

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	2
2. Opdrag og etablering af LKT KOL	3
3. Problemstilling	4
3.1 Målgruppe	5
4. Projektets formål, målsætning og resultatmål	5
5. Projektets fire indsatsområder	7
5.1 Fokuserede indsatser for særligt sårbare patienter	8
5.2 Tryghedsskabende indsatser	9
5.3 Rehabiliterende indsatser	10
5.4 Den præhospitale indsats	11
6. Procesmål og obligatorisk datadokumentation	12
7. Visualisering af sammenhæng mellem resultatmål og procesmål	18
8. Organisering af LKT KOL	19
8.1 Deltagende enheder	19
8.2 Forbedringsteams	19
9. Proces for afvikling af LKT KOL	21
10. Monitorering af data i LKT KOL	22
11. Tidsplan	23
12. Evaluering	23
13. Medlemmer af ekspertgruppen	25
14. Litteraturliste/Links til database/regionale vejledninger mv.	26
15. Bilag 1: Stratificeringsværktøj til hospitalerne	26
16. Bilag 2: Forslag til aftalekort	26
17. Bilag 3: Forslag til selvbehandlingsplan	26
18. Bilag 4: Forslag til samarbejde med almen praksis	26
19. Bilag 5: Vores forbedringsprojekt	26
20. Uddannelsesmateriale	26

1. Indledning

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) er en af de hyppigst forekommende kroniske sygdomme i Danmark, og den eneste af de store kroniske sygdomme, hvor man igennem de seneste 20 år ikke har observeret fald i dødelighed.

Det skønnes, at mellem 110.000 og 130.000 danskere er i medicinsk behandling for KOL, og epidemiologiske studier estimerer, at omkring 400.000 danskere har KOL, hvis også de lette sygdomstilfælde medtages.

Sygdomsområdet er også karakteriseret ved en høj grad af social ulighed. Antallet af nye tilfælde af KOL pr. 100.000 personer (både blandt kvinder og blandt mænd), falder med stigende fuldførte uddannelsesniveauer. Blandt personer med KOL ses ligeledes social ulighed for begge køn. Andelen, som enten dør eller mister beskæftigelse, ses at falde med stigende fuldførte uddannelsesniveauer.¹

Mange personer med KOL er i risiko for at få akut forværring (herefter benævnt *exacerbation*), primært som følge af luftvejsinfektioner og virussygdomme. Disse forværringer kræver ofte en målrettet indsats fra de rette aktører i sundhedsvæsenet, og et tæt tværsektorielt samarbejde.

De fem regionale forløbsprogrammer rummer en bred palette af mulige indsatser, som f.eks. implementering af TeleKOL, og beskriver, hvilken rolle de forskellige sundhedsfaglige aktører kan have, som en del af disse indsatser. Samtidig stilles krav til samordning og koordination mellem aktører og sektorer i sundhedsvæsenet for at sikre gode, helhedsorienterede forløb med fokus på den enkelte person med KOL.

Gennem en årrække har der været stigende fokus på KOL. Trods mange gode initiativer, som de fem regionale forløbsprogrammer samt nationale anbefalinger, kalder området stadig på handling. Den 10. årsopgørelse af indikatorer for sundhedsfaglig kvalitet i Dansk register for KOL (DrKOL) vedrørende diagnostik og behandling af KOL i hospitalssektoren viser generel fremgang i indikatoropfyldelse på landsplan, hvor 6 ud af de 10 indikatorer med fastlagte standarder opfylder standarderne. Ekspertgruppen for LKT KOL vurderer dog, at genindlæggelsesfrekvensen² til stadighed er for høj i forhold til det ønskede niveau for sygdomsområdet.

Ekspertgruppen har en klar forventning om, at genindlæggelsesfrekvensen kan nedbringes ved de rette indsatser på tværs af sektorer. *Ingen sektor kan løfte opgaven alene, og derfor sætter LKT KOL fokus på det tværsektorielle samarbejde om målrettede indsatser.*

Det organisatoriske setup for et LKT, som f.eks. styring efter fælles mål, læringsseminarer og virtuelle netværk, vil bidrage til at understøtte de relationelle processer, som er et væsentligt kriterie for en succesfuld tværsektoriel opgaveløsning. Data og fælles mål vil blive sat i højsædet og give deltagerne en fælles opgave. Data kan motivere og et fælles setup, der understøtter det relationsskabende møde mellem sektorerne, forventes at spille en stor rolle i målopfyldelsen af LKT KOL, og at være grobund for læring på tværs af sektorer.

¹ Sundhedsstyrelsens rapport: Social ulighed i sundhed og sygdomme, 2020.

