

# Eksempler på klyngernes samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen

**KiAP**  
Kvalitet i  
Almen Praksis



## Indholdsfortegnelse

Ruder Klynge: Ofte gode forklaringer på dataforskelle i klyngen	4
Vesterhavsklyngen: Klyngenetværket styrker vores erfaringsudveksling	5
Doc7: Vi bruger 43 % mindre antibiotika til øjeninfektioner efter klyngetema	6
Gladsaxe Klyngen: Klyngen skal være et refleksionsrum	7
... hvad tog kommunen med hjem fra mødet?	8
Solrød Klyngen: Klyngesamarbejde giver os et andet perspektiv på ordinationer	9
... hvad tog kommunen med hjem fra mødet?	10
Faaborg Midtfyn LægeKlynge: Klyngearbejdet gør os bedre til at smertebehandle	11
Aalborg Klynge Vest: Databaserede klyngemøder giver god anledning til refleksion	12
Nordlys-Klyngen: Dobbelt så mange ajourføringer efter klyngetema	13
... hvad tog kommunen med hjem fra mødet?	14
Nucleus: Klyngemøder sætter ansigt på samarbejdspartnere i det øvrige sundhedsvæsen	15
KUK: Brug af data styrker bevidstheden om de ydelser, der ligger bag	17

## Forord

Næsten alle danske praktiserende læger arbejder nu sammen i klynger med andre praktiserende læger i lokalområdet. De 114 klynger mødes typisk 2-4 gange om året, hvor klyngens medlemmer med udgangspunkt i data diskuterer en given lægefaglig problemstilling med det formål at hæve kvaliteten i deres arbejde.

Klyngerne blev dannet som en del af overenskomstaftalen i 2018 mellem PLO og RLTN (Regionernes Lønnings- og Takstnævn) og har nu haft noget tid til at etablere sig og komme i gang med arbejdet. Det er klyngerne selv, der beslutter, hvad de vil arbejde med og hvordan. Og der har derfor også vist sig forskellige måder at gå til opgaven på.

Fælles for klyngerne er dog, at de i løbet af deres første tid har indsamlet en række erfaringer med klyngearbejdet, som andre måske kan drage nytte af.

Dette hæfte indeholder interview med ti forskellige klyngekoordinatorer fra klynger, der er vidt forskellige – både i forhold til størrelse, arbejdsmetode og geografisk beliggenhed. Interviewene har haft fokus på klyngernes samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, og her har den lokale kommune og hospitalet vist sig at være et naturligt sted at starte.

Der er også enkelte kommentarer fra nogle af de kommunale samarbejdspartnere, som klyngerne har haft med som oplægsholdere på deres klyngemøder.

Vi håber, hæftet kan give inspiration til, hvordan man også kan tilgå klyngearbejdet. De ti klynger, der er repræsenteret i hæftet, er i hvert fald kommet godt i gang med at styrke kvaliteten – og de første positive resultater har allerede vist sig.

God læselyst!

KiAP

# Ofte gode forklaringer på dataforskelle i klyngen

## Interview med Ida Bjerrum Bach, klyngekoordinator i Ruder Klynge

Fakta om klyngen: Dækker hele Rudersdal Kommune. Har 33 læger, derudover to ledige ydernumre. Mødes tre gange om året på det lokale Hotel. Har temaer på to af møderne, evaluerer på det tredje.

### Hvem har I haft besøg af fra det øvrige sundhedsvæsen?

Vi har haft besøg af en hospitalsansat gerontopsykiater, som holdt et oplæg på tre kvarters tid til et emne om psykofarmaka til ældre.

Og så har vi trukket rigtig meget på medicinfunktionen i KAP-H (Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden).. De var dels med på samme møde som førnævnte psykiater, hvor de havde trukket data på, hvad vi havde brugt af psykofarmaka. Og sidst havde vi dem ude, hvor vi havde om polyfarmaci. Og de kommer faktisk også til det næste møde. Vi føler os egentlig ikke helt klædt på til selv at styre diskussionen og sidde og kigge på lagkagediagrammer. Der er et par af os, der har facilitatoruddannelsen, som består af en enkelt dags møde. Men derfra og så til at stå og lave kvalitetssikringsanalyse af lagkagediagrammer, der er et spring, som vi ikke synes, vi er klædt på til. Så derfor har det været enormt fedt at trække på KAP-H. Det har fungeret godt.

### Hvad skal det handle om til næste møde?

Næste gang skal vi have om antibiotikaforbrug generelt.

Har I haft fat i kommunen med henblik på at få et samarbejde op at stå?

Nej. De vil gerne, men vi har foreløbigt sagt, at vi ikke er klar til det endnu. Nu skal vi lige først lære, hvad det går ud på og blive trykke i klyngen, før vi ser på kommunen. Men kommunen vil rigtig gerne inviteres med – de er meget, meget interesseret.

