



Marts 2010

Referater fra de blandede borde konsulentuddannelsen 18. marts 2010

Følgende er referaterne fra de blandede borde. Først beskrives casen der blev arbejdet ud fra, efterfølgende kommer selve referatet. Der er i alt 6 cases.

Case 1

Se denne henvisningsvejledning fra BBH
KOL-rehabilitering
Bispebjerg Hospital

Type af tilbud: KOL

Formål og indhold:

Rehabilitering af patienter med svær KOL

Målgruppe:

KOL-patienter med svær KOL.

Kriterier for deltagelse:

FEV1 mindre end eller lig med 30% af det forventede, eller FEV1 mindre end 50% af det forventede med samtidig betydende komorbiditet.

Tilmelding og visitation:

Patienten henvises via egen læge per edifact eller fra andre hospitalsafdelinger.

Kontakt:

KOL-rehabiliteringssygeplejerske, Tlf. 2613 5115, mandag-torsdag i dagtiden.

Tid og sted:

Der skal være tilmeldt 12 deltagere, før der oprettes et hold. Patienten vil modtage information om dette ved tilmelding. Der vil her også være oplysninger om tid og sted, da tidspunkterne kan variere fra hold til hold.



Forløb:

14 træningsgange med opvarmning, gangtræning, cykeltræning og styrketræning tilpasset individuelt samt 6 undervisningsgange med emner som fx sygdommen, inhalationsmedicin, vejtrækning, fysisk aktivitet, hvordan hverdagen bedst klares, ernæringsrigtig kost og rygestop. Hvert besøg er af ca. 1½ times varighed.

Udbyder:

Lungemedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital.

Pris:

Gratis.

PKO gennemgår henvisningerne med overlægen

20% af henvisningerne fremsendes pr. fax

30% af henvisningerne beskriver ikke patientens comorbiditet

25% af henvisningerne beskriver ikke LFT – har blot skrevet svær KOL

Udarbejd forslag til at bedre samarbejdet mellem almen praksis og hospital.

Referat fra case 1

Indledende drøftelse af elektroniske henvisninger

Iflg. lægerne sendes langt de fleste henvisninger elektronisk. Der er ingen grund til ikke at sende elektroniske henvisninger iflg. datakonsulent.

Alligevel blev en række problemer nævnt med de elektroniske henvisninger:

- 1) Flere hospitaler kan ikke modtage e-henvisninger.
- 2) Der er i nogle tilfælde begrænsninger i forhold til hvor meget, man kan vedhæfte en henvisning, derimod er der gode muligheder for at klippe tekst ind.
- 3) I tilfælde hvor der er formularer, der kræver patientens underskrift, får patienten formularen i hånden og bringer den med på hospitalet. Det er dog ikke alle hospitalsafdelinger, der synes dette er OK.

Konklusion: Der er brug for en vis ensretning af e-henvisninger. Fx skulle der være obligatoriske felter såsom patientens tlf. nummer og oplysninger om patientens komorbiditet og medicin.



Rehabiliteringstilbud

Flere patienter ville få glæde af det, hvis det var nemmere for lægen at få fat i oplysningerne om de aktuelle tilbud. Der er efterhånden mange forskellige rehabiliteringstilbud, og der er forskellige kriterier for deltagelse. Oplysningerne om tilbud ligger på sundhed.dk, men det kræver flere klik at finde fremme til dem (først skal kommunekoden i øvrigt findes), og det skal ske under konsultationen.

Forslag til at forbedre samarbejdet mellem hospitaler og almen praksis

- 1) Hospitalerne kunne invitere de praktiserende læger til en snak om fx LFT og forklare, hvorfor det er vigtigt med det eksakte tal. Lægerne kunne til gengæld forklare at ”svær KOL” er en fortolkning og bygger på en undersøgelse, der er foretaget. Alle ved fx at undersøgelsen bliver gentaget, når patienten ses på hospitalet, så der er bl.a. rutiner involveret i den nævnte problematik om LFT.
- 2) PKO’erne kunne opsøge lægelaug og ad den vej bringe erfaringer fra praksis ind på hospitalerne.
- 3) En nærmere analyse af henvisningerne kunne lede frem til, at der var brug for at kontakte enkelte praksis direkte for at høre, om det er muligt at ændre på henvisningernes indhold og hvori barriererne består.



