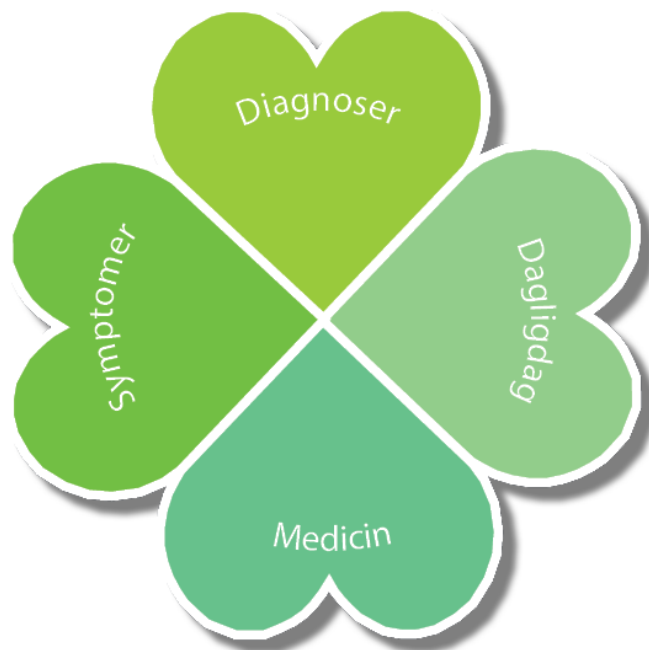


# håndbog



projekt

overblikskonsultation



## Indhold

Baggrund om projektet.....	1
Hvem må man invitere.....	2
Identifikation af patienterne.....	3
Dataudtræk fra praksissystemet.....	3
Hvordan planlægger vi konsultationerne .....	5
Tidsforbrug.....	5
Selve konsultationen.....	5
Notatet efter konsultationen og korrespondancer .....	5
Overblikskonsultationen .....	6
Før konsultationen .....	6
Under konsultationen .....	6
Efter konsultationen .....	6
Eksempler på fraser .....	7
Frase til overblik (enten i journalen eller under resumé) .....	7
Frase til journalen .....	7
Patientcase med udfyldt frase .....	8
Resumé i journal .....	8
Samtalen til overblikskonsultation .....	8
Notat fra overblikskonsultationen .....	9
Kommunikation om projektet til patienterne .....	4
Praktiske oplysninger .....	1



## Baggrund om *Overblikskonsultationen*

Som en del af OK22 blev det besluttet at igangsætte et forskningsprojekt, for at undersøge om en fokuseret indsats i almen praksis, for patienter med kompleks multimorbiditet, kunne gavne patienterne, almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Dette projekt går ud på at tilbyde en forlænget overblikskonsultation til patienter med kompleks multimorbiditet.

Personer med multisygdom oplever ofte et fragmenteret forløb, og manglede koordinering, i sundhedsvæsenet. Dette projekt vil afdække, om en styrket indsats til personer med multisygdom kan føre til mere sammenhængende forløb, og dermed højere livskvalitet og mere sundhed for patienterne.

Almen praksis har en bred faglighed, bygger på kontinuitet og tager udgangspunkt i patientens samlede situation. Derfor er den styrkede indsats i dette projekt, bestående af en forlænget overblikskonsultation og koordinering af det tværsektorielle samarbejde, forankret i almen praksis.

Overblikskonsultationen kan tilbydes én gang om året og honoreres med 967,63 kr. (april 2021 niveau). I forlængelse af overblikskonsultationen, kan der ved behov arrangeres en tværsektoriel videokonference. Dette honoreres med 161,27 kr. per modul (april 2021 niveau).

I forbindelse med projektet følger vi op på patienternes helbred og livskvalitet med registerdata og spørgeskemaer til patienterne. Data fra projektet kan bruges i klyngearbejdet.