### Hvad har I fået ud af de møder, I har haft hidtil?

Folk er blevet gjort opmærksom på nogle ordinationsmønstre; nogle er blevet overrasket over, hvad de gjorde. Det eneste, vi har nået at se tilbage på, det var forbruget af psykofarmaka. Og der har folk meldt tilbage, at de har ændret nogle ting derhjemme, og at det har sat nogle tanker i gang. Der bliver udvekslet ideer, og jeg tror, det flytter noget i det små. Vi har endnu ikke trukket data på samme emne to gange for at sammenligne. Jeg vil gerne derhen på sigt, men vi er der ikke endnu.

Vi har kunnet se ret store forskelle på udskrivningsmønstrene i klyngen. Men der er ofte en god forklaring. Fx undrede jeg mig over ændringen i en af mine ordinationer – men ændringen faldt sammen med, at jeg blev plejehjemslæge, så det forklarede, hvorfor det skred lidt. Og det sker jo tit, at mønstrene ændrer sig, når man overtager en patient fra en af kollegaerne, eller når patienten flytter på plejehjem.

# Klyngenetværket styrker vores erfaringsudveksling

## Interview med Anette Partsch, klyngekoordinator for Vesterhavsklyngen

---

Fakta om klyngen: Omfatter 19 læger i Varde Kommune. Holder tre aftenmøder om året. Opgaven som klyngekoordinator deles af de syv læger i Anette Partsch's praksis.

### Hvem har I arbejdet sammen med som klynge?

Vi har haft besøg af folk fra kommunen. Det var et emne om opsøgende og opfølgende hjemmebesøg, hvor vi havde akutteamet og visitationen inde over. Og så har vi haft Ordiprax, og sidst har vi haft regionen ude at fortælle om de nye paragraf 2-aftaler.

### Hvad er næste tema?

Vi har lige lavet en aftale med kommunen om, at de kommer og fortæller om faldtendens og ældre mennesker og ordinerings. Så der kommer de fra kommunen, og så kommer der en geriatr med ud og fortæller lidt om, hvad der sker i kroppen, og hvad vi skal være opmærksomme på. Vi skal høre om, hvad vi skal være opmærksomme på, når vi tager på hjemmebesøg.

### Hvordan fungerer det konkret, når I har oplægsholdere ude?

Vi sender et oplæg til dem om, hvad vi gerne vil høre om – en problemformulering. Ud fra det holder de så et oplæg, hvor vi stiller spørgsmål bagefter. Og så kigger vi på, hvordan vores samarbejde fungerer, og om vi kan ændre noget i det.

### Hvad har I fået ud af jeres klyngemøder?

Vi er selvfølgelig blevet klogere på, hvordan vores oplægsholdere arbejder. Men vi har også talt meget om, hvordan vi gør i de forskellige praksis. Vi får noget videndeling og nogle erfaringer fra de andre om, hvordan man måske kan organisere sig. Der er jo ingen grund til, at alle opfinder den dybe tallerken. Rent samarbejds-mæssigt fungerer det super fint. Vi kommer til at se hinanden mere som sparringspartnere. De fleste er blevet positivt overrasket over, at hvis vi selv vil, så er der faktisk rigtig mange samarbejdspartnere, der også gerne vil være med til, at vi får styrket kvaliteten.

### Hvad har I målt på indtil nu?

Vi har målt på Ordiprax, på paragraf 2-aftaler og på de opsøgende hjemmebesøg. Vi har målt på de forskellige praksis i forhold til, hvor vi ligger henne. Det var ret givtigt for os alle sammen. Jeg tror, vi alle blev ret overraskede over, at vi lå, hvor vi lå. Og vi har aftalt, at vi med alle emner skal lave opfølgninger på det, så vi kan se, om det ændrer noget, at vi har snakket om det.

### Har I fået stillet data til rådighed udefra til brug i klyngen?

Ja, på Ordiprax. Og kommunen har også været inde at trække noget data, hvor de fx har kunnet se, at de har kodet et besøg som et opfølgende besøg og så sammenlignet med, om vi også har kodet det som et opfølgende besøg. På paragraf 2 har min kollega Britta trukket data med hjælp fra regionen.

# Vi bruger 43 % mindre antibiotika til øjeninfektioner efter klyngetema

## Interview med Sune Lange, klyngekoordinator for Doc7

Fakta om klyngen: Doc7 organiserer 26 læger i den nordlige del af Aarhus med ca. 30.000 patienter. Mødes fire gange om året.

### Hvilke samarbejdspartnere har I haft som klynge?

Vi har samarbejdet med nogle specialister fra rygcentret i Silkeborg, et par læger og en sygeplejerske. I dag (den 3/10-2019) skal vi mødes på Sano, som er et gigtsanatorium, hvor de laver genoptræning af folk med muskel- og skeletlidelser, hvor vi skal snakke om smertebehandling – specielt møntet på opioider. Så får vi også set stedet og få en fornemmelse af, hvad de tilbyder folk.

