mere bekymringen for kræft end måske selve kræftpatienterne, der fylder.*

Det beskrives som en af almen praksis opgaver at være med til at undgå, at bekymrede patienter fylder op på ventelisterne – med andre ord: at almen praksis foretager de undersøgelser, som er mulige i praksis (fx fjernelse af fregner, neurologiske undersøgelser, en grundig anamnese, og *hvad jeg kan lave med min reflekshammer og stetoskop og kniv og skalpel*). Disse undersøgelser skal på den ene side vise, om der er noget galt, og give lægen et godt grundlag for sit skøn, og på den anden side kan de – når der ikke synes at være noget galt – give patienten en beroligelse. En af lægerne siger:

Jeg tager frygten over på mig. Jeg siger, "nu kan du se, nu har vi lavet... jeg har opthalmoskoperet dig; der er ikke nogen hjernetumor her, ikke også." Og så... "du behøver ikke være bange".

En af deltagerne fortæller, hvordan hun beder nervøse patienter, hvor lægens skønner, at der ikke er noget alvorligt på færde, om at komme igen nogle måneder senere. På det tidspunkt har mange af dem så næsten glemt, hvorfor de kommer, og altså hvad de havde af bekymringer ved foregående besøg.

Samspelet mellem almen praksis og behandlende hospitalsafdeling. Når en kræftdiagnose er stillet og patienten er i behandling på en hospitalsafdeling, oplever fokusgruppens deltagere problemer omkring samarbejdet med afdelingen. Der er uklare forventninger og mangel på aftalte procedurer, hvorved patienterne kan komme i klemme. En af deltagerne siger:

Det er jo også fordi onkologerne de... altså, de koncentrerer sig kun lige om det, de behandler, og patienten har jo utroligt mange andre problemer, og specielt når man har cancer, ik', så er det næsten lige meget hvad, så er man jo bange for at... Og de bivirkninger – meget af det – enten så får patienten at vide, at det er kemoterapibivirkninger – og siger de skal gå til deres egen læge, og så kommer de op til os. Og vi ved ikke, om det er kemoterapibivirkninger eller hvad det er, vel? Og det er derfor, at hele tiden, at patienterne er sådan i klemme, synes jeg lidt. Mellem os og [sekundærsektoren]. Også det der med, jamen er det os, der skal udrede dem, hvis de går midt i en behandling og har ondt i ryggen?

En anden læge siger:

Patienten tror jo, at når de går derinde på det fine hospital, så er det dér, de kan komme med deres problemer. Om det så er en knop, eller hvad det er, ik'? Og det er ikke eksplicit, hvad de kan komme, og hvad de ikke kan komme med. Og det er heller ikke eksplicit for os vel, fordi nogle gange hvis det er en eller anden bestemt sygdom, så vil de bestemt gerne bruge deres egen øjenlæge på hospitalet, andre gange så kan de gå til egen læge og få at vide, at de kan gå til øjenlæge, og det samme med hudsygdomme, ik'?

Lægerne i fokusgruppen er fuldt ud på det rene med, at kapaciteten på afdelingerne kan forklare noget af det, som almen praksis oplever som problemer.

Samarbejdet efter endt behandling. Der var enighed i gruppen om, at afdelingerne er dygtige til at tage sig af kræftpatienter, så længe der er kemoterapi eller anden behandling at give. Men når disse muligheder er udtømt, så efterlades patienten uden yderligere støtte fra afdelingens side:

"Nu er tre-års-kontrollen ellers slut, færdig med dig", ik'? Og der synes jeg i hvert fald, at mine patienter føler sig nøgne.

En del af deltagerne kunne fortælle om, hvordan en af hendes patienter var blevet udskrevet efter behandling af lymfødem med besked på selv at finde en fysioterapeut. Egen læge måtte så hjælpe hende med at finde en.

Andre af fokusgruppens deltagere brugte beskrivelser som, at patienterne *bliver kørt ud over vippen, og så bliver de sluppet*, når behandlingen på hospitalet ender. Deltagerne mener, at hospitalerne er for passive; og en af fokusgruppens læger fortæller, hvordan hun har taget affære:

Og jeg har måttet ringe derind nogle gange og sige "Ved I hvad, jeg ved godt I ikke kan gøre mere ved den her patient, I bliver nødt til at se hende en gang om året, ellers lægger hun sig ned og dør i morgen. Altså, det er rent... hun skal bare have en tid hos jer." Det kan godt være, der går lang tid, men hun skal have en tid.

Praktiserende læger har ikke noget imod at hjælpe patienten i en sådan situation, siger hun, men hun finder det problematisk, at afdelingen efter et intensivt forløb blot "slipper" patienten.

Kommunikationen med sekundærsektoren. Almen praksis bruger meget tid på samarbejdet med afdelingerne, men der er mange ærgrelser. Det ses som problematisk, at der ikke eksisterer velfungerende kommunikationsrutiner mellem almen praksis og sekundærsektoren. Der er efter deltagerens mening et utilstrækkeligt kendskab til hinandens arbejdsmetoder, -vilkår og -muligheder. Som en af deltagerne lidt karikeret udtrykte det:

Og jeg tror, de har manglende fantasi derinde, til hvad vi kan, og hvad vi ikke kan, og at vi overhovedet er der, ikke?

