



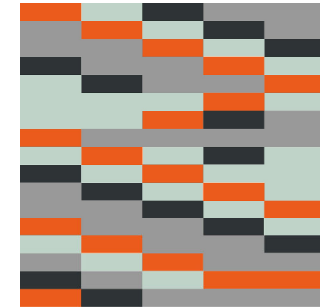
Hvordan forløbsplansdata understøtter klynge- og kvalitetsarbejdet i almen praksis

Styregruppen for Digitale Forløbsplaner 29. marts 2023



Parternes fælles vision

- at arbejdet med almen medicinsk kvalitetsudvikling når ud til alle praktiserende læger
- at kvalitetsarbejdet opleves som relevant og praksisnært
- at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling i egen klinik
- at kvalitetsarbejdet udfolder sig mellem de praktiserende læger og i dialog med det øvrige sundhedsvæsen.



Overenskomst om
almen praksis 2022

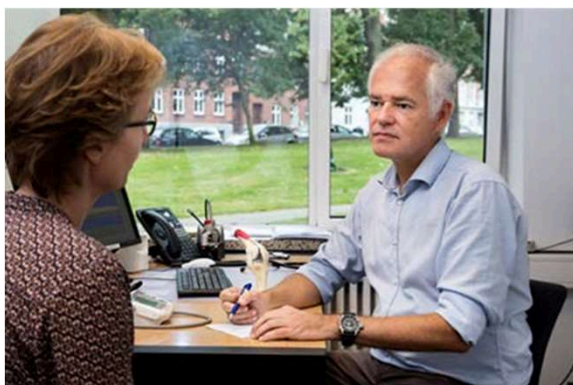




Konceptet bag klyngepakker



Tanker tænkes på alle niveauer - det prøver vi at møde i en klyngepakke



I mødet med patienten



I praksis med læger og personale



I lægefagligt fællesskab udenfor egen praksis



Klyngepakker er indgangen til forandringer



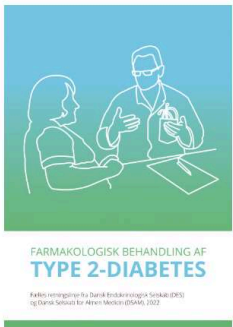



Tre fundamentale spørgsmål før en klyngepakke kan realiseres:

1. Er der en relevant klinisk problemstilling?
2. Kan den belyses helt eller delvist med data?
3. Er det noget, som den praktiserende læge kan gøre noget ved?



Målepunkter

Kliniske vejledninger

| | |
|--|---|
|  <p>Faglig visitationsstandard for akutarbejdet i lægevagten (2022)</p> <p>(kun udgivet elektronisk)</p> |  <p>Iskæmisk hjerte-kar-sygdom (2022)</p> <p>- Spørgsmål og svar om forebyggelse, udredning og behandling</p> <p>(kun udgivet elektronisk)</p> <p>● ● ●</p> |
|  <p>Farmakologisk behandling af type 2-diabetes (2022)</p> <p>- Fælles retningslinje fra DES og DSAM</p> <p>Pixi-udgave</p> <p>(kun udgivet elektronisk)</p> |  <p>Klinisk vejledning for almen praksis</p> <p>Dyspepsi og gastroøsofageal refluxsygdom hos voksne - udredning og behandling</p> <p>(2021)</p> <p>Trykt udgave kan købes her</p> |
|  <p>Akuthåndbogen (2021)</p> |  <p>Telefonvisitationsguide for praksispersonale</p> |



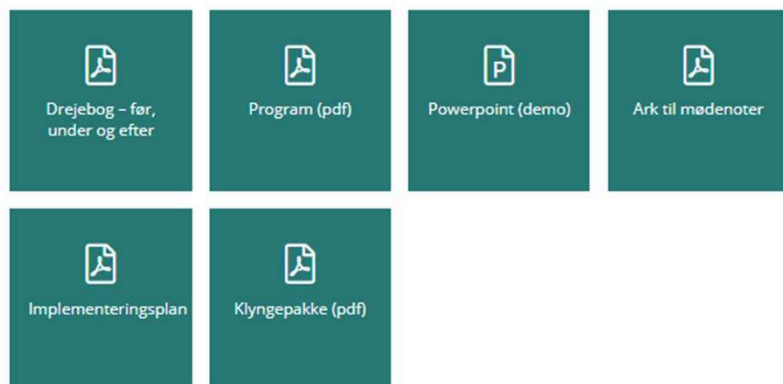
Materiale til klyngepakkerne

Værd at vide om denne pakke

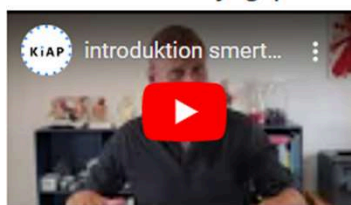
Materiale og support fra KiAP

- Et forslag til et program for mødet.
- En detaljeret drejebog med aktiviteter før, under og efter klyngemødet for klyngekoordinator og klyngemedlemmer
- En powerpoint til mødet med opgørelser af klyngens data
- Uddelingskopier med ydernummerspecifikke data
- Et ark til at notere de vigtigste pointer under mødet
- Materiale til implementering i praksis og til opfølgning på et senere klyngemøde
- En kontaktperson i KiAP.

Hent mødemateriale her



Introduktion til klyngepakken



Bestil klyngepakke

Bestil klyngepakken hos KiAP og modtag en opringning fra en konsulent i KiAP, som vil fortælle dig mere om pakken, og hvor I sammen kan drøfte klyngens ønsker til mødet.

[Bestil klyngepakke*](#)

