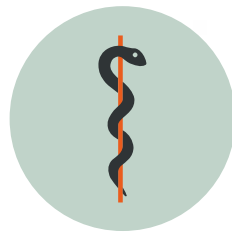




medcom



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

APRIL 2024

Klinikkens Cockpit

Kortlægning af as-is for klinikkers
planlægning og arbejde med multisyge
og sårbare patienter



Indholdsfortegnelse

4	Analysens resultater
7	Kortlægningen af as-is
10	Daglig visitering
15	Populationsarbejde
29	Samarbejde og informationsdeling
36	Deltagende klinikker

Præsentation af den gennemførte analyse

Som del af det overordnede projekt om Digital almen praksis og del af projektet om Klinikken Cockpit er der gennemført en as-is analyse med henblik på at samle information om praksis for klinikken arbejde med egen population. Resultatet indgår som grundlag for det samlede arbejde i projektet om Klinikken Cockpit, herunder som grundlag for udarbejdelse af det planlagte populationsoverblik.

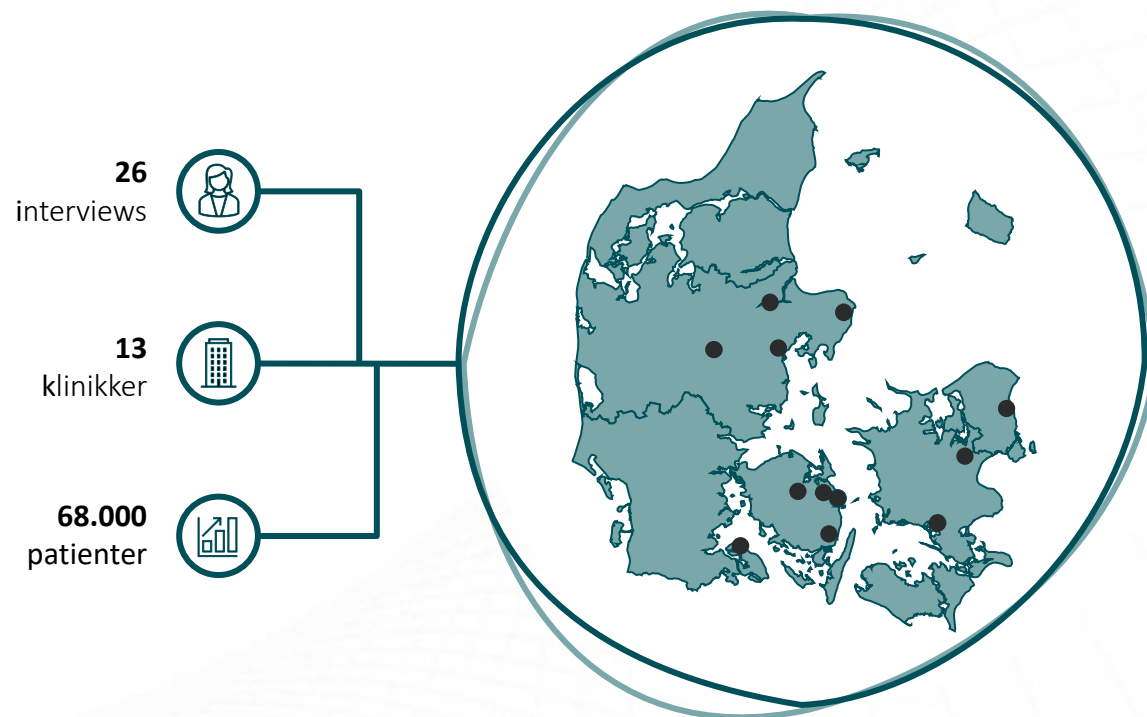
Der er gennemført interview med 13 klinikker, og for alle klinikker er der interviewet en læge og en repræsentant for personalet (sygeplejerske eller sekretær). Der er i alt gennemført 26 interviews.

Klinikkerne er udvalgt med geografisk spredning og forskellig placering i land- og byområder. Der er talt med klinikker i 4 af 5 regioner. De tre mest udbredte lægepraksissystemer er også repræsenterede. Klinikkerne har forskellig størrelse og ejerform.

Der er søgt repræsenteret både klinikker, der er bekendt med projektet om Digital almen praksis og klinikker, der ikke allerede er relateret til projektet.

Interviewene er gennemført i perioden december 2023 til marts 2024.

Interviewene er gennemført som semistrukturerede interviews, med udgangspunkt i en aftalt spørgeramme plus supplerende spørgsmål.



Analysens resultater

Kortlægning af aktuelt arbejde med patientgrupper i klinikkerne

Kortlægningen af nuværende praksis identificerer at de fleste deltagende klinikker har en systematik i forhold til arbejdet med kronikere/multisyge, baseret på kendte diagnoser. Der er fællestræk, fx i form af brug af aftaler om årskontroller og opfølgning på receptfornyelser, men dog en betydelig variation i den konkrete tilrettelæggelse af arbejdet. Der er et fokus på sårbare patienter ud over de multisyge, baseret på individuelt kendskab til patienten.

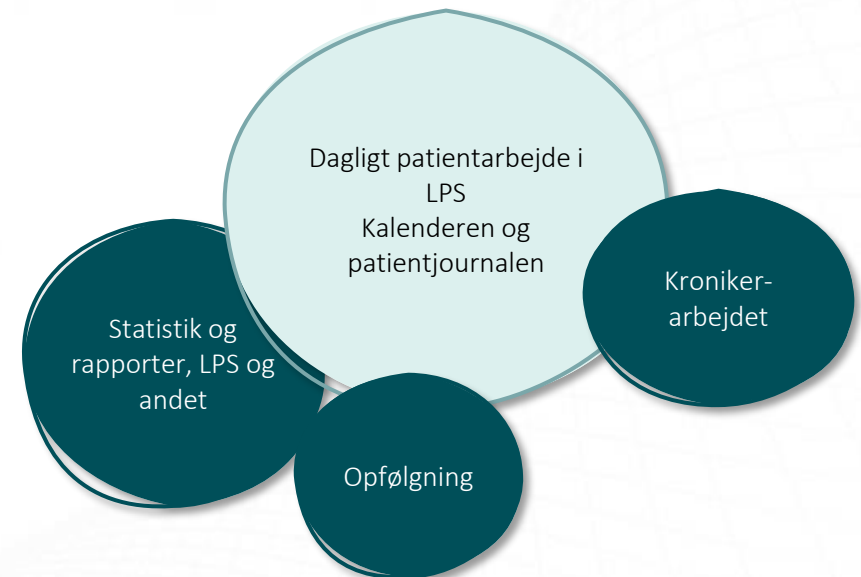
Kalenderen er grundlaget for det daglige samarbejde og fordelingen af opgaver. Herunder fordelingen mellem akutte og planlagte tider.

Planlagt arbejde er i høj grad relateret til kronikerne og andre kendte patienter med særlige behov. Arbejdet med kronikerne er systematisk og planlægges frem i tid, delvist understøttet af brug af statistikker.

Som del af det planlagte arbejde har flertallet af de deltagende klinikkerne en praksis for opfølgning, herunder direkte henvendelser til patienterne.

Der lægges stor vægt på kontinuitet og patientkendskab. Dette gælder både for læger og personale. På trods af udfordringer med både funktionalitet og datagrundlag i statistikker er den generelle vurdering blandt deltagerne, at samarbejdende patienter får den nødvendige og relevante behandling.

Mange af klinikkerne italesætter behovet for at prioritere tiden til patienterne med størst behov. Herunder at sikre at klinikken har muligheden for at disponere den tilgængelige tid, så de sårbare patienter tilgodeses.



Variationer over aktivt, opsøgende arbejde med multisyge patienter

Fælles for de deltagende klinikker er, at lægerne udtrykker opmærksomhed på at sikre tid til patienterne med mest behov. Klinikkerne anvender i stort omfang delegering af opgaver fra læger til personale. Omfanget af delegeringen og valget af delegerede opgaver varierer.

Nogle klinikker (læger) nævner behovet for et **patientoverblik**, for et hurtigere eget overblik og for at give visitatorer et bedre overblik. De erfarne læger og klinikpersonale udtrykker at have et godt kendskab til klinikkens hyppige patienter.

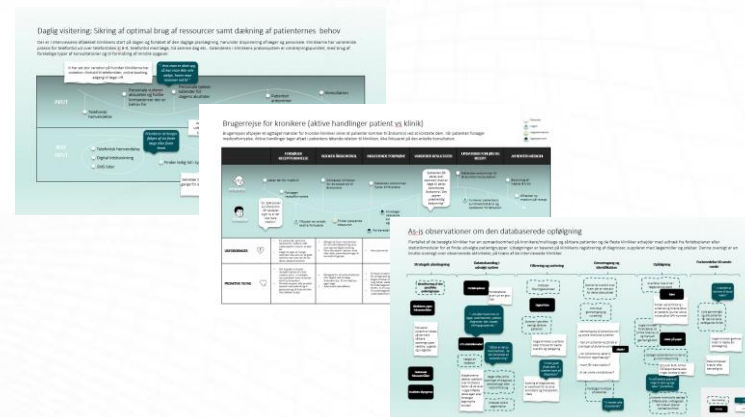
Mange klinikker har en systematik om arbejdet med kronikere/multisyge, som defineres via **en eller flere diagnoser**. Systematikken baseres på opfølgning på årskontroller. Et væsentligt værktøj i samarbejdet med patienterne er receptfornyelser, som bruges som påmindelse og i nogen grad som incitament.

Der er en opmærksomhed blandt de deltagende klinikker på at sikre tid til de kendte patienter. Der ses en praksis for både **proaktivt** at sikre den løbende dialog med patienten (aftaler frem i tid, disponering af udstedte recepter) **og reaktiv opfølgning** gennem opfølgning på årskontroller ved at klinikken kontakter patienten.