Til illustration heraf nævntes fx, at afdelingen sætter patienter i depressiv behandling uden at have konfereret med – eller tænkt på – den praktiserende læge. Og i det hele taget synes der at være en uafklaret arbejdsdeling, både under og efter hospitalsbehandlingen.

De praktiserende læger ønsker angiveligt mere samarbejde af hensyn til patienten:

Og jeg tror, meget kunne hjælpes, hvis der blev en fantasi til, at vi var samarbejdspartnere omkring det, og at vi måske samarbejdede lang tid før, man nåede det punkt, hvor patienten skal afsluttes, fordi så ville det være meget mere naturligt, at man sagde, nå ja men nu bliver din egen læge den vigtigste person, men vi er selvfølgelig i baggrunden, ik'? Så man lavede en glidende overgang, ik'?

En god arbejdsdeling hæmmes tilsyneladende også af, at de praktiserende lægers kendskab til afdelingernes arbejde heller ikke er for godt, ligesom der heller ikke er spilleregler for bestemte samarbejdsprocedurer. En af deltagerne siger fx, at hun ikke ved, om hun skal iværksætte røntgen af en cancerpatient, som får ondt i ryggen, eller om hun skal sende patienten til den behandlende afdeling. En anden deltager siger, at onkologerne jo kun koncentrerer sig om det, de behandler; og når patienten har problemer med kemoterapivirkninger, så siger afdelingen til patienten, at han skal gå til egen læge. Men egen læge ved ikke, om det er kemoterapivirkninger, eller hvad det er. På denne måde kommer patienten i klemme mellem almen praksis og sekundærsektoren.

I det hele taget gør den begrænsede kommunikation mellem almen praksis og hospitalsafdeling det usikkert for de alment praktiserende læger, hvad deres rolle egentlig er – eller de har vanskeligt ved at udfylde den rolle, de gerne vil have, som patientvejleder.

Lægerne i fokusgruppen har selv forslag til, hvordan den dårlige kommunikation og det ikke-tilfredsstillende samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren kan begrænses eller løses. Det kan ske ved, at lægerne i de to sektorer snakker sammen, og at patienten orienteres om, hvilken arbejdsdeling der er.

Altså, det skulle vel overordnet være sådan, at det var sådan, at onkologerne og de praktiserende læger som gruppe vidste, at her har vi en patient, vi faktisk er fælles om. Og så kunne man nogle gange tage nogle principielle diskussioner, og så skulle den enkelte patient få at vide, at "din egen læge er stadig med i billedet". Ligesom når de kommer tilbage til os – "onkologerne er stadig med i billedet. Du skal måske ikke komme der så tit, men jeg har kontakt, jeg kan altid ringe, hvis vi er i tvivl". Sådan så de føler, at det er en helhed, ik'?

Noget af kommunikationen kan eventuelt ske via udvidet brug af e-mail direkte til den behandlende læge på afdelingen, fx omkring medicinering. Det blev også foreslået, at man brugte telefonen noget oftere, men det er svært at få kontakt med den relevante læge. Deltagerne beklagede, at man ikke som i gamle dage havde personligt kendskab til hospitalslægerne, hvilket ellers kunne have fremmet en vigtig kommunikation og samarbejde.

Henvisninger til praktiserende speciallæger opleves som problematisk. Der er forskelle mellem speciallægerne, hvad angår færdigheder og grundighed. Deltagerne i fokusgrupper mener, at nogle af speciallægerne er *smadderdygtige*, mens andre er *klamphuggere*. Forskellen på de to kategorier illustreres af denne opfattelse:

...hvis vi sender til en klamphugger, så fjerner de en knude uden at have en diagnose på den og laver ravage i brystet, og derfor er man så nødt til at lave en større operation bagefter. Men sender man dem ind til en af dem, der er gode, så er der ingen problemer. De tager en biopsi og sender ind og sender videre, ik'?

Nynedsatte alment praktiserende læger kender ikke speciallægerne i området tilstrækkeligt godt til at kunne lave gode henvisninger. Men efterhånden lærer man dog af indhøstede erfaringer og bliver derfor bedre til at undgå de dårlige speciallæger og til at matche en given patient med en speciallæge. Man dyrker sine favoritter. Men kollegiale, etiske regler forhindrer, at man kan få oplysninger om kvaliteten hos de forskellige speciallæger og røntgenklinikker mv. Mht. røntgenklinikkerne er der yderligere det problem, at de har skiftende læger og efterhånden kun to eller tre heltidslæger, hvorfor det kan være svært for den henvisende læge at vide noget om kvaliteten i deres arbejde lige i øjeblikket.

Palliation og terminale patienter udgør i nogle tilfælde et ressourcekrævende problem for den alment praktiserende læge. Nogle kræftpatienter uden stort socialt netværk (fx uden børn og uden nærmeste pårørende) kan ønske at dø derhjemme. I den slags tilfælde kan den praktiserende læge vælge at stille op, men kan være usikker på, hvad hun kan yde, og om hun kan magte det. Den kliniske vejledning fra DSAM om palliativ indsats opleves af i hvert fald nogle af fokusgruppens deltagere som meget ambitiøs og ikke særlig nyttig. *Man kan hurtigt få dårlig samvittighed*, for den kræver for meget af lægen.

