

Hvordan er det gået med implementeringen af forløbsplaner i almen praksis?
Her kommer en opfølgende artikel på de fordele og ulemper, der kan være forløbsplanerne.

Af Henrik Prinds Rasmussen

Forløbsplaner i praksis

I praksis har vi travlt og har i udgangspunktet ret godt styr på vores kronikere, så hvorfor skal vi nu til at forholde os til forløbsplaner? Et nyt it-værktøj, som vi ikke kender, og som kræver tilvænning. Forløbsplaner blev første gang beskrevet her i 2018, hvor det var helt nyt. Nu har vi gjort os nogle erfaringer, som er beskrevet i denne artikel.

Formelt handler det om, at der er indgået en overenskomst mellem Danske Regioner og PLO, der betyder, at praksis skal lave 5 nye forløbsplaner pr. kapacitet om året inden for områderne KOL, type 2-diabetes eller hjertesygdom. Praksis bestemmer selv, om det er sygeplejersker eller læger, der laver forløbsplanerne. I udgangspunktet skal alle nydiagnosticerede patienter tilbydes en forløbsplan. Det er dog vigtigt, at kun de planer,

der giver mening for patienter og praksis, bliver lavet. Der er travlt i praksis, og det, vi laver, skal give mening i en travl hverdag. Forskellige praksis arbejder desuden forskelligt, og dermed vil der også være forskel på, hvordan arbejdet giver bedst mening i den enkelte praksis.

Praksis tilføres økonomi over basishonoraret for at arbejde med forløbsplaner. Hvis praksis vælger ikke at lave forløbsplaner, kan det betyde, at dette tilskud forsvinder.

Mange praksis er slet ikke gået i gang med at lave forløbsplaner, selvom forløbsplaner blev indført allerede med overenskomsten i 2018. Andre praksis har arbejdet med forløbsplaner i flere år og har allerede fundet en måde at bruge det på, som passer til praksis.



Biografi

Henrik Prinds Rasmussen er lægefaglig konsulent i KiAP, praktiserende læge i Lægehus Nord, Kolding, klyngekoordinator Kolding.

Kontakt

hprasmussen@kiap.dk



Vi har i vores praksis arbejdet med forløbsplaner siden starten og har både gode og mindre gode erfaringer med arbejdet, som måske kan give mening for dit arbejde med forløbsplaner.

Praksis' tilgang

Noget af det vigtigste, for at arbejdet med forløbsplaner kommer til at virke, er, at der er ejerskab for opgaven. Det har vist sig, at flere konsultationssygeplejersker end læger oplever, at forløbsplaner giver mening i det daglige arbejde. Det er også helt fint, men det er stadig afgørende, at der generelt er opbakning til arbejdet på lægesiden, og at der er forståelse for, at arbejdet kræver tid, opmærksomhed og samarbejde, for at det kommer til at tilføre praksis og patienter reel værdi.

Forløbsplaner er lavet for at give overblik, viden og egenomsorg til patienter med kronisk sygdom. Det er erfaringen, ligesom for mange andre it-initiativer, at de mest ressourcestærke har det største

udbytte. Det betyder ikke, at de skal have større opmærksomhed end de sårbare. Tværtimod kan forløbsplaner bruges til, at ressourcestærke patienter i højere grad kan følges hos sygeplejersker i praksis, så lægerne i højere grad kan bruge deres opmærksomhed på de mest sårbare patienter.

Det nemme

Patientlister: Det giver bare rigtig god mening. Der findes for de sygdomme, der er inkluderet i forløbsplaner (KOL, type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom og hypertension), patientlister for hver patientgruppe. Patientlisterne inkluderer alle patienter i praksis med de nævnte diagnoser, uanset om de har fået lavet forløbsplan eller ej. Det betyder, at praksis har overblik over, hvilke patienter der har de nævnte sygdomme, men også, hvem der ikke har været til årskontrol, hvilke patienter der er dårligst reguleret, og hvilke patienter der ikke er tilmeldt kronikerhonorar.