Case 2

KVEU har det som en af sine mål i 2011 at sætte fokus på praksisorganisering:

Gruppen bedes at vælge tre områder hvor de mener, at indsatsen skal være – f.eks. personaleuddannelse

Referat fra case 2

Opgaven var at komme med forslag til områder, som kunne understøtte fokus på praksisorganisering, som er et af KVEU's mål i 2011.

Først lavede gruppen brainstorm på hvad begrebet praksisorganisering indebærer?

- 1) Personaleudd.
- 2) Ledelsesoprustning af praktiserende læger
- 3) Organisering af kronikerforløb
- 4) Opgaveglidning
- 5) Efteruddannelsesprincipper (den lærende organisation)
- 6) Udvikling af indikatorer til kvalitetsudvikling
- 7) Brugerperspektivet
- 8) UTH i praksis
- 9) IT-datafangst.

Der er generelt mange ønsker for hvad praktiserende læger skal beskæftige sig med både fra omgivelserne og fra gruppen selv. Det er også en kunst at begrænse sig og gøre noget ordentligt i stedet for at gøre det hele på en gang.

Gruppen diskuterede den nordjyske model med at hver konsulent i regionen får tildelt 5-6 praksis, som han / hun er mentor og kontaktperson for, så man letter den enkelte praksis' indgang til hele konsulent-hjælpetilbudet og der bliver en konkret person at forholde sig til, som kender alle dørene, man kan gå ind ad, hvis man mangler hjælp. Virker for de fleste i gruppen som en tiltalende model, men der er bekymring for om de enkelte konsulenter ville være klædt på til det og om det kunne vanskeliggøre rekrutteringen yderligere.

Det overvejes, om den kommende ordning med uddannelsen af facilitatorer i forbindelse med implementering af kroniske forløb måske kunne udvides til at disse kommende konsulenter, som skal rundt til alle praksis, ville kunne uddannes til også at have den anden rolle.

Gruppen prioriterer fgl. 3 områder som mulige emner at beskæftige sig med i 2011:

- 1) Ledelse. EUV er i gang med udvikling af et tilbud. Der kører et leder-uddannelsesstilbud på Bornholm i øjeblikket, som muligvis vil kunne lede til nogle erfaringer, der kan bidrage til udvikling af det kommende tilbud i Region H. Det overvejes om der kunne være brug for noget der svarer til andre regioners PUK, som en slags diagnostisk konsulent for at hjælpe praksis med at afdække hvad deres ledelsesproblemer er.



**Center for
Kvalitetsudvikling og Efteruddannelse
i Almen Praksis i Region Hovedstaden**

- 2) Personaleuddannelse, så mere kan uddelegeres. Dette kunne gøres i samarbejde med EUV, RIV, Data-konsulenter og PKO.
- 3) Udvikling af begrebet ” Den lærende organisation”. Så man styrker den løbende udvikling i hver enkelt praksis, så opmærksomheden styrkes på at der er mange andre måder end et kursus, som kan danne baggrunden for at ny viden kan implementeres.



Case 3:

Konsulenternes rolle i forhold til KVEU.

- Ansøgninger.
- Møder.
- Kvalitetsudviklingsprojekter.
- Opfølgning (formidling, implementering).

Hvordan kan de forskellige ordninger styrke KVEU-arbejdet?

Referat fra case 3

Konsulenternes rolle i forhold til KVEU: Hvordan kan de forskellige ordninger styrke KVEU-arbejdet ? i forhold til – Ansøgninger – Møder – Kvalitetsudviklingsprojekter - Opfølgning)

Først var det nødvendigt med en afklaring af sammensætningen af KVEU (4 regionalt udpegede medlemmer og 4 medlemmer fra Praksisudvalget, her sakset fra sundhed.dk hjemmeside):

Regionsmedlem Jannie Hjerpe og Regionsmedlem Lene Kaspersen (begge politikere), Stabsdirektør Else Hjortsø, Koncern Praksis og Inge Kristensen, Koncern Plan og udvikling. Udpeget af Praksisudvalget: Dorthe Halkjær, Anette Skov, Kirsten Vinsand og Henrik Rømer. Endvidere deltager leder og souschef fra KvEAP (Bente Nielsen, Heidi Mortensen), 1 observatør fra Kvalitetsudviklingskonsulenterne (Lise Dyhr), fra PKO (Lars Rytter) fra DGE (Arne Hantho).

