



# Fra klyngemøde til praksisforandring

Den vigtigste opgave for kvalitetsarbejdet i klyngerne er at få ideerne og arbejdet fra klyngemøderne ført ud i den enkelte klinik, hvor det efterfølgende, systematiske arbejde foregår. Denne femte artikel om klyngerne fokuserer på, hvordan forandringer skabes i praksis.

Af / Jannik Falhof og Christian Hollemann Pedersen

**A**t skabe forandring i praksis er ikke så nemt, som det lyder. Vi kender det alle sammen godt. Vi har været til et spændende klyngemøde eller kursus med mange gode tanker og ideer, men når vi så kommer hjem til en travl hverdag i praksis, så drukner de mange gode tanker og hensigter i hverdagens arbejde.

Hvis der skal skabes forandringer med betydning for patienterne, kræver det en systematik og et fokus på netop implementeringens rolle i hele processen. I KiAP har vi forsøgt at skabe en model for, hvordan der kan arbejdes med forandringer i praksis. Den hedder "Fra klynge til praksis" og er en fast del af alle klyngepakkerne.

Modellen indeholder en opdeling og et fokus på tre elementer – før, under og efter klyngemødet.

Sagen er nemlig den, at for at skabe de bedste forudsætninger for reelle forandringer så begynder processen ikke efter klyngemødet, men derimod før klyngemødet.

## Før klyngemødet

Før klyngemødet skal klyngemedlemmerne vælge det tema, der skal arbejdes med. Det skal gerne være et, som alle i klyngen kan se sig selv i, og hvor klinikkerne ser et potentiale for forbedring eller justering.

Op til klyngemødet har alle klyngemedlemmerne mulighed for at orientere sig i klyngepakken fra KiAP, som indeholder en faglig baggrund for emnet og anbefalinger til den kliniske praksis på området. Hvis klinikken på forhånd har forholdt sig til, hvor man står i forhold til emnet, er det nemmere at drøfte temaet på klyngemødet og følge op i egen praksis efterfølgende.

## Under klyngemødet

Omdrejningspunktet for kvalitetsarbejdet på klyngemøderne er ofte de klyngepakker, som tilbydes klyngerne af både de regionale kvalitetsenheder og af KiAP.

KiAP's klyngepakker sætter fokus på et enkelt fagligt tema og giver mu-



Kontakt / jannik.falhof@dadlnet.dk

**Biografi** / Jannik Falhof er lægekonsulent i KiAP, praktiserende læge i Grenaa og tidligere klyngekoordinator for Nordjurs-klyngen. Christian Hollemann Pedersen er chefkonsulent i KiAP.



1

### Før klyngemødet

- ✓ Du bestiller klyngepakken
- ✓ Vi kontakter dig og gennemgår pakken
- ✓ Vi afklarer evt. ønsker sammen
- ✓ Du modtager PowerPoint til facilitering
- ✓ Du modtager opgørelser af data

2

### Under klyngemødet

- ✓ I drøfter data og variationer
- ✓ I deler erfaringer og får inspiration til ændringer
- ✓ I planlægger implementering i praksis
- ✓ I planlægger opfølgning på et senere møde

3

### Efter klyngemødet

- ✓ I arbejder med at implementere hovedpointer fra klyngemødet
- ✓ Vi kan sende en ny opgørelse af data til opfølgning
- ✓ Den regionale kvalitetshed kan oplyse om mulighed for støtte til implementering.

lighed for at sammenligne data på tværs af klyngedeltagernes praksis, således at variationen mellem de enkelte praksis i klyngen bliver udgangspunktet for den faglige drøftelse.

Klyngepakkerne og præsentationen

af data giver en god mulighed for at drøfte, om den variation, der ses i data, skyldes forhold som variation i praksispopulationer og lignende, eller om den variation, der ses, giver anledning til ændringer i den kliniske praksis.

Foto 1 /  
KiAP



## Faktaboks / Implementeringsplan

Planen består af følgende overordnede spørgsmål:

- Hvad vil praksis ændre?
  - Hvad er målet – og hvilke forandringer er de vigtigste og nemmeste at gennemføre for at nå målet.
- Hvordan skal forandringerne skabes?
  - Beskriv, hvad der konkret skal til for at skabe forandringerne?
- Hvem gør det?
  - Hvem skal sikre, at der sker forandringer?
- Hvornår skal det være færdigt?
  - Hvornår skal ændringerne foretages?