Vi har i vores praksis valgt, at en sygeplejerske er ansvarlig for en patientliste og en gang om året får afsat tid til at indkalde de patienter, der ikke har været til årskontrol. På den måde sikrer vi, at vi får fulgt op på vores patienter og deres behandling. Det tager 2-4 timer en gang om året. Mere skal der ikke til, for at vi med god samvittighed kan sige, at vi har overblik over vores patienter.

Patientoverblik: Sammen med patientlisterne findes patientoverblik. Det er intelligente visninger, hvor relevante patienter for den enkelte patientgruppe er identificeret, så praksis på kort tid kan lave en målrettet indsats for de dårligst regulerede og sårbare patienter.

For KOL er der fx en liste over patienter, der har KOL og ikke har astma, og som er i steroidbehandling, fordelt på GOLD-klasse. På den måde kan praksis nemt finde de patienter i GOLD-klasse A, B og C, som ikke bør være i inhalationssteroid-behandling. For type 2-diabetes er der fx liste over de patienter, der har dårlig nyrefunktion og får metformin, men som bør ophøre behandlingen. For patienter med iskæmisk hjertesygdom er der fx liste

over de patienter, der har for højt kolesterol og ikke er i statinbehandling osv.

Vi har i vores praksis brugt listerne til en gang om året at bruge 2 timer på at identificere en patientgruppe, som vi oplever har det største behov. Vi indkalder patienter på sms til sygeplejerskekon-sultation og retter behandlingen i det omfang, det giver mening. Vi har hos os personalemøder en gang om måneden, og når vi har lavet et initiativ, fortæller vi det øvrige personale, hvad vi har lavet, så alle i huset har forståelse for, hvad vi gør og hvorfor.

Klyngepakker: KiAP har lavet klyngepakker for de nævnte patientgrupper, der kan hjælpe den klynge, som praksis er en del af, med at arbejde struktureret med et indsatsområde, som giver mening for klyngen. KiAP sørger for, at alle data og udvikling over tid er tilgængelig for klyngen, så det er let at se, om de initiativer, der gøres, har den ønskede effekt. I vores klynge har vi arbejdet med type 2-diabetespatienter med højt LDL-kolesterol, som ikke er i behandling med statin. Vi valgte, at alle praksis skulle gå hjem og udskrive listen fra patientoverblik og give den til sekretæren, der

Sammen med patientlisterne findes patientoverblik. Det er intelligente visninger, hvor relevante patienter for den enkelte patientgruppe er identificeret, så praksis på kort tid kan lave en målrettet indsats for de dårligst regulerede og sårbare patienter.

skulle indkalde patienterne til samtale om evt. opstart af statin. Det betød, at vores klynge, der i alt omfatter 60 praktiserende læger og i alt ca. 90.000 patienter, reducerede gruppen af patienter, der ikke var i statinbehandling, med 15 %.

Digitale patienter: Der er digitale patienter i praksis med nogle af de inkluderede sygdomme. Dem, der kommer med udskrift af egne blodtryksmålinger, eller dem, der viser stor interesse for, hvad de selv kan gøre for at leve et godt liv med deres sygdom. De vil typisk sige ja til en forløbsplan, hvor de har mulighed for at arbejde med egenomsorg og ejerskab for egen behandling og sundhed. Disse patienter kan tilgå deres forløbsplan på forløbsplan.dk eller via Min Læge-app. Der er også patienter, der ikke er så digitale, og som gerne vil have en udskrift af forløbsplanen med medicinliste, men ikke ønsker at tilgå forløbsplanen hjemmefra. For denne gruppe kan det markeres øverst i forløbsplanen, så den ikke sendes til forløbsplan.dk

” De data, der er i patientlister og forløbsplaner, er ikke bedre end de data, der er registreret.

Delt patientansvar: I forløbsplaner er der intelligente visninger af patientens individuelle mål. Det betyder, at der er sat strøm til DSAM's vejledning for KOL, diabetes og hjertesygdom. Forløbsplanen henter automatisk patientens data, alder, køn og konkurrerende sygdomme og viser mål for blod-

sukker, kolesterol og blodtryk for diabetes og hjerterforløbsplan. For KOL viser forløbsplanen GOLD-klasse. Vi bruger det i vores praksis til at dele patientansvar mellem læger og sygeplejersker. Det betyder at KOL-patienter går til årskontrol ved sygeplejerske og får lægetid ved behov.

