

Status på projekter i udviklingspraksis

29-08-2018

Morten Bondo Christensen, Marie-Louise Heine Jensen, Trine Højgaard Knudsen

Indledning

I denne status beskrives baggrunden for udviklingspraksis, som startede op i et pilotår i 2015, og som dannede rammen om udvidelsen fra fem til 10 praksis, der fandt sted i 2016. Der gives også et overblik over de projekter samt resultaterne af dem, som udviklingspraksis har arbejdet med.

Desuden er der generelle overvejelser om organisering, personaleinddragelse, formidling af resultater samt udvælgelse af projekter.

Baggrund

Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget bevilligede i 2014 920.000 kroner til en 12 måneders pilotafprøvning af udviklingspraksis. Udviklingspraksis var et samarbejde mellem PLO-M, Forskningsenheden for Almen Praksis og Region Midtjylland med et fælles ønske om at skabe et rum for udvikling og gejst med afsæt i den kliniske, praksisnære hverdag.

24 praksis søgte om at blive en af de fem udviklingspraksis i pilotåret, der gik i gang 1. marts 2015. Styregruppen udvalgte fem praksis, der skulle indgå i pilotåret. I udvælgelsen blev der lagt vægt på at sikre en bred repræsentation i forhold til praksisform, geografi og alder.

Pilotåret startede 1. marts 2015 og sluttede 28. februar 2016. De fem praksis arbejdede i pilotåret med større og mindre projekter:

- Pilottest af implementering af iFOBT-test i almen praksis
- MFR-vaccinationsstatus blandt børn mellem 18 måneder og 5 år i almen praksis
- Implementering af webpatient/hjemmeblodtryksmåling i almen praksis
- Viden om de grønne recepter – test af spørgeskema
- Test af polyfarmaci-algoritme
- Test af implementeringshåndbog for thyreoidea-vejledning

Pilotåret gav værdifuld viden til, hvordan udviklingspraksis kunne styrke og berige kvalitetsarbejdet i almen praksis på flere niveauer:

Kvalificering af storskala-projekter

iFOBT-projektet illustrerede værdien af, at udviklingspraksis kan afprøve storskala-projekter, inden de rulles ud til alle praksis i regionen. Pilottesten bevirkede, at projektlederen fik værdifuld feedback, der vurderes at have forbedret udrulningen af testen i større skala.

Efterprøvning af dataregistreringer som grundlag for kvalitetsudvikling

MFR-projektet viste, at kvalitetsudvikling ikke altid kan ske alene på baggrund af ydelsesregistreringer, da validitet af data er for usikker. Helt konkret viste MFR-projektet, at langt flere var MFR-vaccineret end antaget og undersøgelsen viste endvidere, at gruppen af vaccinationstvivelere og fravælgere i de fem udviklingspraksis var meget mindre end forventet.

Afprøvninger af kvalitetsudviklingsværktøj i en udviklingsfase

Afprøvning af polyfarmaci-algoritmen illustrerede, at udviklingspraksis er oplagte at bruge i en udviklingsfase af et kvalitetsudviklingsværktøj med henblik på konstruktiv feedback. I det konkrete tilfælde var konklusionen, at der var brug for yderligere udvikling af algoritmen, inden den blev udbredt.

Viden om implementeringspotentialer og barrierer i forbindelse med telemedicin

Webpatient-projektet viste, at udviklingsredskaber altid implementeres ind i en konkret kontekst med stor variation. Projektet bidrog til konkrete forslag til videreudvikling af webpatients hjemmeblodtryksmåling.

På den baggrund besluttede KEU i sommeren 2016, at udviklingspraksis skulle udvides fra fem til ti praksis med den tilføjelse, at der skulle laves en 'stop-op-evaluering' efter to år.

I december 2016 udvalgte styregruppen for udviklingspraksis de fem nye udviklingspraksis blandt 17 praksis, der havde ansøgt. De ti udviklingspraksis startede en ny projektperiode i december 2016.

Fra fem til ti udviklingspraksis

Rekruttering

Oprindeligt var der en vision i styregruppen om, at udviklingspraksis skulle bestå af 25 praksis. Efter pilotåret valgte styregruppen at opskalere til ti praksis og ikke 25 ud fra en betragtning om, at 25 praksis blandt andet ville kræve et større administrativt og logistisk set up.

Samtidig blev det besluttet at indføre et rotationsprincip, hvor en praksis var udviklingspraksis for en treårig periode, og derefter skulle skiftes ud eller søge igen. Udskiftningen skulle ske forskudt, så der var en vekselvirkning mellem erfarne og nye udviklingspraksis.

Styregruppen lagde vægt på, at der var en bred repræsentation hvad angår praksisform, geografi, alder og køn i udviklingspraksis. Ansøgerfeltet i sommeren 2016 var dog ikke helt så stort og bredt funderet geografisk som ved pilotåret.

Akkreditering kan være en af grundene til, at et færre antal søgte om at blive udviklingspraksis, ligesom timingen med et opslag i sommerperioden ikke var optimal set i bakspejlet.

I foråret 2017 trak en praksis sig ud af personlige årsager, så pt. er følgende ni praksis udviklingspraksis:

- Lægerne Solsortevej, Rønne (to kapaciteter)
- Lægefællesskabet, Grenå (tre kapaciteter)
- Lægerne Rosbjerg og Henriksen, Brabrand (to kapaciteter)
- Lægerne v. Fjorden, Struer (fire kapaciteter)
- Læge Ilse Nielsen, Viborg (en kapacitet)
- Lægerne i Solbjerg (tre kapaciteter)
- Lægerne Busgadehuset, Aarhus C (fire kapaciteter)
- Lægerne i Låsby (to kapaciteter)
- Lægerne Baandrup og Secher, Lystrup (to kapaciteter)

Fire praksis afslutter deres periode ved årsskiftet. De tilbageværende praksis er koncentreret i og omkring Aarhus.