Patientens sidste tid kan være meget belastende for lægen, og der kan være behov for at gøre sig sin rolle som læge klar – over for patienten og sig selv. En af lægerne fortalte:

Altså, jeg lærte virkelig meget af det der frygtelig forløb der. Det gjorde jeg, jeg lærte i hvert fald virkelig, at jeg ikke var mor for mine patienter, at jeg skulle sætte en grænse, og jeg skulle ikke involvere mig, og jeg skulle have den der – altså jeg skulle have nogle aftaler, hvor jeg bestemte, altså.

En af lægerne fortalte, hvordan hun på et tidspunkt i sygdomsforløbet havde lovet patienten, at den kunne forblive – og dø – i eget hjem, men at hun måtte bryde ”kontrakten” og indlægge patienten. Det var meget belastende og ubehageligt, men pegede på, at man ikke børe være for kategorisk i de ”kontrakter” man indgår.

Alment praktiserende lægers utilstrækkelige viden om forskellige aspekter af kræft og kræftbehandling var et andet af temaerne i denne fokusgruppe. Bl.a. blev det nævnt, at der kan være en vis tilfældighed i det, man ved som praktiserende læge, og nogle kræftformer er lægerne bedre orienterede om end andre. Dette eksemplificeredes gennem en diskussion deltagerne imellem om, hvordan man forholder sig til hudkræft. Der var tydeligvis forskellige opfattelser af, hvad den praktiserende læge skal og ikke-skal, når patienten præsenterer ”pletter og knopper”. Skal man skære? Hvor meget skal man skære? Hvornår skal man henvise?

Lægerne sagde, at de i mange tilfælde ikke ved nok om kræftdiagnoserne, og om hvordan man som læge skal forholde sig ved forskellige symptomer, og at de ikke ved nok om, hvad der sker i behandlings- og efterforløbet. I den forbindelse efterlystes vejledninger og håndfaste anvisninger på, hvordan man skal forholde sig ved forskellige symptomer og forskellige kræftformer. Fx kliniske vejledninger med anvisninger på, at *hvis* sådan ... *så* sådan (symptomer, henvisninger mv.).

Der fremlagdes i fokusgruppen også et forslag om en håndbog med relevante anvisninger på, hvad lægen skal huske, når hun sidder med en kræftpatient. Fx hvilken type ”kontrakter” om fremtidigt samarbejde kan man indgå med patienten, når diagnosen netop er stillet. Hvilke regler er der omkring rejser og rejseforsikringer for patienter med livstruende sygdomme? Regler for deltidssygemeldinger og skånejob. Osv. osv.

Lægerne siger, at de generelt bliver kritiseret for *doctor's delay* ved kræftsygdomme. Enten af specialisterne, som siger til patienterne: ”Hvis din egen læge dog bare havde henvist dig noget tidligere, så havde prognosen været god”. Eller også af pressen, som påstår, at de praktiserende læger overser et utal af cancere. Og man kan da også som læge godt spørge sig selv, om man kunne have opdaget den her cancer lidt tidligere, hvis man havde gjort noget andet. Men ingen ved, hvor ofte eller sjældent lægen med sin adfærd forsinker udredningsprocessen. Deltagerne ønskede derfor en kortlægning af *doctor's delay* udført på den måde, at almen praksis kan lære af det og bruge det til kvalitetsudvikling.

Smidig kommunikation og en relevant arbejdsdeling mellem hospitaler og almen praksis (hvor hver gør, hvad de er bedst til) blev efterlyst af deltagerne. Man ønskede et bedre samarbejde omkring patienten mellem de to sektorer, så almen praksis forstår hospitalslægerne bedre, og omvendt. Formålet skulle være at skabe sammenhængende og tryghedsskabende forløb for patienterne.

To konkrete forslag blev fremsat:

- **gensidige besøg i hinandens sektorer** mhp. at få en forståelse for hinandens arbejdsvilkår og en indsigt i, hvordan et kræftpatientforløb mv. ses og opleves i den anden sektor. Ganske vist findes der angiveligt en §2-aftale som muliggør, at praktiserende læger med dækning for tabt arbejdsfortjeneste et par gange om året kan besøge en onkologisk afdeling, men hvor meget bliver den egent-

lig brugt? Og det menes, at der er en tilsvarende ordning den anden vej, men hospitalslægerne siges aldrig at komme ud i almen praksis.

- **møderække.** Gruppen udviklede også en idé om en møderække med deltagelse af både almen praksis og hospitalslæger. Som alternativ eller supplement til gensidige besøg foreslås, at man mhp. at forbedre kendskabet til hinandens arbejdsmetoder og -betingelser, og for at fremme et bedre samarbejde omkring hver enkelt kræftpatient, på disse møder tager udgangspunkt i – og lærer gennem diskussion af – konkrete patient-cases, som deltagerne fra almen praksis og fra hospitalet kan tage med.