Identifikation af patienter med særlige behov, sker typisk i forbindelse med konsultationer. Der er ikke observeret værktøjer der bistår med identifikation af **kombinationer** af sundhedsrelaterede og andre udfordringer.

Dokumentation udarbejdet i projektet:

- Oversigt over den daglige indgang og visitering af akutte og ikke-akutte henvendelser
- Flow for en kroniker til illustration af dialogen om årskontroller og receptfornyelser
- Bruttooversigt over aktiviteter og tiltag blandt de deltagende klinikker for opfølgning og dialog



Kortlægningen af as-is

Kortlægningen af as-is

Formålet med kortlægningen af as-is er at belyse klinikkens praksis for arbejde med egen population, med særligt fokus på multisyge eller sårbare patienter.

Oplægget i opgaveformuleringen var en undersøgelse og afdækning af tre områder:

- Kortlægning af daglig planlægning og visitering, med fokus på dialogen med multisyge eller sårbare patienter
- Kortlægning og identifikation af arbejde med egen population
- Afdækning af samarbejde med eksterne parter, herunder om der er efterspørgsel for data fra andre sektorer

Oplægget var desuden at undersøge klinikkens arbejde med patienterne og populationen, dvs. også arbejdsgange og opgaver som helt eller delvist løses af personale, og hvor personalet derfor har behov for at tage stilling til patienten for den bedste og mest hensigtsmæssige hjælp.

Dialogen med personalet har særligt givet input om samarbejdet med patienter med hyppige konsultationer og input om klinikkens samlede opmærksomhed på multisyge og potentielt sårbare patienter.

Samarbejde med eksterne parter er i denne analyse undersøgt, set fra klinikkens side.

Værdien af interviews med læger og klinikpersonalet:

Perspektiver fra både læger og klinikpersonale giver en dybdegående forståelse af det daglige samarbejde og opgaverne i forhold til patienterne i klinikkerne. Denne tilgang:

- Giver et mere holistisk billede af klinikkens dynamik og patientbehandling.
- Opsamler observationer på tværs af roller i klinikken
- Understøtter udviklingen af løsninger for hele klinikken og understøtter samarbejde og delegering.

Eksterne partners rolle i patientplejen:

En vigtig del af vores analyse har omhandlet samarbejdet med eksterne partnere for at fremme bedre koordination og støtte omkring patientplejen.

Analysen viser også at patienternes eget engagement spiller en afgørende rolle i at sikre et godt samarbejde med klinikkerne

Strukturering af kortlægningen

På grundlag af interviewguiden er afrapporteringen struktureret efter den daglige proces om visitering og konsultationer og derefter suppleret med en beskrivelse af observationer om populationsarbejdet.

Kortlægningen er gennemført som semistrukturerede interviews, for 12 af 13 klinikker som besøg i klinikken og gennemført ved den daglige arbejdsplads.

Af rapporteringen er opdelt i følgende hovedområder:

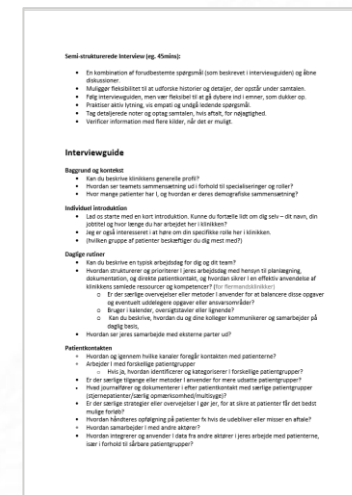
- Daglig visitering
- Populationsarbejde
- Samarbejde og informationsdeling med andre parter

Daglig visitering er en sammenfatning af den observerede proces, inkl. variationen mellem klinikkerne.

Under afsnittet om populationsarbejde er blandt andet placeret kortlægningen af praksis om årskontroller, herunder receptfornyelser. Kortlægning af aktuel brug af data og statistik indgår under dette punkt, inklusive opsamlede observationer om forhindringer i brug af data.

Under dette afsnit er også placeret observationer om samarbejdet med og kontakten til patienter samt observationer om kultur og roller i klinikken.

Afsnittet om samarbejde med andre indeholder observationer om samarbejde med andre og en afrapportering på formulerede behov.



Afgrænsning:

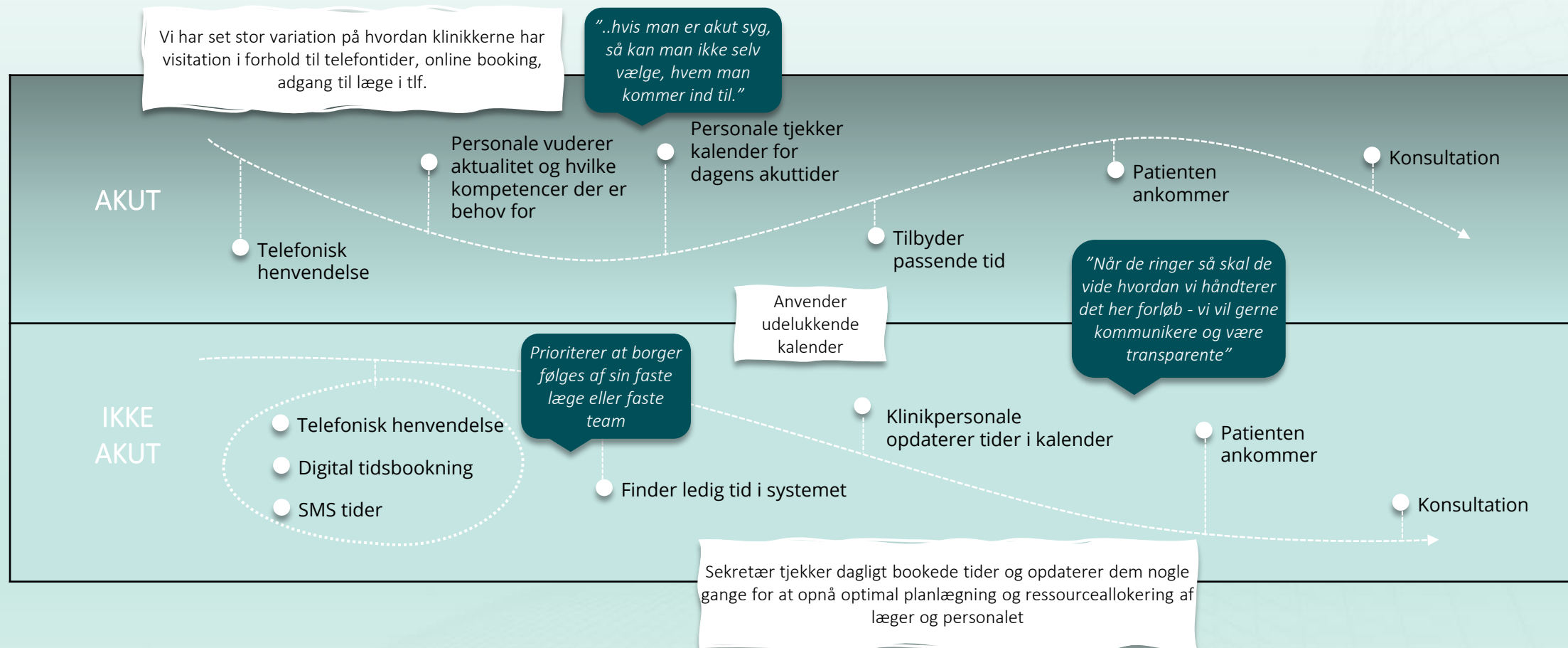
Efter aftale med projektet er der indledningsvist ikke spurgt direkte til begrebet populationsarbejde. Efter en midtvejsrapportering er der tilføjet spørgsmål til området.

Begrebet populationsansvar er efter aftale ikke indgået i interviewguiden, for at sikre fokus på aktuel praksis.

Daglig visitering

Daglig visitering: Sikring af optimal brug af ressourcer samt dækning af patienternes behov

Der er i interviewene afdækket klinikens start på dagen og forløbet af den daglige planlægning, herunder disponering af læger og personale. Klinikkerne har varierende praksis for telefontid ud over telefontiden kl 8-9, telefontid med læge, tid samme dag etc.. Kalenderen i klinikens praksissystem er omdrejningspunktet, med brug af forskellige typer af konsultationer og til formidling af mindre opgaver.



Daglig visitering og variationen mellem klinikkerne

Den daglige planlægning og fordeling af patienter er hos alle besøgte klinikker forankret i klinikens kalender, i lægepraksissystemet. Der er observeret betydelig variation mellem klinikkerne i hvordan den daglige kontakt og henvendelser om akut sygdom er organiseret, mht. telefonkontakt, tilbud af tider etc.