Erfaringer med udvidelse

Udvidelsen fra fem til ti udviklingspraksis har betydet, at det har været muligt at køre flere projekter sideløbende. Det viste sig blandt andet at være en fordel, da arbejdsgruppen for "Medicin i Midt" med kort varsel gerne ville have testet materiale, som skulle sendes ud til praksis i Region Midtjylland. Det akutte ønske kolliderede med det projekt, der allerede var planlagt, men med ti udviklingspraksis var det muligt at køre forskudte forløb og gennemføre begge projekter.

Logistisk har det vist sig at være en større udfordring med ti praksis. Det har været svært at finde mødedatoer, hvor alle tovholderne har kunnet deltage. Sekretariatet har til dels løst den udfordring ved at dele møderne op, så man i de perioder, hvor der har været sideløbende projekter, kun har holdt møde for de tovholdere, der har deltaget i projektet. Opdeling af møderne har dog til gengæld betydet, at det har taget længere tid at få skabt en gruppefølelse blandt de ti udviklingspraksis.

Sekretariatet har også forsøgt at planlægge møder et år frem i tiden via doodle, hvilket dog heller ikke har vist sig at kunne løse udfordringen fuldstændigt.

Vurderingen er, at det til stadighed vil være en udfordring at finde mødedatoer, hvor alle tovholdere kan deltage – og jo flere praksis, desto større udfordringer.

Årstema og udvælgelse af projekter

En af tilbagemeldingerne fra udviklingspraksis i pilotåret var, at de gerne ville være med til at udvælge flere af projekterne. I december 2016 og januar 2018 har der været afholdt internat for tovholderne i udviklingspraksis. Internaterne har dels været en mulighed for dem til at lære hinanden bedre at kende, dels har det været kick-off for det kommende projektår.

Forud for de to internater blev der udpeget et årstema, og tovholderne blev bedt om at sende projektidéer ind i forhold til årstemaet. På selve internatet arbejdede de med at udvælge og udvikle konkrete projekter, så der ved internatets slutning var skitser til flere projekter. Efterfølgende har flere udviklingspraksis deltaget i arbejdsgrupper for de enkelte projekter.

I 2017 var årstemaet den ældre skrøbelige patient, og i 2018 er temaet patientinddragelse.

Der er både fordele og ulemper ved at have et årstema. Det giver mulighed for at skabe en sammenhæng mellem projekterne, så flere aspekter træder frem. Temasætningen betyder også, at det kan være nemmere for praksis at byde ind med konkrete projekter eller idéer frem for en helt bred ramme. Dog kan energien omkring et tema kan blive lidt mat i slutningen af projektåret.

På baggrund af erfaringer fra de sidste to års projekter vurderes det, at korterevarende projekter á et par måneders varighed med en opsamling fungerer bedre end de projekter, hvor udviklingspraksis skal følge op flere gange over en længere periode, og hvor der er mange elementer i projektet.

Tovholderrolle og inddragelse af personale

En kontinuerlig udfordring har været at få hele praksis til at føle sig som en del af udviklingspraksis. Da pilotåret startede, blev alle læger og personale i praksis inviteret til en fælles start. Med opskaleringen til ti var vurderingen, at det ikke er realistisk, at alle ti praksis lukker helt fire gange om året for at holde møde i udviklingspraksis.

Dertil kommer, at deltagerantallet vil være så stort, at det ikke længere vil være muligt at holde møderne rundt i de forskellige udviklingspraksis, som har været en meget positiv og givende model for tovholderne.

I stedet for er valgt en løsning, hvor tovholdere er obligatoriske mødedeltagere, mens kollegaer og praksispersonale er velkomne til møderne. Flere praksis har haft kolleger og personale med under forskellige projekter.

Under årstemaet for "Den ældre skrøbelige patient" har der været et stort fokus på medicin og deraf følger også, at projekterne primært har involveret læger. Lægerne i udviklingspraksis har været begejstrede for projekterne. Det lægefaglige fokus har dog bevirket, at det særligt blandt de "nye udviklingspraksis" har været sværere for personalet at blive en del af udviklingspraksis.

Personalet er en vigtig ressource i forhold til kvalitetsudvikling i praksis. Det har ikke været tilsigtet at planlægge et projektår, hvor der har været begrænset personaleinvolvering. I 2018 har der derfor været skærpet opmærksomhed på at lave projekter, hvor hele praksis indgår. Det betyder ikke, at der ikke kan komme projekter igen, som har en overvejende lægefaglig vinkel, men det er vigtigt at variere projekterne.

Økonomi og honorering

Grundhonoraret for tovholder i udviklingspraksis er 52.000 kr. årligt pr. praksis med et tillæg på 26.000 kr. ekstra fuldtidslægekapaцитet. Beløbet udbetales i tre rater årligt. Dertil kommer særskilt honorar til de praksis, der af og til har deltaget i ekstra projekter.

Sekretariatet modtager årligt 300.000 kr. til projektstyring. Der er afsat 100.000 kr. til Forskningsenheden for Almen Praksis årligt for deltagelse i udvikling af projekter.

I 2017 var den samlede udgift til udviklingspraksis 908.000 kr. Opgørelse for 2016 og 2017 er vedlagt som bilag. I et tilfælde har en udviklingspraksis ikke deltaget i et kvartalsprojekt, og har derfor ikke modtaget honorar.