Herefter var gruppen enige om at de enkelte konsulentgrupper hver især kunne bidrage til en faglig styrkelse alt efter emne og fokus. Det blev understreget, at disse bidrag ikke skulle ses som et tilbud, men en insisteren på at relevant faglig viden blev anvendt og inddraget. Dette ledte diskussionen hen på, hvorledes dette sikres. Gruppen vil foreslå flg:

- Konsolidering af det allerede etablerede konsulentnetværk i KvEAP-regi. Dette indebærer at
 - Styregruppe og enkelte konsulenter prioriterer deltagelse
 - Evt. hyppigere mødeaktivitet
 - De enkelte konsulentgrupper er sig bevidst om fordele ved at netværke på tværs
 - De enkelte konsulentgrupper repræsenteres ved personer, der har opsøgende funktion (dvs. dem ” der arbejder i marken”)



**Center for
Kvalitetsudvikling og Efteruddannelse
i Almen Praksis i Region Hovedstaden**

KVEU bør være bredt funderet med deltagelse af observatører fra de forskellige konsulentgrupper.
Samme underpunkter som foroven!



Case 4:

Der er indført nye "Hjertepakker" i lighed med de kendte "Kræftpakker".

PKO har fået til opgave at formidle de nye samarbejdsaftaler mellem praksis og hospital.

Diskuter metoder og foreslå egnet strategi herfor, samt hvordan man kan drage nytte af de øvrige konsulents viden. Målet er at nå frem med budskabet til så mange kolleger som muligt og fremme implementeringen ude i praksis.

Referat fra case 4:

Der var enighed om, at det er særdeles vigtigt at have en palet af tilbud, idet diversiteten er stor. Følgende er forskellige tanker og overvejelser til udvikling af en palet.

- Praksisinformation – formidle igennem praksisinformation, gerne under flere forskellige ordninger.
- Sende en skriftligt brev med posten – i dette brev der kan både være information om et eventuelt gå hjem møde, der kan være information om baggrunden for det, der kan være en simpel vejledning til, hvordan det kan implementeres i praksis.
- Der skal skrives ud mange gange i fx praksisinformation – gentagelse.
- Invitere til gå hjem møder på forskellige ugedage – fx i alt 4 møder.
- Medicinkonsulenterne kan tage information med ud på besøg.
- Alle ordninger er ansvarlige for at tage informationer med videre ud i deres respektive baglande – herunder hvordan arbejde systematisk med det?
- I selve undervisningen tænke de forskellige konsulentordninger ind.
- Efteruddannelsesvejlederne udarbejde et katalog, som de sender ud hver halve år, hvorfra der kan rekvireres undervisere. I sådan et katalog fx fokusere på nye pakker eller andet relevant der dukker op.
- Bruge konsulentnetværket til at idé-udvikle, koordinere og formidle ny viden.
- Arbejde med at etablere en kontaktpersonordning, hvor alle ansatte lægelige konsulenter har fx 4-6 praksis som de er kontaktperson for.
- Arbejde videre med sundhed.dk, så der bliver lettere adgang til links, links til ICPC i forbindelse med kodning, samt så henvisninger kan sendes direkte elektronisk.



Case 5:

Der er ændret i regler for svangreomsorgen.

Det er PKO's opgave at facilitere, at de nye regler bliver implementeret i samarbejdet mellem praksis og hospital.

Planlæg et gå-hjem-møde, hvor dette er emnet, men hvor deltagerne inddrages under mødet, og der udnyttes flere forskellige konsulentgruppers kunnen i forbindelse med planlægning og afholdelse.

Referat fra case 5:

Titel:

Hvordan svinger de svangre mellem almen praksis og hospital? De nye regler for svareomsorg.