- Alle klinikker bruger kalenderen som det helt centrale planlægnings- og samarbejdsværktøj og anvender fx forskellige kategorier af tider og personaler i kalenderen, som ressourcer
- Flertallet af de besøgte klinikker har personalet til at tage telefonen og foretage visiteringen
 - I nogle tilfælde er en læge allokeret som backup.
 - Hvis lægen ikke sidder ved telefonen anvendes 'ringe tilbage tider' for at understøtte muligheden for at tale med en læge. En enkelt klinik af de besøgte klinikker anvende en åben videokonsultation med lægen som del af den akutte visitering
- **Der nævnes opmærksomhed på at visitere til den rigtige kompetence og type af tid, indenfor klinikens praksis og tilgængelige ressourcer**
 - Nogle klinikker anvender markeringer på patienter med særlige behov
 - Mange klinikker fremhæver at 'vi kender patienterne'. Er forankret hos både personale og læge
 - Nogle klinikker arbejder med teams, dvs. med fast læge og sygeplejerske pr. patient

"Patienterne er glade, fordi de ikke skal sidde i lang kø"

"..visitationen er sendt videre til de studerende. Det er svært at lade være med at høre et øre på, det går rigtig godt nu" – udsagn fra lægesekretær

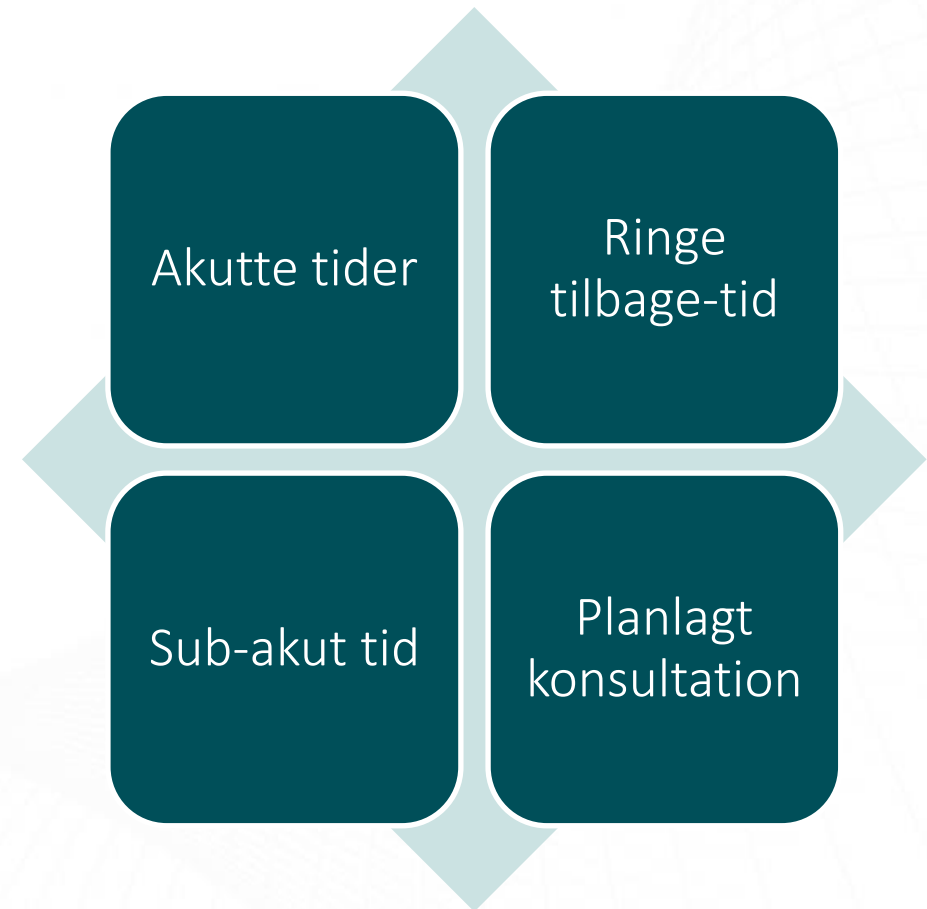
"..vores sekretærer higer efter tider.., det bedste er, hvis de kan give en tid. Og det var det også i gamle dage"

Observationer om den daglige telefontid og håndtering af patienthenvendelser

Patienthenvendelser kommer fortsat i høj grad via telefonen, suppleret af patienternes egen tidsbestilling via MinLæge.

Klinikkerne har udviklet flere tidskategorier, fx sub-akutte tider i kalenderen for at understøtte nye arbejdsgange og imødekomme patientbehovene

- Visiteringen opfattes som en kompetence, der kræver oplæring. Opgaven bliver delegeret til forskellige personalegrupper. Hvor det er personale der visiterer, anvendes 'ringe tilbage tider' eller et system med en kontaktbar læge som bagvagt.
- De fleste klinikker siger de bruger og opfordrer også patienter til at benytte online tidsbestilling (min læge)
- Med en delvis begrænsning af online bookingmuligheder søger klinikkerne at forhindre, at tiderne optages af digitalt stærke patienter. Ved kun at gøre en portion af de tilgængelige tider tilgængelige online, bevares en væsentlig del af klinikkens kapacitet til manuel tildeling.
- Potentiale for forbedringer af, hvordan patienterne booker tid digitalt, hvor flere af klinikkerne har en proces, hvor tiden skal godkendes. Dette skyldes blandt andet, at patientens bookedede tid i nogle tilfælde skal rettes pga. misforståelser/fejl i bookingen.



Markeringer og interne aftaler

Interne aftaler og påmindelser i LPS kalenderen eller patientjournalen bruges til at markere specifikke opmærksomhedspunkter for en patient, som kan være relevante for patientens næste besøg eller behandling.

- Flydenotater og påmindelser i kalender- eller tidsbestillingssystemer bruges i den daglige praksis for at markere opmærksomhedspunkter for patienter, som kan være relevante for patientens næste besøg eller behandling.
- For eksempel kan der i kalenderen igennem funktionen "interne aftaler" tilføjes notater om specifikke opgaver eller patientbeskeder, der kræver opfølgning. Disse kan også være markeret med forskellige farver for hurtigt at indikere handlingens art eller prioritet. De kan ofte være sat ind som en 5 minutters aftale.
- Der er mulighed for at oprette aftaler som "privat" markeret, hvilket betyder, at disse notater ikke er synlige for patienten. Dette giver personalet frihed til at notere interne beskeder eller observationer, der kun er relevante for sundhedspersonalet.

- For at håndtere patienter effektivt, har en nogle klinikker gennemgået hver patient individuelt for at vurdere kompleksiteten af deres tilstand, og bestemt hvor ofte de skal kontrolleres, og af hvem. For eksempel, en stjerne eller et "L" eller "S" i et frit felt i patientjournalen, markerer at patienten evt. skal ses halvårligt af personalet, hvilket kan være passende for mindre komplekse tilfælde.

"..det er meget på individuel basis, efter kontakt med en individuel patient, og man vurderer, hvad den patienten hører til her og der."

*Andre klinikker siger:
"...jeg tror ikke, at der står noget i hans journal. Det er fordi, vi kender vores patienter. Når man har været her så mange år, så kender jeg vores familier, relationer og sådan."*

For visse patientgrupper, som terminalt syge patienter, kan der indføres særlige procedurer. For eksempel kan det noteres, at disse patienter altid skal have direkte adgang til en læge, hvis de ringer ind.

Populationsarbejde

Patientgrupper med særligt fokus

Diagnosekodningen udgør det primære grundlag for udsøgninger og systematisk opfølgning.

De hårde data suppleres af mere individuelle vurderinger af enkeltpatienter, hvor både personale og lægerne spiller en stor rolle. Kontinuiteten i patientkendskabet, både hos læge og personale fremhæves generelt som en væsentlig faktor.

Kronikere, særligt med flere diagnoser

- Følges via årskontrollen
- Overvåges via forløbsplaner (oversigtslister), eller ved statistikudtræk
- Opmærksomhed på at følge op, så patienter ikke glider ud af statistikkerne
- En eller flere kontroller årligt, tilpasset patienten og til dels tilpasset klinikens situation



”Nogle patienter er glemsomme, så der sætter jeg en note og får sekretæren til at følge op efter 6 mdr”

Patienter med særlige forhold

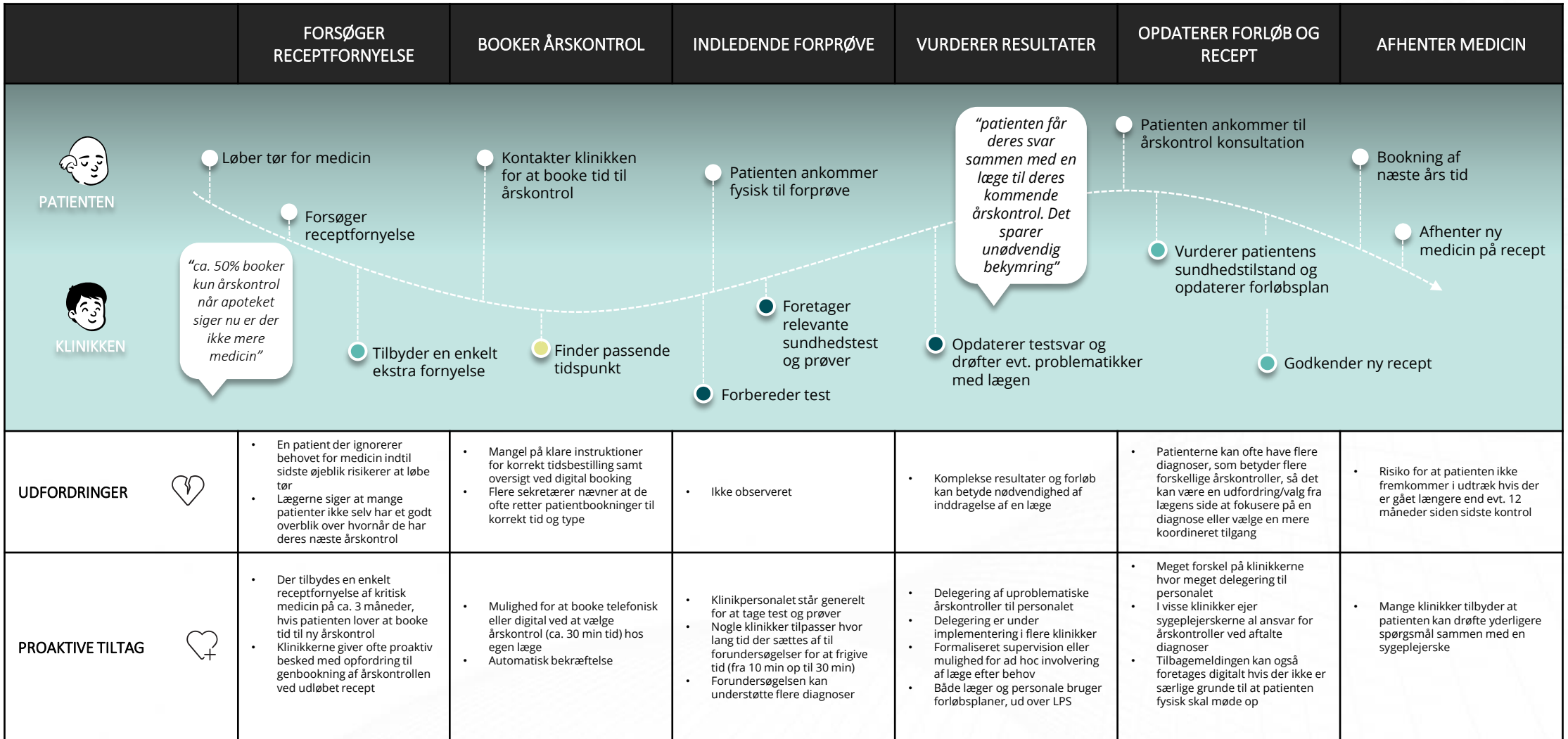
- Hjemløse eller socialt udsatte får i nogle klinikker særlige vilkår som fx konsultation uden tidsbestilling
- Andre patienter som fx psykisk sårbare børn og unge får tilsvarende ekstra opmærksomhed, når de identificeres. Der er ikke rapporteret om systematik til at identificere disse.
- Kontinuitet i relationen spiller en stor rolle, både for at opbygge tillid og for at klinikken selv observerer på udvikling i patientens tilstand
- Særligt fokus på at se den samme læge eller det faste team
- Noter på patienten eller flydenotater som markør og intern viden, placeret på forsiden i patientjournalen