*Bestil klyngepakken senest 8 uger før den skal bruges på klyngemødet

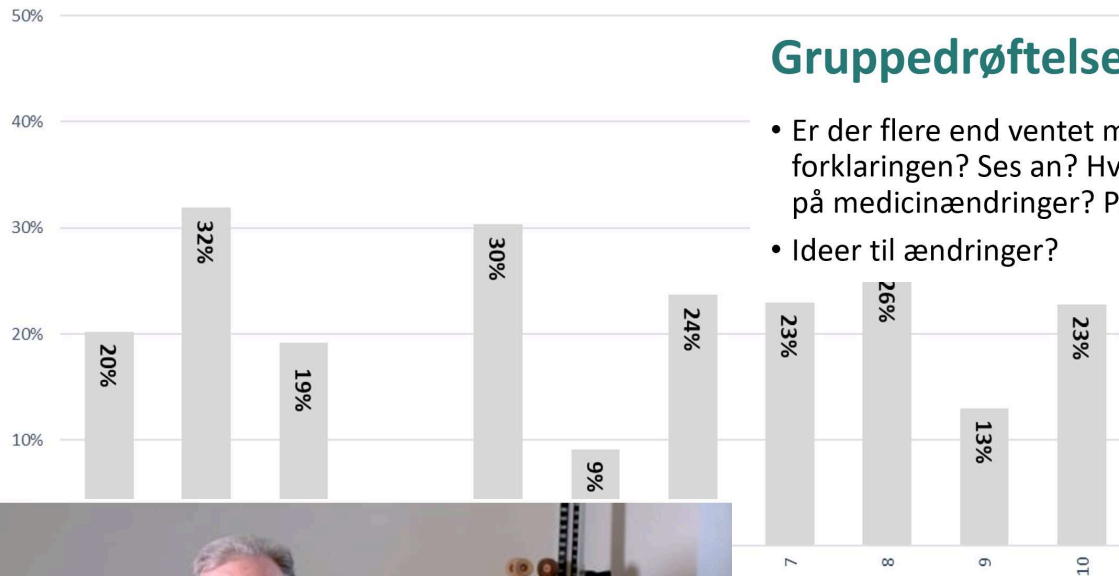
Lyt til podcast her



[Klyngepakken - Smertestillende medicin](#)

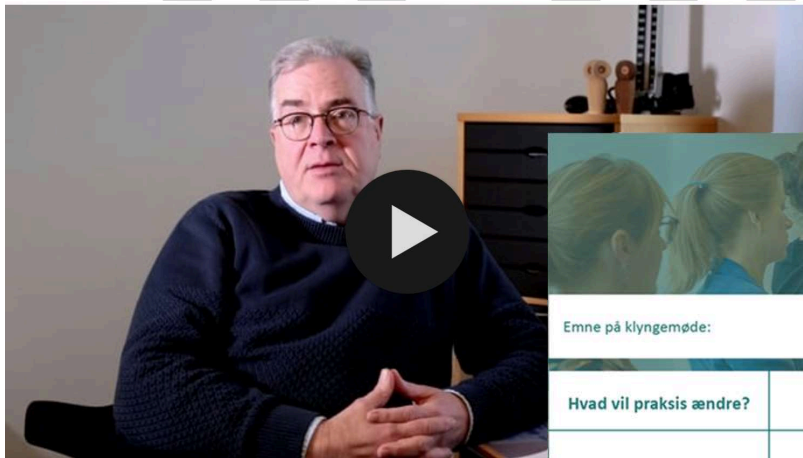


Målepunkt 3: Andel patienter med systolisk BT > 140



Gruppedrøftelse (5 min.)

- Er der flere end ventet med for højt systolisk BT? Hvad er forklaringen? Ses an? Hvordan iværksættes og følges der op på medicinændringer? Personalets rolle? Lægens rolle?
- Ideer til ændringer?



Praktiserende læge og professor i almen me...

Implementeringsplan

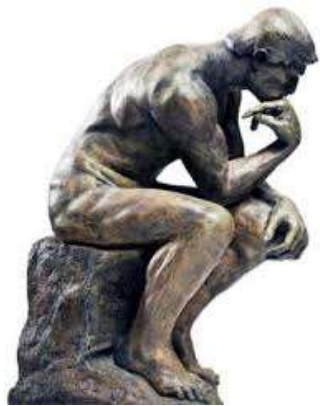
Emne på klyngemøde:
Dato for klyngemøde:

| Hvad vil praksis ændre? | Hvordan skal forandringerne skabes? | Hvem? | Hvornår? |
|-------------------------|-------------------------------------|-------|----------|
| | | | |

Hvilken rolle spiller data i klyngepakkerne?



Fokus er ikke på målopfyldelse – kan lede til u hensigtsmæssig adfærd og være fremmedgørende for det faglige arbejde.



Fokus er på refleksionen – er der noget, jeg skal se på? Hvad gør mine kollegaer og hvordan gør de det?