² Genindlæggelse følger definitionen i DrKOL: patienter, der har en ny luftvejsrelateret indlæggelse med en registreret indlæggelsesdato mellem 2 og 30 dage efter at være udskrevet i live. Med luftvejsrelateret indlæggelse menes en indlæggelse svarende til aktionsdiagnose DJ44* eller bidiagnose DJ44* i kombination med DJ96*, DJ13-18* (svarende til ovenstående beskrivelse).

Det overordnede formål for LKT KOL er derfor:

- *Optimering af forløb for personer med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom på tværs af sektorer.*

Ekspertgruppen for LKT KOL har valgt, at det specifikke formål i dette LKT skal være, at:

- *Alle personer med KOL får den optimale behandling i forbindelse med udskrivelse efter en KOL-relateret indlæggelse.*

En optimal behandling i forbindelse med udskrivelse, hvor der samarbejdes på tværs af sektorer, forventes ikke kun at påvirke personernes generelle sygdomsforløb positivt, men også at medvirke til et fald i genindlæggelser på grund af akut exacerbation inden for 30 dage efter seneste udskrivelse. Udover fokus rettet mod processer i forbindelse med udskrivelse, er der også fokus på at styrke den præhospital indsats for personer med KOL.

NB! I denne projektbeskrivelse er ikke alle kerneelementer fra de fem regionale forløbsprogrammer mv. nævnt. Ekspertgruppen har udpeget de elementer, hvor det *tværsektoriellem samarbejde* spiller en stor rolle. Det forudsættes dog, at **de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser**, som tilbud om rygestop, registrering af rygestatus, tilbud om uddannelse i sygdomsforståelse mv., løses i forhold til gældende regionale forløbsprogrammer, nationale retningslinjer mv.

2. Opdrag og etablering af LKT KOL

Lærings- og Kvalitetsteams (LKT) er et element i Det Nationale Kvalitetsprogram. LKT er et nationalt forpligtende samarbejdsforløb, der tilrettelægges med henblik på at forbedre kvaliteten indenfor et klinisk område. I forløbet bruges en systematisk forbedringsmetode, og formålet er at understøtte det klinisknære forbedringsarbejde og sikre læring på tværs af landsdele. Arbejdet i lærings- og kvalitetsteams skal medvirke til at opbygge en forbedringskultur, hvor arbejdet med kontinuerligt at løfte kvaliteten er en integreret del af det daglige arbejde.

Tidsrammen for et LKT er fra opstarten af 1. læringsseminar to år.

De konkrete mål og det kliniske indhold i forbedringsarbejdet defineres af en ekspertgruppe bestående af patientrepræsentanter, kliniske eksperter og eksperter i forbedring. Ekspertgruppen giver også forslag til mulige tiltag og procesmål i arbejdet med implementeringen af det kliniske indhold.

Deltagende enheder etablerer lokale forbedringsteams, der fokuserer på at opfylde målene ved at samle data og teste forandringer hurtigt i lille skala lokalt. De lokale forbedringsteams er gensidigt forpligtede til åbenhed, deling af erfaringer samt at lære af hinanden, hvilket bl.a. indebærer deltagelse i de nationale læringsseminarer og netværksmøder.

For at opnå succes med forbedringsarbejde er det vigtigt:

- at der er **ledelsesopbakning** i forhold til organisering og sikring af tid og kompetencer til at udføre forbedringsarbejdet
- at der foreligger et velbeskrevet **klinisk indhold**
- at der anvendes en **systematisk forbedringsmetode**
- at der er adgang til **løbende og tidstro data**
- at der tages del i **læringsseminarer og netværksmøder**
- at der er **støtte fra kvalitetsorganisationen** ift. forbedringsmetodik, og data.

Styregruppen for LKT godkendte den 24. april 2019, at KOL skulle udpeges som fokus for et LKT, begrundet ud fra, at:

- Der ikke er en tilfredsstillende kvalitet på området.
- Der er national konsensus om behandlingsformer. En omfattende forskning indenfor KOL har vist, at en lang række behandlingsmodaliteter ud over rygeophør har positiv effekt på forløbet, og der er således i dag dokumentation for, at behandlingen påvirker både selve sygdommens forløb, patientens funktionsniveau samt livskvalitet og formentlig også dødeligheden.
- Det er muligt at tage afsæt i en eksisterende og veletableret klinisk kvalitetsdatabase. Databasen Dansk register for kronisk Obstruktiv Lungesygdom blev etableret i 2006.
- Området vil have betydning for flere af de nationale kvalitetsmål, men relaterer sig primært til:
 - Styrket indsats for kronikere og ældre patienter.
 - Behandling af høj kvalitet.