”Nogle patienter kommer straks ind, hvis vi hører dem i venteværelset”



Brugerrejse for kronikere (aktive handlinger patient vs klinik)

Brugerrejsen afspejler et iagttaget mønster for hvordan klinikker sikrer at patienter kommer til årskontrol ved at kontakte dem, når patienten forsøger medicinfornyelse. Aktive handlinger tager afsæt i patientens løbende relation til klinikken, ikke fokuseret på den enkelte konsultation.



Årskontrollen

Årskontrollen udgør en central del af den kontinuerlige og tilpassede behandling af kronikere.

Årskontrollens rolle:

Årskontrollen fungerer som et fast kontaktpunkt til patienten. Gennem den regelmæssige kontrol sikres det, at klinikken har kendskab til patientens aktuelle tilstand og kan vurdere det igangværende behandlingsforløb.

Klinikkerne bruger fornyelse af recepter aktivt som en del af patientens incitament til at booke årskontroller.

Der kan, afhængigt af antal diagnoser være én eller flere årskontroller, tilrettelagt efter at fordele mængden af information til patienten samt det vurderede behov for at se patienten oftere end årligt.

For at håndtere udeblivelser fra årskontrol, sætter nogle klinikker en sekretær til manuelt at trække en liste ud fra den relevante ydelseskode og fordele dem efter måneder, for at indkalde patienter. Listerne behøver ofte at skulle renses for dubletter, og opdateres med patientstatus i tilfælde af flytning eller dødsfald for at være ajourførte.

Til trods for indsatsen fra klinikken side, understreges det, at der er en grænse for, hvor meget klinikkerne kan gøre, og patientens eget engagement og ansvar for at deltage i konsultationer bliver afgørende.

*Hvis patienten udebliver fra årskontrol :
"så har jeg en sekretær som sidder med en liste der kigger dem igennem en af gangen og sætter krydser og det er virkelig lavpraktisk, men det virker. Hvis de ringer og aflyser deres tid så får de altid en ny."*

"Vi har et system der gør, at vi fanger dem."

"Vi kigger også meget på det der med årskontrollerne. Det er en form for sikkerhedsnet på at folk, der er kronikere eller dem, der får medicin, bliver set."

"Vi har mange patienter der ikke husker de skal til årskontrol."

Lægerne understreger, at mens de gør en indsats for at holde patienterne inden for systemet, kan de ikke tvinge dem til en konsultation. Der kommer et punkt, hvor patientens eget engagement og ansvar bliver afgørende.



Risici i processen for årskontrollen

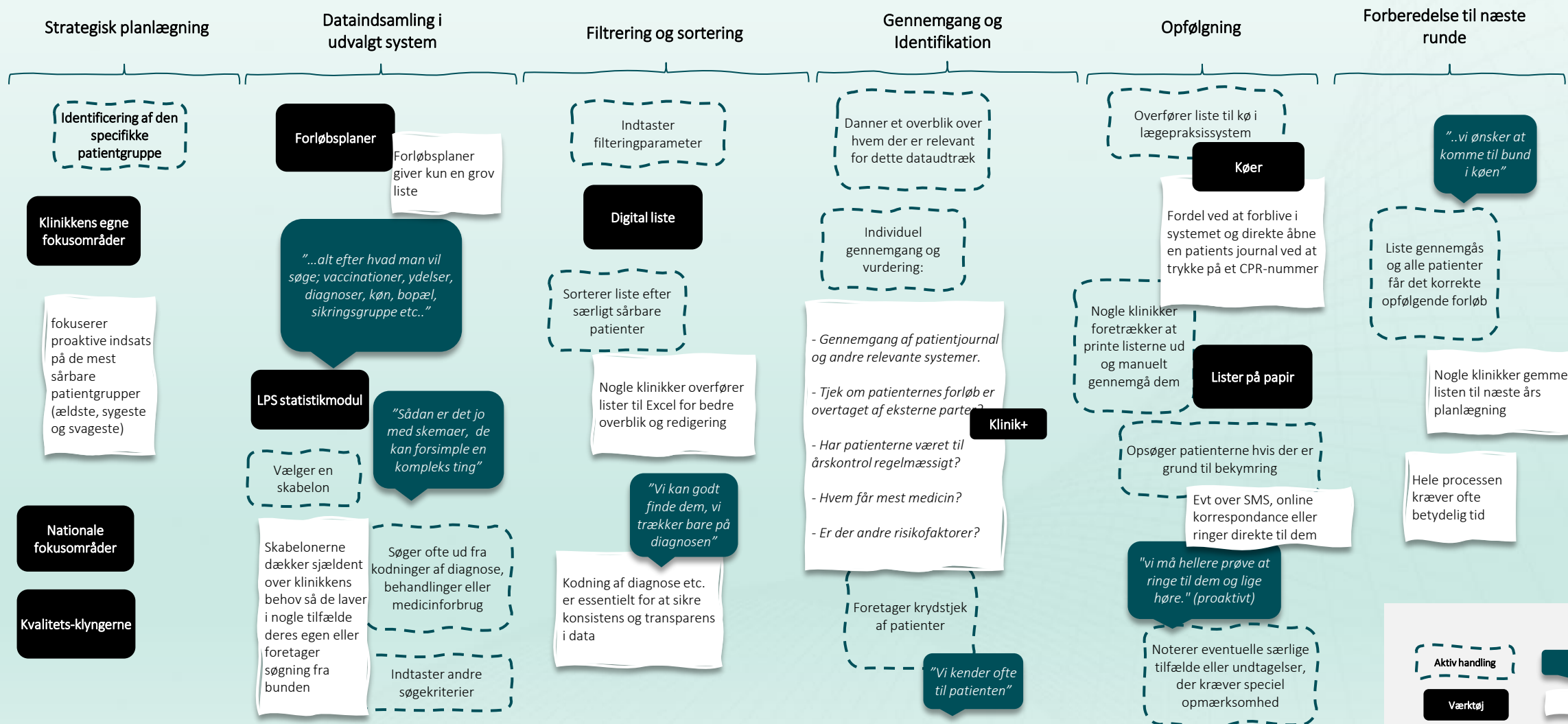
På trods af klinikkernes opmærksomhed på årskontrollerne, er der situationer, hvor patienter risikerer at "falde ud" af de regelmæssige kontroller. Dette kan være situationer, **hvor patienten:**

Hvis patienten udebliver fra årskontroller er der en risiko for at de udgår af datatrækket i statistikmodulet.



As-is observationer om den databaserede opfølgning

Flertallet af de besøgte klinikker har en opmærksomhed på kronikere/multisyge og sårbare patienter og de fleste klinikker arbejder med udtræk fra forløbsplaner eller statistikmoduler for at finde udvalgte patientgrupper. Udsøgninger er baseret på klinikens registrering af diagnoser, suppleret med lægemidler og ydelser. Denne oversigt er en brutto-oversigt over observerede aktiviteter, på tværs af de interviewede klinikker.



Udfordringer med statistik og dataudtræk

Brug af data til identifikation af patienter med behov for ekstra opmærksomhed begrænses af funktionelle udfordringer og oplevelse af kvalitetsproblemer med data

"jeg har så mange træk, jeg ikke kan lave i det, og jeg tror, at der er nogen fejl i det, og jeg har haft statistikfolk til at kigge på det, og nogle gange har de sagt, at det kan vi ikke finde."

Utilstrækkelige datafiltreringsmuligheder:

Der udtrykkes frustration over, at statistikmoduler ikke tillader præcis og fleksibel filtrering af patientdata. Der bliver udtrykt et ønske om at kunne sortere data, for evt. at kunne se hvilke patienter der har forløb et andet sted. Dette gør det vanskeligt at identificere relevante patienter.

Fejl ved dataudtræk og lav performance:

Der er rapporteret om, at systemet ofte fejler ved standarddataudtræk. Samtidig bliver responstid og performance oplevet som et problem. Dette danner en mistillid til systemerne og skaber en administrativ byrde, som anses for unødvendig og ineffektiv.

Manuel opdatering af data:

Nogle klinikker modtager månedlige data fra regionen, som inkluderer oplysninger om afdøde patienter eller dem, der er flyttet etc., hvorfor klinikken har en opgave med manuel oprydning inden data kan anvendes.