Formidling af projekter og af udviklingspraksis

I de forgangne år er erfaringer og resultater fra udviklingspraksis blevet formidlet i flere sammenhænge:

- Oplæg ved praktiserende læge Maria Nielsen, udviklingspraksis i Struer, Trine Højgaard Knudsen, Marie-Louise Heine Jensen, Kvalitet og Lægemedler for KEU i Region Hovedstaden
- Formidling af udviklingspraksis til deltagerne i delegationen på Nordisk Kongres 2017
- Oplæg ved professor og praktiserende læge Flemming Bro, Trine Højgaard Knudsen, Marie-Louise Heine Jensen, Kvalitet og Lægemedler, om udviklingspraksis på Forskningsfondens temadag
- Udsendelse af artikel om medicingennemgang på praksis.dk
- Brochure på Lægedage om udviklingspraksis med formidling af historier om og projekter fra udviklingspraksis blandt andet med afsæt i den ældre skrøbelige patient (1100 brochurer uddelt)
- Oplæg ved Marie-Louise Heine Jensen og Trine Højgaard Knudsen, Kvalitet og Lægemedler, på temadag for nynedsatte læger
- Oplæg på KEU om WebPatient-projektet ved praktiserende læge Henrik Nyholm (tidligere udviklingspraksis i Vildbjerg)
- Formidling af udviklingspraksis' evaluering af og input til de første fire pakker i Medicin i Midt på møde i KEU
- Løbende opslag på MidtKrafts Facebook-side – blandt andet med link til artikler om projekter i udviklingspraksis

Dertil kommer, at udviklingspraksis og praksisudviklingskonsulent Morten Bondo Christensen løbende fortæller om udviklingspraksis og erfaringer med konkrete projekter til 12-mandsforeninger og andre faglige netværk. Konkret har lægemiddelkonsulenterne kunnet mærke, at interessen for medicingennemgang er steget, blandt andet som følge af formidlingen.

Til trods for de forskellige formidlingstiltag er der stadig et udviklingspotentiale i forhold til at formidle resultaterne i en form, hvor andre praksis nemt kan lade sig inspirere og overføre erfaringer og idéer både i praksis og i regionale fora.

Oversigt over projekter i udviklingspraksis fra maj 2016-maj 2018

Hvert projekt er beskrevet med titel og projektperiode. 'Projektgruppe' dækker over, hvem i udviklingspraksis og eventuelt eksterne samarbejdspartnere, der har været med til at beskrive projektet, lave protokol mv.

Audit om epikriser

Projektperiode: 23. maj-1. juli 2016

PROJEKTGRUPPE

Helene Larsson, Maria Nielsen Henrik Nyholm (udviklingspraksis), praksisudviklingskonsulent Morten Bondo Christensen, Trine Højgaard Knudsen og Marie-Louise Heine Jensen, Kvalitet og Lægemedler

BESKRIVELSE AF UDVIKLINGSPRAKSISPROJEKT OG FORMÅL

Almen praksis bruger lang tid på håndtering af epikriser og korrespondancer. I projektet "Audit om epikriser" gennemførte udviklingspraksis en audit på deres epikriser i en periode på 14 dage.

Formålet var dels at undersøge antallet af epikriser dels at klassificere relevansen af informationen i epikriserne.

Metode

Udviklingspraksis klassificerede i 14 dage alle indkomne epikriser ud fra følgende kriterier:

0	"Hvide" epikriser	STØJ
1	"Grønne" epikriser	Til lægens orientering. Lægges direkte i journalen og fremgår ikke på skærmen.
2	"Gule" epikriser	Bør læses af lægen til orientering – fx nydiagnosticeret alvorlig lidelse hos patienten, svær forværring af kendt tilstand
3	"Røde" epikriser	Vigtig information, der kræver opfølgning i praksis

Udover at klassificere epikriser, skulle udviklingspraksis også angive, hvem der var afsender på de epikriser, som var klassificeret som 0 (støj) og 1 (til lægens orientering. Kan gå direkte i journalen).

I den videre bearbejdning var der fokus på epikriser med koderne 0 og 1.

RESULTATER

I alt blev der klassificeret 2594 epikriser. Af dem blev 534 klassificeret som støj (0) og 1620 epikriser som "til lægens orientering" (1).

Samlet set blev 83 % af alle epikriser klassificeret som 0 eller 1 – og 21 % af de indkomne epikriser klassificeredes som direkte støj.

Knap 75 % af det, som lægerne klassificerede som støj, var "Bookingsvar" dvs. besked om patienters bookede tider i hospitalsregi. Flere læger oplevede at få flere bookingepikriser på samme undersøgelse – eksempelvis hvis undersøgelsen blev ombooket flere gange.

Ambulatorierne stod for knap 45 % af de epikriser, som lægerne klassificerede som 1 – dvs. information, som ifølge lægerne kunne gå direkte i journalen.

Under den fælles drøftelse på møde i udviklingspraksis bemærkede de deltagende læger, at der var sket en positiv udvikling i forhold til tidligere, hvor hospitalet ikke medsendte epikriser, men at informationsmængden har taget overhånd, og er blevet det man kunne kalde "defensiv information". Et eksempel på dette, som flere af lægerne refererede til, er lange epikriser om patienter i ambulante forløb, hvor der er uændret status og informationen er præcis den samme som ved forrige epikrise fra ambulatoriet.

Det var dog interessant at bemærke, at ambulatorierne kun stod for 10 % af de epikriser,

som lægerne klassificerer som direkte støj.

Audit viste, at det især var gældende for specifikke ambulatorier; hæmatologisk, nyremedicinsk og diabetesambulatorierne.

På baggrund af audit og den store andel af bookingsvar, som udviklingspraksis modtog, undersøgte sekretariatet, om andelen af bookingsvar var lige så høj i de andre regioner. Det viste sig, at Region Midtjylland har en meget højere andel af bookingsvar end de andre regioner. Det bunder i, at Region Midtjylland, som den eneste region, har implementeret en MedCom standard 100 %. Efterfølgende har Henrik Nyholm på vegne af udviklingspraksis rejst problemstillingen i PLO's dataudvalg, ligesom sekretariatet har gjort de regionale datakonsulenter opmærksomme på, at der er en særlig problemstilling omkring de automatisk genererede bookingsvar.

