



Klyngepakke

KOL

Diagnostik



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

Klyngepakken KOL – Behandling og opfølgning er udarbejdet af praktiserende læge, professor i almen medicin og lægefaglig konsulent i KiAP **Flemming Bro**. Klyngepakken har været i review hos praktiserende læge, ph.d. og medlem af DSAM's bestyrelse **Lise Dyhr** samt praktiserende læge **Peter Bro Bystrup**.

Formål med klyngemødet

Rettidig diagnostik af KOL er vigtig af mange grunde. KOL er den fjerdehyppigste dødsårsag i Danmark, har en betydelig social slagside og er samtidig en sygdom, der har haft lav status i sundhedsvæsenet.

Patienterne følges primært i almen praksis, der således i stigende omfang bliver tovholder for den medicinske indsats i forhold til diagnostik, behandling og opfølgning.

Hos patienter med KOL er det primære mål at standse sygdommens progression, lindre symptomer og afhjælpe konsekvenserne af nedsat lungefunktion for i sidste ende at bedre patienternes livskvalitet. En forudsætning for bedre at kunne hjælpe patienterne er således et øget fokus på rettidig og korrekt diagnostik.

Formålet med klyngemødet er at drøfte status for diagnostik af KOL 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, hvordan diagnostikken foregår i dag.

Værd at vide om denne klyngepakke

Materiale og support fra KiAP	<ul style="list-style-type: none">• Et forslag til et program for mødet.• En powerpoint til mødet med opgørelser af klyngens 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.
Mødets varighed	<ul style="list-style-type: none">• 2,5 time (kan tilpasses efter klyngens behov).
Datakilde	<ul style="list-style-type: none">• Forløbsplaner for KOL.
Referencer	<ul style="list-style-type: none">• DSAM's vejledning om KOL.

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 forandringer 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>KOL-prævalens</p> <p>Hos 35+ årige kan KOL være årsag til åndenød, kronisk hoste og/eller ekspektoration samt tilbagevendende luftvejsinfektioner.</p> <p>Rygestopintervention kan være mere succesrig hos rygere, der har fået stillet diagnosen KOL.</p> <p>Pga. risiko for overdiagnostik skal raske mennesker uden symptomer (heller ikke rygere) ikke tilbydes spirometri.</p>	<p>Patienter over 35 år med vedvarende luftvejssymptomer bør tilbydes LFU.</p>	<p>Målepunkt 1</p> <p>Andel patienter, der er registreret med en KOL-diagnose (KOL-prævalens).</p>
<p>FEV1/FVC</p> <p>Patienten har ikke KOL, hvis FEV1/FVC > 0,7.</p>	<p>Patienter skal kun klassificeres med KOL, hvis FEV1/FVC kendes, og hvis FEV1/FVC < 0,7.</p>	<p>Målepunkt 2</p> <p>Andel patienter, hvor FEV1/FVC < 70%.</p>
<p>Reversibilitetstest</p> <p>Hvis FEV1/FVC < 70%, og der fortsat er mistanke om astma gennemføres en reversibilitetstest. Astma kan udelukkes, hvis FEV1/FVC >70% efter bronchodilatation.</p>	<p>Der skal udføres reversibilitetstest, før KOL-diagnosen stilles.</p>	<p>Målepunkt 3</p> <p>Andel patienter med mindst 1 reversibilitets-test (ydelseskode 7121) siden 2013.</p>
<p>GOLD</p> <p>Behandlingsstrategi vælges ud fra symptomer og eksacerbationer.</p>	<p>Indsaml information til dyspnoe skala og om antal eksacerbationer og klassificer som GOLD A, B, C, D.</p>	<p>Målepunkt 4</p> <p>Andel patienter, der er GOLD-klassificeret. Fordeling i hver GOLD gruppe.</p>

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Rygning Rygning er vigtigste faktor for udvikling og forværring af KOL.	Registrer rygestatus ved LFU/årskontrol.	Målepunkt 5 Andel patienter med registreret rygestatus.
Forløbsplan	Relevante patienter tilbydes en forløbsplan.	Målepunkt 6 Andel patienter med en forløbsplan.
Kronikerhonorar	Tilmeld patienter, der følges i almen praksis, til kronikerhonorar.	Målepunkt 7 Andel patienter, der er tilmeldt kronikerhonorar.