### Hvad har jeres oplæg handlet om?

Fx når vi skal visitere til MR-skanning af lænderyg, så skal vi sortere lidt ud, så vi ikke sender alt for mange, men de rigtige. Det er for at få lidt mere kvalitet i, hvem der skal af sted. Og så vil vi i et efterfølgende projekt se, om vi bliver bedre til det i løbet af det næste års tid.

### Hvordan har I brugt data i klyngearbejdet?

Det første projekt bliver afsluttet i dag. Her har vi haft om brug af antibiotika til øjeninfektioner. Her har vi hentet data fra regionen. Det ser godt ud. Klyngens forbrug er faldet med 43 % samlet, så det man da sige, at man kan tage og føle på.

Ellers har vi haft lidt blødere værdier omkring det med rygpatienter, hvor vi har snakket om, hvordan vi individuelt vurderer vores patienter. Det er svært at lave egentlige generelle data på det, fordi der er så mange individuelle hensyn. Det blev mere en snak om, hvor svært det er at måle sådan nogle ting og om, hvordan man egentlig måler kvalitet uden at få hårde data på det. Vi kunne godt mærke, at bare det, at vi blev opmærksomme på nogle ting og fik viden om det, skabte en forventning om, at der kommer noget kvalitet ud af det.

### Hvad har I fået ud af klyngearbejdet?

Noget af det bedste er, at vi er kommet til at lære hinanden bedre at kende. Hidtil har vi bare samlet vores vagthold og talt om, hvem der kan tage Julen og den slags. Nu begynder vi at snakke lidt mere sammen og få noget mere socialt. Rent fagligt gør klyngearrangementerne, at der er nogle kollegaer, der får nogle aha-oplevelser og bliver opdateret på den nyeste viden.

### Hvordan finder I frem til jeres klyngemøder?

Vi har lavet babyklynger på hver seks-syv forskellige læger, som mødes og bliver enige om, hvad der vil være god mening i at tage som emne for hele klyngen. Så på den måde skiftes vi til at stå for klyngemøderne.

# Klyngen skal være et refleksionsrum

## Interview med Thomas Gorrén, klyngekoordinator i Gladsaxe Klyngen

Fakta om klyngen: Dækker hele Gladsaxe Kommune. Har ca. 40 læger.  
Holder møde fire gange om året på lokalt conferencecenter.

### Hvordan udvælger I emner til klyngemøderne?

Ved vores første møde havde vi besøg af repræsentanter fra KAP-H (Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden), som fortalte om vores muligheder. På det møde lavede vi så gruppearbejde, hvor folk kom med ideer til emner. Her udvalgte vi fire-fem temaer, som vi har fulgt ret loyalt siden. Så det er klyngen i fællesskab, der bestemmer og ikke klyngebestyrelsen.

### Hvem har I haft besøg af på jeres klyngemøder?

Vi har haft besøg af KAP-H to gange, om opioider og KOL. Og så har vi haft et møde med kommunen, hvor jobcenteret havde et oplæg. Og på næste møde følger vi op på temaet om opioider med et møde med kommunens rusmiddelcenter. Der har været stort ønske fra klyngen, at kommunen deltog. Faktisk har vi i kommunen tidligere haft tradition for, at der var et årligt stormøde arrangeret af kommunen. Det har vi ændret til, at det i stedet foregår i klyngeregi og dermed mere på vores præmisser med gruppearbejde osv.

Da vi havde besøg af jobcenteret, var temaet samarbejde. Det handlede om at få en forståelse for, hvordan de arbejder og om, hvorfor vi fx nogle gange får attesterne på det ene tidspunkt og nogle gange på det andet tidspunkt. Det er jo vigtigt, at vi forstår, hvordan de tænker, når attesterne udskrives, så det bliver korrekt og til bedst mulig fordel for den enkelte patient. Det var meget nyttigt. I bund og grund så drejer det sig jo om, at vi alle sammen er til for patienternes skyld på den ene eller den anden måde.

### Hvad har I fået ud af klyngearbejdet indtil nu?

Vi, der sidder og koordinerer i klyngen, oplever, at klyngen er blevet rystet mere sammen. Stemningen er god. Folk er interesseret i at arbejde til møderne, og der diskuteres på kryds og tværs. Jeg oplever, at det har skabt et godt arbejdsklima lægerne imellem. Det er en af hovedfordelene. Jeg synes også, vi har fået et fagligt udbytte. Både på de medicinske emner, hvor vi både får fakta og ser på sit eget udskrivningsmønster, men også på de kommunale temaer, som jo ikke er så datastyret, men hvor man kommer lidt tættere på den kommunale forvaltning, som ellers nogle gange godt kan opleves som en modpart og ikke en medspiller.