FLP-data er aktuelt omdrejningspunktet i seks klyngepakker



KiAP's FLP-klyngepakker

Hypertension



Iskæmisk hjertesygdom



Type 2-diabetes -
behandling og kvalitet



Type 2-diabetes -
organisering og opfølgning



KOL - diagnostik



KOL - behandling



Program for dagens møde

OPFØLGNING FRA SIDSTE MØDE

15 min. INTRODUKTION

45 min. BLOK 1: MONITORERING OG
OPFØLGNING

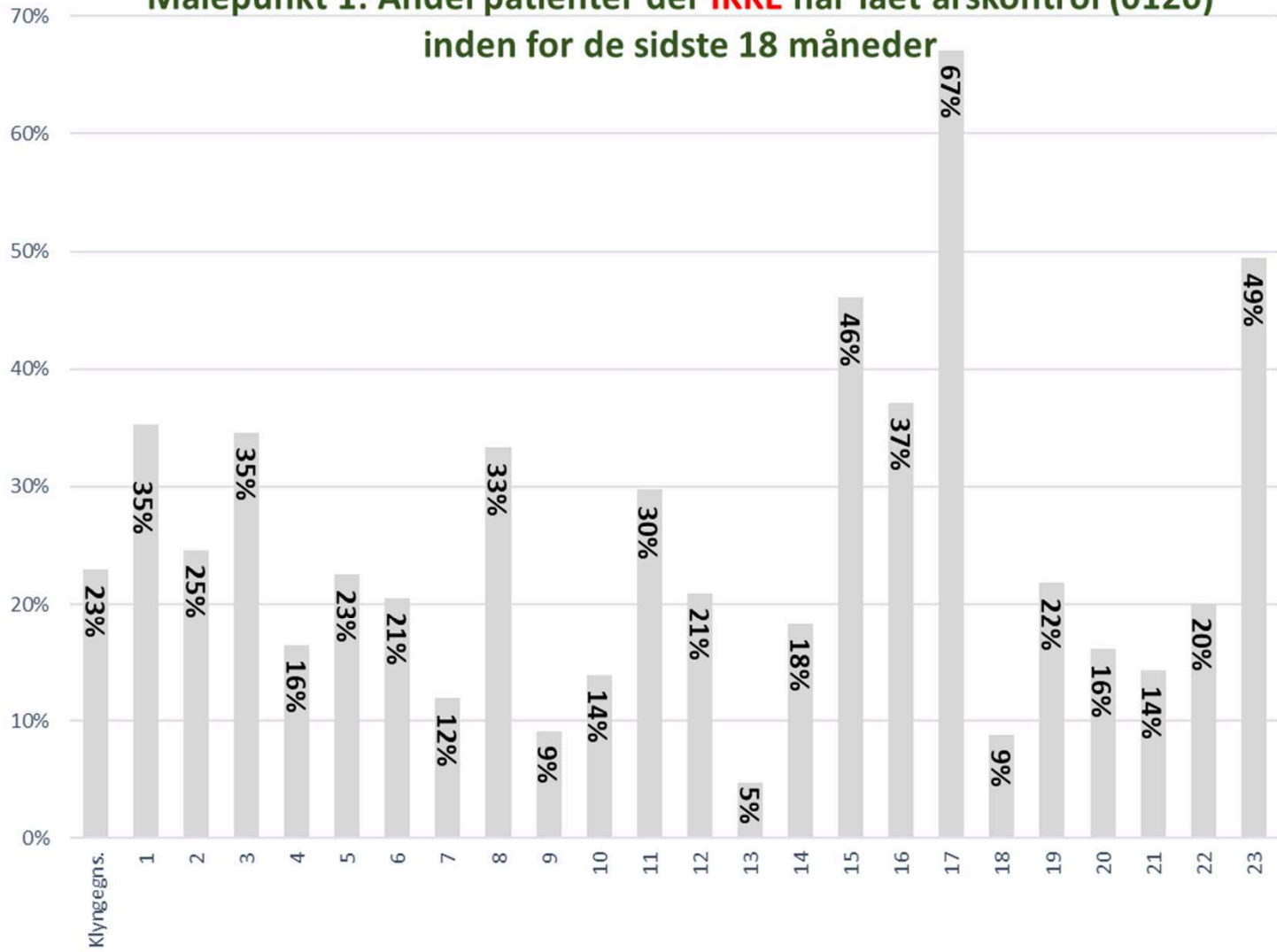
15 min. PAUSE

45 min. BLOK 2: BEHANDLING

30 min. BLOK 3: IMPLEMENTERING OG
OPFØLGNING



Målepunkt 1: Andel patienter der IKKE har fået årskontrol (0120) inden for de sidste 18 måneder



Forklaringer til grafen om årskontroller

Hvordan er patienter med IHS er trukket ud?

Diagnoserne K74, K75, K76 inden for de sidste 3 år.

- **Forkert kodet:** Diagnosen kan være kommet ind i dit lægepraksissystem (LPS) via en epikrise, fordi pt. har været på sygehuset og fået en diagnose der, som dit LPS har oversat til en ICPC diagnose, da den læste ICD10 koden og epikrisen ind. - FNUX diagnoser tæller også med.

- **Ikke kodet:** Hvis ikke diagnosen er kodet af praksis eller importeret bliver patienten ikke medtaget i udtrækket

(OBS i forhold til forløbsplaner: Hvis patienten både har hjertekarsygdom/ hypertension/hyperkolesterolemie OG diabetes type 2 - får patienten en diabetes plan og kan ikke få en hjerteplan. Alle parametre i en hjerteplan er implementeret i diabetes planen)

Er det kun patienter der er i live tilmeldt praksis der er med i udtrækket?

- **Ja** (kræver en løbende opdatering af patientlisten, bliver dog snart automatisk)

Hvorfor er der valgt de sidste 18 måneder?

- Hvis patienterne først bestiller tid til årsstatus når der er gået et år, vil der være en del hvor årskontrollen bliver forsinket men alligevel gennemføres inden for 18 måneder, hvilket vurderes at være en passende sikkerhedsmargin

Hvornår registreres det at patienter har modtaget en 0120 ydelse?

- Hvis der for patienten er registreret en IHS diagnose (Angina pectoris (K74), AMI (K75) og ISH (K76)) inden for +/- 7 dage fra en 0120 ydelse



