

# Det lokale samarbejde med almen praksis. Udfordringer og muligheder:

- Den enkelte praktiserende læge vil sjældent være klar over de projekter der pågår og har ikke tid/interesse til at deltage i forbedringsteams.
- Både DSAM og PLO har sagt fra i forhold til dem model pga tid og økonomi.
- Samarbejdsparten for forbedringsteams er derfor reelt Praksiskonsulenterne på de berørte afdelinger og praksiskoordinator på det enkelte akuthospital.
- Det er vigtigt snarest at etablere kontakt og forventningsafstemme.

# Det lokale samarbejde med almen praksis. Udfordringer og muligheder.

- Dataopsamling vil konkret sikrest foregå igennem en planlagt audit hvor forløbene kan holdes op imod de KOL-data der foreligger i DRKol.
- Her bør der være focus både på genindlæggelsesprocenten, men også hvem der ikke genindlægges og hvad der karakterisere dem.
- Man bør registrere om Selvbehandlingsplaner / Aftalekort er udarbejdet, og, om de er brugt. (journaldata).
- De sidste 2 punkter kunne måske indsamles som PRO -data, så de pårørende også inddrages. Aktiveret genoptræningplan kan også vurderes.

# Sikring af overgangene : Redskaber

- Følger der anbefalinger til videre handling og/eller høj risiko for genindlæggelse, så skal epikrisen til egne læge markeres som gul eller rød epikrise jf. national epikrisestandard. (målbart)
- Modtager den praktiserende læge en gul eller rød epikrise, så bør denne kontakte patienten/ give besked til relevant instans i kommunen , typisk hjemmeplejen, der så s kontakter borgeren og sikre opfølgning i samarbejde med Egen Læge. (Målbart)
- Hjemmeplejen bør følge op på aftalekort, selvbehandlingsplan og vurdere om der er behov for et besøg/ændret medicinsk behandling.
- Ved indlæggelse/genindlæggelse afgiver hjemmeplejen information til Plejepersonalet på den modtagende afdeling – man kunne her spørge om indlæggelsesårsager i et afkrydsningsskema samt de øvrige nævnte hjemmepleje data ?

# Eksempel på tværsektorielt samarbejde om KOL - patient

- De enkelte praksis er begyndt at arbejde med forløbsplansdata så man kan se en oversigt over egne KOL patienter og dermed også se hvem der ikke har været til årskontrol m.m.
- <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/kvalitet-i-behandlingen/forloebplaner-kol/>
- Det kan bruges til at tilbyde opfølgning via sms/tlf.
- Årlige LF er en god prognostisk faktor for status kombineret med patientens egen vurdering.
- Fald i LF, vægt samt GOLD -status indikere muligt behov for elektiv henvisning mhp optimering. Når patienten er optimeret afsluttes denne til praksis igen med epikrise om interventioner og behandlingsforslag.
- Den vigtigste faktor er kontinuitet i behandlingen og et tæt læge-patientforhold.

# Klyngepakke om KOL . [www.kiap.dk](http://www.kiap.dk)

Lægeklyngerne har mulighed for at indhente en informationspakke via KIAP , hvor man anonymt ser på egne data ( Forløbsplandata).

Det kunne være optimalt hvis en eller flere lægeklynger i akuthospitalernes optageområde så på disse data under projektafviklingen. Det er noget lægeklyngerne selv afgør.

chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://kiap.dk/re  
sources/files/klynge/klyngemateriale/klyngepakker/klyngepakke\_k  
ol\_behandling.pdf

# Hvad kan en klyngepakke bruges til?

- Formålet med Klyngepakken er, at klyngedeltagerne får mulighed for at reflektere over, hvordan den kliniske praksis er i dag i for patienter med KOL, og for sammen med kolleger at overveje om, der er behov for ændringer, og hvordan det i givet fald kan indføres.
- Man ser på egne data, og sammenligner med sine kolleger i samme område ex GOLD status, rygestatus, antal exacerbationer, antal årskontroller, m.m se LINK.
- Der drages ikke nogen konklusion . Der er tale om refleksion og inspiration til at ændre egen adfærd