### Hvordan har I brugt data i klyngearbejdet?

Vi fik data fra KAP-H på emnerne om opioider og KOL. Den enkelte praksis fik sine egne tal, og så har vi diskuteret det hen over bordet. De viste en pæn spredning, som gav os lidt at tænke over. Og det er også mit hovedbudskab: at klyngen skal være et refleksionsrum, hvor man reflekterer over sin egen praksis på baggrund af data og det, man får ind fra andre. Og det har vi helt klart fået ud af det.

Vi har ikke sammenlignet data fra et år til et andet. Jeg tror personligt, at det tager lang tid at flytte sig. Jeg tænker, at det vigtigste er, at den enkelte sidder og reflekterer over egen praksis.

## ... hvad tog kommunen med hjem fra mødet?

**Kommentar fra Mark Nicolai Høyer,  
teamleder i Jobcenter Gladsaxe**

---

Lægerne gav udtryk for, at de havde fået afkræftet nogle af de fordomme, de havde om os. Fx var der nogle af lægerne, der havde troet, at vi nogle gange vælger at udfylde en "specifik helbredsattest", som koster ca. 1200 kr., i stedet for en "generel helbredsattest", som koster 200 kr. mere, alene for at spare penge. Og der er ikke noget, der kunne ligge os fjernere. Vi fik mulighed for at komme med en masse gode forklaringer på, hvorfor vi valgte den attest, som vi nu en gang gjorde. Og så bestiller vi i øvrigt 30 af dem om året, hvilket vil svare til en besparelse på 6000 kr. om året. Vi har et budget til lægesamarbejde på 4 mio. kr. om året, så de 6000 er jo ikke værd at gøre en større ting ud af. Men det havde åbenbart fyldt rigtig meget i et enkelt lægehus. Bare den snak, som tog to minutter ud af de 60, vi havde til klyngemødet, de var jo egentlig godt givet ud for mig i forhold til samarbejdet med lige præcis de læger.



# Klyngesamarbejde giver os et andet perspektiv på ordinationer

## Interview med Lars Stubbe Teglbjærg, klyngekoordinator for Solrød Klyngen

Fakta om klyngen: Omfatter alle 15 læger i Solrød Kommune. Alle læger er samtidig medlem af samme lægelaug. Lægerne holder møder i begge regi i forlængelse af hinanden fire gange om året.

### Hvilke samarbejdspartnere har I som klynge?

Vores seneste møde var med kommunen. Det kom i stand ved, at jeg som klyngekoordinator gik ind på kommunens hjemmeside og inviterede alle afdelinger med. Fik tilbagemeldinger fra børne- og ungerådgivningen, et stort plejecenter og hjemmeplejen. Hjemmeplejen har store udfordringer i forhold til FMK. De havde en arbejdscomputer med, hvor de viste de udfordringer, de står med, når vi ordinerer noget i FMK, og de så skal lave det om i deres system, LMK. Det er det, jeg vil kalde spild af tid. De bruger enormt mange mandetimer på at få afstemt medicin. Det er et eksempel på videndeling, og det er ikke altid målbart. Men det kan være til stor gavn og nytte for os at vide, hvad det er, de bøvler med. For det giver en større forståelse og accept af, at vi måske nok skal acceptere deres korrespondancer om, at nu skal vi flytte den ene pille fra om morgenen til om aftenen, eller nu er doseringen gået ned fra det ene til det andet. For os virker det som petitesser og flueknepperi, men når vi nu ser deres system, så kan vi godt se, at det bliver de nødt til, for de skal selvfølgelig ikke have ansvaret for, hvornår noget skal doseres. Førrige gang havde vi om returhenvisninger fra sygehuset og havde folk ude fra forskellige afdelinger fra Roskilde Sygehus.

### Har I fået stillet data til rådighed udefra?

Vi fik ikke data fra kommunen op til vores sidste møde. Men vi har fået data op til møderne om hhv. antibiotikaforbrug og LUTS. Dem skal vi følge op på næste gang, og det er selvfølgelig nogle data, som vi kan måle på.

### Hvad skal der ske ved næste møde?

Næste gang er et internt evalueringsmøde, hvor vi skal kigge på data om antibiotika og LUTS. Og så må jeg prøve at finde nogle data frem på returhenvisninger fra før og efter det møde, vi havde om det for at se, om mødet har ændret på vores henvisningsmønster. På det efterfølgende møde vil vi gerne ud at se, hvordan det foregår på akutafdelingen på Køge Sygehus. Vi oplever nogle gange, at patienterne kommer lidt for hurtigt ind at vende og så ud igen. Måske har akutafdelingen nogle opfordringer til os om, hvad vi kan gøre for at gøre det lidt mere tydeligt for dem, hvorfor vi indlægger patienterne.

### Hvilke konkrete resultater har I opnået i klyngen?

Vi har ikke så mange resultater endnu – det har mere været videndeling. Som jeg forstår meldingen fra PLO, så vil de meget gerne have, at vi laver projekter, man kan måle på. Men jeg synes, det er svært at måle på fx et samarbejde med kommunen.