Du kan finde dine egne data til målepunkterne i denne klyngepakke ved at logge ind på KiAP.dk: <https://kiap.dk/kiap/praksis/forloebplaner.php>.

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 igennem mødet.

Opfølgning fra sidste møde		Er der sket forandringer i forhold til de målepunkter, som klyngen har besluttet sig for at følge op på?
Introduktion	Tid: 15 min.	Kort introduktion til mødets emne og brug af ark til mødenoter.
Blok 1: Prævalens	Tid: 20 min.	Gennemgang af klyngens data for andel patienter, der er registeret med en KOL-diagnose og drøftelse med sidemanden.
Blok 2: Diagnostik	Tid: 45 min.	Gennemgang af klyngens data for FEV1/FVC, reversibilitetstest, GOLD og rygestatus. Gruppearbejde og opfølgning i plenum.
Pause 20 min.		
Blok 3: Forløbsplan og kronikerhonorar	Tid: 20 min.	Gennemgang af klyngens data for andel patienter med en forløbsplan og andel patienter, der er tilmeldt kronikerhonorar. Gruppearbejde uden opfølgning.
Implementering og opfølgning	Tid: 30 min.	Afslutningsvist 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.

Prævalens (målepunkt 1)

- Hvilke patienter skal tilbydes LFU?
- Hvilken rolle skal praksispersonalet have?
- Hvor ligger prævalens for klyngen?
- Er det som forventet?
- Hvad skyldes variationen mellem praksis?
- Hvilken rolle skal praksispersonalet have?

Diagnostik (målepunkt 2-5)

Målepunkt 2-3

- Hvordan stiller I KOL-diagnosen i dag?
- Hvis en LFU tyder på KOL, hvordan er udredningsforløbet frem til en KOL-diagnose? Hvad sker der så?
- Hvordan ser søjlediagrammet ud for andel patienter med minimum én reversibilitetstest?
- Hvordan gennemføres reversibilitetstesten bedst i forløbet?
- Hvad registreres ved LFU?
- Hvornår henvises? Til hvad? Hvor til?

Målepunkt 4-5

- Hvilke forklaringer er mest sandsynlige, hvis der mangler GOLD-klassifikation (patient kommer ikke til årsstatus, informationerne bliver ikke samlet ind eller det registreres forkert)?
- I hvilke situationer og af hvem registreres: rygestatus, dyspnoe grad, antal eksacerbationer og influenzavaccinationer?
- Mangler der rygestatus registreringer - Hvorfor?

Forløbsplan og kronikerhonorar (målepunkt 6-7)

- Hvilke erfaringer er der med at lave forløbsplaner?
- Hvilke erfaringer har I gjort i forhold til betydningen for 1) patienterne, 2) praksis og 3) det tværfaglige samarbejde?
- Tilmelding til kronikerhonorar? Hvornår/hvornår ikke?

Implementering og opfølgning

- Hvilke forandringer i forhold til diagnostik er det vigtigst og lettest at gennemføre?
- Hvordan kan det ske?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale, der kan deles i gruppen?
- Hvad vil I tage med hjem til jeres egen praksis?



Mødenoter og implementeringsplan

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. Noterne skal bruges sidst på mødet, hvor deltagerne sammen med kolleger fra egen praksis/andre sololæger skal afgøre, hvordan de vigtigste ideer kan implementeres i praksis.

I implementeringsplanen beskrives konkret, hvad praksis vil forandre, og hvordan forandringerne skabes. Efter mødet kan planen 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.