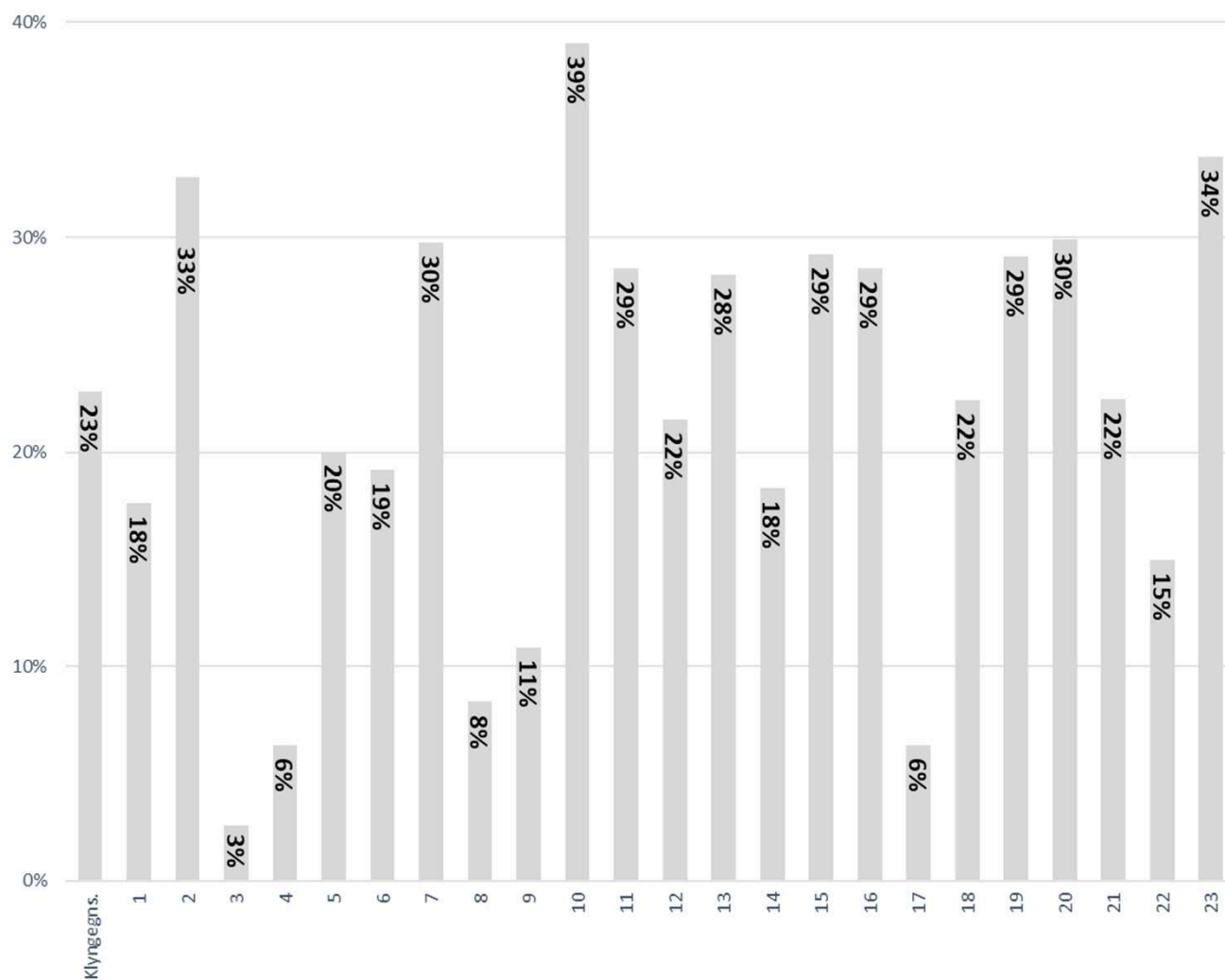
Tre mulige forklaringer på variation

- Forskel i patientpopulation
- Usikker måling pga få patienter
- **Forskel i klinisk praksis**

Derudover: Fejlkodning



Målepunkt 3: Andel patienter med systolisk BT > 140



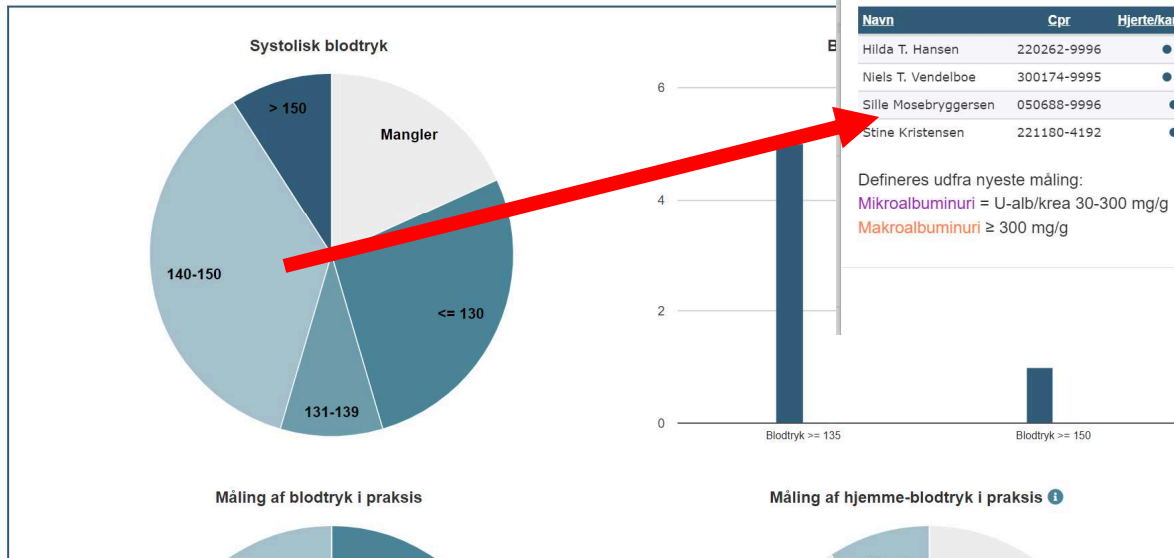
Note: Cutoff ved 140 systolisk BT er højere end Cardio.dk anbefalingerne, så der er tale om patienter der ligger et stykke over anbefalingerne.

IHS

Print

| Prævalens | Aktuelle patienter | Antal patienter med forløbsplan |
|-----------|--------------------|---------------------------------|
| 5.5 | 11 | 3 (27,3%) |

Blodtryk



Antal

Print Excel

Aktuelle patienter med et Systolisk blodtryk mellem 140-150 mmHg

| Navn | Cpr | Hjerte/kar sygdom | Sys_BT | Dia_BT | Sys_BT_dato | U-alb/krea | U-alb/krea dato | ACE/AT2 beh. | Antihyp_Beh. |
|----------------------|-------------|-------------------|--------|--------|-------------|------------|-----------------|--------------|--------------|
| Hilda T. Hansen | 220262-9996 | ● ● ● | 140 | | 28-07-2021 | 10 | 28-07-2021 | | |
| Niels T. Vendelboe | 300174-9995 | ● ● ● | 147 | | 18-06-2020 | 53 | 18-06-2020 | | |
| Sille Mosebryggersen | 050688-9996 | ● ● ● | 142 | | 18-06-2020 | 5 | 18-06-2020 | | |
| Stine Kristensen | 221180-4192 | ● ● ● | 142 | | 18-06-2020 | 11 | 18-06-2020 | | |

Defineres ud fra nyeste måling:
 Mikroalbuminuri = U-alb/krea 30-300 mg/g
 Makroalbuminuri ≥ 300 mg/g