"forskellige resultater på trods af identiske søgninger"

"vi er afhængig af, at der er blevet taget en ydelseskode ... Hvis ikke den er taget inden for den tidsramme jeg sætter i statistikmodulet, så kan vi ikke se dem. Det havde vi mange problemer med"

Ukorrekthed i datasæt og manglende historiske data

Det er beskrevet som svært at identificere patienter f.eks. udelukkende på deres medicin, da ikke alle diabetikere nødvendigvis modtager medicinsk behandling, og systemet ikke effektivt kan indhente historiske data. Lægerne fortæller om oplevelser af ukorrekthed i datasæt på grund af udfordringer med inkonsistent dataregistrering og kvaliteten af de indsamlede data. F.eks. dem der ikke har fået tildelt den specifikke ydelseskode inden for en bestemt periode, eller som får bestemte typer medicin. *"De diabetikere, som ikke får medicin, får jeg så ikke med"*.

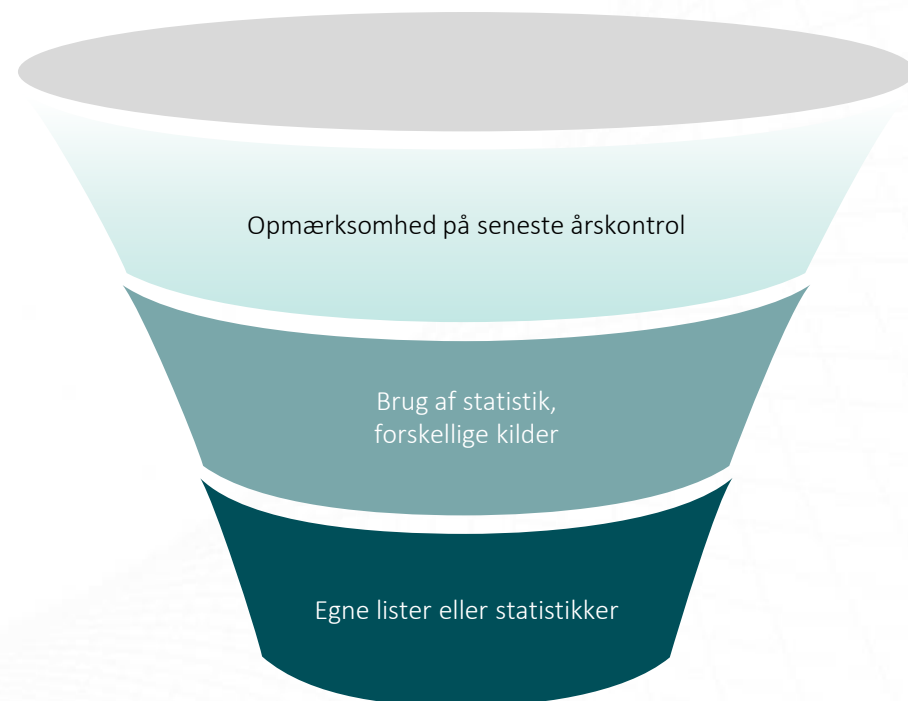
Problemer ved kombinerede søgninger

Flere kommentarer til statistikmodulet, hvor kombination af flere udsøgningskriterier forekommer vanskeligt. Klinikkerne udtrykker, at det er vanskeligt, at lave en kombineret søgning fx af kombinerede diagnoser. Nogle siger at de kun kan vælge omkring 3 datapunkter hvilket ikke altid er nok til at lave en fokuseret søgning. Derudover er der behov for at tjekke dubletter, hvis der er udtrukket flere lister.

Tendenser for brug af strategier om opfølgning

Flertallet af de besøgte klinikker har indført en systematik i opfølgning på kronikere/multisyge ved patientkontakten. Dette suppleres for den væsentligste del af klinikkerne af brug af standardstatistikker. Enkelte klinikker finder standardværktøjerne utilstrækkelige og har derfor prioriteret at udvide med egen opfølgning.

- Opmærksomhed på seneste årskontrol eller seneste konsultation ses generelt, som del af god praksis
 - Implementeret hos læge og personale
- Brug af statistik rapporteres hos alle klinikker, med forskel i hyppighed og omfang.
- Klinikkerne angiver oftest vanskeligheden ved statistikmodulet, og i nogen grad manglende præcision i resultatet som årsag til ikke at bruge data
- Patientkendskab nævnes for nogle klinikker som lige så vigtigt, som brug af statistik. Dette fx for at supplere, hvor klinikkens data om patienten ikke dækker det fulde billede.
- Hertil kompenserer nogle klinikker med egne lister eller et enkelt tilfælde af specialudviklet statistik
- Dette vurderes at være en kombination af lægens prioritering og delegering af praktikken til personalet

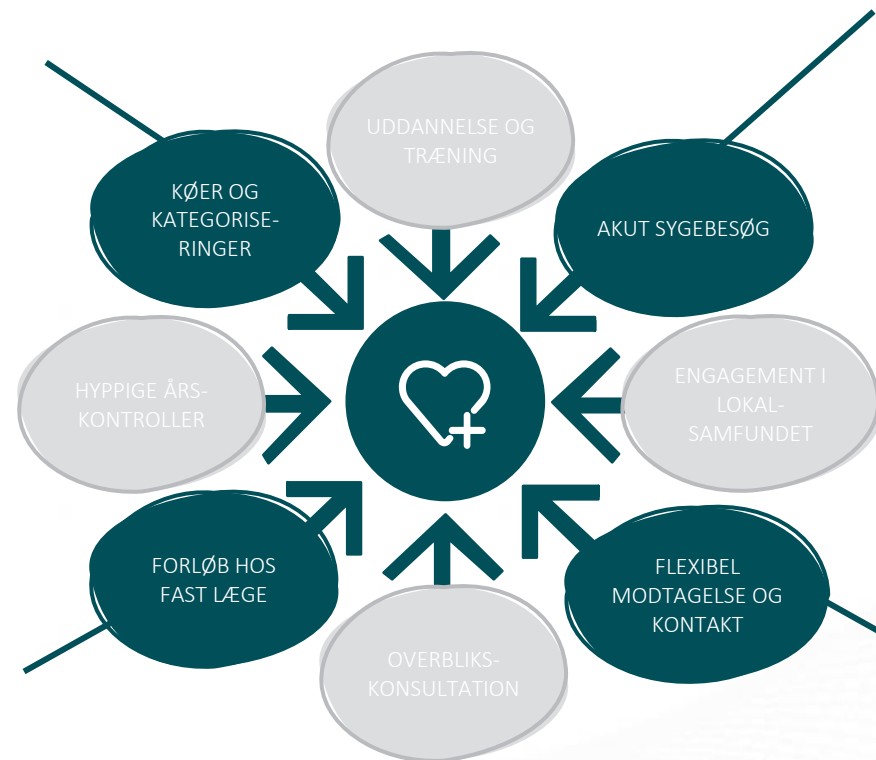


Strategier til at følge patientpopulationen

Gennem interviews er afdækket forskellige strategier fra klinikken til at arbejde med patientpopulationen og bistå de svage patienter. Eksemplerne er samlet i denne oversigt, delt over to sider

Mange klinikker anvender systematisk køer og kategoriseringer evt. fra datatræk for at effektivisere patienthåndtering. Dette indebærer oprettelse af lister over patienter med udvalgte diagnoser eller karakteristika, især dem med kroniske tilstande. Det gør det muligt at fastholde hvilke patienter, der kan kræve ekstra opmærksomhed eller hyppigere opfølgning.

Kontinuitet i plejen gennem en fast læge/team anbefales for at opnå dybdegående kendskab til patientens historik, unikke behov og helbredsprofil. Mange af klinikkerne udtrykker at de har et personligt kendskab til deres patienter som hjælper med at vurdere deres udvikling og tilstand *"Det er svært at sætte ord på værdien af et langtidskendskab til patienter"*. Læger og personale arbejder i visse tilfælde sammen i teams for bedst at tage hånd om dem med kritiske sygdomme.



Mulighed for at det i stedet for en læge er personale fra klinikken eller den kommunale akutfunktionen hurtigt kan vurdere patienter i deres eget hjem for at forebygge eller undgå hospitalsindlæggelse. Disse sundhedsprofessionelle fungerer som klinikens "hænder og øjne" i situationer, hvor lægerne ikke selv kan foretage hjemmebesøg. De varetager opgaver såsom triagering, måling af vitale parametre og infektionstal, og de er trænet til at udføre vurderinger og administration af behandlinger hvis nødvendigt.

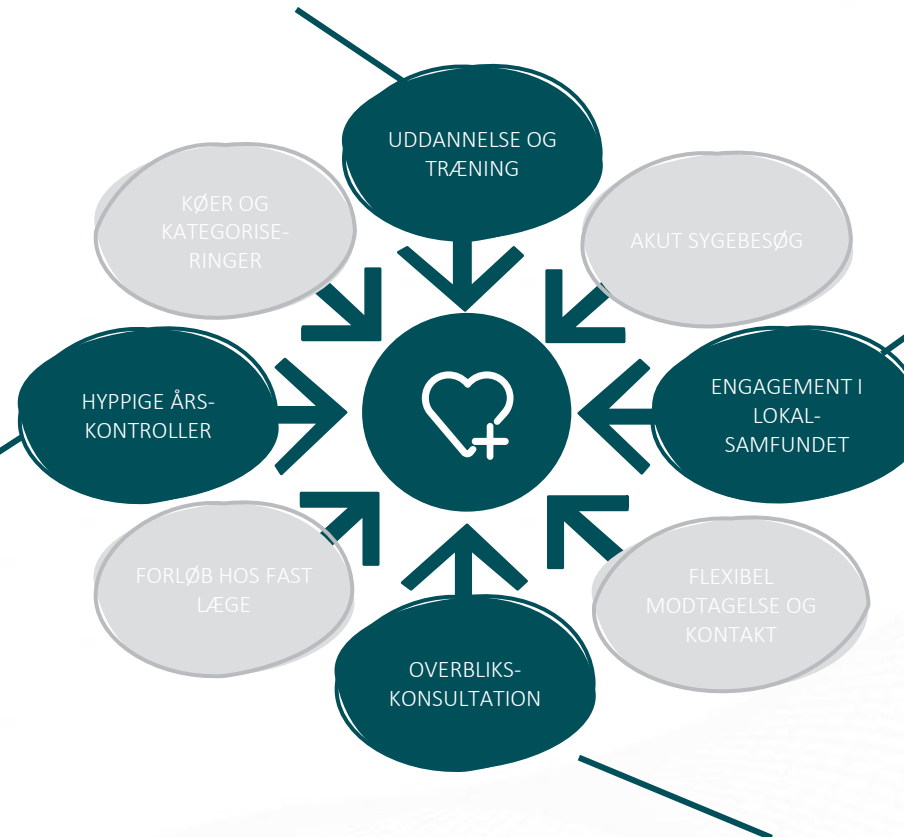
Flere klinikker beskriver at have fleksible modtagelsesprocedurer for at sikre øjeblikkelig støtte og hjælp til patienter med både akutte og komplekse behov. Ved at tilbyde walk-in assistance og omgående support for bl.a. hjemløse, kan klinikker hurtigt vurdere og yde hjælp. Personalets opmærksomhed over for særlige patientgrupper understøtter en specialiseret og personcentreret behandling. Gennem opfølgning tilpasset den enkelte, især for patienter med mentale udfordringer, sikres en mere kontinuerlig pleje og støtte. En sygeplejerske fremhæver den personlige og ofte manuelle opfølgning på patienter.