Praksiskonsulenter. Der var usikkerhed blandt deltagerne i fokusgruppen om, hvorvidt der overhovedet var nogen praksiskonsulent på de afdelinger, hvor kræftudredning og -behandling finder sted. Til gengæld var man enige om, at en praksiskonsulent kan være med til at løfte den samlede kvalitet:

Hvis man sagde, der var nogle problemstillinger på tværs af kommunikationen i praksis. Der er samarbejdet om patienten. Der er informationen af patienten. Der er en sådan diagnostisk forløbsbeskrivelse, ik'?' Hvordan gør man? Der er fordelingen i diagnostikken mellem den primære sektor og den sekundære sektor. Der er sådan nogle forskellige problemområder, som vi er kommet ind på, ik'?' Det ville da være oplagt, at der var en eller to, hvad ved jeg, der måske gik ind i samarbejde med nogle tilsvarende enkeltrepræsentanter på hospitalerne og lavede en eller anden forbedring af vores kvalitet.

En sådan praksiskonsulentordning kunne også – i samarbejde med Lægeforeningens efteruddannelsessekretariat eller andre eksisterende fora – arrangere tematiserede, løbende dialogprægede møderækker, hvor man for fx et halvt år ad gangen blev opdateret på specielle temaer: brystkræft; lungekræft; osv.

Fokusgruppe 3

Hvad snakker vi om, når vi siger kræft? Deltagerne lagde en del vægt på at præcisere, at kræft ikke bare er kræft, men at der er mange forskellige former med hver deres sygdomsforløb, ”status”, håndtering osv. Det samme gælder begrebet kræftforskning, som jo selvfølgelig må arbejde med forskellige sygdomsformer, -forløb og prognoser.

En af de patienthistorier, som deltagerne delte med hinanden, handlede om et meget langvarigt kræftforløb, hvor patienten flere gange blev ”helbredt” for sin kræft, men også med års mellemrum fik tilbagefald. Der var gennemgående enighed om, at noget sådant kan være belastende for familien, men også for lægen på den måde, at man godt kan have behov for en afslutning – god eller dårlig – af en sygehistorie. Det kan være svært at håndtere, hvilke signaler, man skal give patienten i sådanne ujævne sygdomsforløb.

Mere konkret kan et af problemerne også være, at man som praktiserende læge gerne vil give terminalpatienter en ekstra service og give hjemme-telefonnummer, så patienten ikke skal ringe til lægevagten; eller man kan på patientens vegne have søgt plejeorlov – og så viser det sig, at patienten ikke er døende.

Sådanne forhold illustrerer uforudsigeligheden, de svært tolkelige signaler og kravet om en øget agtpågivenhed. Fx fortæller et par af lægerne:

- *Netop det der, hver eneste gang hun kommer med et lille signal, så vil du hele tiden være bange for at overse et signal på recidiv, fordi hun jo netop kan behandles jo, for sit recidiv. Så hele tiden vil du have det der i tanken 'hvornår skal jeg nu lave en ny undersøgelse, og hvornår skal jeg sige til hende, jamen det er nok ikke noget, det er almindelige symptomer, du har fra kroppen, som ikke betyder noget.' For netop at kunne gå ind og behandle hende så hurtigt som overhovedet muligt, hvis hun fik sit recidiv.*

- *...langtidsoverleverne, som ikke kan vende tilbage til livet igen, som måske er yngre, og som måske i virkeligheden skulle – hvis de overhovedet kunne – komme tilbage på arbejdsmarkedet igen... hvor jeg synes, det er vanskeligt at skelne i mellem, hvad der er psykiske følger, og hvad der er følger efter stråler og kemoterapi. Så jeg synes faktisk, der er en række komplekse problemstillinger, som knytter sig til det og gør det svært.*

Der var enighed i fokusgruppen om, at kræft har en anden status end mange andre livstruende tilstande. Der er større respekt og forståelse på fx en arbejdsplads over for kræft end over for eksempelvis KOL. Og for lægen er det også nemmere at rådgive en KOL-patient eller en AMI-patient mere konkret om fremtidig livsførelse, end det er at rådgive en kræftpatient. Deltagerne finder det en smule underligt, at det er svært at snakke med en patient om en kræftdiagnose, mens en hjerteinsufficiens med en langt højere mortalitet, er nemmere at forholde sig til. Men det tilskrives, at patienter også reagerer forskelligt. Der er større chok-effekt i en kræftdiagnose end i en hjerteinsufficiens.

Forsinkelsen på hospitalerne er et af de største problemer i udredningen af kræftpatienter, synes deltagerne i fokusgruppen, som skelner mellem tre slags forsinkelser: Den, der skyldes patientens tøven med at søge læge efter det første symptom; den der finder sted hos den praktiserende læge, og den der finder sted i sygehusvæsenet.

Den praktiserende læge skal på få indikationer afgøre, om patienten skal videre til udredning i systemet, eller om de præsenterede symptomer ikke skal give anledning til videre undersøgelser. Nogle gange er symptomerne ikke til at tage fejl af, mens man i andre tilfælde har et spinklere grundlag at træffe beslutning ud fra, og ofte er det patientens generelle frygt for kræft, der ligger bag henvedelsen.

En af deltagerne i fokusgruppen ville være glad for faste regler om, hvordan man skal håndtere patienter med visse symptomer. Fx en regel, som man efter sigende har indført i Nordjyllands Amt: *Alle mænd over 50, der ryger, der har en lungebetændelse, de skal ikke behandles, og man skal ikke afvente, at behandlingen virker. De skal røntgenfotograferes.* Der var tilslutning til, at noget sådan måske kunne være anvendeligt i visse tilfælde. Men det kan være svært at have lignende firkantede regler for andre symptomer. Fx opfattes reglen om, at ondt i maven og uregelmæssig afføring inden for de seneste tre måneder er et faresignal, hvor man skal sende patienten til koloskopi, mere tvivlsom. For hvem har ikke haft uregelmæssig afføring i en sådan periode?