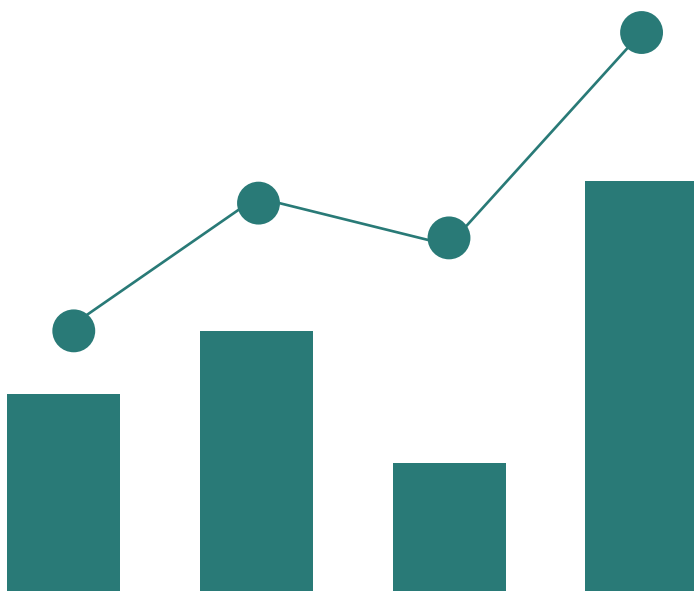
Implementering

På mødet udleveres en implementeringsplan. Planen udfyldes sidst på klyngemødet, hvor kolleger fra egen praksis/sololæger sidder sammen og drøfter, hvad de ønsker at forandre, og hvordan det bedst kan lade sig gøre. Den udfyldte plan tages med hjem i praksis og kan introduceres til praksispersonalet fx 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

Introduktion

- 1) van den Broek d'Obrenan J, Verheij TJ, Numans ME, van der Velden AW. Antibiotic use in Dutch primary care: relation between diagnosis, consultation and treatment. J Antimicrob Chemother. 2014;69(6):1701-7.
- 2) Aabenhus R, Hansen MP, Siersma V, Bjerrum L. Scand J Prim Health Care. 2017 Jun;35(2):162-169).
- 3) WHO. Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014: World Health Organisation; 2014 www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport
- 4) Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet (London, England). 2005;365(9459):579-87.
- 5) Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed). 2010;340:c2096).

Pneumoni - diagnostik

- 1) DSAM vejledning om luftvejsinfektioner: <https://vejledninger.dsam.dk/luftvejsinfektioner/?-mode=visKapitel&cid=745&gotoChapter=745>
- 2) lægehåndbogen om kold lungebetændelse: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/lunger/sygdomme/infektioner/mycoplasma-lungebetaendelse/>
- 3) Butler CC, Gillespie D, White P et al. C-Reactive Protein Testing to Guide Antibiotic Prescribing for COPD Exacerbations. N Engl J Med. 2019 Jul 11;381(2):111-120. doi: 10.1056/NEJMoa1803185.)

Pneumoni - behandling

- 1) Promedicin: <https://pro.medicin.dk/Specielleemner/Emner/318577#a210>
- 2) <https://vejledninger.dsam.dk/luftvejsinfektioner/>) RADS: <https://rads.dk/media/3995/beh-antibiotika-lrti-quick-guide-267963.pdf>
- 3) Nexoe J, Bistrup LA, Pedersen SS, Obel N, Nielsen LP, Pedersen C. Aetiology and prediction of pneumonia in lower respiratory tract infection in primary care. Br J Gen Pract. 2007 Jul;57(540):547-54).

KOL eksacerbation - diagnostik

- 1) Butler CC, Gillespie D, White P et al. C-Reactive Protein Testing to Guide Antibiotic Prescribing for COPD Exacerbations. N Engl J Med. 2019 Jul 11;381(2):111-120. doi: 10.1056/NEJMoa1803185
- 2) DSAM vejledning om luftvejsinfektioner: <https://vejledninger.dsam.dk/luftvejsinfektioner/?mode=visKapitel&cid=746&gotoChapter=746>
- 3) Sethi S, Murphy TF. Infection in the pathogenesis and course of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2008 Nov 27;359(22):2355-65.

Behandling - KOL eksacerbation

- 1) DSAM KOL vejledning om behandling af KOL in exa: <https://vejledninger.dsam.dk/kol/?mode=visKapitel&cid=1034&gotoChapter=1040>
- 2) Promedicin: <https://pro.medicin.dk/Specielleemner/Emner/318572#a000>



Kvalitet i Almen Praksis
Thomas B. Thriges Gade 48
Indgang 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

Læs mere om KiAPs arbejde på www.kiap.dk