Strategier til at følge patientpopulationen – del 2

Klinikker uddanner og træner både læger og personalet i nye fokusområder, metoder og teknologier. Dette sikrer, at alle er ajour med de seneste procedurer og indsigt inden for patienthåndtering, hvilket forbedrer kvaliteten og effektiviteten af patientplejen.

De fleste klinikker engagerer sig proaktivt i at yde omsorg for patienter med misbrugsproblemer, hjemløshed og andre særlige sociale behov. Dette sker ved at skabe et samarbejdsnetværk med andre sundhedsinstitutioner, sociale tjenester og evt. pårørende. Lægerne nævner betydningen af kendskab til patienter og lokalområdet, hvilket kan spille en central rolle i, hvordan man identificerer og engagerer sig med sårbare grupper i samfundet. Patientkendskabet vurderes at bidrage til tidlig indgriben og forebyggelse af forværring af tilstande.

Klinikkerne står over for udfordringen med at håndtere årskontroller for multisyge patienter, hvor antallet af diagnoser medfører behov for flere kontroller. En tilgang er at sammenlægge eller koordinere kontrolbesøgene for at minimere belastningen for patienten og optimere klinikken tid. For patienter med komplekse sundhedsprofiler, er der klinikker, der prioriterer de mest kritiske kontroller, samtidig med at der opretholdes regelmæssig kontakt som f.eks. halvårlige eller kvartalsvise tjek.



Håndtering af patienter med flere kroniske tilstande kan kræve en omfattende og mere kompleks tilgang, der tager højde for ikke blot deres fysiske sundhed, men også sociale og psykologiske aspekter. Da afsat tid til årskontroller er begrænset og ofte forstyrres af patientens andre vigtige behov, kræves der en mulighed for mere fleksibilitet. En af de deltagende klinikker deltager i et pilotprojekt om et nyt tilbud, "Overblikskonsultation".

Samarbejdet med patienterne

De deltagende klinikker benytter en række forskellige kanaler og virkemidler i kontakt og samarbejde med patienterne, særligt for kronikere/multisyge og sårbare. Kontinuitet og patientkendskab har en stor betydning. For patienter, der har svært ved at samarbejde er der begrænsede virkemidler for klinikken.

Videokonsultationer bruges generelt og der arbejdes på at hæve brugen, ved fx at vejlede ældre/svage patienter. Det nævnes, at videokonsultationen kan reducere barrieren for at kontakte lægen for nogle patientgrupper, der ellers kommer sjældnere eller for sent.

Opsøgende hjemmebesøg bruges som en mulighed, enkelte nævner det som redskab, hvis der er en bekymring om en kendt svag patient.

Antal af årskontroller for multisyge tilpasses aht. patienten og afvejning af antal samlede planlagte konsultationer.

Nogle klinikker lader særligt svage patienter få en 'forlomme', fx hvis de møder op i klinikken uden tidsbestilling.

Klinikkerne kontakter multisyge/kroniske patienter der udebliver fra aftaler, eller som ikke har været til kontrol i længere tid.

Ultimativt kan lægen foreholde patienten at afvise at forny recepter, med henvisning til ansvar for at kende patientens situation og virkning / bivirkninger.

"..vi forsøger at kontakte dem (via telefon, sms) for at få en aftale om kontrol, men enkelte patienter må vi opgive.." (flere steder)

"..vi kan jo ikke tvinge dem, hvis patienten ikke ønsker hjælp.." (flere steder)

"..alle patienter får en næste tid og vi følger op ved aflysninger.."

"..sygeplejersken kontakter dem, af og til kommer hun med en patient, hvor der er forsøgt kontakt og hun vurderer at lægen vil have større overtalelsesevne.."



Dagligdagen ændres i klinikkerne

De gennemførte interviews er i sig selv enkeltstående observationer i klinikernes daglige drift. En række udsagn fra både læger og personale indikerer dog, at der sker ændringer i det daglige arbejde, for at understøtte at lægen kan bruge tiden på de komplicerede patienter og patienter med særlige behov. Dette ses både i de større klinikker, med flere lægekapaciteter og i mindre / solopraksis.

I flere af de deltagende klinikker udtrykkes, at klinikarbejdet er blevet ændret, hvor personalet involveres for at skabe mere kapacitet til alle patienter og tid til opfølgning:

Ændringerne er blandt andet:

- Som del af delegeringen har flere klinikker indført at patienterne har et tilknyttet team, dvs. ikke kun en fast læge
- Involveringen af flere personaler har frigivet tid til mere fokus på opfølgning og patienter med størst behov
- Samarbejdsrelation med det kommunale akutteam og udgående aktiviteter hos plejehjem etc.

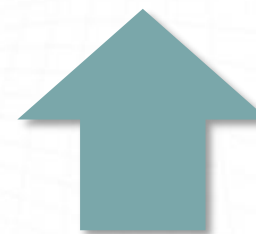
"..vi nok bliver nødt til at være endnu skarpere i nyere tid. Og så kan vi bruge lidt mere tid på dem, hvor det bøvler. I stedet for lige nu, der giver vi egentlig alle mulighed for at komme en gang om året. Men der er rigtig mange, der har den milde udgave (KOL), som i virkeligheden ikke behøver at komme."



Patientens kontakt er til klinikken, evt. et fast team for sårbare patienter
Prioritering af brug af lægens tid (delegering af standardiserede opgaver)
Flere klinikker samarbejder med andre parter
Øget behov for input fra samarbejdspartnere, særligt for patienter der afsluttes til AP



Lægen som primær kontakt for alle patienter
Lægen ved telefon 8-9, fast telefontid
Begrænset delegering
Direkte adgang til lægen (mail, telefon) generelt



Roller og behov i klinikken

På grundlag af interviewene er sammenfattet 3 overordnede roller med forskellige opgaver i klinikken og i dialogen med patienterne.

Praktiserende læge



- Diagnose og behandling (udvikling af behandlingsplaner)
- Har det faglige overblik
- Supervisering af klinikpersonale og støtte til at træffe kritiske beslutninger
- Prioriterer behandlingen af de mest kritiske patienter
- Godkender receptfornyelser af medicin
- Tæt opfølgning på og tilpasning af behandlingsplaner.
- Kommer på plejehjem, botilbud (hvis fast aftale) og hvis klinikken har aftaler om faste besøg på væresteder og lignende.
- Initiere opsøgende arbejde for særligt sårbare patienter.
- Behov for overblik over patientpopulationen for at identificere behov for nye dataudtræk eller specifikke patientgrupper.

Sygeplejerske



- Har i mange tilfælde stort eller det fulde ansvar for årskontroller af patienter (også kroniske patienter men lægen overtager dem med særlige udfordrende behov)
- Tidsbestilling, visitering og håndtering af patienthenvendelser.
- Forståelse af hvornår deres faglige kompetencer ender og bør overtages af læge
- Modtager supervision fra praktiserende læger for at navigere i komplekse patientforløb.
- Brug for opdaterede patientoplysninger for at sikre en ensartet, sikker og effektiv pleje.
- *Spiller en central rolle i at tilbyde omsorg og opfølgning*
- *Foretager sundhedstest af patienter*

Lægesekretær



- Fokus på effektiv patientadministration
- Tidsbestilling, visitering og håndtering af patienthenvendelser.
- Indkaldelse til årskontroller og opfølgning på udeblivelser.
- Overblik over og optimering af uddelegering af klinikkens samlede ressourcer, især ved brug af kalendersystemet.
- Kan overtage arbejdet omkring dataudtræk fra lægen og sikre kontinuerlig administration af lister
- Understøtter opdaterede patientoplysninger for at sikre en ensartet, sikker og effektiv pleje og har i den rolle kontakt til eksterne for fx manglende epikriser

En sekretær med en "verdens bedste hukommelse" spiller en nøglerolle i at huske patienter, der potentielt kunne have brug for opfølgning

Overblik over anvendte IT-systemer løsninger

Klinikkerne benytter primært LPS-systemet og supplerer med forskellige nationale og lokale systemer og værktøjer, der hver især giver en mulighed for mere dybdegående information om aspekter om populationen eller den individuelle patients tilstand og behandling. Nedenfor er nævnt de mest hyppigt observerede systemer af relevans for det direkte patientarbejde.

LPS

Kalenderen + patientjournalen

Klinikkens LPS er det centrale og altdominerende system i observationerne. Kalenderen er det centrale værktøj i planlægning og koordinering. Bruges til at planlægge patientaftaler og koordinere arbejdet på tværs i klinikken. Patientjournalen bruges som den centrale indgang for patientens tilstand og historik.