Foto 2 /  
KiAP



### Implementeringsplan

Emne på klyngemøde:

Dato for klyngemøde:

Hvad vil praksis ændre?	Hvordan skal forandringerne skabes?	Hvem?	Hvornår?



Gennemgangen af data er det helt centrale i forhold til at få hørt andres erfaringer, som kan inspirere til at skabe forandringer i egen praksis. Klyngen kan også efter den fælles drøftelse af data vælge at opstille konkrete fælles målsætninger, som hver klinik efterfølgende skal arbejde for at opfylde i egen praksis.

For at støtte processen fra erfaringsudvekslingen på klyngemødet til forandringer i klinikken har KiAP udarbejdet en plan for implementering i praksis.

Implementeringsplanen udfyldes på den sidste del af klyngemødet, og tanken er, at den skal bruges hjemme i klinikken som et redskab til at skabe forandringer på de områder, som man på klyngemødet er blevet inspireret til.

### Efter klyngemødet

Når man kommer hjem i praksis efter et klyngemøde, er det tid til at implementere ideerne og eventuelle fælles målsætninger i praksis. Det sker med udgangspunkt i den implementerings-

» **Erfaringen er, at det er vigtigt, at der på personalemøderne i de enkelte klinikker arbejdes systematisk med, hvordan praksispersonalet kan være med til at implementere ideerne og beslutningerne fra klyngemødet**

plan, som klyngemedlemmerne udfyldte under klyngemødet.

Det er langt sværere end som så at skabe reelle og varige forandringer, fordi implementeringsopgaven er i konkurrence med mange andre opgaver i en travl hverdag. Så forsøg at gøre det enkelt.

Først og fremmest er det vigtigt at være klar på, hvad der skal laves om, hvordan det skal gøres, hvornår og af hvem.

Det er vigtigt at få processen forankret i hele klinikken. Det kan ske ved, at der efter klyngemødet afholdes et fællesmøde i klinikken, hvor det faglige tema drøftes, og hvor det besluttet, hvordan der følges op for at ændre procedurer, arbejds gange eller lignende. Der kan eksempelvis udpeges et tovholderteam med både læge og praksispersonale. Klyngens læger i solopraksis kan aftale at have et eller flere opfølgende møder, hvor de kan sparre med hinanden. Derudover kan det give rigtig god mening at lade klinikens årshjul følge klyngens temaer.

For at følge op på implementeringsindsatsen på tværs af klyngemedlemmernes praksis kan klyngen på det næste møde foretage en kort gennemgang af status på forandringerne i de enkelte klinikker, så man på den måde bliver mindet om emnet igen. Hvis klyngen ønsker at se en eventuel effekt af tiltagene, kan data trækkes igen efter eksempelvis 12 måneder og sammenlignes med det første datatræk.

### Implementering i praksis

At få ting til at ske i praksis kræver en indsats – men den er ofte meget mindre, end man skulle tro. I det følgende præsenteres nogle konkrete eksempler på, hvordan der er arbejdet med implementering i praksis på en måde, så det kan passes ind i en travl hverdag.

I KOOL-klyngen i Kolding har man eksempelvis haft gode erfaringer med forløbsplaner og de muligheder, der er for at følge hurtigt og nemt op ved hjælp af patientlister og patientoverblik.

Der findes for de sygdomme, der er inkluderet i forløbsplanerne (KOL, type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom og hypertension), patientlister for hver patientgruppe. Patientlisterne inkluderer alle patienter i praksis med de



## Faktaboks / Forløbsplaner

Der findes for de sygdomme, der er inkluderet i forløbsplanerne (KOL, type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom og hypertension), patientlister for hver patientgruppe. Sammen med patientlisterne findes også 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.

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 har god samvittighed kan sige, at vi har overblik over vores patienter”, siger klyngekoordinator Henrik Rasmussen fra KOOL-klyngen i Kolding.*

Han har også aktivt brugt patientoverblikket, der findes i forløbsplanerne.