Luk

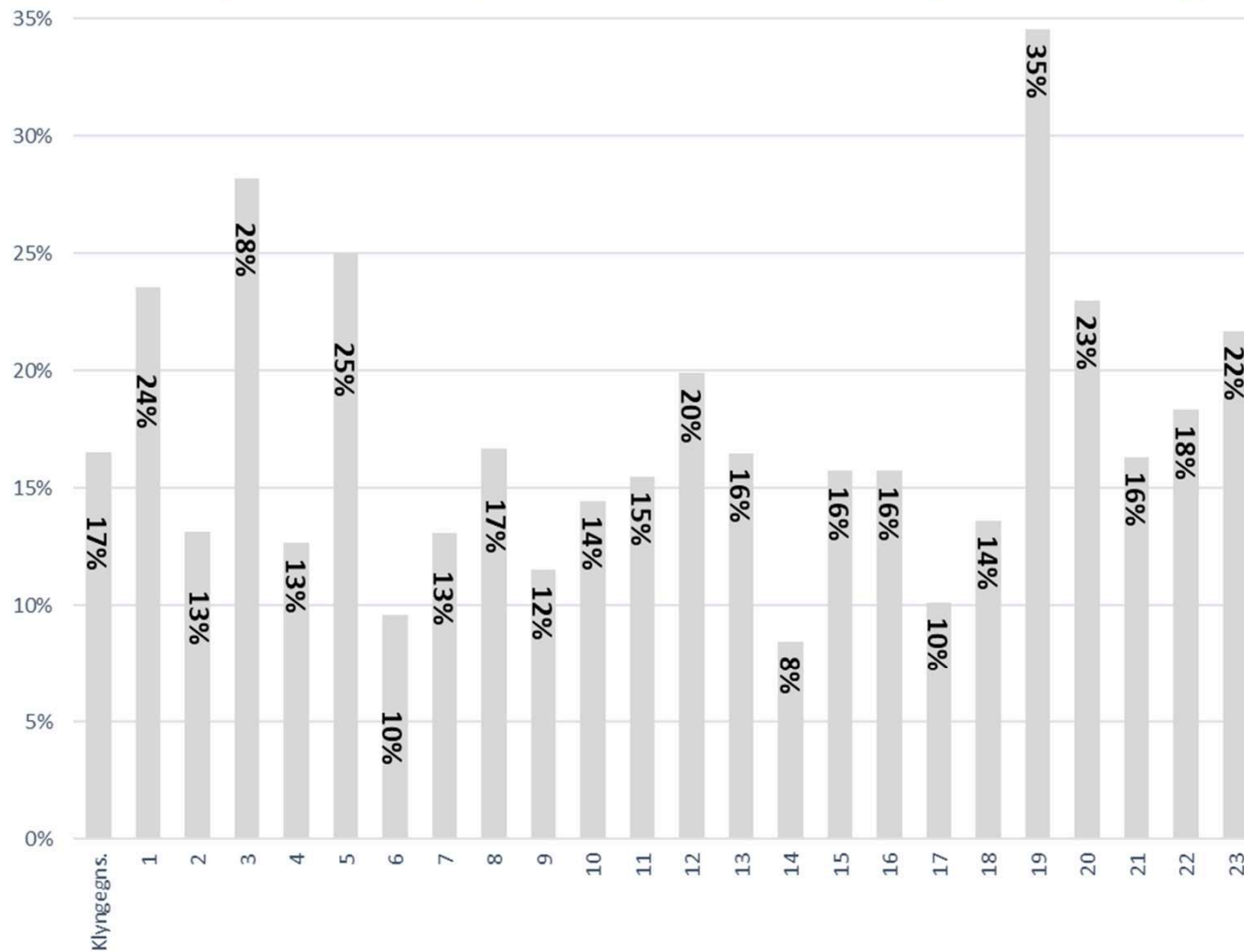
Man klikker på lagkagen på de intervaller for BT man ønsker at bruge som cut off for 'særlig' indsats.

Gruppedrøftelse (5 min.)

- Er der flere end ventet med for højt systolisk BT? Hvad er forklaringen? Ses an? Hvordan iværksættes og følges der op på medicinændringer? Personalets rolle? Lægens rolle?
- Ideer til ændringer?
- Patienterne der har fx $BT > 140$ eller $BT > 150$ kan findes i forløbsplansoverblikket. Vil det være en prioritet for din praksis at finde dem frem?

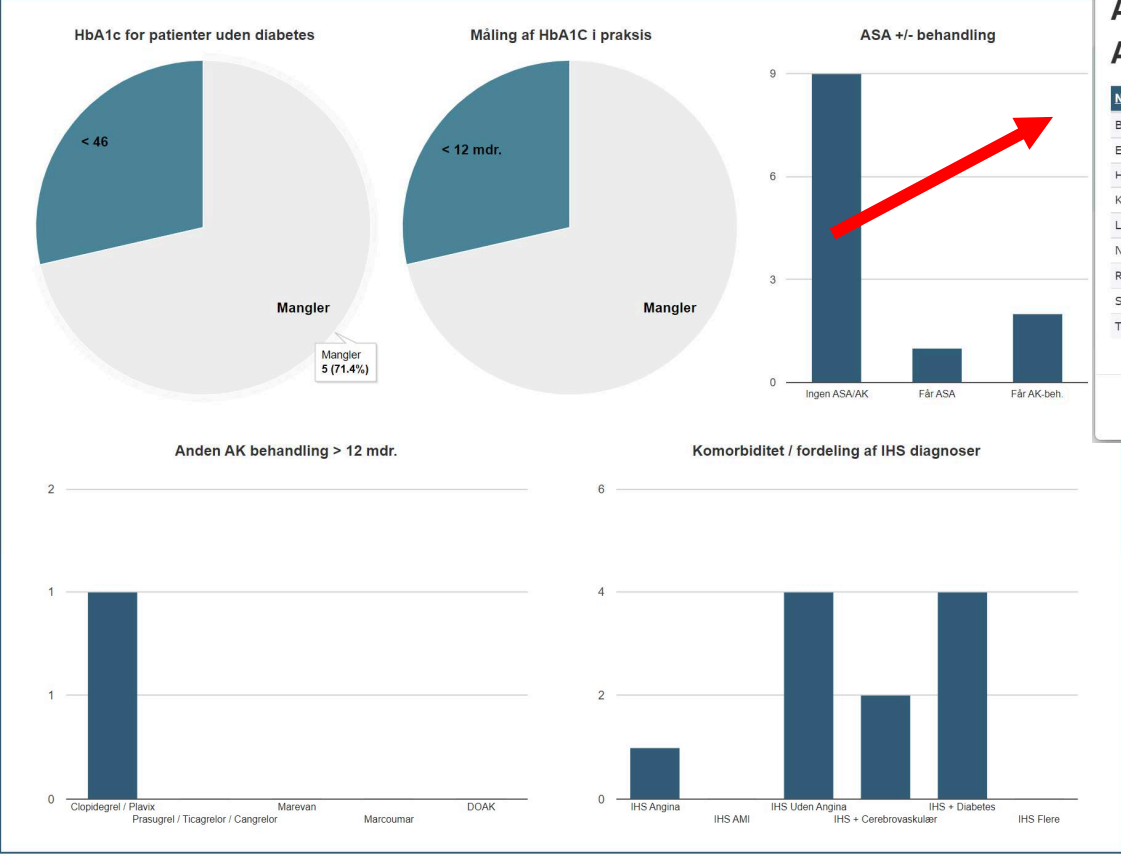


Målepunkt 4: Andel patienter, som **IKKE** får ASA/AK behandling



Patienten medtages i grafen hvis hverken ASA (ATC B01AC06) eller anden AK behandling (ATC AKB01A + subkoder) gives som fast medicin.