Diskussionen drejer ind på den praktiserende læges måde, at håndtere varselssignaler på. En af deltagerne siger fx:

De fleste af os gør vel det, at vi ser det lige an, og så går der tre uger mere, inden vi får taget os sammen. Måske vi oven i købet giver en behandling mere, ik', fordi den første hjælp dog noget. Og så giver vi en gang mere, og så er der måske gået halvanden måned.

I det hele taget beskrives det som et stort dilemma, som lægen sidder i, når patienten kommer med sin frygt og sine usikre symptomer. Lægen kunne vælge at sende alle patienter med den allermindste mistanke videre til sygehusvæsenet, men det vil belaste væsenet over alle grænser – systemet vil dø:

Så dilemmaet er: Skal vi sende alle ind, så systemet dør? Eller skal vi tage på os en gang imellem – så må vi overse én. Fordi faresignalerne kan ikke bruges til at udelukke en cancer. Det vi har lært, at det er faresignalerne... det holder ikke rigtigt. Det gør det ikke. Det er så lumsk nogle gange. Og det er det også med koloncancer, jo.

Andre taler om, at man løber en kalkuleret risiko, og at man er nødt til at påtage sig den rolle: *... vi ved, at der er en lille risiko for, at patienten har ret i sin frygt. Men at sætte det helt store apparat i gang, det vil sande det til. Og så står vi næste gang med en patient, hvor ikke det er en lille mistanke, man har – men en begrundet mistanke, som bliver skubbet så langt tilbage i køen, at det forsinker forløbet. Så der er man... der tror jeg vi alle sammen har nogle blodprøver, vi tager, hvor man med fasthed i stemmen siger: "Der var ikke noget." Og det kan man jo ikke, altså, man kan ikke afgøre en koloncancer på en blodprøve, men der er bare ikke noget, der tyder på det. Der er normal blodprocent, der er normal sænkning, og de der sådan akutfaseproteiner er også normale. Så det ser ikke ud som om, der er noget, men sådan vil jeg jo ikke sige det. Jeg vil sige: "Du skal tage det stille og roligt. Der er ikke noget." Hvis ikke der har været blod i afføringen, så...*

Det kan imidlertid medføre, at vi må tage på vores kappe, at nogle de får en cancer, vi ikke har opdaget. Det er almen praksis' vilkår..., som en af deltagerne udtrykker det.

Når så en patient er henvist til udredning, er det ofte et problem, at der er megen ventetid og forsinkelse, inden diagnosen er stillet og behandlingen kan påbegyndes. Det nævnes af en af deltagerne i fokusgruppen, at der kan gå 6 måneder, fra patienten har fået taget sit røntgenbillede, til han bliver erklæret inoperabel på Rigshospitalet for en lungecancer. Sygehusvæsenet er opmærksomt på problemet, og det er da også blevet bedre. Men ikke godt nok, efter deltagerens mening. Man ser gerne, at en anmærkning som "OBS! Malignitet" sikrer, at patienten kommer hurtigere igennem systemet, og at lægerne dér efter udredningen henviser videre til andre relevante afdelinger i stedet for at henvise patienten tilbage til egen læge, som så kan foretage en ny henvisning til den relevante afdeling.

Screening for brystkræft gennemføres for tiden i Vestsjællands Amt ved at en bus med screeningsudstyr kører rundt i amtet efter en bestemt plan og relateret (efter en uigennemskuelig plan) til de enkelte almen praksis. Lægerne i fokusgruppen fortalte om de problematiske sider af projektet. Bl.a. er det svært at forklare sine patienter, hvorfor de ikke blev tilbudt screening nu men må vente til næste år, når patienterne i en nabopraksis netop har haft tilbudet. Der udveksles historier mellem fokusgruppens læger om, hvilke problemer de har oplevet ved falsk-positive screeningsresultater; og en af lægerne fortæller, hvordan det gav familiesammenbrud henover julen, fordi de positivt screenede først kunne komme til undersøgelse efter nytår, og hvordan mange positivt screenede i ens praksis gør det svært, at give dem alle den tilstrækkelige støtte.

Samarbejdet med behandlende afdeling blev beskrevet som ofte ikke-optimalt. Kommunikationen mellem afdelingen og patientens egen læge er typisk minimal undervejs, hvis overhovedet eksisterende. En af deltagerne i fokusgruppen siger fx, at der er patienter, *der forsvinder i intetheden, altså som regel ind til de store onkologiske afdelinger, og så er det meget begrænset, hvad kontakt man har med dem.*

Lægerne på sygehusene kritiseres for blot at angive, hvilken medicin patienten er udskrevet med eller får undervejs i behandlingen. Dette er i sig selv ikke tilstrækkelig viden for den alment praktiserende læge, som ofte ikke kender de anvendte medikamina og mere har brug for at vide, hvilke bivirkninger, der kan forekomme. Fokusgruppen anmoder derfor om, at hospitalslægerne skriver noget om forventelige bivirkninger, ligesom den efterlyser kursusvirksomhed om følgerne af kemo-terapi.