PERSPEKTIVERING OG SPREDNING AF RESULTATER

Projektet gav blandt andet anledning til, at daværende praksiskoordinator på AUH, Jette Kolding Kristensen, præsenterede resultaterne for praksiskonsulenterne på AUH, som ville bruge dem i deres dialog med de enkelte afdelinger og ambulatorier.

Auditten rejste et ønske om et kommende projekt, hvor man kunne samarbejde med konkrete ambulatorier i forhold til problematikken om "defensiv information". Udviklingspraksis foreslog, at man lavede et miniprojekt, hvor en ambulatorielæge aktivt tog stilling til, om informationen var relevant for den praktiserende læge eller ej og på hvilken måde. Et sådant projekt er stadig aktuelt – ikke mindst i lyset af OK18 og beslutningen om rød-gul-grøn-markering af epikriser.

ÅRSTEMA 2017: DEN ÆLDRE SKRØBELIGE PATIENT

Audit om skrøbelige ældre

Identifikation af skrøbelige ældre i praksis

Projektperiode: Januar-februar 2017

PROJEKTGRUPPE

Flemming Bro, praktiserende læge og professor ved Forskningsenheden for Almen Praksis, praksisudviklingskonsulent Morten Bondo Christensen, Marie-Louise Heine Jensen og Trine Højgaard Knudsen, Kvalitet og Lægemedler

BESKRIVELSE AF UDVIKLINGSPRAKSISPROJEKT OG FORMÅL

Der bliver flere ældre, som har et større behov for sundhedsydelser, men der er store forskelle i gruppen af ældre. Derfor er det vigtigt, at praksis har et overblik over sine skrøbelige ældre patienter.

Udviklingspraksis gennemførte en audit om skrøbelige ældre med det formål at undersøge, om lægerne via deres mavefornemmelse vidste, hvem i deres population af ældre patienter, der var skrøbelige.

Metode

Hver læge udvalgte tilfældigt 20 patienter over 80 år til en audit. For hver patient udfyldte den praktiserende læge en audit. Først angav lægen om mavefornemmelsen sagde, at patienten var skrøbelig eller ej. Dernæst var der en række forhold, der skulle besvares ved gennemgang af journalmateriale:

- Antal af ordinerede farmaka
- Psykiatrisk diagnose
- Antal indlæggelser de seneste 12 måneder
- Egen bolig eller på plejehjem
- Kontakt til hjemmeplejen
- Psykisk og/eller kognitivt udfordret
- Kørekort
- Svag eller dårligt netværk

For en del af emnerne var det også muligt at svare "ved ikke".

Som sidste punkt skulle lægen igen vurdere, om patienten var "skrøbelig" efter at have gennemgået journalen.

Der blev lavet en udgave af auditskemaet som spørgeskema i SurveyExact, så besvarelsen foregik elektronisk for at lette udførelsen. På den måde var data umiddelbart klar til videre oprensning og analyse.

RESULTATER

Der blev udfyldt 512 spørgeskemaer. Efter oprensning for mangelfulde besvarelser, var der 481 tilbage, som indgik i de videre analyser.

Ud fra lægernes mavefornemmelse var 48 % af patienterne skrøbelige, hvilket ændrede sig til 47 % efter journalgennemgang. Lægerne vurderede, at 40 % af patienterne var ikke-skrøbelige. Det tal steg til 52 % efter journalgennemgang.

Samlet var der 1 % af patienterne, som lægerne ikke kunne placere i nogen af kategorierne.

Samlet viste auditten, at:

- 58 % af patienterne var kvinder
- 46 % var mellem 80 og 84 år
- 68 % fik mindst fem præparater
- 85 % boede i egen bolig
- 12 %, der blev vurderet som skrøbelige ved mavefornemmelse, blev vurderet som ikke-skrøbelige efter journalgennemgang.
- 36 % af de, hvor der først blev svaret 'ved ikke', blev vurderet som skrøbelige efter journalgennemgang.
- Ved 33 % af de ældre patienter, vidste lægen ikke, om patientens netværk var stærkt eller svagt

Overordnet pegede audit på, at lægernes mavefornemmelse omkring deres patienter holder stik. Samtidig var audit med til at skabe overblik over population. Udviklingspraksis hæftede sig særligt ved to resultater fra auditten: at 68 % af populationen fik fem præparater, og at lægerne ikke vidste, om netværket var godt eller svagt ved 33 % af patienterne.

Tværfaglig medicingennemgang med fælles konsultation I

Projektperiode: Marts-juni 2017 + opfølgning efter tre og seks måneder

PROJEKTGRUPPE

Lise Bakkestrøm Rosenbæk, lægemiddelkonsulent, Morten Bondo Christensen praksisudviklingskonsulent, Marie-Louise Heine Jensen og Trine Højgaard Knudsen, Kvalitet og Lægemedler

BESKRIVELSE AF UDVIKLINGSPRAKSISPROJEKT OG FORMÅL

Projektet "Tværfaglig medicingennemgang" ønskede at afprøve medicingennemgang og tværfaglig konsultation mellem praktiserende læge, lægemiddelkonsulent og patient.

Projektet ønskede at undersøge lægernes oplevelse af fælleskonsultation og læringspotentialet ved en tværfaglig medicingennemgang.