Region Midtjylland varetager den nationale projektledelse af LKT KOL. Region Midtjylland er dermed tovholder for de nationale opgaver, herunder koordination af fælles indsatser, fælles vidensdeling og fælles opsamling på resultater.

Denne projektbeskrivelse er udarbejdet af Ekspertgruppen for LKT KOL og er godkendt i Styregruppen for Lærings- og Kvalitetsteams den xx. Medlemmerne af ekspertgruppen kan ses under afsnit 13. Beskrivelse af styregruppen, de øvrige LKT samt andet materiale fremgår af www.kvalitetsteams.dk.

3. Problemstilling

KOL blev i 2006 valgt som sygdomsområde i Det Nationale Indikatorprojekt med henblik på at monitorere kvaliteten af behandlingen af KOL i både primær- og sekundærsektoren og i løbet af de sidste 10 år, er der kommet et stigende fokus på KOL.

Regionernes fem forløbsprogrammer for personer med KOL har defineret den rolle, som almen praksis, præhospital, hospitalerne og kommunerne skal spille, og der er kommet evidensbase-rede guidelines, som beskriver diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning af disse personer.

Ligeledes lancerede regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (KL) i december 2015 en national satsning for mennesker med lungesygdomme. Lungesatsningen er en del af en samlet kronikersats, som er aftalt mellem regeringen, KL og Danske Regioner i forbindelse med økonomaftalerne for 2016.

I december 2015 udgav Sundhedsstyrelsen (SST) deres anbefalinger for tidlig opsporing, behandling, rehabilitering, palliation og opfølgning for mennesker med KOL. I april 2017 reviderede SST anbefalingernes kapitel 2, som vedrører opsporing og diagnostik af KOL (Rapport: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for patienter med KOL, 2017).

Det er vigtigt og relevant at fokusere på genindlæggelser, da det er en omvæltning af patientens daglige rytme, og kan være en stressfyldt og ressourcekrævende oplevelse. Særligt for ældre og sårbare personer kan det forventes at påvirke livskvaliteten negativt. Dette synes særligt vigtigt på KOL-området, idet 1/3 af alle personer med KOL har angst og/eller depressive symptomer - vurderet på basis af litteraturen (DrKOL National årsrapport 2018).

Genindlæggelsesprocenten for KOL indenfor 30 dage er i 2018 på 19 % (DrKOL National årsrapport 2018), hvilket er stort set uændret i forhold til de to forudgående år. Der er lavet en supplerende opgørelse af risikoen for genindlæggelse i årsrapporten for DrKOL 2018, som kan findes i appendiks. Her ses det, at de personer, der hyppigst genindlægges, er dem med de korteste indlæggelser (2-8 dage), hvilket formentlig er et udtryk for, at en del af denne gruppe personer ofte udskrives for hurtigt. Der er ikke kun én årsag hertil. Nogle personer vælger f.eks. selv at lader sig udskrive. Pointen er, at personer med korte indlæggelser er en særlig risikogruppe, som kræver nærmere opmærksomhed, og at det tværsektorielle samarbejde her er særdeles vigtigt. Ingen sektor kan løfte opgaven alene.

Hvad angår mortalitet indenfor 30 dage efter en KOL-relateret indlæggelse er tallet i 2018 på 11 % og uændret fra 2016 og 2017.

3.1 Målgruppe

Målgruppen er personer på 30 år eller ældre med KOL, der har været indlagt på grund af akut forværring i projektperioden. Målgruppen følger definitionen for indlagte i DrKOL svarende til nedenstående boks.

Teknisk specifikation af målgruppen:

Patienter \geq 30 år, der er akut indlagt med aktionsdiagnosen DJ44* 'Kronisk obstruktiv lungesygdom, anden' eller DJ44* som b-diagnose i kombination med én af følgende aktionsdiagnoser: DJ96* eller DJ13-18*. En indlæggelse defineres som en akut fremmødekontakt i LPR over 12 timers varighed.

For yderligere beskrivelse henvises til DrKOL:

<https://www.rkkp-dokumentation.dk/Public/Databases.aspx?db=7>

4. Projektets formål, målsætning og resultatmål

Styregruppen for LKT godkendte etableringen af LKT KOL ud fra det overordnede formål at arbejde med optimering af forløb for personer med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) på tværs af sektorer.