Statistikmodul

Anvendes til at trække rapporter og statistikker, fx for at identificere patientgrupper til specifikke sundhedstilbud eller kontroller. Kan bruges til at identificere særlige patientgrupper i populationen, hvilket kan guide indsatsen for særligt sårbare grupper.

Forløbsplaner

Anvendes til at håndtere og planlægge behandlingen af patienter med kroniske sygdomme. Disse planer indeholder information om planlagte kontroller, medicinering og andre behandlingsaspekter. Sundhedspersonale bruger disse planer til årskontroller og til at følge op på patientens tilstand.

Klinik+

Klinik+ er nævnt i flere klinikker og giver adgang til flere PLO-løsninger. Konkret er observeret brug af aftaleoverblikket og ydelsesoverblik, inkl. sammenligning med andre klinikker i regionen, kommunen eller klyngen. Dette bruges til overblik over klinikkens population og klinikkens leverede ydelser

Sundhedsjournalen

Sundhedsjournalen giver adgang til oplysninger om patienten på tværs af sektorer. Sundhedsjournalen ses brugt til orientering og blandt andet tidslinjen omtales positivt.

Samarbejde og informationsdeling

Samarbejdet med hospitalerne

Klinikkerne nævner at der er et godt og konstruktivt samarbejde med hospitalerne, men også byrden ved at modtage patienterne retur efter afsluttet behandling, særligt for multisyge patienter.

*Vi har ikke brug for mere tekst.
Vi har brug for mere koncentreret tekst, bedre tekst, mere fornuftig tekst.”*

IT-systemernes begrænsninger

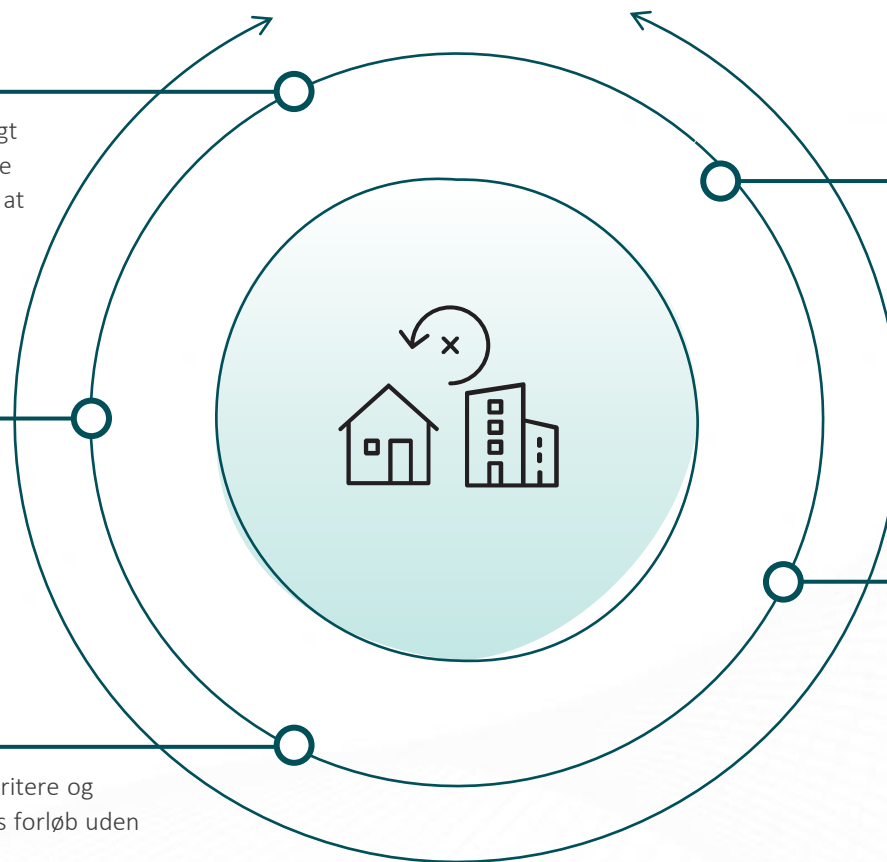
Begrænsninger i systemerne tillader ikke altid en effektiv oversigt over patientforløb, især når patienten har haft kontakt med flere afdelinger på hospitalerne. Det resulterer i vanskeligheder med at undgå redundante undersøgelser og effektiv opfølgning på eksisterende helbredsproblemer.

Koordinering af tværfaglig behandling

Læger nævner vanskeligheden med at koordinere behandlingen for patienter, der er i ambulatorieforløb på hospitalet parallelt med forløb hos praksislægen. Denne mangel på koordination kan føre til uklarhed omkring medicinudskrivning og behandlingsprioritering.

Komplekse behandlinger

For multisyge patienter, er der en særlig udfordring med at prioritere og sammenflette forskellige årskontroller for at forenkle patientens forløb uden at gå på kompromis med kvaliteten af plejen.



Kommunikation og informationsdeling

Epikriser fra hospitalerne ankommer ofte forsinket eller indeholder utilstrækkelige detaljer, hvilket skaber udfordringer for lægerne i at vedligeholde en koordineret behandlingsplan for patienterne.

Samarbejdet om patienten

Muligheden for specialistrådgivning (nogle regioner) roses, og giver et hurtigt og effektivt input til den praktiserende læge. Der er opfattelse blandt praktiserende læger af, at sygehusene behandler sygdomme, mens praksislæger behandler patienten som helhed. Dette nævnes at skabe situationer, hvor praksislæger må tage stilling til, om behandlinger stadig er relevante for patienten ud fra en helhedsvurdering om velbefindende og livskvalitet, især for ældre patienter.

Samarbejde med kommunen

I interviews er spurgt til hvilke eksterne parter, som klinikken arbejder sammen med. Generelt er der en positiv holdning til kommunen, som ofte bliver nævnt som den vigtigste samarbejdspartner. Mange af de besøgte klinikker er plejehjemslæger og flere har tilsvarende aftaler med sociale bosteder. De kommunale akutteam nævnes af mange som en værdifuld aktør til forebyggelse af indlæggelser.

Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen inkl. akutteamet	Plejehjem	Bosteder:	Socialforvaltningen	Lokale faciliteter
<p>Hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og akutteamet nævnes som tætteste samarbejdspartnere. Samarbejde er fortrinsvist på enkeltpatientniveau, gennem korrespondancemeddelelser og telefon.</p> <p>Der nævnes samarbejde om udvidet brug af dosisdispensering, hvor kommunen hjælper med at identificere egnede patienter til dette system.</p> <p><i>"hjemmesygeplejersken... dem har vi tæt samarbejde med, specielt også med de udsatte patienter."</i></p> <p><i>"hjemmeplejen er rigtig gode til at bruge os og ringe til os."</i></p>	<p>Lægerne beskriver ofte et tæt samarbejde med plejehjemmene og mange af de interviewede læger er plejehjemslæger.</p> <p>Et godt eksempel hvor en fastansat sygeplejerske på plejehjemmet opdaterer lister over patientbesøg og planlagte sygebesøg. Dette system gør det muligt for lægen at organisere og effektivisere besøgene, så alt er forberedt forud for lægens ankomst, inklusiv bestilling af blodprøver og overblik over patientens sundhedstilstand og behov.</p>	<p>Vi ser at nogle klinikker arbejder sammen med bosteder for at sikre, at beboernes sundhedsmæssige behov bliver mødt. Dette omfatter regelmæssige sundhedstjek.</p> <p>I den forbindelse er der et behov for tilstrækkelig og relevant/passende kommunikation imellem personalet på disse institutioner for optimalt samarbejde.</p>	<p>I nogle tilfælde nævnes samarbejde med kommunens socialforvaltning omkring udsatte patientgrupper, herunder hjemløse, misbrugsramte, og socialt isolerede individer. Dette samarbejde kan indebære koordineret indsats mellem læger, socialrådgivere og andre sociale tjenester for at yde helhedsorienteret støtte.</p>	<p>Særligt i de større byer nævnes lokale tiltag vedr. forebyggelse eller sociale indsatser. For nogle er der et godt samarbejde, for andre en efterspørgsel efter tilbagemeldinger og om patienten har effekt af at benytte faciliteten.</p> <p>Der nævnes et samarbejde med sociale indsatser (Rum 4), der tager sig af mennesker med psykiske sygdomme. Disse samarbejder fokuserer på at yde omsorg for hjemløse, som ofte står udenfor det traditionelle sundhedssystem.</p> <p>Der nævnes et eksempel på, at selvom primært kommunen håndterer misbrugsproblematikker, ender nogle patienter alligevel hos lægen, hvilket skaber udfordringer, da det egentlig ikke er lægens opgave at håndtere disse sager.</p>

Yderligere samarbejder

I interviews er spurgt til hvilke eksterne parter, som klinikken arbejder sammen med. Mange af de besøgte klinikker er plejehjemsleger og flere har tilsvarende aftaler med sociale bosteder.

Psykiatriske faciliteter

Samarbejde angående mental sundhed og psykiatri for patienter med psykiske lidelser er en afgørende del af lægernes arbejde. Dette omfatter henvisninger, fælles behandlingsplaner og opfølgning på patienter med psykiatriske diagnoser. Samarbejdet fokuserer på at sikre kontinuitet i plejen og tilpasse behandlinger til individuelle behov. Kommunikationen opleves som varierende. Ofte bliver der ikke kommunikeret tilbage til lægen i forhold til beslutninger og andet opfølgende information.

Lægerne understreger vigtigheden af direkte skriftlig kommunikation mellem fagpersoner (ikke patienten) for at undgå misforståelser og sikre patientens bedste behandlingsforløb.

Fysioterapeuter og kiropraktorer

Lægerne udtrykker at fysioterapeuter generelt opretholder en kontinuerlig kontakt og ofte giver tilbagemelding efter behandling.

