



Klyngepakke

# Iskæmisk hjertesygdom



# Før, under og efter klyngemødet

## Før klyngemødet

- Du bestiller klyngepakken på KiAP.dk.
- Du bliver ringet op af en konsulent fra KiAP. Sammen gennemgår I pakken, drøfter klyngens behov og tilrettelægger mødet.
- KiAP leverer en powerpoint med opgørelser af klyngens data og andet materiale, der gør faciliteringen af mødet let.

## Under klyngemødet

- Klyngen drøfter data og variationer, deler erfaringer og får inspiration til at foretage eventuelle ændringer i praksis efter klyngemødet.
- Klyngen planlægger den efterfølgende implementering i praksis, og hvordan klyngen vil følge op på et senere møde.

## Efter klyngemødet

- Klyngens medlemmer arbejder med at implementere ideer fra klyngemødet i egen praksis
- Efter aftale leverer KiAP en ny opgørelse af klyngens data, så klyngen kan se, om der er sket en forandring siden klyngemødet.

# Indholdsfortegnelse

1. Formål med klyngemødet
2. Faglige anbefalinger og målepunkter
3. Program for klyngemødet
4. Refleksioner på klyngemødet
5. Implementering og opfølgning på klyngemødet
6. Referencer og inspiration

---

KiAP har i samarbejde med praktiserende læge, professor i Almen medicin, Aarhus Universitet **Bo Christensen** udarbejdet klyngepakken.

## Formål med klyngemødet

Behandlingen af Iskæmisk hjertesygdom forebygger udviklingen af blodpropsygdum. Hvis det er relevant, har rygestop første prioritet, og gevinsten ved medicinsk behandling er principielt størst jo højere niveauer af lipider og blodtryk, der behandles. Desuden er blodfortyndende behandling i form af hjertemagnyl en afgørende del af behandlingen. Behandlingsstrategien bør dog primært sigte mod at mindske progressionshastigheden af sygdommen for at sikre flere gode leveår.

Formålet med klyngemødet er at drøfte status for behandlingen af iskæmisk hjertesygdom blandt klyngens medlemmer, udveksle erfaringer og ideer med henblik på at styrke kvaliteten. På mødet tages udgangspunkt i data fra forløbsplanerne, der giver praksis mulighed for at få overblik over patienterne og vurdere den aktuelle behandling.

## Værd at vide om denne klyngepakke

<b>Materiale og support fra KiAP</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Et forslag til et program for mødet.</li><li>• En powerpoint til mødet med opgørelser af klyngens data.</li><li>• Et ark til at notere de vigtigste pointer under mødet.</li><li>• Materiale til implementering i praksis og til opfølgning på et senere klyngemøde.</li><li>• En kontaktperson i KiAP.</li></ul>
<b>Mødets varighed</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 timer og 30 min. (kan eventuelt tilpasses efter klyngens behov).</li></ul>
<b>Datakilde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Forløbsplaner for hjertesygdom.</li></ul>
<b>Referencer</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">DSAM's vejledning om Iskæmisk hjerte-kar-sygdom</a>.</li></ul>



Centralt for KiAP's klyngepakker er en præsentation af data, der viser variationen i den kliniske praksis blandt klyngens medlemmer. De data, der vises på klyngemødet, tager udgangspunkt i en række målepunkter, der kan afspejle den kliniske kvalitet. Formålet er at vække medlemmernes nysgerrighed omkring årsager til variation, skabe grundlag for refleksion over egen praksis, og sammen med kolleger få inspiration til at skabe ændringer i praksis efter klyngemødet.

## Faglige anbefalinger og målepunkter

På klyngemødet præsenteres deltagerne for en fremstilling af klyngens data fra forløbsplanerne. Data til klyngemødet er generet på baggrund af følgende anbefalinger og målepunkter:

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
<p><b>Årskontrol</b> Patienter i fast medicinsk behandling for en kronisk sygdom bør tilbydes en årlig kontrol.</p>	<p>Måling af blodtryk, LDL, eGFR og u-alb./creatinin. Rygestatus. Medicin.</p>	<p><b>Målepunkt 1</b> Andel patienter, der ikke har fået en årskontrol (O120) inden for de seneste 18 måneder.</p> <p><b>Målepunkt 2a</b> Andel patienter, der ikke har fået målt hjemmeblodtryk inden for de seneste 18 måneder.</p> <p><b>Målepunkt 2b</b> Andel patienter, der ikke har fået målt LDL inden for de seneste 18 måneder.</p> <p><b>Målepunkt 2c</b> Andel patienter, der ikke har fået målt eGFR inden for de seneste 18 måneder.</p> <p><b>Målepunkt 2d</b> Andel patienter, der ikke har fået målt u-alb/creatinin inden for de seneste 18 måneder.</p>
<p><b>Blodtryk</b> Et normalt BT forebygger komplikationer.</p>	<p>DSAM: Systolisk BT skal være: &lt;130 (&lt;80 år) &lt;145 (80 år+).</p>	<p><b>Målepunkt 3</b> Andel patienter med systolisk blodtryk &gt; 140 mmHg.</p>
<p><b>ASA/AK-behandling</b> Manglende AK behandling øger risiko for blodpropsygdome.</p>	<p>Tilbyd altid ASA (hvis ikke der af anden grund gives DOAK).</p>	<p><b>Målepunkt 4</b> Andel patienter, som ikke behandles med ASA eller anden AK behandling.</p>
<p><b>Statin behandling</b></p>	<p>Alle patienter medbør behandles med statin.</p>	<p><b>Målepunkt 5</b> Andel patienter med LDL &gt; 1,8 mmol, der ikke er i behandling med statin.</p>

Du kan finde dine egne data til målepunkterne i forløbsplansmodulet i dit lægesystem. Ved at logge ind på KiAP.dk kan du sammenligne dine egen tal for målepunkterne med kollegaerne i din klynge (pseudonymiseret).

## Målepunkter og tolkning af data

Målepunkter udgør det data, der anvendes for at kunne vurdere og reflektere over variation mellem klyngens ydernumre. Variation kan skyldes forskelle i patientpopulationen (fx alder, sygdomsbyrde og sociale forskelle). Variation kan også skyldes, at praksis håndterer behandlingen forskelligt. Endvidere kan det skyldes usikre målinger på baggrund af et lille antal patienter. Det kan derfor ikke altid konkluderes, at variation er udtryk for forskelle i behandlingskvaliteten, og tolkninger skal derfor varetages med forsigtighed. Gruppearbejdet og diskussionerne på mødet kan være med til at belyse, hvad variationerne skyldes og give inspiration til eventuelle forandringer i praksis. Data leveres som standard i pseudonymiseret form.

# Program for klyngemødet

Nedenfor ses et forslag til et program for klyngemødet. Som mødeleder får du tilsendt et mere detaljeret program, der guider dig til gennemførelse af mødet.

<b>Opfølgning fra sidste møde</b>		Er der sket forandringer i forhold til de målepunkter, som klyngen har besluttet sig for at følge op på?
<b>Introduktion</b>	<b>Tid: 15 min.</b>	Introduktion til mødets emne og brug af ark til mødenoter.
<b>Blok 1: Monitorering og opfølgning</b>	<b>Tid: 45 min.</b>	Introduktion til målepunkterne. blodtryk og andel, hvor HbA1c er vedvarende forhøjet.  Gruppearbejde om målepunkterne og opfølgning i plenum.
<b>Pause 15 min.</b>		
<b>Blok 2: Behandling</b>	<b>Tid: 45 min.</b>	Introduktion til målepunkterne:  Gruppearbejde om målepunkterne og opfølgning i plenum.
<b>Blok 3: Implementering og opfølgning</b>	<b>Tid: 30 min.</b>	Afslutningsvis drøftes hvilke forandringer, der vil være vigtigst og lettest at gennemføre, og klyngen beslutter, hvordan der skal følges op på et senere møde.

# Refleksioner på klyngemødet

Her ses forslag til spørgsmål og drøftelser, som klyngen kan have på mødet.

## Monitorering og opfølgning (målepunkt 1-2d)

### Målepunkt 1

- Hvilken rolle har praksispersonale og læger i forløbet af årlig statusundersøgelse i jeres praksis og hvad laver de? (Tidsbestilling – lab prøver – svar – statuskonsultation)
- Hvordan sikrer jeres praksis at alle relevante patienter tilbydes og får foretaget årlig opfølgning?

### Målepunkt 2a

- Er hjemmeblodtryksmåling blevet standard ved udredning og behandlingen af IHS?

### Målepunkt 2b-d

- Hvilke prøver "smutter"? Hvorfor "smutter" de?
- Fraser, labprofiler, andet der kan deles?
- Hvilke erfaringer har i med at bruge forløbsplaner?

## Behandling (målepunkt 3-5)

### Målepunkt 3

- 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

- 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?

### Målepunkt 5

- Hvor mange er ikke i statin behandling? Hvad kan forklaringen være?
- Patienter der ikke er i statin behandling eller har LDL> 1,8 kan findes i overblikket. Vil det være aktuelt for din praksis at finde dem frem?