## Praktiske oplysninger

*Overblikskonsultation:* ydelseskode **4538**

*Tværsektoriel videokonference:* ydelseskode **4539**

- Det anbefales at patienten tildeles en fast læge eller et fast hold i praksis (hvis de ikke har det).
- Konsultationen skal foregå hos den faste læge
- Man kan tage ydelserne selvom patienten er på kronikerhonorar
- Man kan tage ydelserne samme dag som andre ydelser
- I kan tilbyde overblikskonsultation til maksimalt 40 patienter per tilmeldt læge i 2023
- Patienterne kan inviteres én gang i 2023 og én gang i 2024



## Hvem må man invitere?

### Patienten skal:

1. Være mindst 18 år
2. Have to eller flere kroniske sygdomme
3. Opleve betydelige problemer\* i relation til sit liv og helbred på grund af sin multimorbiditet.
4. Have 5 eller flere receptpligtige præparater på medicinlisten
5. Have mindst én kontakt til sekundærsektoren inden for det seneste år\*\*
6. Være hjemmeboende (med eller uden hjemmehjælp)

\* *de nævnte betydelige problemer kan være biomedicinske, psykosociale eller komme til udtryk i relationen til sundhedsvæsenet. at have mange kroniske sygdomme fra forskellige organsystemer eller*

- *at have mange kroniske sygdomme fra forskellige organsystemer*
- *at én eller flere af sygdommene er ny-diagnosticerede eller dårligt regulerede*
- *at have et dårligt netværk*
- *at være angst eller utryk*
- *at føle sig begrænset fysisk og socialt af sine sygdomme*
- *at have svært ved at overkomme sine aftaler*
- *at føle sig svigtet af sundhedsvæsenet.*

\*\* Hvis patienten har opfyldt kriterierne og været til en overblikskonsultation i 2023, må vedkommende gerne inviteres igen i 2024 selvom der ikke har været kontakt til sekundærsektoren i 2023.



## Identifikation af patienterne

Det er vigtigt for projektet at alle praksis hurtigt kommer i gang med at finde patienter og invitere til overblikskonsultation.

Der er overordnet to tilgange til at finde patienterne, som eventuelt kan kombineres:

- Løbende identifikation og invitation når patienterne alligevel kommer i praksis
- Samlet identifikation på baggrund af dataudtræk

Fordelen ved den første er at patienterne allerede har en relation til praksis og derfor rimeligt let vil kunne inviteres. Fordelen ved nummer to er at I finder patienter som ellers ikke kommer så tit i praksis og som kunne have ekstra gavn af indsatsen.

## Dataudtræk fra praksissystemet

Det har vist sig at være svært at lave en algoritme, der finder de patienter, der er mest belastet af deres multimorbiditet. Lægesystemerne kan forskellige ting. Nogle gode fif til søgning er:

Kombinationer af diagnoser: Mere end tre diagnoser fra forskellige organsystemer/diagnosegrupper fanger mange, der kunne opfylde kriterierne. **(Se desuden "hvilke patienter kan man inviteret til overblikskonsultation")**

- Medicin: Ti eller flere præparater til fange mange med kompleks multimorbiditet.
- Ydelser: flere 0120 eller forløbsydelser
- Indlæggelser/epikriser: Jo flere forløb i sekundærsektoren, jo mere komplekst vil det ofte opleves for patienten.

Uanset hvilken metode I bruger, vil listen skulle løbes igennem manuelt af én, der kender patienterne før I inviterer for at sikre, de opfylder kriterierne.



## Kommunikation om projektet til patienterne

### **Forslag til tekst til hjemmeside/infoskærm:**

”Denne praksis deltager i et landsdækkende kvalitets- og forskningsprojekt for at forbedre behandlingen for mennesker med flere kroniske sygdomme. Hvis du har kronisk sygdom, kan du derfor opleve at blive kontaktet af projektet med et spørgeskema fra Københavns Universitet i e-Boks. Det er helt frivilligt om du vil svare. Projektets hjemmeside: <https://overblikskonsultation.ku.dk/>”

### **Forslag til invitation af patienter:**

Kære XXX

Vi har fået mulighed for at tilbyde en forlænget overblikskonsultation til patienter med flere kroniske sygdomme, der oplever problemer i forbindelse med disse.

Ved konsultationen bruger vi cirka en halv time sammen på at tale om hvordan dine sygdomme påvirker din hverdag, få overblik over dine sygdomme, gennemgå din medicin og sammen lægge en plan for din videre behandling her i praksis og eventuelt på hospitalet og hos kommunen.

Vi vil gerne invitere dig til at komme til en overblikskonsultation her hos os. Ring mellem kl. XX og XX og bestil tid.