Der er større chance for at praksislægerne modtager tilbagemelding hvis der er brug for en ny henvisning: *"hvis de ikke har, så glemmer de det nogle gange."*

Vi ser at mange klinikker beskriver et ønske om mere en mere systematisk og struktureret praksis for tilbagemeldinger, fordi det kan give værdifuld indsigt i patienternes fremgang. *"Det kunne være fedt, hvis de sendte noget til os. De er lidt tungere at have med at gøre."*

Psykologer

Læger oplever varierende grader af feedback efter henvisning til psykologer, med ønske om mere konsekvent skriftlig kommunikation.

Nogle gange er det bare en linje. *"Vi får ikke et resumé af, hvad de taler om med psykologerne. Det er meget hemmeligt. Og der har jo så mange ting, det kunne være rart at have, men jeg ved ikke, hvorfor vi ikke får det, om det bare sådan det er."*

Samarbejdet med kommunale tilbud, som gratis psykologhjælp til unge i Odense, er udfordrende pga. manglende forpligtelse til at informere lægen, fx grundlæggende om patienten har brugt tilbuddet.

Apoteket

Samarbejdet med apoteker, især i situationer hvor patienter får dosisdispenseret medicin, understøttes primært gennem digital kommunikation. Denne praksis bidrager til at strømline udleveringsprocessen og sikrer nøjagtigheden i patienternes medicinering. På mange måder agerer apoteket proaktivt, hvis der opstår spørgsmål eller usikkerhed omkring medicin.

En læge beskriver at *"Apoteket ringer, hvis der er noget med medicin. De skal ikke vente på at komme igennem efter patienterne"*

Samarbejdet med andre aktører

Klinikkernes nuværende samarbejde med eksterne parter som hospitaler og kommunale instanser er generelt godt. Klinikkerne har ønske til mere systematisk tilbagemelding og at der på den kommunale side er en intern validering og visitering inden den praktiserende læge kontaktes.

Kontaktperson hos samarbejdsaktører

Der lægges vægt på at der ved samarbejde om daglig behandling og pleje (hjemmehjælp, plejehjem og bosteder) er en kontaktperson (typisk en sygeplejerske) hos den kommunale part, som kan foretage faglige vurderinger og håndtere henvendelser, der ikke kræver læge. Lægerne beskriver også hvordan en kompetent kontaktperson kan filtrere irrelevante informationer og korrespondancer fra således at kun nødvendige hændelser bliver kommunikeret til lægen og på en samlet og koordineret måde.

Manglende tilbagemelding efter henvisninger

Der savnes koordination især når patienten overføres mellem afdelinger og institutioner. Dette gælder blandt andet basal information som, hvorvidt patienten er mødt op til behandling. Dette skaber usikkerhed om patientens status og uklarhed om patientens forløb.

Forudsat at der var en tilknyttet sygeplejerske

Der eksisterer 'informationssiloer', hvor vigtig patientdata forbliver isoleret inden for forskellige sektorer.

Der er en forventning om at den, der sender en korrespondance selv har set borgeren

Manglende tilbagemelding om patientens fremmøde og behandling fra andre sundhedsaktører, hvilket efterlader klinikkerne i mørke om patientforløb.



Samarbejdet med andre aktører - behov

Respondenterne blev spurgt om behov for data og information med andre aktører. Der er stor variation i svarene, der varierer fra at mene, at der er tilstrækkelig kommunikation til behov om både data, men også kommunikationskanaler og kontaktpersoner.

I interviewene er der blevet spurgt til data fra eksterne parter for identifikation af behov for data. Der er få konkrete svar, men en generel tilkendegivelse af behov for 'de rigtige' informationer frem for flere informationer.

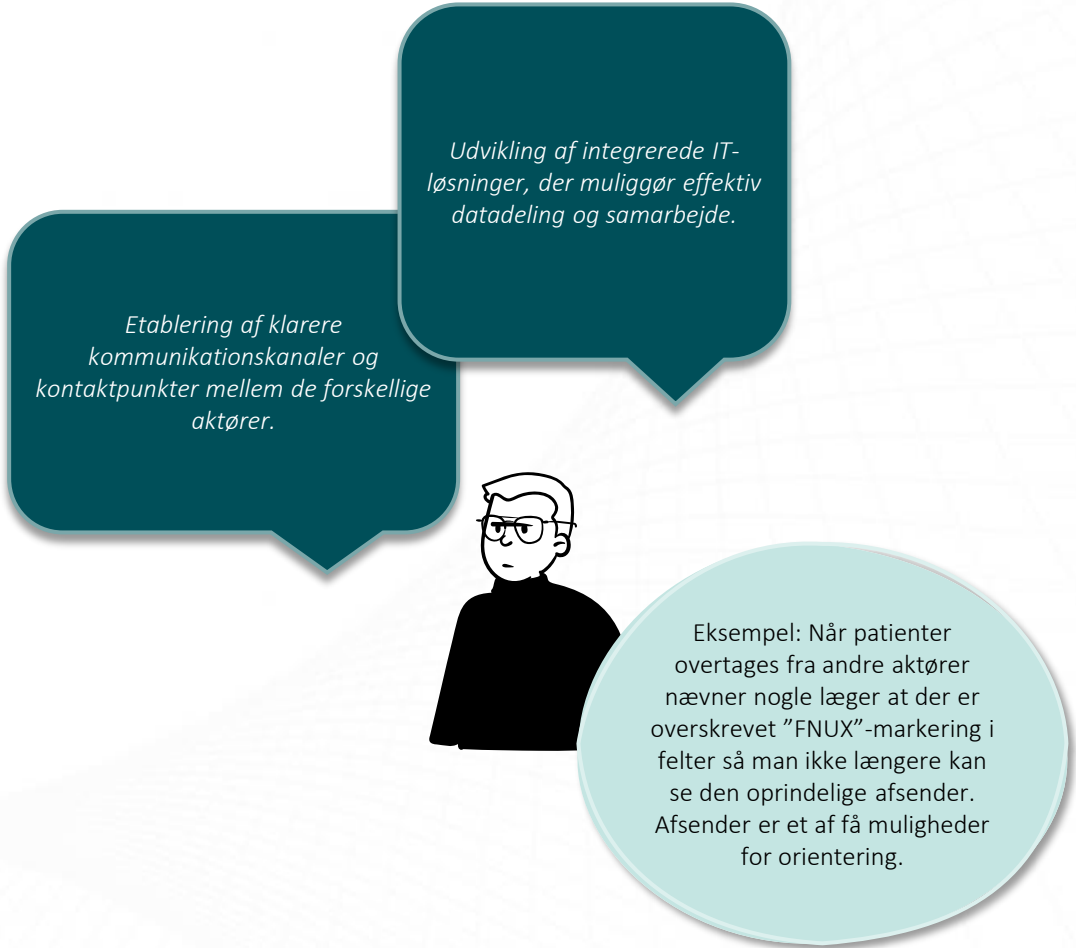
Der er nævnt få konkrete ønsker om data, hvor der oftest henvises til korrespondancemeddelelsen.

Eksempel på en læge, der efterspørger information om kontaktperson (kommunal sagsbehandler) om en sårbar patient.

Behov for forbedret datadeling og samarbejde

Klinikerne ønsker strukturerede og komplette patientoplysninger, herunder fx at der er opdaterede data i forløbsplanerne, der markerer patienter, som ses hos andre behandlere. Dette med henblik på at klinikken kan fokusere på de relevante patienter, hvor behandlingsansvaret ligger hos almen praksis.

Lægerne nævner ønske om optimering af forløbsplanernes filtrering og datakvalitet.



Udvikling af integrerede IT-løsninger, der muliggør effektiv datadeling og samarbejde.

Etablering af klarere kommunikationskanaler og kontaktpunkter mellem de forskellige aktører.

Eksempel: Når patienter overtages fra andre aktører nævner nogle læger at der er overskrevet "FNUX"-markering i felter så man ikke længere kan se den oprindelige afsender. Afsender er et af få muligheder for orientering.

Kvalitetsklynger

Læger fra samme geografiske område samles regelmæssigt for at dele viden og erfaringer. Møderne fokuserer på diskussion af faglige emner, ofte inspireret af nye retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen og nationale sundhedsinitiativer.

*"Det er virkelig, virkelig godt.
I starten, så var vi jo trætte af det,
fordi vi var tvunget.
Men jeg tror, at de fleste synes, at
det er godt arbejde."*

Erfaringsudveksling:

- De læger, der omtaler arbejdet i kvalitetsklyngerne, rapporterer om betydelig værdi og inspiration hentet fra disse møder.
- Identifikation og implementering af bedste praksis i håndteringen af patienter. Dette kan også være inspiration til efterfølgende særlige udsøgninger og statistik i klinikken.
- Det tværprofessionelle samarbejde og inddragelsen af ressourcepersoner, der bringer ny indsigt og erfaringer til bordet, har vist sig at være utroligt værdifulde.
- Disse klynger fremmer et samlet overblik og en dybere forståelse gennem fælles evalueringer og udveksling af viden.

Deltagende klinikker

Deltagende klinikker

Kontakten til klinikkerne er etableret med hjælp fra PLO og MedCom. Nedenfor er angivet klinikken og den læge i klinikken, der har været kontaktperson. Alle klinikker har også bidraget med interview med klinikpersonale.

Klinikken

Lægerne Enghavevej, Nyborg

Lægehuset i Ullerslev

Lægerne Andersen og Kaltoft, Risskov

Næstved Lægecenter

Lægerne Zimmer og Breum, Hørsholm

Lægekompagniet Nordals, Nordborg

Lægerne Albanitorv, Odense

Midtbylægerne, Silkeborg

Min læge, Odense

Lægerne Tronholmen, Randers

Lægerne i Skårup

Lægefællesskabet i Grenå

Allehelgensgade Lægehus, Roskilde

Læge, kontaktperson

Eilif Hedemann

Ane Jørgensen

Merete Andersen

Holger Bro

Karin Zimmer

Line Bruun

Morten Svenning Nielsen

Jan Hagen Clausen

Søren Roshave Madsen

Thomas Clausen

Majken Wulff

Jannik Falhoff

Niels Ulrich Holm