## ... hvad tog kommunen med hjem fra mødet?

### Kommentar fra Kirstine Damborg Bendtsen, leder af den kommunale sygepleje i Solrød Kommune

---

Vi fik en bedre forståelse af hinandens arbejdsgange. Man sidder altid i hver sin pol med hver sit snævre blik på, hvordan ting fungerer. Det med, at vi rent faktisk ser hinanden til et klyngemøde og faktisk har mulighed for at vise hinanden, hvordan ting ser ud, det gør, at man får en rigtig god forståelse af, hvad det er, man taler om. Vores samtale om FMK er et af rigtig mange gode eksempler på, at tøjren faldt. Der har tidligere været en irritation i forhold til, at vi ringer om noget, hvor lægerne synes, at de gør det rigtigt ud fra deres forståelsesramme. Og de forstod ikke, hvordan tingene "kom ud" på vores side. Nu oplever vi en langt bedre forståelse begge veje og en mere respektfuld samarbejdsmetode.

# Klyngearbejdet gør os bedre til at smertebehandle

## Interview med Dorthe Høj Drostrup, klyngekoordinator for Faaborg Midtlyn Lægeklynge

Fakta om klyngen: 36 læger – alle læger i kommunen. Holder tre årlige møder i forskellige lægehuse.

### Hvilke emner har I taget op?

Efter afstemning valgte vi at fokusere på smertebehandling, fordi det er noget, vi alle sammen sidder og kæmper lidt med.

Vi har valgt at blive i samme emne et år mere. Vi har bestemt i vores vedtægter, at vi kun vil beskæftige os med emner, der giver mening for os og som kan lette vores arbejdsdag. Og det gør også, at vi kan se, om den undervisning, vi har fået i et emne og den fokus, vi har haft på det, har haft en effekt, når vi måler på det næste år.

### Hvor kommer det data fra, som I bruger til klyngearbejdet?

Det kommer fra egne klinikker. Vi har været inde at samle data på bl.a. morfinforbrug i lægehuse ud fra forskellige lægemiddelgrupper: morfin, tramadol og ibumetin. Vi har også målt på vores forbrug af gabapentin og tricykliske antidepressiva, som vi også bruger rigtig meget til behandling af kroniske nervesmerter. Vi gjorde det for at øge bevidstheden om hvilke præparater, vi bruger hvornår, så man ikke bruger morfin til alle patienter. Dataindsamlingen fungerede sådan, at der var en kollega, der samlede alle klinikkers data sammen, anonymiserede og fremlagde dem.

### Hvem har I samarbejdet med?

Vi havde et oplæg fra overlæge Gitte Handberg fra smerteklinikken på OUH om brug af morfika. Vi havde også besøg af lægemiddelkonsulent Palle Mark Christensen fra Region Syd, som kom og fortalte om Ordiprax, og hvad der er af bias, når vi trækker data.

Vi vil også køre en seance om misbrug, og der har vi overvejet at få kommunens misbrugskonsulenter på banen for at høre, hvad de egentlig har af tilbud til vores misbrugere. Vi regner med, at det besøg bliver en win-win, hvor de også kommer til at tage noget med hjem efterfølgende.

### Hvad har I fået ud af de seancer, I har haft?

Vi får en højere faglighed, og vi får overvejet, hvad indikationen er for at give morfin, og at morfin ikke hjælper det helt store, når man har kroniske smerter. I forbindelse med Gitte Handbergs oplæg var der en del, der blev mere bevidste om, at vi aldrig kommer til at fjerne folks smerter. De kan leve med dem og acceptere dem, men vi kan aldrig fjerne folks smerter helt. Og så var der en del, der fik øjnene op for, at man bruger nyere medicin til især nervesmerter. Før var der en del, der fik morfin for diskusprolaps – de får nu antiepileptika i stedet, som virker væsentligt bedre.

Vi har ikke kunne se konkrete resultater af klyngearbejdet endnu. Det er meget omstændeligt at trække data – vi bruger jo seks-otte forskellige journalsystemer. Så det har vi ikke gjort midtvejs – vi trækker først data op til mødet til maj 2020.

# Databaserede klyngemøder giver god anledning til refleksion

## Interview med Helle Aarup Skou, klyngekoordinator for Aalborg Klynge Vest

Fakta om klyngen: 23 læger. Holder to årlige klyngemøder på 3,5 time om aftenen med gruppearbejder undervejs.

### Hvilke emner har I taget op?

Vi har fx haft ”rundt om KOL”, hvor vi har fået nogle data fra kommunen om rehabilitering og rygestop og så tal fra regionen om lungefunktion og KOL- og diabetes-årskontroller. Og så skulle vi hver især hjem at finde data fra Ordiprax, som vi kunne sammenligne med hinanden. Jeg har selv brugt rigtig mange timer på at sidde og bearbejde data, vi fik udefra. Tallene skulle jo regnes om til sammenlignelige data, puttes ind i grafer og den slags. Det tager rigtig meget tid.