Metode

Hver kapacitet i praksis valgte ti patienter ud, som fik ti eller flere præparater. Patienter på plejehjem eller i geriatrisk regi var udelukket på forhånd. Praksis kontaktede patienterne for samtykke og sikrede sig samtidig, at patienten var indforstået med, at deltagelse i projektet indebar, at medicinliste + diagnoser + labdata blev sendt til en lægemiddelkonsulent.

Hvis patienten ønskede at deltage, blev han/hun inviteret ned i praksis til en medicinafstemning, hvor al aktuell medicin skulle medbringes. Efterfølgende blev en afstemt medicinliste, diagnoser samt labdata for hver patient sendt til lægemiddelkonsulenterne.

Den regionale lægemiddelkonsulent lavede herefter medicingennemgang på patienten og kom med forslag til ændringer i medicinen. De forslag blev gennemgået sammen med den praktiserende læge forud for fælleskonsultationen med patienten.

For hver patient blev noteret, hvilke ændringer man ønskede at gennemføre, *før* konsultationen med patienten. *Efter* konsultationen med patienten noterede lægerne de ændringer, man i fællesskab med patienten var blevet enige om at gennemføre.

Når alle fælleskonsultationer var gennemført, skulle lægerne besvare et spørgeskema med vurdering af tidsforbrug, udbytte og læring.

Opfølgning

Praksis skulle følge op på, om eventuelle ændringer stadig var gældende efter 3 og 6 måneder. Hvis ændringer var suspenderet, skulle praksis notere, hvem, der havde gjort det (egen læge, hospital, speciallæge, andre) og indikation.

RESULTATER

I projektet lavede udviklingspraksis medicingennemgang på 122 patienter.

Resultater efter fælles konsultation

- 122 patienter opgjort**
525 accepterede ændringer:
- 4,3 ændringer pr. patient
 - 244 seponeringer
 - 194 dosisændringer
 - 76 præparatskift
 - 11 tilføjelser

Opfølgning efter 3 måneder

- 122 patienter opgjort**
481 ændringer gælder stadig:
- 3,9 ændringer pr. patient
 - 229 seponeringer gælder stadig
 - 172 dosisændringer gælder stadig
 - 72 præparatskift gælder stadig
 - 8 tilføjelser gælder stadig

Der er ved 6 måneders opfølgning sket meget få ændringer i forhold til 3 måneders

opfølgning.

Tidsmæssigt har udviklingspraksis brugt mellem en og tre timer pr. patient.

For lægemiddelkonsulenterne gav projektet god læring og flere nuancer, da de kunne spørge patienterne om deres oplevelser med medicin.

Projektet bestod, udover konsultationen, af to opfølgninger efter tre og seks måneder. Den første er kommet i hus relativt enkelt, mens det har knebet mere efter seks måneder. Den erfaring tages med til kommende projekter, som skal skæres mere enkelt til og uden for mange opfølgninger.

Udviklingspraksis var i evalueringen af projektet meget positive overfor fælleskonsultationen. De fremhævede, at lægemiddelkonsulentens tilstedeværelse var med til at holde et skarpt fokus på medicin, og at patienterne havde været glade for tilbuddet om fælleskonsultation.

Udviklingspraksis fremhævede også, at den fælles dialog om medicin med lægemiddelkonsulenterne gav dem ny viden om specifikke lægemidler, og at de tog den læring med i klinikken og efterfølgende har skabt en systematik omkring det.

På trods af den positive vurdering af fælleskonsultation viste evalueringen også, at ikke alle læger fremover ville vælge den metode. Det skyldes blandt andet, at planlægning og afholdelse af fælleskonsultation er tidskrævende. Derfor var den samlede anbefaling fra projektdeltagerne også, at man i en mulig opskalering reduceret antallet af medicingennemgange.

PERSPEKTIVERING OG SPREDNING AF RESULTATER

Udviklingspraksis vurderer klart projektet som et af de mest lærerige, men det har også været et af de mest arbejdstunge. Evalueringerne viser, at der er en spænding mellem på den ene side ønsket om et fysisk møde med lægemiddelkonsulenten for at skabe tillid og have en dialog, og på den anden side det store tidsforbrug, der er forbundet med den løsning.

Projektgruppen vurderede på baggrund af evalueringen, at der på nuværende tidspunkt hverken i almen praksis eller i administrationen var ressourcer til at implementere "Fælleskonsultationen" i den daværende form i større skala. På den baggrund lavede projektgruppen et nyt setup i en ny projektperiode med de resterende udviklingspraksis, for derigennem at nærme sig en model, der nemmere kunne implementeres i hverdagen. (se side xx)

Projektets resultater er blevet præsenteret flere steder. Der har givet positiv opmærksomhed, og lægemiddelkonsulenterne oplever stigende efterspørgsel efter medicingennemgang fra de praktiserende læger i regionen.

Medicin i Midt – afprøvning af pakker

Projektperiode: Marts-april 2017

PROJEKTGRUPPE

Karen Pedersen, lægemiddelkonsulent, Steen Vestergaard-Madsen, chefkonsulent, Marie-Louise Heine Jensen og Trine Højgaard Knudsen, Kvalitet og Lægemidler

BESKRIVELSE AF UDVIKLINGSPRAKSISPROJEKT OG FORMÅL

Formålet med "Medicin i Midt-afprøvning af pakker" var at pilotteste to informationspakker (urologika og steroid til patienter med KOL) inden pakkerne blev sendt ud som en del af "Medicin i Midt- projektet" til alle praksis i Region Midtjylland. Udviklingspraksis skulle blandt andet forholde sig til, om informationen var til at forstå, om budskaberne om medicin var klare, om vejledningerne fungerede, og om det var relevant i en praksishverdag.

Derudover skulle de teste de to pakkers budskaber på egne patienter.

Det var vigtigt, at udviklingspraksis gjorde præcis det, som de normalt ville gøre ved et lignende projekt.