*“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 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 %.”*

Også i Køge-klyngen er der blevet ar-

bejdet systematisk med at skabe forandringer i praksis efter klyngemøderne. På et af deres møder blev der fx arbejdet med KOL, hvor deltagerne blandt andet selv skulle finde antallet af KOL-patienter, samt hvor mange enkelt- og dobbelt-lungefunktionsundersøgelser der blev foretaget. Data viste en vis spredning mellem de enkelte læger.

På klyngemødet opstillede lægerne en række målsætninger på baggrund af arbejdet med data. For det første dedikerede klyngemedlemmerne sig til, at alle skulle være på forløbsplaner året efter. For det andet, at alle skulle bruge lungefunktionsundersøgelserne korrekt. Og for det tredje, at der skulle findes nogle flere med KOL, herunder at der skulle spørges mere ind til rygning.

Drøftelserne om KOL på klyngemødet fik klyngekoordinator Helle Frandsen til at gennemgå alle KOL-patienter i sin egen klinik i forhold til, om de var kodet rigtigt. Derudover blev arbejdet også lagt om, da der var mange dobbelt-lungefunktionsundersøgelser.

Efter en drøftelse med sygeplejerskerne i klinikken laver de nu enkelt- i stedet for dobbelt-lungefunktionsundersøgelse. Personalet er blevet efteruddannet, og der bliver nu spurgt mere ind til rygning, og forløbsplanerne bliver fulgt.

På det opfølgende klyngemøde året efter blev der bl.a. fulgt op på data for antal KOL-patienter og antal enkelt- og



## Faktaboks / Ideer til bedre implementering

### Før klyngemødet

- Klyngemedlemmerne opfordres til at drøfte i klinikkerne, hvordan det, de forventer at lære på klyngemødet, kan anvendes i praksis.

### Under klyngemødet

- Der lægges tid ind i programmet til, at klyngemedlemmerne både kan notere egne ideer og refleksioner i forhold til emnet og i slutningen af mødet udarbejde en konkret plan for implementering i praksis.

### Efter klyngemødet

- Der opfordres til, at der afholdes et fællesmøde i klinikken, hvor det besluttet, hvordan ideerne og beslutningerne fra klyngemødet føres ud i praksis. Klyngens læger i solo praksis kan aftale at have et eller flere opfølgende møder, hvor de kan sparre med hinanden.
- Der følges op på resultaterne af indsatsen på næste klyngemøde, og data kan genbesøges efter 6-12 måneder.

*Hilde:* Efter idé af Bent Gringer, chefkonsulent, PLO-E



Du finder mere inspiration til implementering på KiAP's hjemmeside:  
<https://kiap.dk/kiap/klynge/klyngekoordinator/inspiration/implementation.php>

dobbelt-lungefunktionsundersøgelser. Det viste sig, at klyngen havde rykket sig blandt andet i forhold til brugen af forløbsplaner, og ved at der var fundet flere KOL-patienter.

Erfaringen er, at det er vigtigt, at der på personalemøderne i de enkelte klinikker arbejdes systematisk med,

hvordan praksispersonalet kan være med til at implementere ideerne og beslutningerne fra klyngemødet.

Klinikkens årshjul over emner, der drøftes på personalemøderne, kan således passende tilpasses klyngens temaer.

Interessekonflikter: *ingen angivet*



## HOVEDBUDSKABER

1. Det kræver en vis systematik at skabe forandringer i praksis efter et klyngemøde. Som hjælp har KiAP udviklet en simpel implementeringsplan.
2. Før klyngemødet forbereder hver klyngedeltager sig på mødet, diskuterer eventuelt emnet i klinikken og kigger på egne data.
3. Under mødet udfylder hver klyngedeltager en kort implementeringsplan, som skal bruges til at skabe forandringer i klinikken. I planen svares der på, hvad man vil ændre, hvordan forandringerne skabes, hvem der skal gøre det, og hvornår forandringerne skal foretages.
4. Efter mødet kan der afholdes et fællesmøde i klinikken, hvor temaet fra klyngemødet drøftes, og hvor planen for implementering i praksis sættes i værk.
5. Der er gode erfaringer med, at klyngerne følger op på emnet ved et efterfølgende klyngemøde, og at man genbesøger data efter 6-12 måneder for at sammenligne med første datatræk.