Læringsmål:

- Hvori består ændringerne (viden).
- Hvordan gør man det så (kundskab og færdigheder).
-

Målgruppe:

Fra hospitalets optageområde inviteres:

- Læger og deres praksispersonale.
- Obstetrikere.
- Jordmødre.
-

Metode:

4 timers temamøde kl. 12-16.

Temamøde er valgt frem for gå hjem møde, for at kunne få tilskud, samt for at kunne få praksispersonale med.

Deltagerne skal forberede sig inden mødet ved at have læst de nye regler igennem.

Form:

- PKO'er byder velkommen til temamødet.
- Kort oplæg om de nye regler ved almen medicin.
- Opdeling i tværfaglige grupper af max 8 personer. Der vises 4 videooptagelser (cases) af svangrekonsultationer. Efter hver case skal grupperne stratificere den svangre i forhold til den nye vejledning (niveau 1-5). Alle grupper afgiver en stemme per case for deres vurdering af den svangres stratificerings niveau. Afstemningsresultatet bruges i en efterfølgende dialog mellem deltagerne og et ekspertpanel bestående af; en jordmoder, en almen medicin og en obstetriker. Ekspertpanelet skal også give et bud på, hvad de nye svangreregler betyder for dem. En efteruddannelsesvejleder fungerer som moderator for dialogen.



- Nyt gruppearbejde, hvor deltagerne opdeles i grupper af max 8 personer. Grupperne sammensættes af personer fra samme fag (uddannelses/jobfunktion). Faggrupperne skal diskutere, hvad de nu vil gå hjem og gøre anderledes efter temamødet. Resultatet af gruppearbejdet afmeldes i plenum og fungerer samtidigt som en evaluering af, hvad deltagerne har fået ud af temamødet.

Redskaber:

Katedral oplæg, dialog, gruppearbejde, video.

Undervisere:

Almen mediciner, en jordmoder, en obstetriker, en efteruddannelsesvejleder som moderator.

Læringsrammer:

Stort rum med fladt gulv af hensyn til gruppearbejdet. Formentligt på et hospital. 4 timer klokken 12-16.00 så også praksispersonalet kan deltage, og der kan gives økonomisk tilskud til deltagerne.

Evaluering:

- Afrapporteringen fra det sidste gruppearbejde fungerer som en evaluering af, hvad deltagerne selv har fået ud af temamødet.



Case 6:

Siden 2007 er Region Hovedstaden overgået til kun at udsende nyheder elektronisk. Vi kan se, at det er langt fra alle læger i Region Hovedstaden, som er tilmeldt nyhedsbrevet.

Hvordan får vi alle ca. 1100 praktiserende læger til at bruge sundhed.dk, hvor alle nyheder nu udsendes, således at den gruppe læger, som ikke bruger det elektroniske medie, ikke tabes på gulvet?

Referat fra case 6:

I gruppen diskuterede vi problematikken ud fra 3 vinkler.

Indhold og vedkommenhed

Først talte vi om indhold og vedkommenhed som parameter for om man i en travl hverdag gav sig tid til at få læse nyhedsbrevet fra Region H ud fra et argument om at det er bemærkelsesværdigt at 1100 læger ikke føler de mangler disse informationer.

Vi talte om muligheden for at måle antal klik pr artikel for at redaktionen kunne få en viden om hvilke artikler der fik læseren til at reagere .. og blive klogere på hvordan man laver en 'kioskbasket' og sælger den varer man gerne vil have over kanten i de travle lægers mailboxe.

Vi talte også om muligheden for at abonnere på det stof der var relevant for den enkelte så man ikke skulle forholde sig til hele nyhedsbrevet.

Virkeligheden for mange er at hvis der er super travlt den dag nyhedsbrevet lander i mailboxen, så er det ikke der man åbner det og dagen efter er det glemt igen.

Viden om læserne og 'ikke-læserne'

Vi diskuterede også muligheden for at få viden om hvem det så er der vælger at abonnere på nyhedsbrevet og hvem der ikke gør. For ad den vej at se om der tegner sig et billede, en tendens hos begge lejre.

Tvang

Endelig talte vi sidst om at tildele alle læger en mailadresse hvor de samtidig bliver tilknyttet nyhedsbrevet via den mail. Både for at sikre at det lander i deres mailbox, men også for at få samlet og registreret mailadresser til alle landets læger.