### Hvem har I som klynge ellers arbejdet sammen med fra det øvrige sundhedsvæsen?

Vi har talt med Jette Kolding Christensen, som er professor fra forskningsenheden for almen medicin på Aalborg Sygehus. Hun kom og holdt oplæg om diabetesbehandling. Her havde vi data med for henvisning til kommunal rehabilitering for diabetes og igen noget fra regionen. Her skulle klyngemedlemmerne også selv have data med: grafer for forskellige typer af diabetesmedicin fra Ordiprax, og så skulle de også ind og se, hvor mange diabetespatienter de havde, og hvor mange forløbsplaner, de havde sendt afsted. Sammenligningen viste meget stor spredning. Det satte noget snak og refleksioner i gang. Fx selv om nogen måske synes, at forløbsplaner er en dårlig ide, så når man ser sine egne data sat op imod andres data, og man så ligger ringe, så er man jo ærekær og får lyst til at gå hjem og gøre noget ved det.

Det fine ved klyngearbejdet er, at det jo ikke er alle, der er gode til alting, og vi rykker på noget forskelligt. Som regel er der nogle, der er gode til en ting og andre, der er gode til noget andet. Nu ved vi jo godt, at data er usikre, men jeg synes, at det at arbejde med data giver god anledning til refleksion og drøftelser på en helt anden måde, end når vi ikke har data. Man får fat på folk på en helt anden måde, og der er det lige meget, hvor lette de data er.

### Tager jeres oplægsholdere selv noget med hjem fra klyngemøderne?

På det sidste møde om diabetes havde jeg inviteret en sygeplejerske fra sundhedscenteret ind til at holde et kort oplæg. For der er meget stor forskel på, hvor mange vi henviser til sundhedscenterets tilbud. Det gjorde, at der var en del af kollegaerne, som fik øjnene op for, at den her sygeplejerske var rigtig dygtig til diabetes og vidste en del om de her ting. Og det er jo også rigtig rart for kommunen. Og så fik kommunen også øjnene op for, fx hvorfor min egen praksis lå meget højt på henvisning til rehabilitering. Det var fordi, kommunen havde etableret et mobilt rehabiliteringstilbud ude i vores område, som ligger langt fra centrum. Sådan noget er jo ikke let at se ud af data.

### Har I andre samarbejdsaftaler på vej?

Jeg har som formand for PLO-K i Aalborg lavet tre klyngepakker sammen med kommunen om den ældre medicinske patient, en om sundhedscenterets tilbud og en om udeblevne børn fra børneundersøgelser i samarbejde med sundhedsplejersken. De er eksempler på data og spørgsmål, og man kan som klyngekoordinator plukke det, man vil bruge.

# Dobbelt så mange ajourføringer efter klyngetema

## Interview med Palle Mark Christensen, klyngekoordinator for Nordlys-Klyngen

Fakta om klyngen: Nordlys-Klyngen organiserer 22 læger med ca. 30.000 patienter og dækker hele Nordfyns Kommune. Holder møde tre gange om året.

### Hvordan har I udvalgt emner til klyngearbejdet?

I bestyrelsen var det vigtigt for os, at alle medlemmerne i vores klynge blev trykke ved klyngearbejdet, og at medlemmerne også skulle føle lyst og glæde ved at komme til møderne. Vi i bestyrelsen foreslog derfor to emner, som klyngen bakkede 100% op om. Der har ikke været polemik, og folk har mødt op og har deltaget meget engageret.

Næste gang vælger vi emne baseret på en proces, hvor bestyrelsen sender et spørgeskema ud med emner, vi muligvis kunne arbejde med, og så får vi tilbage, hvad flertallet synes kunne være spændende. Det gør vi på den måde for at sikre, at alle bliver hørt, frem for at tage det op mundtligt på generalforsamlingen, hvor nogle jo er stille og andre siger meget.

### Hvilke emner har I haft?

Det første var "ajourføring af medicinkort" i forhold til hjemmeplejen. Vi fik data fra regionen på, hvor mange medicinkort, vi havde stemplet med "ajourføring" efter at have foretaget justeringer i medicinkortet inden for den seneste måned. Der lå vi på omkring 20 % i klyngen. Så havde vi et møde, hvor vi inviterede en chef, en udviklingssygeplejerske og nogle "almindelige" sygeplejersker fra kommunen med. De fortalte om, hvordan de oplevede det her med ajourføring, og hvilken betydning det havde. De fortalte, at det var rarest for dem, at de kunne se det her ajourføringsstempel. Vi havde også en datakonsulent fra regionen ude. Hun kom og fortalte om, hvad der ligger bag data, og hvordan man skal forstå dem.

Det andet emne, vi har set på, er, hvordan vi bruger vores lokalaftaler. F.eks. har vi en aftale om teledermatologi, hvor vi får en takst for at sende et billede med tekst til en hudlæge i stedet for at sende en almindelig henvisning. Så får vi svar tilbage med forslag til diagnose og behandling. Det sparer tid for patienten og ressourcer i sundhedsvæsenet.