Langtidsblodsukker og Medicinsk behandling



Print Excel

Aktuelle patienter med iskæmisk hjertesygdom, som ikke får ASA/AK behandling

| Navn | Cpr | Hjerte/kar sygdom | Cerebrovaskulær sygdom | Sys.BT | Dia.BT | Sys.BT dato | ASA | Anden AK |
|----------------------|-------------|-------------------|------------------------|--------|--------|-------------|-----|----------|
| Brita T. Berggren | 150981-9996 | ●● | | | | | | |
| Eise T. Lauridsen | 020191-9990 | ● | ● | | | | | |
| Hilda T. Hansen | 220262-9996 | ●●● | | 140 | 92 | 28-07-2021 | | |
| Knut Mosebryggensen | 150282-9995 | ●● | ● | | | | | |
| Lasse T. Larsen | 270956-9995 | ● | | 128 | 78 | 15-09-2021 | | |
| Niels T. Vendelboe | 300174-9995 | ●● | | | | | | |
| Ruben T. Rasmussen | 170763-9995 | ● | | 170 | 110 | 20-08-2021 | | |
| Sille Mosebryggensen | 050688-9996 | ● | | | | | | |
| Thor T. Thomsen | 020564-9995 | ● | | 125 | 68 | 22-08-2021 | | |

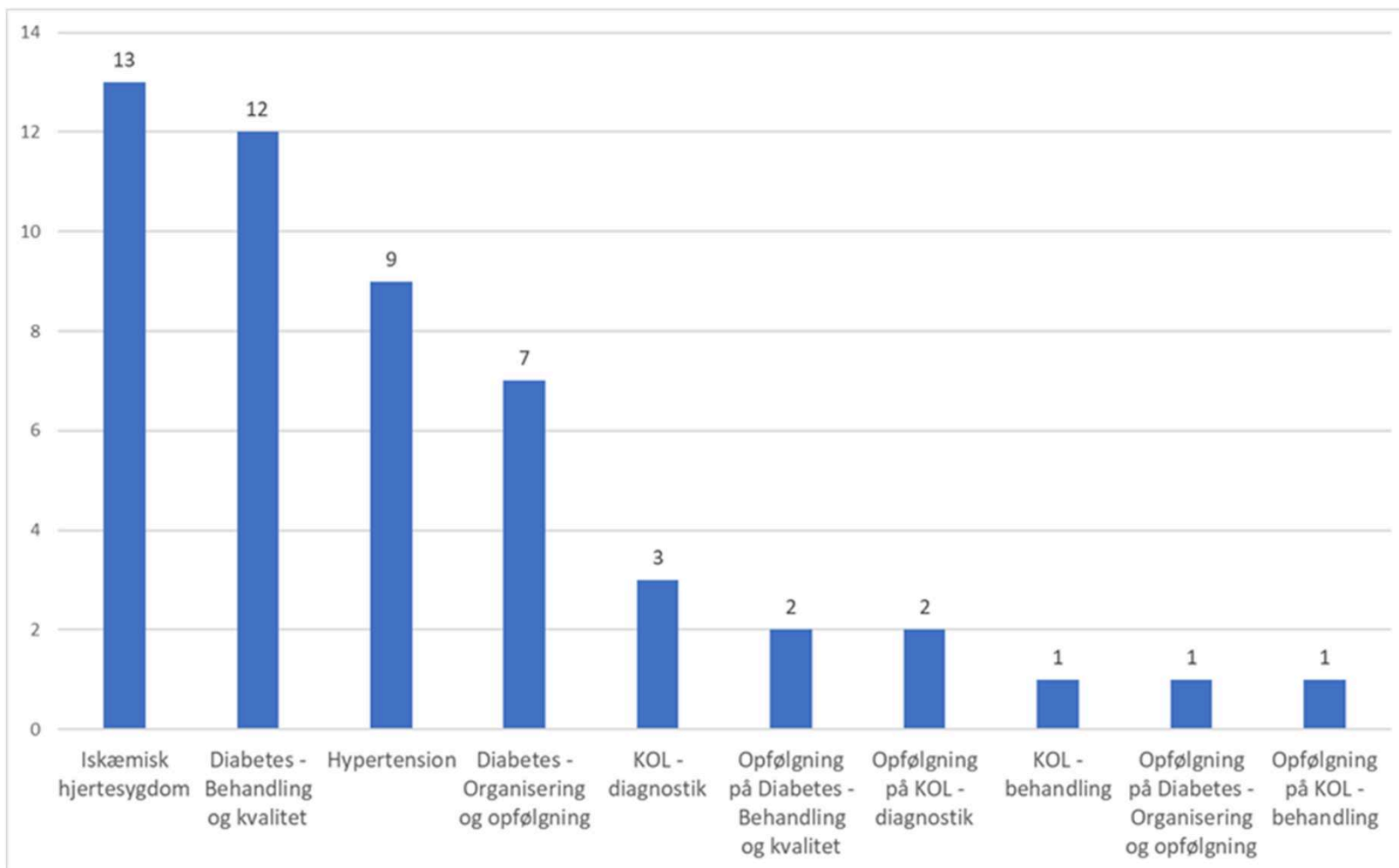
Luk

Gruppedrøftelse (5 min.)

- Hvor mange er ikke i ASA eller DOAK behandling? Hvad kan forklaringen være?
- Patienterne der ikke er i ASA/DOAK behandling kan findes i forløbsplans "overblikket". Vil det være en prioritet for din praksis at finde dem frem?



FLP-pakke bestillinger i 2022/23





Nytter det noget?





Opfølgning

Bestil opfølgning*

*Opfølgning bør bestilles 8 uger inden klyngemødets afholdelse

1

På klyngemødet

- ✓ I drøfter data og variationer
- ✓ I deler erfaringer og får inspiration til ændringer
- ✓ I planlægger implementering i praksis
- ✓ I planlægger opfølgning på et senere møde

2

Efter klyngemødet

- ✓ I arbejder med at implementere hovedpointer fra klyngemøde
- ✓ Den regionale kvalitetsenhed kan oplyse om mulighed for støtte til implementering
- ✓ Vi kan sende en ny opgørelse af data til opfølgning