Patienter med type 2-diabetes går til årskontrol ved læge og har øvrige kontroller ved sygeplejersker. Med den nye overenskomst bliver det desuden fra årsskiftet muligt at gennemføre årskontrol for patienter med hypertension ved sygeplejerske i stedet for ved læge. Det fungerer rigtig godt, at de individuelle mål vises automatisk. Vi bruger det til at vurdere, hvilke patienter der skal konfereres eller have en lægetid, og hvilke patienter der blot kan få en ny tid til næste kontrol. Vi oplever, at vores patienter er glade for at have en fast læge og en fast sygeplejerske, også selvom nogle af dem ser sygeplejersken mere end lægen. For praksis er det god økonomi og ikke mindst betyder det, at vi læger har mere tid til de mest syge.

Det svære

Data: De data, der er i patientlister og forløbsplaner, er ikke bedre end de data, der er registreret. Det betyder, at det er nødvendigt at lave korrekt diagnosekodning af kroniske diagnoser, og at værdier for blodtryk, kolesterol, blodsukker og lungefunktion registreres korrekt i laboratoriekortet, så forløbsplanen kan fange data og bruge dem korrekt. Hos os har vi oplevet, at vi skulle gå patientlisterne igennem, og vi fandt patienter, der ikke havde været til årskontrol i flere år. Da vi gik dem efter, fandt vi patienter, der havde fået forkert diagnose, demente og plejehjemsbeboere, for hvem forløbsplaner ikke giver mening. Vi havde

Hos os oplever både sygeplejersker og læger, at det er værdifuldt at dele ansvar for kronikere. Det krævede dog en del af os læger i starten.

i starten ligeledes problemer med, at nogle data ikke var registreret korrekt i laboratoriekortet og dermed ikke kom med over i forløbsplanerne. Vi kontaktede vores systemhus og fik det rettet, og siden har det fungeret.

Struktur: Hos os oplever både sygeplejersker og læger, at det er værdifuldt at dele ansvar for kronikere. Det krævede dog en del af os læger i starten. Vi opdagede, at vi ikke bare kunne give opgaven fra os. Vi har lavet instruks for behandling og fraser til årskontrol for de forskellige diagnoser. Vi har undervist sygeplejerskerne, og endelig har vi indført noget, vi kalder faglig klub. En gang om måneden mødes læger og sygeplejersker til faglig klub, hvor vi taler om kliniske problemstillinger. Det kan dreje sig om de patienter, der er inkluderet i forløbsplaner, men også om andre patienter, hvor vi deler behandlingsansvar. Ud over ovenstående har vi også oplevet, at der særligt i starten har været brug for mere supervision.

Samlet set er vi i vores praksis enige om, at forløbsplaner giver mening i vores hverdag. I starten tog det længere tid. Vi skulle vænne os til, hvordan og hvornår forløbsplaner giver mening. Samtidig har vi brugt forløbsplanerne til at dele behandleransvar for patienterne, og dermed har vi også brugt tid på instrukser, fraser og undervisning. Vi står tilbage med en oplevelse af, at vi bruger forløbsplaner forskelligt, og har fundet ud af, det har været arbejdet værd at bruge tid på at implementere forløbsplaner i det daglige arbejde. Vi har også en oplevelse af, at det ikke er perfekt og stadig kan blive meget bedre. Det arbejdes der på,

og hvis du i din praksis har forslag til forbedringer, er du meget velkommen til at kontakte KiAP, så vi kan få forløbsplaner til at give god mening for dig.

Mere info:

Facebookgruppe: Forløbsplaner i almen praksis, hvor alle interesserede kan få tips og vejledning.

Info om forløbsplaner praksis:

<https://kiap.dk/kiap/praksis/forloebplaner.php>



Info om forløbsplaner patienter:

<https://demo.sundhedsmappe.dk>



Kurser i anvendelse af forløbsplaner

Der er løbende regionale kurser i PLO-E, på Lægedage og hos KiAP. Hvis du mangler et kursus, så kontakt KiAP eller PLO-E.

Redaktionens kommentarer

Læs eller genlæs evt. artiklen fra iPraksis november 2018 ligeledes skrevet af Henrik Prinds Rasmussen