Du må meget gerne inden konsultationen:

- Tænke over hvordan dine sygdomme belaster dig i hverdagen
- Overveje om du oplever nogle problemer i forbindelse med din behandling, som du gerne vil drøfte med os
- Skrive ned, hvilke diagnoser, du har og hvilken medicin, du tager. Medbring eventuelt din medicin i stedet.

Med venlig hilsen

XXX



## Hvordan planlægger vi konsultationerne?

### Tidsforbrug

Der er ikke specifikke krav til tidsforbruget i overenskomsten. I overenskomsten står der: "Der indføres en ydelse med et honorar på 967,64 kr. (apr. 2021-niveau), som skal dække den praktiserende lægers tidsforbrug til den beskrevne fokuserede og tværfaglige indsats. Honoraret dækker gennemførelse af de aktiviteter/patientbehandling, som er forbundet med projektet."

### Her er et vejledende forslag til hvad man kan afsætte af tid i kalenderen til en start:

- Skabe et overblik inden konsultationen (15-30 min):  
Der vil være brug for mere tid hvis der ikke tidligere er lavet et overblik over patientens helbred
- 30-45 minutter til selve konsultationen:  
Det varierer både fra læge til læge og fra patient til patient hvor lang tid der er brug for. Vi undersøger i løbet af projektet hvad der opleves som mest meningsfuldt at sætte af.
- Ekstra tid efter konsultationen til notat og koordinering (15 min):  
Denne tid skal gerne sættes af for at undgå "hængepartier". Hvis man arbejder bedst med at løse disse opgaver på et andet tidspunkt end umiddelbart efter konsultationen, kan man sætte tiden af på et andet tidspunkt.

### Selve konsultationen

Selve konsultationen tager udgangspunkt i **patientens perspektiv** som afsæt for et **fælles overblik** og prioritering med det formål at lave en fælles, **prioriteret behandlingsplan**, som **koordineres** med andre sektorer.

### Konsultationen består af fire dele:

- **Patientens del:** Hvor patienten får tid til at fortælle om sit helbred og sine problemer
- **Lægens del:** Hvor lægen prioriterer diagnoser og problemer og identificerer indsatsområder
- **Den fælles prioritering:** Hvor den fælles behandlingsplan aftales og indsatsområder prioriteres
- **Den tværsektorielle kommunikation:** Hvor lægen har tid til at kommunikere med patientens andre behandlere når det skønnes relevant.

Det er **ikke** meningen at man skal lave status på enkelt sygdomme, tage stilling til paraklinik eller lave komplekse medicinændringer. Alt dette klares til de enkelte årsstatusser. Erfaringen siger, det er svært for både læge og patient at tilpasse sig denne konsultationsform i starten.

### Notatet efter konsultationen og korrespondancer

Notatet, man laver efter konsultationen skal bruges både til koordinering internt i praksis, og til at sende videre til kommune og/eller hospital når det er relevant. Man kan også printe notatet og give det til patienten. Vi har lavet en frase, man bruge til notatet. Den er senere i denne håndbog.

Frasen opdateres løbende når der kommer nye erfaringer og opdaterede versioner sendes ud til jer.



## Overblikskonsultationen

### Før konsultationen

<b>Lægens forberedelse</b>	<p>Skab overblik over diagnoser, medicin og forløb</p> <p>- eventuelt ved at lave et fokuseret resume</p> <p>Brug eventuelt frasen ” Frase til overblik” i håndbogen</p>
<b>Patientens forberedelse</b>	<p>Bed gerne patienten overveje, hvad vedkommende oplever af helbredsproblemer, og hvad der generer eller bekymrer i dagligdagen</p> <p>Forbered patienten på at samtalen ikke handler om justering af enkelte sygdomme, men at danne et overblik og lægge en plan sammen</p>

### Under konsultationen

<b>Patientens del</b>	<p>Afsøg en fælles holdning til, hvad dagens samtale skal handle om</p> <p>Spørg til symptomer, bekymringer, problemer med forløb i sundhedsvæsenet og problemer med medicinen.</p>
<b>Lægens del</b>	<p>Hvilke diagnoser har patienten, og hvem har behandlingsansvaret: Passer det med dit overblik?</p> <p>Hvilken medicin indtager patienten og på hvilken indikation, hvem må forny?</p>
<b>Den fælles prioritering</b>	<p>Prioriter indsatsområder sammen med patienten: Hvilke områder er lægefagligt vigtigst, og hvilke områder er vigtigst for patienten</p> <p>Er der diagnoser, der ikke længere er gældende?</p> <p>Skab overblik over medicinen, og lav overordnede eller hastende medicinændringer, men lad de specifikke afvente årsstatus</p> <p>Opfølgning det næste år i praksis, herunder årsstatus for separate kroniske sygdomme og overordnede mål for patienten</p> <p>Er der forløb uden for praksis, der skal afsluttes eller skal patienten henvises?</p>