Vi har fået data fra regionen, der viste, at der var et meget forskelligt mønster i klyngen. Det har vi så reflekteret over i klyngen. En anden af lokalaftalerne går på brug af akutteamet. Og det talte vi også med hjemmesygeplejen om, da de var her for at tale om ajourføring.

### Hvilke resultater har I registreret af klyngearbejdet?

Siden mødet om ajourføring har vi flyttet os op til over 50 %. Vi kan se på tallene fra regionen, at Nordfyns Kommune har flyttet sig så meget i forhold til de andre kommuner, at vi har meget svært ved at forklare det med andet end det forhold, at vi har behandlet emnet i vores klynge. Så det tillader vi os at se som et udtryk for, at det med at sætte læger sammen og lade dem se på data, der giver mening for dem og deres patienter, har gjort, at vi har flyttet os. Det er vi naturligvis meget stolte af og glade for i Nordlys-Klyngen, men selvfølgelig først og fremmest på vores patienters vegne, da klyngearbejdet jo alt andet lige skal gavne vores patienter.

## ... hvad tog kommunen med hjem fra mødet?

**Kommentar fra Carsten Andreasen,  
afdelingsleder for sygeplejen i Nordfyns Kommune.**

---

Vi blev klogere på omfanget af ajourføring. Vi kunne konstatere, at noget af det, de havde sat i gang med ajourføring, det gav noget ekstraarbejde på vores område, som de ikke havde vidst noget om. Fordi hver gang, de laver en ajourføring, så kommer der en opdatering i FMK, som skal behandles. Og vi kunne godt se, at der skete noget på det her område i Nordlys Klyngen, for vores sygeplejersker fik lige pludselig så mange opdateringer. Og så gav jeg så en tilbagemelding til KLU og sagde, at de lige skal være opmærksomme på, at man ikke skal gøre det for sjov, fordi det giver faktisk en stor udfordring – og en del ekstraarbejde – for os. Det var de ikke vidende om; de havde bare haft fokus på at øge kvaliteten for borgeren. Og derfor er det jo heller ikke sådan, at vi siger, at lægerne skal lade være med at ajourføre. Vi har bare sagt, at der er et opmærksomhedspunkt omkring det her.

# Klyngemøder sætter ansigt på samarbejdspartnere i det øvrige sundhedsvæsen

## Interview med Thomas Clausen, klyngekoordinator for Nucleus – kvalitetsklyngen for praktiserende læger i Randers

Fakta om klyngen: Omfatter samtlige praktiserende læger i Randers Kommune. 55 læger. Holder fire klyngemøder om året på et lokalt conferencecenter.

### Hvilke eksterne samarbejdspartnere har I som klynge?

Vi har haft foredragsholdere fra Aarhus Universitetshospital ude at tale om pneumokokinfektioner og influenzavaccinationer. Så har vi haft vores eget emne med atrieflimren og AK-behandling, hvor vi havde en næsten færdiguddannet kardiolog ude fra det lokale sygehus i Randers. Vi forsøger så vidt muligt at bruge en lokal, fordi det er dem, vi samarbejder med.

Til vores kommende emne om KOL skal vi have sundhedscenteret ud at fortælle om deres rehabiliteringstilbud. Vi har desuden planer om at lave et samarbejde med kirurgisk afdeling fra det lokale sygehus omkring et kvalitetsprojekt om cancerpakkehenvvisninger. Sygehuset ved, at der er stor variation i mønsteret for henvisninger og brug af pakkeforløb. Det er jo interessant at få kigget på og få sygehusets indspark i forhold til deres syn på brug af cancerpakkerne.

Vi har fået mange henvendelser fra forskellige interessenter, men det vigtige er, at vores kvalitetsarbejde i praksis udgår fra det, praksis ønsker at arbejde med.

### Får I stillet data til rådighed fra jeres samarbejdspartnere?

Vi har ikke fået data på vores projekter endnu, men når vi skal i gang med cancerpakkeforløbet, kommer de til at byde ind med data på henvisninger. Ellers har vi brugt regionen meget til at trække data.

### Hvad får jeres samarbejdspartnere ud af samarbejdet?

Kirurgisk afdeling giver udtryk for, at de oplever stor variation i mønsteret for henvisninger og brug af cancerpakker. De vil gerne se, om man kan gøre noget smartere, om man kan undgå nogle besøg eller henvisninger, og om der er alternative muligheder. Kommunen vil gerne sikre, at deres tilbud bliver brugt, og at der ikke bliver gjort dobbeltarbejde. Så man kan sige, at vi i begge tilfælde har en fælles interesse i at få gjort tingene lidt mere ensartet og se, om man kan optimere nogle arbejdsgange for patienternes bedste.