## Implementering og opfølgning

- Hvilke gode ideer til organisering af opfølgning og behandling er der kommet på mødet?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale fra klyngemødet der kan bruges?
- Hvilke ændringer vil det være vigtigst og lettest at gennemføre?



## Mødenoter og plan for implementering i praksis

På mødet får deltagerne udleveret: Et ark til mødenoter og en implementeringsplan.

**På ark til mødenoter** noteres de vigtigste pointer fra gennemgangen af emnet og gruppediskussionerne.

**Implementeringsplanen** udfyldes sidst på klyngemødet, hvor kommunen og klyngens medlemmer drøfter hvad de ønsker at forandre, og hvordan det bedst kan lade sig gøre. Efter mødet kan planen fx hænges i klinikken, som støtte til implementeringsarbejdet i praksis.

## Implementering og opfølgning på klyngemødet

Klyngemøderne er et godt udgangspunkt for kvalitetsarbejdet i almen praksis. Gennemgangen af klyngens data og variationer mellem praksis kan give inspiration til, hvad den enkelte praksis kan arbejde videre med. Men hvilke forandringer er de mest realistiske at gennemføre, og hvordan implementeres pointerne fra klyngemødet bedst?

KiAP har udarbejdet materiale, der kan hjælpe med at omsætte ideer fra klyngemødet til konkrete handlinger i praksis efter klyngemødet. Derudover kan KiAP levere støtte til opfølgning på et senere klyngemøde.

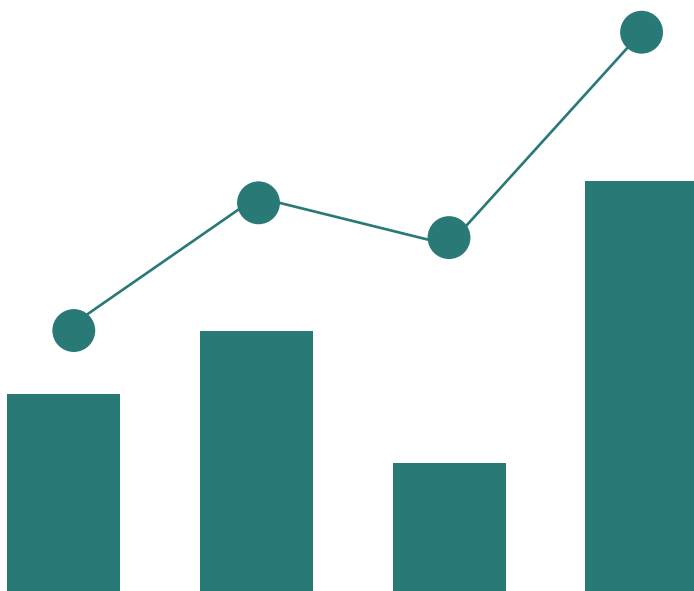
### Implementering

På mødet udleveres en implementeringsplan. Planen udfyldes sidst på klyngemødet, hvor kommunen og klyngens medlemmer drøfter, hvad de ønsker at forandre, og hvordan det bedst kan lade sig gøre. Den udfyldte plan tages med hjem og kan fx introduceres til praksispersonalet på et personalemøde.

Den regionale kvalitetsenhed kan oplyse om mulighed for støtte til implementering.

### Opfølgning

Det tager tid at skabe forandringer, og derfor anbefaler KiAP, at klyngen følger op på, om der er sket en forandring efter 6 til 12 måneder. KiAP kan i den forbindelse levere en ny opgørelse med klyngens data.



Følg udviklingen

## Referencer og inspiration

1. **Forhandlingsaftale mellem PLO og Danske Regioner (OK2018):**  
[https://www.laeger.dk/sites/default/files/overenskomst\\_om\\_almen\\_praksis\\_ok18\\_endelig\\_udgave.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/overenskomst_om_almen_praksis_ok18_endelig_udgave.pdf)
2. **Forhandlingsaftale mellem PLO og Danske Regioner (OK2022):**  
[https://www.laeger.dk/sites/default/files/forhandlingsaftale\\_ok22.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/forhandlingsaftale_ok22.pdf)
3. **DSAM vejledning for iskæmisk hjerte-kar-sygdom:**  
<https://vejledninger.dsam.dk/hjerte/>



Kvalitet i Almen Praksis  
Thomas B. Thriges Gade 48  
Opgang E, 1. sal  
5000 Odense C

C/O Lægeorganisationer  
Stockholmsgade 55, stuen  
2100 København Ø

Henvendelse til KiAP kan rettes på  
tlf. 7196 8844 eller på [support@kiap.dk](mailto:support@kiap.dk)

Læs mere om KiAPs arbejde på [www.kiap.dk](http://www.kiap.dk)