### Efter konsultationen

<b>Koordinering</b>	<p>Koordiner den fælles prioritering internt i praksis. Noter kontaktlæge og personale.</p> <p>Send dagens behandlingsplan til andre behandlere/kommunen, når det er relevant</p> <p>Planlæg tværsektoriel kontakt, når det er relevant. Hvis tværsektorielle videokonferencer med hospitalet ikke er et tilbud i din region, så brug telefonisk kontakt.</p>
---------------------	---

\*Notatet kan opleves som et nyttigt overblik også når der ikke er direkte opfordringer til andre behandlere





## Eksempler på fraser

### Fraser til overblik (enten i journalen eller under resumé)

#### Dato

#### **Følges i praksis:**

Diagnose, diagnose år, tidspunkt for årsstatus, antal status per år, seneste relevant paraklinik, evt. medicin, evt. tilknyttet forløb i kommunen, lægefaglig vurdering,

#### **Følges på hospital:**

Diagnose, diagnose år, afdeling, EDI-nummer\*, seneste epikrise, evt. medicin, evt. tilknyttet forløb i kommunen, lægefaglig vurdering fra hospital,

#### **Følges i speciallægepraksis**

Diagnose, diagnose år, navn på klinik/behandler, EDI-nummer\*, seneste epikrise, evt. medicin, evt. tilknyttet forløb i kommunen, lægefaglig vurdering fra speciallægepraksis,

#### **Andre relevante forhold:**

Herunder hjælp fra kommunen, arbejde, støtte fra pårørende.

### Fraser til journalen

Start eventuelt med at kopiere overblikket ovenfor ind hvis det står under resumé.

#### **Patientens perspektiv:**

- Problemer med sygdom og symptomer:
- Bekymringer
- Problemer med forløb i sundhedsvæsenet:
- Problemer med medicin:

#### **Lægens perspektiv:**

- Diagnoser/symptomer, der er ukomplicerede/velregulerede:
- Diagnoser/ symptomer, der kræver ændringer:
- Samlet vurdering af medicin inklusive hvem kan forny medicinen:

#### **Den fælles behandlingsplan:**

- Indsatser:
- Medicinændringer:
- Henvisninger (kommunale/andet):
- Afslutning af forløb uden for praksis:
- Næste kontakter:
- Tværsektoriel kommunikation:

\* Kan være en hjælp at notere når der skal sendes korrespondancer til afdelingen. Kan også noteres andetsteds.



## Patientcase med udfyldt frase

Bjarne er 68 år og tidligere murer. I 1992 havde han en svær depression, var indlagt og fik ECT. Han stoppede på eget initiativ den medicinske behandling i 1998. I 2012 døde hans kone af brystkræft, han blev indlagt igen med depression og har været på SSRI siden. Han følges hos en privatpraktiserende psykiater. Denne har dog for nyligt solgt sin praksis til en yngre kollega. I 2009 fik han konstateret diabetes, var på diabetes-kursus i kommunen og har siden været fuldt i praksis. Hans diabetes er velreguleret og han kommer til sine aftaler i praksis. I 2021 fik han dog konstateret hjertesvigt efter udredning for åndenød og han følges for dette i hjerteambulatoriet på hospitalet. Det fremgår desuden af Bjarnes journal at han får panodil på grund af knæsmærter og pantoloc som er udskrevet i 2018 og er fortsat siden.

Bjarne bor alene med to hunde som han går med dagligt. Han har en enkelt voksen søn, som også er murer, men som han har et anstrengt forhold til. De ses ved højtider men ellers ikke. Bjarne har ved de seneste aftaler i praksis nævnt at han ikke har lyst til at tage hele vejen til hospitalet længere til kontrol for hjertesvigt fordi der er langt og "der alligevel aldrig sker noget ny".