Der er blandede erfaringer i fokusgruppen mht. at få elektroniske epikriser fra hospitalsafdelingerne. Ikke alle er tilfreds, og det synes som om, at ikke alle afdelinger er lige hurtige. Praksiskonulentordningen siges at have repareret på nogle af svaghederne mellem sektorerne, men sektorsamarbejdet fungerer ikke over amtsgrænserne.

Det kan give problemer, at behandlingen foregår på højt specialiserede afdelinger i hovedstadsområdet, fordi der er uklare aftaler mellem disse afdelinger og lokalsygehuset i hjem-amtet og med patientens egen læge. *Og når de så afslutter patienten, så er det, at tomrummet lidt kommer, som en af deltagerne udtrykte det. Fordi, der får vi måske en epikrise, men vi ved så ikke – overtager lokalafdelingen videre kontrol?*

Patienten hører efter udskrivningen fra de fremmede sygehusafdelinger til på det lokale sygehus, som for det meste er sidste henvisende instans. Men de praktiserende læger får ikke altid udskrivningsbreve derfra.

Et andet problem vedrører konsekvenserne af det frie sygehusvalg. Der kan det være særligt svært for den praktiserende læge at være patientens **tovholder**. Hvis patienten har valgt et fremmed sygehus, fx for at nedbringe ventetiden, og der efter behandlingen opstår problemer med fx væske i bughulen eller lav blodprocent, så kommer det lokale sygehus på banen. Men de kommunikerer ikke med det fremmede sygehus, og derved *er vores rolle som tovholder pludselig igen meget vigtig, og det er ikke altid, jeg føler mig helt klædt på til at kunne varetage det*, forklarer en af deltagerne i fokusgruppen.

Men selv inden for amtets grænser opleves dog nogle gange det problem, at sygehusene ikke konfererer med hinanden. En af deltagerne fortæller, hvordan en patient fra den ene sygehusafdeling flere gange fik at vide, at ”vi skal lige se det næste røntgenbillede og vurdere, om der skal gives kemobehandling nu”, mens en anden afdeling på et andet sygehus i amtet samtidig gav patienten en åben indlæggelse, ”fordi vi kan ikke helbrede dig for din sygdom”.

Almen praksis prøver selv at medvirke til gode **patientforløb**. Flere af deltagerne i fokusgruppen fortæller, hvordan de afsætter konsultationstid i egen praksis til de af deres patienter, som skal til udredning eller behandling på sygehuset. Dermed kan de være til hjælp for patienten gennem personlig/professionel støtte, ved at forklare resultater mm. og derigennem også fungere som patientens rådgiver.

Patienten efter endt hospitalsbehandling. Der er også mangler, når det drejer sig om udskrivningerne efter endt behandling, hvor der ofte ikke er særlige aftaler om samarbejdet om kræftpatienter, bortset fra aftaler om åben indlæggelse for nogle patienter. Et særligt punkt vedrørte udskrivningskonferencen. Det opleves som frustrerende af fokusgruppens deltagere, at udskrivningskonferencerne ikke er lagt i faste rammer, og at egen læge ikke altid – måske i virkeligheden: sjældent – er inviteret.

...når håbløst syge udskrives til hjemmet, hvor det faktisk er planen, at med hjemmeplejens mellemkomst... så skal forløbet køre videre hjemme, fordi det er det, man har valgt. Så er det ufatteligt svært at få systemerne til at fungere sammen lige præcis på det – andre har forsøgt det andre steder også. Vi har haft bindende aftaler, om at de udskrivningskonferencer som jo rent faktisk foregår - for de udskriver jo ikke sådan en patient uden at holde sådan en konference med hjemmesygeplejen i lokalområdet – at vi skal have at vide, at det foregår. Vi skal have budet om at komme, og hvis ikke vi kan komme, hvad vi jo ofte ikke kan, så skal vi have konklusionerne tilsendt på fax med det samme, efterfølgende, eller noget i den stil.

Det fortælles også, at afdelingens egne læger sjældent er med til disse udskrivningskonferencer, hvilket forekommer fokusgruppens deltagere uengageret og mærkeligt.

Fokusgruppen finder det betydningsfuldt, at patienten undervejs i udredning og behandling får at vide, at egen læge er inde i billedet og bliver orienteret løbende, og – når behandlingen på sygehuset er afsluttet – får at vide, at stafetten nu er givet videre til egen læge.

Og hospitalets læge burde ringe til patientens egen læge og fortælle, at nu kommer denne patient hjem. For når patienten er opgivet af hospitalet, så er der stadig meget at gøre for almen praksis: smertebehandling, kontakten til hjemmeplejen, hjælpemidler, information af familien mm.

Det blev også fremført som et problem, at praktiserende lægers kendskab til og samarbejde med de **psykologer**, som de kan henvise kræftpatienter til, er ringe. Kommunikationen med psykologerne siges endda at være dårligere end med sygehusene. Almen praksis får ingen indholdsmæssige tilbagemeldinger fra psykologerne og ved derfor ikke, om de kan bidrage med noget positivt.

Sammenfatning skematisk

De tre fokusgrupper har tegnet et relativt ensartet billede af, hvilke problemer almen praksis står med i forbindelse med kræftpatienter, ligesom forslagene til bearbejdning/løsning af problemerne havde store ligheder. Dog var der også beskrivelser og forslag, som kun nævntes i én fokusgruppe og ikke i de andre.