For hver pakke skulle lægerne svare på spørgsmål om informationen i survey exact.

Efter afprøvningen besøgte Karen Pedersen de fem praksis, hvor hun interviewede tovholder om praksis' erfaringer med pakkerne og forslag til forbedringer inden udrulning til storskala.

RESULTATER

Lægerne pegede i både spørgeskemaer og interviews på, at der manglede en tydelig introduktion til projektet, hvor formålet var angivet. Det skulle også fremgå mere tydeligt, hvad lægen og patienterne fik ud af projektet (bedre behandling, bedre økonomi), hvad opgaven præcist gik ud på, og hvilke forventninger, der var til praksis i forhold til at arbejde med pakkerne. (fx antal pakker, antal patienter pr. pakke).

Der var enighed om, at kvalitet i behandling skulle være "salgsargumentet", men at det gerne måtte nævnes, at Medicin i Midt også handler om rationel brug af lægemidler, og at der dermed også er en økonomisk vinkel.

Flere praksis foreslog, at der blev lavet et introduktionsbrev samt en læsevejledning, så praksis vidste, hvordan opgaven skulle gribes an. Flere praksis havde brugt praksispersonale til blandt andet at fremsøge patienterne. Det blev foreslået at lave en skrivelse til personalet, der kort forklarede formålet med projektet. På den måde var personalet bedre klædt på til kontakten med patienterne, når de indkaldte dem.

Vurdering af faglige budskaber

Nogle praksis havde kommentarer til de faglige budskaber. Der blev fx sat spørgsmålstegn ved, hvilke lægemidler inden for urologika der er andet- og tredjevalg. Det blev nævnt, at det er væsentligt for troværdigheden, at der er enslydende budskaber med DSAM og IRF. Praksis efterspurgte også, at pakken om steroid adresserede, hvilke patienter, der skulle fortsætte med steroid.

En praksis foreslog, at de korte faglige budskaber blev præsenteret på en A5 side med blikfang, som praksis også kunne bruge i dialogen med patienterne og på deres pauseskærme.

Fremsøgning af patienter

Praksis var udfordret særligt på KOL-området, når patienterne skulle fremsøges ved brug af vejledningerne, som ikke var specifikke nok. Det er væsentligt, at det er nemt for praksis at

finde patienterne. Der var forslag om at lave en fyldestgørende vejledning for hvert lægesystem, der i detaljen angav, hvilke oplysninger der skulle skrives i hvilke felter inden for hvert af lægemiddelområderne.

Praksis' arbejde med pakkerne

Der var delte meninger om, hvor mange pakker der skulle sendes ud på en gang. Udviklingspraksis var generelt positive overfor muligheden for at kunne vælge blandt pakker, så man kunne arbejde med de områder, der gav størst mening lige i den praksis. Flere talte for, at de første pakker skulle være nemme at gå til, så man lærte metoden at kende. Derefter kunne mere komplicerede pakker (som steroid) introduceres.

Udviklingspraksis anbefalede, at pakkerne både blev udsendt på papir og elektronisk til praksis.

Udviklingspraksis mente, at det var væsentligt at gøre opmærksom på, at "Medicin i Midt" var et samarbejdsprojekt, og at PLO-M anbefalede projektet.

På baggrund af tilbagemeldingerne fra udviklingspraksis, blev materialet tilpasset, inden det blev sendt ud til alle praksis i regionen.

Tværfaglig medicingennemgang med fælles konsultation II

Projektperiode: September 2017-januar 2018 + opfølgning efter tre og seks måneder

PROJEKTGRUPPE

Lise Bakkestrøm Rosenbæk, lægemiddelkonsulent, Morten Bondo Christensen, praksisudviklingskonsulent, Trine Højgaard Knudsen og Marie-Louise Heine Jensen

BESKRIVELSE AF UDVIKLINGSPRAKSISPROJEKT OG FORMÅL

I projektet var de ti udviklingspraksis delt op i to hold, så der var fem, som lavede dette projekt.

Projektet byggede videre på det første projekt om tværfaglig medicingennemgang. I det nye projekt var antallet af medicingennemgange pr. læge reduceret til fem. Samtidig var patientgruppen fokuseret på patienter, der boede på plejehjem, og det var plejhjems personale og ikke patienter, der deltog i den fælles konsultation. Praksis skulle selv informere plejhjemmet/-ene om projektet.

Kort efter projektet gik i gang, trådte loven om plejhjemslæger i kraft. Det betød, at flere af de deltagende praksis ikke længere havde patienter på plejehjem. De praksis, der ikke var blevet plejhjemslæger, inkluderede derfor patienter i egen bolig i projektet.

Praksis udvalgte fem patienter over 70 år, som boede på plejehjem eller i beskyttet bolig. Der måtte ikke være lavet medicingennemgang indenfor det seneste år. Hvis relevante laboratorieværdier ikke var målt inden for to-tre måneder, skulle de tages på ny.

Personalet på plejhjemmet/den beskyttede bolig afstemte medicinen, og sendte afstemningen som korrespondance til praksis.

Herefter sendte praksis en afstemt medicinliste + diagnoser+ labdata for hver patient til lægemiddelkonsulenterne.

Hver læge havde tre fælles konsultation med plejhjemspersonale og lægemiddelkonsulent. Derefter blev der afholdt to konsultationer om patienten med læge og personale fra plejehjem, men uden lægemiddelkonsulent. Formålet med den opdeling var at undersøge om et mindre "set-up" end det første medicingennemgangsprojekt havde samme læringsudbytte.

RESULTATER

I projektet lavede udviklingspraksis medicingennemgang på 48 patienter.