3

På opfølgningsmødet

- ✓ I ser på data og vurderer, om der er sket de ønskede ændringer



Værd at vide om opfølgning

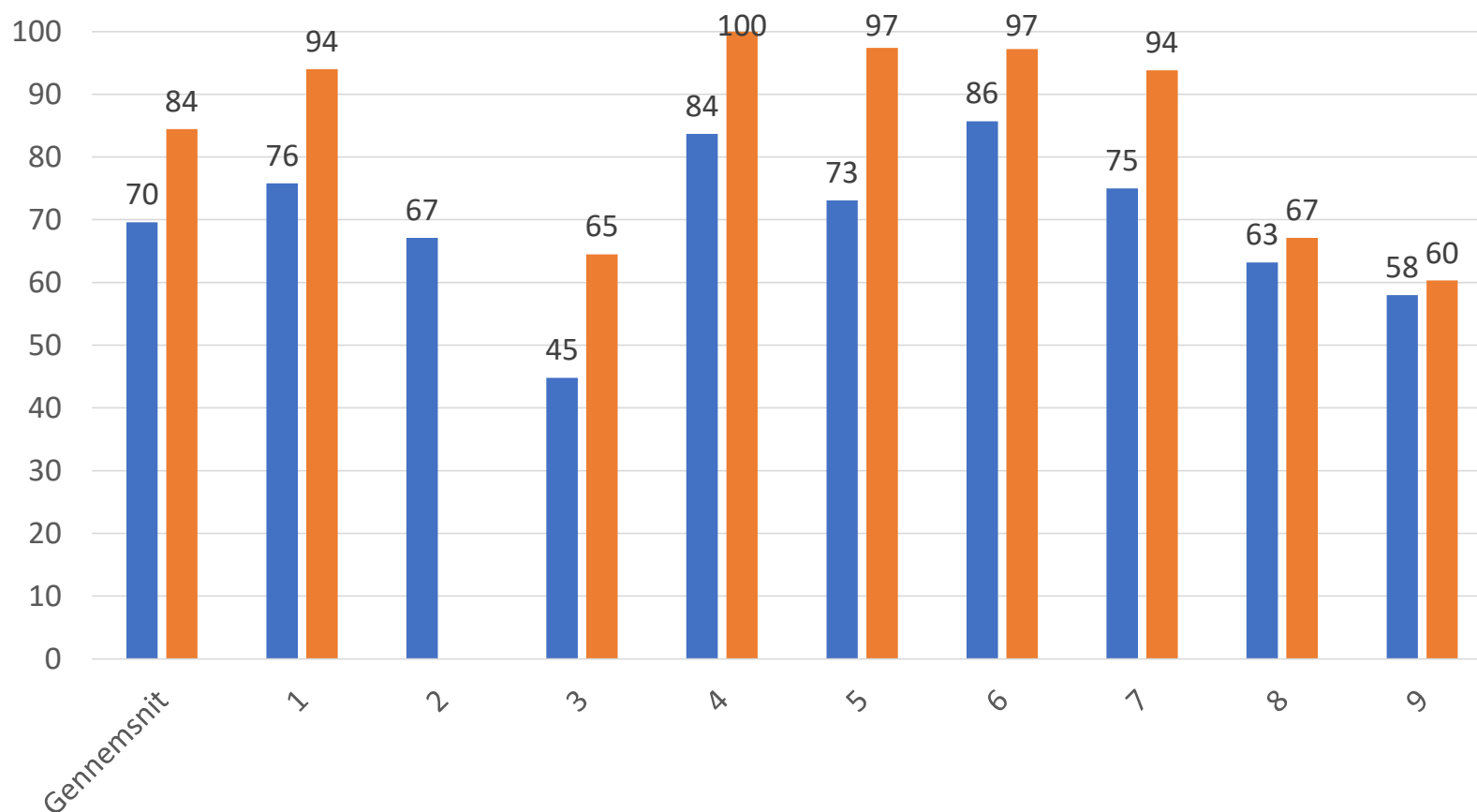
Materiale og support fra KiAP

- KiAP leverer en powerpoint med søjlediagrammer, der viser før- og efter-opgørelser, og dermed eventuelle ændringer i praksis
- En kontaktperson i KiAP

Bestil opfølgning*

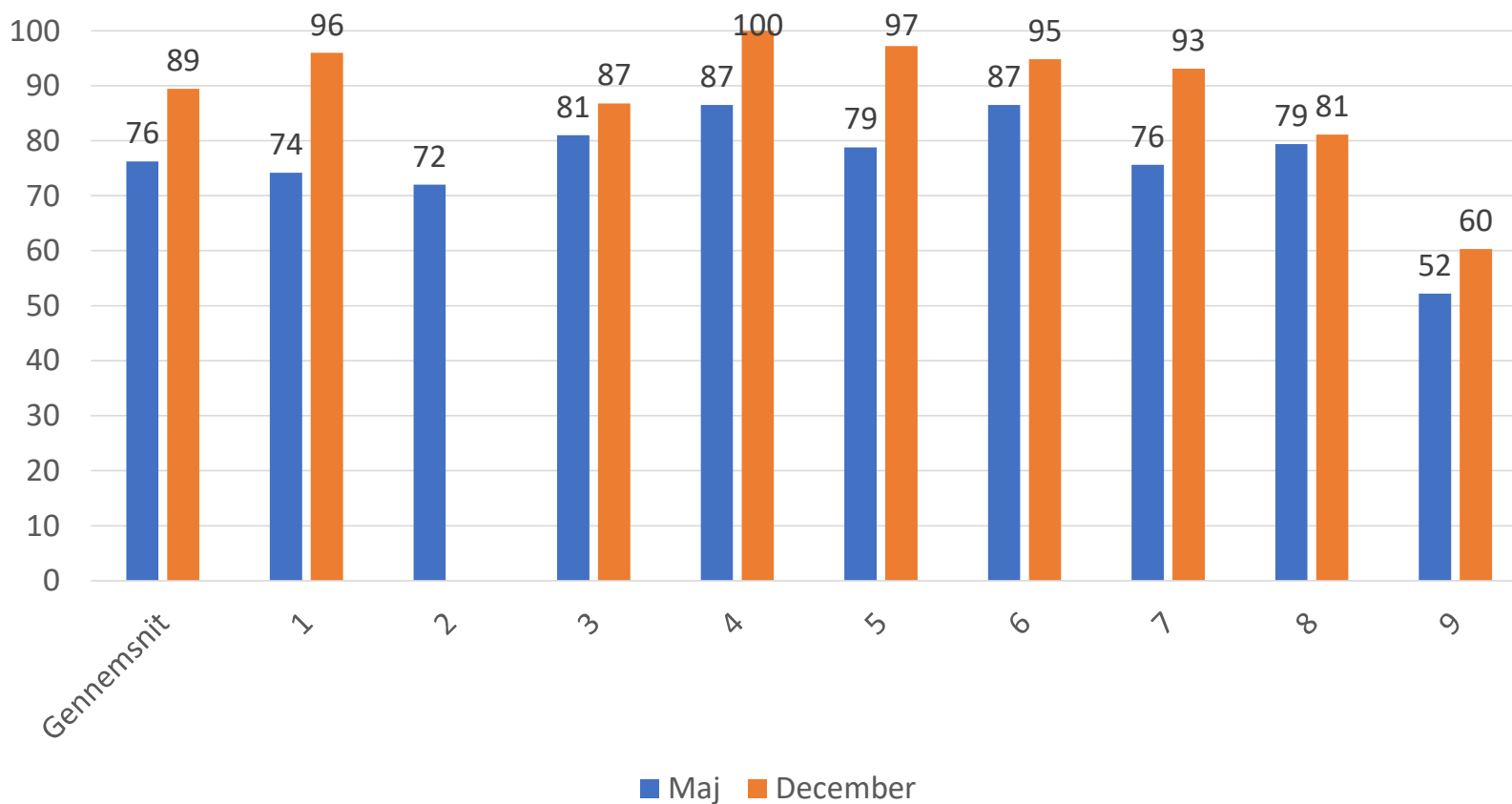
*Opfølgningspakken bør bestilles 8 uger inden klyngemødets afholdelse

Andel af patienterne med diabetes der har været til årsstatus (procent) Klyngemøde i maj (blå) – opfølgning i december (orange)



Diabetes organisering og opfølgning (maj og dec)

2b: Andel af patienter med diabetes der har fået målt deres LDL indenfor 18 måneder (procent)



Er der tale om signifikante ændringer?