Respondenterne er ikke udvalgt efter et statistisk repræsentativitets-princip, men det har været tilstræbt, at der i interviewene skulle deltage læger af begge køn, med stor aldersspredning, fra solo- og kompagniskabspraksis, og fra by og land. Dette er lykkedes.

I lyset af ensartetheden i de problemområder og ideer, som kom frem under interviewene, er det vores indtryk, at de præsenterede synspunkter ikke begrænser sig til de 19 læger i fokusgruppeinterviewene, men vil kunne findes i andre amter og hos andre interviewpersoner fra almen praksis – og at de dermed kan betragtes som gennemgående eller udbredte. Formålet med interviewene var i sidste ende at få ideer fra almen praksis til aktiviteter og temaer i et kompetence- og videnscenters virksomhedsplan; og dertil har dataindsamlingen bidraget væsentligt.

De præsenterede synspunkter og vores opfattelse af dem som udbredte og almene støttes yderligere af informationer og holdninger hos de to læger, som interviewedes i den projektforberegende fase: Patienternes bekymringer for kræft fylder meget. *Delay* opleves i almen praksis, men måske særligt i hospitalssektoren med lange ventetider, samt forsinkelser i patientforløbet pga. hospitalsafdelingens henvisning af patienten tilbage til den praktiserende læge i stedet for til andre afdelinger. Samarbejdet mellem almen praksis og hospitalsafdelingerne er et problem med ringe udveksling af in-

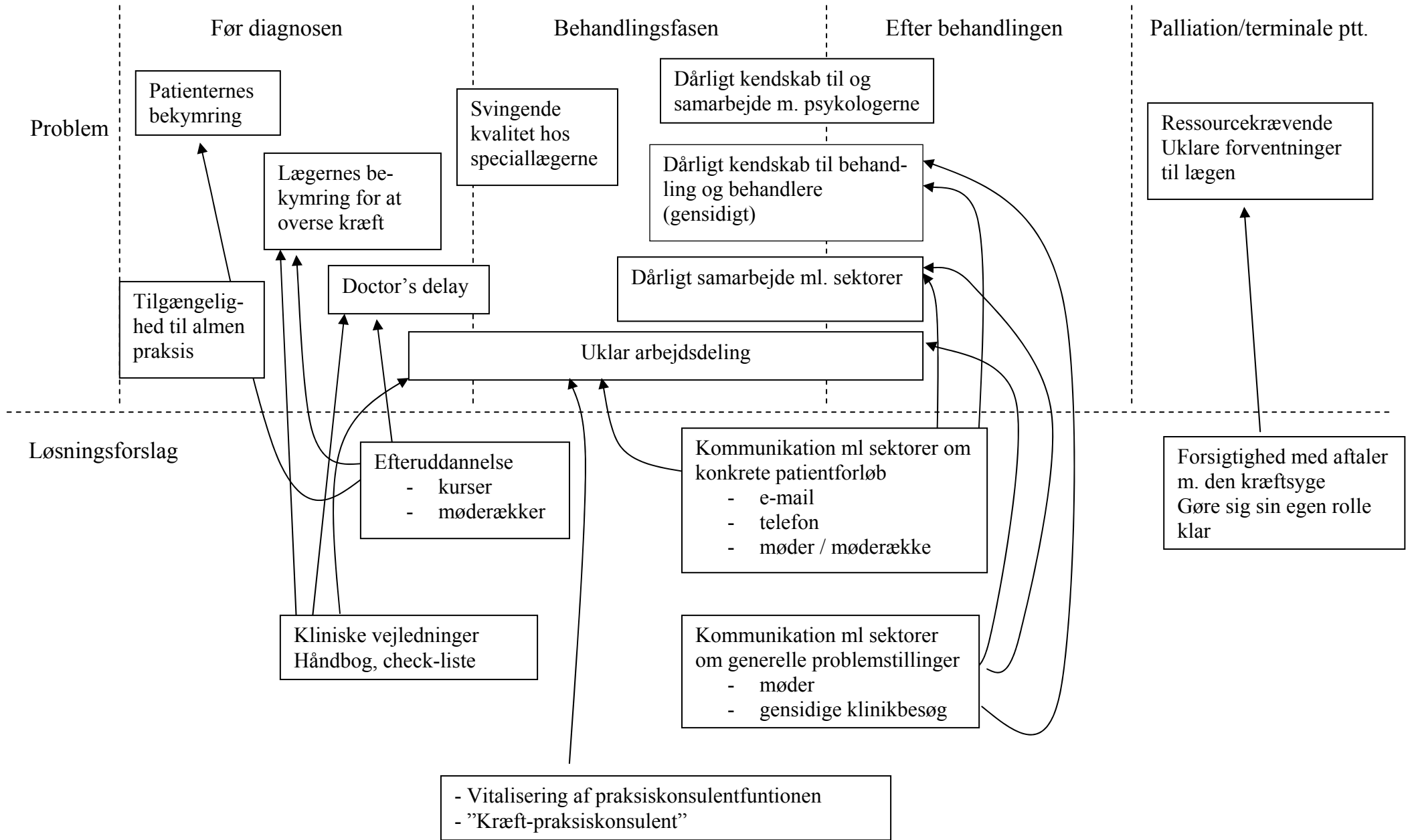
formation om behandlingsforløb, epikriser mv. Den praktiserende læge mister kontakten til patienten under behandlingsforløbet på sygehuset. Der ønskes kliniske retningslinjer med meget konkrete beskrivelser af faresignaler, algoritmer for udredning og henvisning mv.