Resultater efter fælles konsultation

- 48 patienter
- 243 ændringer
- 5,1 ændring pr. patient (accept af læge + evt. patient)
- 118 seponeringer
- 80 dosisændringer
- 38 præparatskift
- 6 tilføjelser
- 1-11 accepterede ændringer

Opgørelser efter tre måneder er ikke fyldestgørende, og opgørelser efter seks måneder er ikke kommet ind.

Læring af projektet

Projektet byggede videre på det første medicingennemgangsprojekt med fælles konsultation, og resultaterne var denne gang mere blandede.

De 'rå' data omkring medicinen, som er opgjort af lægemiddelkonsulenterne viser, at der er sket mange ændringer i den enkelte patients medicin. De læringsmæssige aspekter af projektet, som vi har spurgt ind til i spørgeskemaet, vidner til gengæld om mange forskellige måder at løse opgaven på. Det er derfor svært at udlede en så klar læring af dette projekt i forhold til det første. Eksempelvis var det i alle udviklingspraksis ikke muligt at undersøge, om der var en transferværdi fra fælleskonsultationerne med lægemiddelkonsulenterne til selvstændige medicingennemgange, da det ikke var den samme læge, der lavede fælles konsultation og selvstændige medicingennemgange.

Et andet element er, at der var forskel på plejehjemspersonalets engagement i projektet. Nogle steder blev mødet afholdt med personale, som havde stort kendskab til beboeren og hans/hendes helbred og funktionsniveau, mens sygeplejersken et andet sted ikke var tilknyttet patienten i det daglige.

PERSPEKTIVERING OG SPREDNING AF RESULTATER

Erfaringerne fra begge projekter om medicingennemgang viser, at den tværfaglige dialog og sparring om medicin giver mening for lægerne. Med indførelsen af en fast plejehjems-læge vil det være oplagt at lave et tilbud om medicingennemgang og fælles konsultation målrettet denne særlige gruppe af patienter, der ofte er skrøbelige. Projektet viser også, ligesom det første medicingennemgangsprojekt, at der er tidsmæssige og organisatoriske udfordringer. Det er derfor vigtigt, at arbejde videre med en eller flere modeller, som kan minimere de udfordringer.

Resultaterne fra de to medicingennemgangsprojekter præsenteres særskilt på et møde i Kvalitets og- Efteruddannelsesudvalget i december 2018 med henblik på en drøftelse af, hvordan der kan arbejdes videre med erfaringerne fra udviklingspraksis.

Opfølgende hjemmebesøg

Projektperiode: September-november 2017

PROJEKTGRUPPE

Jonas Baandrup, udviklingspraksis, Henrik Nyholm, udviklingspraksis, Morten Bondo Christensen, praksisudviklingskonsulent, Trine Højgaard Knudsen og Marie-Louise Heine Jensen

BESKRIVELSE AF UDVIKLINGSPRAKSISPROJEKT OG FORMÅL

Formålet med projektet "Opfølgende hjemmebesøg" var:

1. At undersøge hvor stor en andel af +70 årige, der har behov for opfølgende hjemmebesøg (eller konsultation) efter en indlæggelse.
2. At udvikle en frase, der er anvendelig ved opfølgende hjemmebesøg.
3. At evaluere udbyttet af besøget / konsultationen mht. bl.a. medicingennemgang/ajourføring af FMK, vurdere udbyttet af besøget, behov for støtte i hverdagen, opfølgning på vejledning fra hospitalet antal efterfølgende kontakter til patient/hjemmepleje, genindlæggelser.

Metode: Praksis noterede på skema alle epikriser på patienter +70 i en periode på 2 måneder. Senest to dage efter modtagelse af epikrise, kontaktede praksis den ældre med henblik på at vurdere, om der var grundlag for et opfølgende hjemmebesøg (eller konsultation i praksis).

Hver kapacitet i praksis skulle fortsætte, indtil der var afholdt fem opfølgende besøg/konsultationer.

Til det opfølgende hjemmebesøg/konsultation havde projektgruppen udviklet følgende frase:

Til stede under besøget

- Hvor er pt. under besøget:
- Forløbsdiagnoser:
- Varighed af indlæggelse:
- Kort resume af indlæggelse:
- Er FMK ajourført ved udskrivelsen:

Anamnese (pluk relevant ud – og spring irrelevant over)

- Smerter:
- Åndenød:
- Svimmel:
- Kvalme:
- Uro:
- Obstipation:
- Andet:

Objektivt

- Blodtryk:
- Puls:
- Respirationsfrekvens:
- Evt. temperatur:

Plan

- Overordnede formål med opfølgende hjemmebesøg:
- Evt. behov for støtte i hverdagen (hvis ja – er der lavet tiltag på sygehuset?):

- Er der en vejledning fra sygehuset (hvis ja – har praksis lavet plan for dette?):
- Medicिंगennemgang ifm. opfølgningen (hvis ja – ændringer?):
- Evt. ordinationer:
- Evt. henvisning:
- Evt. opfølgning:
- Kommunikation med hjemmeplejen:

Initial evaluering lige efter besøget (alle besvares ja, nej eller måske)

- Var der et sundhedsfagligt udbytte af besøget?
- Kan besøget være med til at nedsætte risiko for snarlig genindlæggelse?
- Fik du ny viden i relation til patientens indlæggelse?
- Gav det "alt i alt" udbytte at gennemføre besøget?
- Var det indsatsen værd, at gennemføre besøget? (tid brugt et sted, kan ikke bruges andre steder osv.)

To måneder efter det opfølgende hjemmebesøg/konsultation, skulle den læge, der havde foretaget besøget evaluere ved at svare på et spørgeskema i survey exact.

RESULTATER

13 læger deltog i projektet. I projektperioden indgik i alt 82 patienter. Ved 54 af patienterne blev der foretaget opfølgende hjemmebesøg.