Ekspertgruppen for LKT KOL har derefter valgt, at det specifikke formål i dette LKT skal være, at alle personer med KOL får den optimale behandling i forbindelse med udskrivelse. Optimal behandling påvirker ikke kun det generelle sygdomsforløb positivt, men der er en forventning

om, at det vil medvirke til, at der kan ske et fald i genindlæggelser på grund af akut exacerbation inden for 30 dage, da flere af disse vurderes at kunne være undgået.

Data på 30-dages dødeligheden følges i dette projekt for at monitorere, at nedbringelsen af genindlæggelser ikke skaber en u hensigtsmæssig afledt effekt i form af øget dødelighed for målgruppen (f.eks. at personer, der burde have været indlagt, holdes for længe i eget hjem).

NB! Denne projektbeskrivelse står, som tidligere beskrevet, på skuldrene af alle andre initiativer udarbejdet for KOL-området. Det forudsættes at **de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser**, som blandt andet tilbud om rygestop, registrering af rygestatus og tilbud om uddannelse i sygdomsforståelse, løses i forhold til de gældende regionale forløbsprogrammer.

Overordnet målsætning og resultatmål:

Målsætning: at nedbringe antallet af genindlæggelser med 15%

Resultatmål: Andelen af personer med KOL, som genindlægges på grund af akut exacerbation inden for 30 dage, skal reduceres med 15 % inden udgangen af 1. kvartal 2024 sammenholdt med baseline 1. kvartal 2022.

Resultatindikator: Andel af personer med KOL indlagt på grund af akut exacerbation, som genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse (svarende til indikator 12 i DrKOL).

Uhensigtsmæssige afledte effekter

Andel af personer med KOL indlagt pga. akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelse er status quo jf. baseline 1. kvartal 2022.

Ulempeindikator: Andel af personer med KOL indlagt på grund af akut exacerbation, som dør inden for de første 30 dage efter indlæggelsen (svarende til indikator 13 i DrKOL).

Baseline: både nationale og regionale

Baseline for begge mål indsættes, når disse forefindes

Resultatindikator

Målsætning: Andelen af personer, som genindlægges på grund af akut exacerbation inden for 30 dage, skal reduceres med 15 % inden udgangen af 1. kvartal 2024 sammenholdt med baseline 1. kvartal 2022.

Type: Resultatindikator

Format: Rate

Forbedringsretning: Ned

Tæller: Tal på når disse forefindes.

Nævner: Tal på når disse forefindes.

Datakilder: Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (årstal).

Argumentation: Ekspertgruppen har valgt at bruge data vedr. genindlæggelser som indikator på, at personer med KOL får den optimale behandling i forbindelse med udskrivelse. Målet er at nå en reduktion i genindlæggelser på 5-10% i løbet af det første år i projektet - gældende for de deltagende afdelinger. Efter et år skal ekspertgruppen vurdere, om resultatmålet kan øges jf. de resultater, som forbedringsteamsene har opnået det første år eller om målet på 15% over den toårige periode skal fastholdes.

Årsagerne til, at netop 15% er valgt, er flere. Dels ud fra en vis realisme og ydmyghed, da genindlæggelsesraten gennem flere år har været stationær. Dels ud fra en konservativ og samtidig ambitiøs betragtning om, at det kan gøres lidt bedre, end tilfældet er i dag, men at træerne ikke vokser ind i himlen, og at det tager tid at ændre adfærd. Dels fordi genindlæggelsesraten i 2018 var 19%. 15% heraf svarer til en nedgang i absolutte tal på 3%. Hvis dette tal bliver mindre, vil den statistiske usikkerhed blive for stor, og det kan derfor være meget svært at konkludere på resultatet.

Ulempeindikator

Målsætning: Andel af personer indlagt pga. akut exacerbation, som dør inden for 30 dage efter indlæggelse er status quo jf. baseline 1. kvartal 2022.

Type: Ulempeindikator

Format: Rate

Forbedringsretning: Ned

Tæller: Tal på når disse forefindes.

Nævner: Tal på når disse forefindes.

Datakilder: Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (årstal).

Argumentation: Dødeligheden inden for 30 dage påvirkes af mange faktorer, og der er ikke nødvendigvis kausal sammenhæng mellem dødelighed og antal genindlæggelser. I dette LKT følges data på 30-dages dødeligheden først og fremmest for at monitorere, at nedbringelsen af genindlæggelser ikke skaber en u hensigtsmæssig afledt effekt i form af øget dødelighed.

5. Projektets fire indsatsområder

Styregruppen for LKT vedtog at oprette LKT KOL med det overordnede formål at arbejde med *optimering af patientforløb for personer med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) på tværs af sektorer*. Ekspertgruppen for LKT KOL har valgt, at det specifikke mål i dette LKT vil være, *at alle personer med KOL får den optimale behandling i forbindelse med udskrivelse efter en KOL-relateret indlæggelse*.