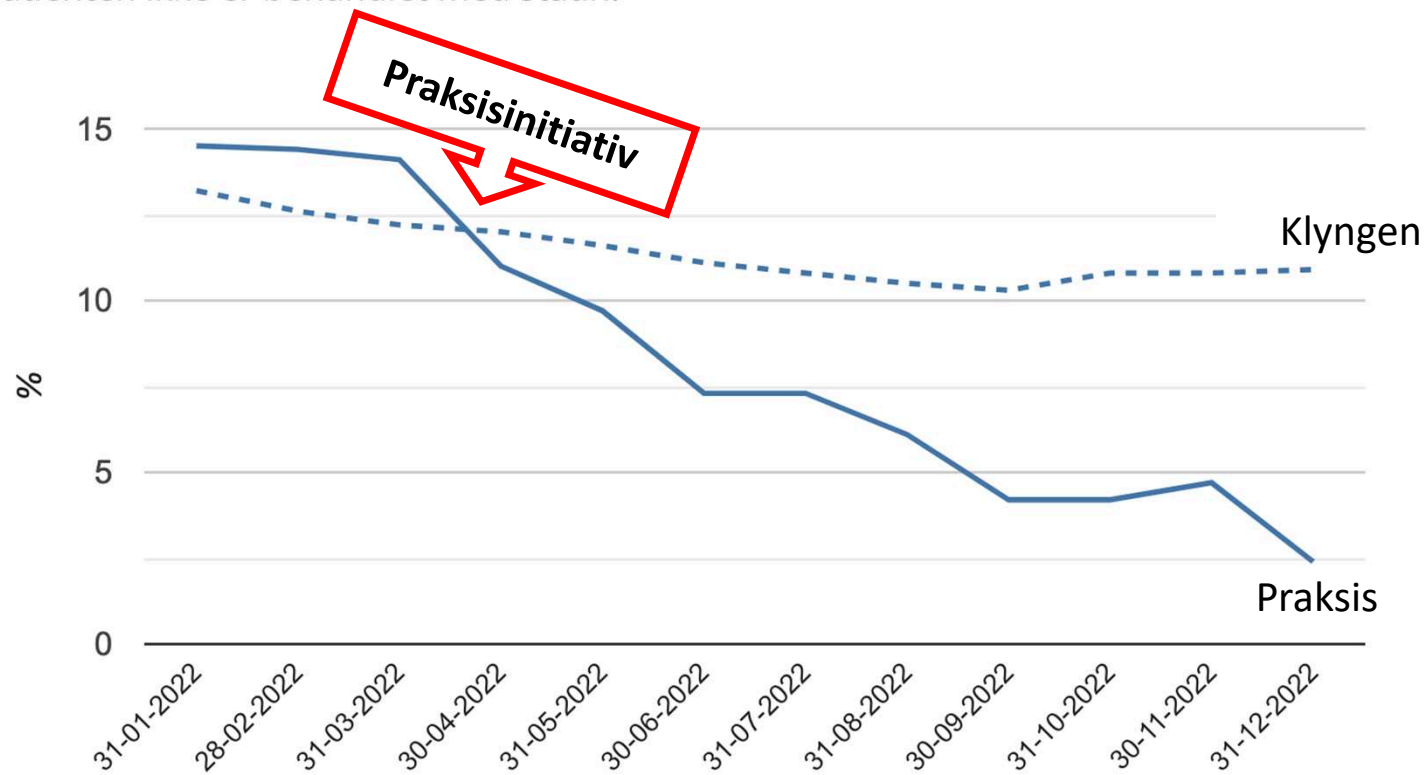
Ændringer er signifikante for alle mål i eksemplet fra Rødovre klyngen ved t-test (test om der er ændringer i middelværdien fra første møde til opfølgning)

| Nr | Mål | Ændring i procentpoint Signifikanstestet |
|----|-----------------------------------|---|
| 1 | Andel der har været til årsstatus | + 14 (p-value: 0,0006) |
| 2a | HbA1c målt (seneste 18 måneder) | + 11 (p-value: 0,001) |
| 2b | LDL målt (seneste 18 måneder) | + 13 (p-value: 0,001) |
| 2c | BT målt (seneste 18 måneder) | + 12 (p-value: 0,002) |
| 2d | GFR målt (seneste 18 måneder) | + 10 (p-value: 0,0008) |
| 2e | U-ALB målt (seneste 18 måneder) | + 9 (p-value: 0,0006) |
| 3 | Andel med forløbsplan | + 17 (p-value: 0,002) |
| 4 | Andel tilmeldt kronikerhonorar | + 15 (p-value: 0,002) |



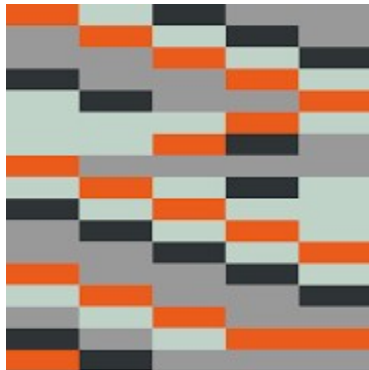
2. LDL

Andel af aktuelle IHS patienter, hvor LDL-kolesterol $> 1,8$ mmol og patienten ikke er behandlet med statin.



Sektorkvalitet





Overenskomst om
almen praksis 2022



”..I det nationale spor fokuseres på sektorkvalitet med udvikling, indsamling og formidling af relevante data og udvikling af målepunkter/indikatorer for kvalitet i almen praksis, som giver faglig mening på både patientniveau og for samfundet, herunder på tværs af sektorer”

1. Tværsektorielt samarbejde – fælles patienter
2. Multisygdom og polyfarmaci
- 3. Kronikerbehandling**
4. Ulighed i sundhed