Du har inviteret Bjarne til en overblikskonsultation fordi 1) han har flere kroniske sygdomme fra forskellige organsystemer og tager mere end fem forskellige slags medicin, 2) han oplever problemer i relation til sin multimorbiditet, 3) han har kontakt til sekundærsektoren og bor i eget hjem.

### Inden konsultationen gennemgår du Bjarnes journal og laver et resumé

#### Resumé i journal

##### **Følges i praksis:**

Diabetes siden 2009, årsstatus juni 2022, 2 årlige status, får metformin og Sitagliptin, ønsker ikke injektion, diabetesforløb i kommunen i 2012, velreguleret

Refluks sygdom, får pantoloc fast ifølge FMK, ingen aftalte kontroller.

Artrose: Får panodil på recept knæsmærter på baggrund af en mistænkt artrose. Ingen kontroller af denne.

##### **Følges på hospital:**

Hjertesvigt 2021, følges på hjerteambulatoriet, på XXX hospital, EDI-nummer YYY seneste epikrise september 2022, får ACE-hæmmer og beta-blokker, er i rehab via kommunen, vurderes velbehandlet

##### **Følges i speciallægepraksis**

Depression siden 1992, følges hos Arne Arnesen, EDI-nummer ZZZ, seneste epikrise juni 2022, får citalopram, vurderes at skulle fortsætte behandling livslangt.

#### Samtalen til overblikskonsultation

Til konsultationen fortæller Bjarne igen om at det er svært at komme til hospitalet. Især fordi hans åndenød er blevet værre. Han kan ikke lide at lade hundene være alene en halv dag, som det ofte er. Medicinen generer ham ikke. "Han tager det, han bliver bedt om". Psykisk har han ikke oplevet nogle ændringer længe, han er altid lidt "nede" ved højtiderne fordi han bliver mindet om, han ikke taler med sin søn. Og han savner sin kone. Han er ikke bekymret over sine somatiske sygdomme, men han er bange for at få en depression igen. Han kan ikke lide den nye psykiater.



## Notat fra overblikskonsultationen

### Patientens perspektiv:

- Problemer med sygdom og symptomer: Åndenød er blevet værre, har problemer med trapperne op til 3. lejligheden, ben ikke hævet yderligere.
- Bekymringer: Bekymret for om depression skal komme igen.
- Problemer med forløb i sundhedsvæsenet: Ønsker ikke den nye psykiater, der er langt til hjerteafdelingen, men kan godt klare det.
- Problemer med medicin: Ingen

### Lægens perspektiv:

- Diagnoser/symptomer, der er ukomplicerede/velregulerede:
  - Depression,
  - Diabetes
  - Artrose/knæ smerter
- Diagnoser/ symptomer, der kræver ændringer:
  - Refluks; Har ikke haft refluks længe,
  - Diabetes/hjertesvigt: SGLT-2 hæmmer til DM pga. hjertesvigt?
  - Forværring i åndenød, pga. hjertesvigt, andet?
- Samlet vurdering af medicin inklusive hvem kan forny medicinen:
  - Metformin og sitagliptin i praksis,
  - ACE-hæmmer og betablokker på hjerteafdelingen,
  - Citalopram af psykiater, i praksis fremover
  - Sep pantoloc, ok med patient, beholder den pn.
  - Fortsætter panodil

### Den fælles behandlingsplan:

- Indsatser:
  - DM, årsstatus fremrykkes 3 mdr. mhp vurdering af skift til SGLT-2, lab inden
  - Har tiltagende åndenød, udredning i praksis
- Medicinændringer: sep pantoloc
- Henvisninger (kommunale/andet): Ingen
- Afslutning af forløb uden for praksis: Afsluttes hos psykiater, patienten ringer selv. Pt vil gerne på sigt afsluttes fra hospital, vurderes lægefagligt for tidligt.
- Næste kontakter:
  - Opfølgning på åndenød om en måned,
  - DM ekstra status om 3 mdr.
  - Depression, årsstatus, juni 2023
- Tværsektoriel kommunikation:
  - Kopi af behandlingsplan til kommunen og hjerteambulatoriet
  - Ringe til kardiolog på hospital efter konsultationen og spørge til åndenød og hjertesvigt samt hvor længe han bør følges.