Udviklingspraksis' overordnede vurdering var, at det opfølgende hjemmebesøg skabte mere tryghed for patienten (og pårørende), og at det var med til at styrke patientsikkerheden ved sektorovergange. Patienterne i projektet var generelt svagelige, og fire ud af de 82 døde i projektperioden.

I cirka halvdelen af tilfældene havde besøget afgørende betydning for det videre patientforløb, mens det i resten ikke gjorde nogen forskel ifølge lægens egen vurdering.

I knap en fjerdedel af tilfældene var besøget med til at forebygge en indlæggelse, mens det i 43 % ikke var tilfældet ifølge lægens egen vurdering.

I 86 % af tilfældene blev den plan, som der blev lagt for det videre forløb i forbindelse med hjemmebesøget efterfølgende fulgt helt (44 %) eller delvist (42 %).

De udviklingspraksis, som var med til at beskrive projektet, var optaget af at bruge fraser som en måde at organisere og systematisere opfølgende hjemmebesøg på. Udviklingspraksis blev derfor spurgt ind til, om man havde brugt fraserne. 87 % havde brugt fraserne hver eller næsten hver gang, og mange angav, at de hjalp til at skabe systematik og struktur for besøget.

Der var enighed om, at den systematiske gennemgang af epikriserne med henblik på at vurdere behovet for et opfølgende hjemmebesøg skærpede lægernes fokus på det opfølgende hjemmebesøg.

Gennemførelsen af audit var ikke helt stringent. To praksis glemte at visitere patienterne i en periode, så patientantallet var lavere, end det burde have været.

SPREDNING OG PERSPEKTIVERING

Lægerne i udviklingspraksis har i løbet af det sidste år generelt oplevet et stort fald i visteringerne fra hospitalerne til opfølgende hjemmebesøg. I opgørelsen over antallet af screeninger fra hospitalsside for opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse på sundhedsaftale.rm.dk er der også et stort fald i antallet af registrerede screeninger.

Resultaterne fra udviklingspraksis kan være med til at skabe fornyet opmærksomhed på almen praksis' mulighed for opfølgende hjemmebesøg. Fraserne kan videreformidles, så det

kan bruges af andre læger i forbindelse med organisering af de opfølgende hjemmebesøg.

Resultaterne vil blive bragt i en artikel om projektet i Practicus.

ÅRSTEMA 2018: PATIENTINDDRAGELSE

Årskontrol for diabetes – spørgeskema til patienter

Projektperiode: Marts-juni 2018

PROJEKTGRUPPE

Britta Jepsen, Tanja Nygaard, Maria Nielsen, Ilse Nielsen (alle udviklingspraksis), Morten Bondo Christensen, praksisudviklingskonsulent, Trine Højgaard Knudsen og Marie-Louise Heine Jensen, Kvalitet og Lægemedler

BESKRIVELSE AF UDVIKLINGSPRAKSISPROJEKT OG FORMÅL

Udviklingspraksis har selv valgt at arbejde med et forberedende spørgeskema, som skal bruges ved årskontrol for diabetes. Formålet var:

- At få bedre kendskab til patienternes hverdagsliv og sygdomsforståelse
- At skabe refleksion hos patienten i forhold til årskontrol
- At undersøge, om forberedende spørgeskema havde nogen betydning for årskontrollens forløb og indhold
- At undersøge patientens overvejelser om antal kontroller/årskontrol i forhold til diabetes

Hver lægekapacitet skulle gennemføre 15 årskontroller, hvor patienten forud for kontrollen hos lægen havde udfyldt et spørgeskema. Læge og eventuelt praksispersonale, der var en del af kontrollen, skulle besvare et kort spørgeskema efter hver årskontrol.

Efter årskontrollen skulle patienten udfylde et kort, evaluerende spørgeskema.

RESULTATER

Data er ikke endnu ikke færdiganalyseret 100 %, men den foreløbige status er:

156 patienter har udfyldt det forberedende spørgeskema inden årskontrollen

- 80 % af patienterne vurderede, at spørgeskemaet var en god måde at forberede sig til årskontrollen på
- 30 % af patienterne svarede, at de bragte andre emner op end de plejede ved årskontrollen
- Ved 42 % af patienterne svarede læger og sygeplejersker, at spørgeskemaet gav ny viden om patienten og patientens diabetes
- Ved 47 % af patienterne oplevede læger og sygeplejersker patienterne som bedre forberedte end tidligere
- Ved 33 % af patienterne angav læger og personale, at de havde talt om andre emner end de normalt gjorde ved en årskontrol.

Ved den mundtlige evaluering i udviklingspraksis var den generelle holdning, at et forberedende spørgeskema kan være med til at øge kvaliteten af årskontrollen og give ny viden om patienten og patientens diabetes. Særligt sygeplejerskerne fra udviklingspraksis var meget begejstrede for spørgeskemaet.

På trods af en positiv vurdering var der også udfordringer forbundet med spørgeskemaet. En enkelt praksis havde haft store vanskeligheder med at få patienterne til at udfylde spørgeskemaet, mens et par andre praksis vurderede, at det ikke var realistisk at patienterne hentede spørgeskemaet x antal dage i forvejen, som stod beskrevet i protokollen. Her udfyldte patienterne spørgeskemaet i venteværelset inden konsultationen med sygeplejersken. Generelt fandt udviklingspraksis, at håndteringen af papirskemaet var besværligt.

SPREDNING OG PERSPEKTIVERING

Der er taget kontakt til praktiserende læge Kurt Rasmussen, som deltager i udviklingen af WebPatient, med henblik på at bruge udviklingspraksis' erfaringer med et forberedende patientspørgeskema til en udvikling af et digitalt spørgeskema i WebPatient. En digital version kan være med til at løse en del af de lavpraktiske udfordringer, der var med papirversionen.