Der er som sagt temaer og synspunkter, som er gået igen i de 3 fokusgrupper og i de 2 individuelle interviews. Særligt synes samarbejdet over sektorgrænser at fylde meget og volde besvær i almen praksis' dagligdag; og dette problemfelt beskrives også som problematisk for patienterne, fordi en dårlig kommunikation mellem behandlende hospitalsafdeling og praktiserende læge indebærer en dårligere rådgivning og behandling af kræftpatienterne i almen praksis. Derfor efterspurgtes aktiviteter, som sigter på **udvikling af samarbejdsrutiner og kommunikation over sektorgrænser**.

Udarbejdelse og implementering af **kliniske vejledninger og algoritmer** for god håndtering af de første advarselssignaler, udredning, henvisning mv. er også et af de gennemgående ønsker.

Desuden efterspurgtes kurser og efteruddannelsesaktiviteter til **faglig opdatering**.

Figuren på næste side viser i komprimeret form de beskrevne problemer samt de nævnte forslag til løsninger. Figuren skal læses sådan, at kasserne angiver de emner, som de interviewede læger har beskrevet som *problemområder* i forskellige stadier af et kræftforløb, henholdsvis *løsningsforslag*; og pilene angiver de interviewedes forestillinger om, hvilke problemer de enkelte løsningsaktiviteter kan minimere. Hvis nogle af kasserne mangler en henvisnings-pil, er dette et udtryk for, at noget kan være blevet beskrevet som et problem, uden at de interviewede har forholdt sig til, hvad der kunne afhjælpe det.



Ser vi snævert på kompetencecenterets virke, så opregnede de interviewede en række ideer til arbejdsområder og temaer. Det blev i et par af grupperne understreget, at lokal forankring og samarbejde mellem lokale forsknings-/kvalitetsudviklingsenheder og det regionale kompetence- og videnscenter bør tilstræbes eller ligefrem sikres.

Der var fortalere for, at almen medicinsk grundforskning bør have en plads; men diskussionerne og forslagene pegede dog mest på behovet for anvendelsesorienteret forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse, og på at disse aktiviteter skal fremmes i og gennem kompetencecenteret.

I bilag A er opregnet forslag til konkrete aktiviteter i kompetencecenteret.

Bilag A**Forslag til konkrete aktiviteter i kompetencecenteret**

Den følgende liste er en oversigt over direkte fremsatte forslag og forslag, som indirekte er fremgået af interviewene. Listen er ikke opstillet i prioriteret rækkefølge, fordi de interviewede ikke er blevet bedt om at prioritere.

Kvalitetsudvikling

Udvikling af den elektroniske kommunikation mellem almen praksis og hospitalerne (og gerne også hjemmeplejen).

Udvikling af samarbejdet mellem almen praksis og sekundærsektoren mhp.:

- grundigere informationsudveksling (notater til almen praksis fra hospitalet undervejs i behandlingsforløbet; hurtigere epikriser mv.)
- konkrete, definerede aftaler omkring det enkelte patientforløb (større grad af inddragelse af almen praksis undervejs og efter hospitalsbehandling)
- aftaler om generel arbejdsdeling mellem almen praksis og afdelingerne

Vitalisering af praksiskonsulentfunktionen.

Kursusvirksomhed, efteruddannelse

Udarbejdelse og implementering af kliniske vejledninger/algoritmer.

Håndbog med anvisninger og forslag: Hvordan laver man en ”kontrakt” med patienten om fremtidigt samarbejde? Regler for rejser og rejseforsikringer. Deltidssygemeldinger. Skånejobs. Osv.

Kurser for hospitalslægerne om, hvordan almen praksis arbejder, og hvad almen praksis kan under – og efter – patientens behandlingsforløb på hospitalet.

Afholdelse af temamøder (ad modum Institut for Rationel Farmakoterapi-møder) med deltagelse af både almen praksis og hospitalslæger. Gensidig information, dialogpræget.

De decentrale efteruddannelsesgrupper inviterer en overlæge fra fx onkologiske afdeling til et møde, hvor man fortæller hinanden om, hvordan kræft-problematikken ser ud. Vidensudveksling, kendskab til hinanden (få sat ansigter på).

Praktiserende læger skal fortælle om almen praksis’ arbejdsmetoder og -vilkår ved overlægernes efteruddannelse.

Kurser i konsultationsprocessen med særligt henblik på at frembringe en god anamnese.

Kurser i empati og kommunikation med patienten.

Kurser i sorg/krise-håndtering.

Forskning/forskningsspørgsmål

Hvordan kan man mindske/løse samarbejdsproblemerne mellem almen praksis og hospitalerne.

Hvordan går det de kræftpatienter, der bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet i forhold til dem, der forlader arbejdsmarkedet?

Er det et faresignal, når sjældne/næsten aldrig-brugere af almen praksis kommer og præsenterer specifikke klager og symptomrelaterede bekymringer?

Psykologers rolle i krisebehandling af kræftramte patienter.