### **Hvem etablerede kontakten i jeres samarbejde med andre parter?**

Klyngen har kontaktet kommune og sygehuse. Vedrørende vores kommende cancerpakkeprojekt har der været en føler ude fra sygehuset. Og når det kommer til vores kommende emne om KOL, der var det sundhedscenteret, der kom med en generel forespørgsel, og hvor vi så bad om at tale om KOL, for det skal vi arbejde med. Vi er desuden ved at planlægge et samarbejde med de tre andre klynger, som hører til sygehuset i Randers (Favrskov, Norddjurs og Kalø Klyngen i Syddjurs). Fælles for alle fire klynger er, at vi er kommuneklynger, hvor alle læger deltager. Det ville være ret oplagt for sygehuset at køre det kommende cancerpakkeforløb i alle fire praksisklynger, for så får de samtlige patienter og praksis, der hører til sygehuset, ind i forløbet.

### **Hvilke fordele har I haft af at samarbejde med andre parter i sundhedsvæsenet?**

Da vi fx kørte vores projekt med kardiologen, så er det klart, at så kommer man til at berøre andre, nærtliggende områder end bare AK-behandling. Fx hvordan fungerer en akut hjerteklinik, og hvad skal vi sige til patienterne, når de skal derop? Og så er det bare fedt at få en lokal kardiolog ud, fordi det er dem, vi samarbejder med i det daglige. Man får sat et ansigt på, og det gør de også. Man kommer til at få et bedre kendskab til hinandens arbejdsvilkår, som jo er ret forskellige.



# Brug af data styrker bevidstheden om de ydelser, der ligger bag

## Interview med Helene Nygaard, klyngekoordinator for KUK i Hjørring

Fakta om klyngen: 30 læger – dækker hele Hjørring Kommune.  
Holder fire møder om året af to en halv time.

### Hvem har I holdt klyngemøder med?

På vores første møde fik jeg nogle data fra regionen på vores børneundersøgelser. Altså på, hvilke ydelser vi havde lavet ud fra de koder, vi taster ind. Der havde vi besøg fra en børnelæge fra Aalborg Sygehus. En anden gang arbejdede vi med en klyngepakke fra KiAP om NSAID, hvor vi havde en privatpraktiserende reumatolog ude at undervise. Vi havde kigget på tal fra Ordiprax om, hvad vi havde brugt af NSAID, og så kom han og holdt et oplæg omkring skulderundersøgelser.

### Hvilke temaer vil du gerne tage op?

Jeg snakkede tilfældigt med en anden børnelæge en dag om en ny børnemodtagelse, de skal lave på Hjørring Sygehus, hvor jeg så sagde, at hun kunne sige til, hvis de en dag vil tale med de praktiserende læger, som hører til sygehuset. Næste år vil vi nok gerne lave noget sammen med kommunen. Fx kigge på forbrug af sundhedscenterets ydelser. Det kunne være spændende at kigge på vores henvisningsmønster: hvem henviser vi og hvor mange? For at se på, om vi overser et eller andet. Fx er det ikke andet end et par år siden, at jeg fandt ud af, at man kunne bruge sundhedscenteret, hvis man har brug for en ergoterapeut.

### Hvad har I fået ud af at bruge data i klyngen?

Det med børneundersøgelser var svært. Vi fik tal på ydelser fra regionen. De viste fx, at jeg manglede en masse børneundersøgelser. Jeg var så selv inde at slå dem op på personnummerniveau for at se, om det virkelig kunne passe, at jeg ikke havde lavet dem. Det viste sig, at jeg havde lavet alle sammen – problemet var patienter, der flytter til og fra, og så var der en enkelt, jeg havde kodet forkert. Så det giver et forkert billede. Nogle systemer er svære at søge i. Det er meget forskelligt fra system til system, så derfor er det svært at sammenligne. Vi fik da en snak om det på klyngemødet, men når der er så meget usikkerhed, så kan det være svært.

Det, vi så kunne se, det var på overordnet niveau. Når vi så på hele klyngen, så kunne man se, at vi lå på niveau med resten af regionen i forhold til, hvor mange undersøgelser vi fik lavet ud af dem, vi skal. Vi fik en snak, om det så var godt nok – og det blev vi enige om, at det var det. Altså der er jo en stor tilslutning til børneundersøgelser og vacciner. Men selv om vi synes, at vi gør det godt nok, så er der måske kommet en øget bevidsthed om, at vi lige skal tjekke op på, om de nu har fået lavet de undersøgelser, de skal.

Da vi havde tema om NSAID tror jeg, mange blev lidt overraskede over, hvor meget opmærksomhed man skal have i forhold til nyrefunktionen, når man også giver andre lægemidler. Tallene viste, at de fleste lå lavt på forbrug. Men der var nogle, der blev overraskede over fordelingen af forbruget – altså hvilke typer af NSAID, vi bruger. Der snakkede vi om, at Ibuprofen er førstevalg, og der var måske nogle, der havde et større forbrug af andre præparater.