Denne afgrænsning er valgt, da målet netop kalder på større fokus på *det tværfaglige samarbejde* mellem relevante sektorer. Heri er blandt andet en udfordring i relation til kommunikation mellem relevante samarbejdsparter - herunder øget kendskab til hinandens vilkår og muligheder. Ekspertgruppen har ligeledes besluttet, at forbedringsprojektet tager udgangspunkt i 4 indsatsområder, hvortil der er knyttet flere konkrete indsatser. Indsatsområderne er:

1. Fokuserede indsatser for særligt sårbare personer med KOL
2. Tryghedsskabende indsatser
3. Rehabiliterende indsatser
4. Den præhospitale indsats.

Indsatserne bliver foldet yderligere ud i de nedenstående afsnit og de tilknyttede procesmål og indikatorer kan ses under afsnit 6.

5.1 Fokuserede indsatser for særligt sårbare patienter

Alle personer med KOL stratificeres **vha. et stratificeringsværktøj** inden udskrivelse fra hospital med henblik på at vurdere risiko for genindlæggelse indenfor 30 dage (jf. bilag 1). Dette gøres blandt andet for at undgå, at personer i høj risiko for genindlæggelse udskrives, før der er tilrettelagt en fokuseret indsats for det videre forløb - i samarbejde med praktiserende læge og/eller kommune. Samtidig er ideen at hejse et "rødt flag", så man som sundhedsperson bliver gjort opmærksom på den pågældendes øgede risiko, og at det derfor kan være både hensigtsmæssigt og nødvendigt at gøre en særlig indsats for at undgå genindlæggelse. Stratificeringsværktøjet **er udarbejdet på baggrund af data fra DrKOL**. Det indeholder nogle få og simple oplysninger, som f.eks. lungefunktion, antal tidligere indlæggelser og forværringer pga. KOL samt graden af åndenød (bedømt med Medical Research Council Dyspnoea Scale (MRC), således, at man hurtigt og med en vis præcision kan identificere risiko (i forhold til genindlæggelser). Særligt skal man være opmærksom på, at andre ting end dem, som fremgår af værktøjet, kan være med til at øge risikoen for genindlæggelse (eksempelvis hvis man bor alene, eller hvis man vurderes at være fysisk og/eller psykisk skrøbelig) - så den sunde fornuft og det kliniske blik kan ikke lægges til side, men bør derimod anvendes til yderligere at kvalificere risikoen for den enkelte.

Stratificeringsværktøjet har været afprøvet i praksis (pilot-afprøvning) på medicinsk sengeafdeling i Vejle, Sygehus Lillebælt. Dette identificerede flere problemstillinger, hvoraf de vigtigste er, som følger:

- Udfordringer med afklaring af patientkategorier, der skal screenes/relevante diagnoser.
- Hvor gammel må lungefunktionsmålingen være, og hvor finder man den helt konkret i journalen.
- MRC – hvad er det – hvordan fastsættes graden, hvor gammel må den være, og hvor finder man den helt konkret i journalen (opskrift).
- Antal exacerbationer indenfor det seneste år – findes ved at spørge patienten og/eller læse i journalen/se antal prednisolonkure i FMK.

- Antal indlæggelser i alt med KOL kan være udfordrende at finde i journalen. Eventuelt må patienten/pårørende tages med på råd.
- Afklaring af vægtningen af hvad "bløde data" betyder for risiko for genindlæggelse i forhold til de "hårde data" på lommekortet. Dette må bero på en individuel vurdering. Hvis patienten f.eks. har en angstproblematik eller bor alene, kan det vægte højt i de tilfælde, hvor man vurderer, at det har betydning ift. risiko for genindlæggelse.
- Der mangler konkrete anvisninger til handlemuligheder for at undgå genindlæggelse. Disse skal tilpasses lokalt afhængig af de tilgængelige tilbud.

Samlet set resulterede erfaringerne for pilotafprøvningen i udarbejdelse af et generisk lommekortet med en for- og en bagside, som eksemplificeret i bilaget (jf. bilag 1). På grund af forskellige elektroniske journalsystemer og forskellige handlemuligheder i kommunerne, vil der være behov for (mindre) lokal tilpasning.

Konkrete handlinger inden/i forbindelse med udskrivelse:

- Alle personer i målgruppen stratificeres og resultatet heraf anføres i epikrise og plejeforløbsplan.
- Følger der anbefalinger til videre handling og/eller høj risiko for genindlæggelse, skal epikrisen markeres som gul eller rød epikrise jf. national epikrisestandard.
- Alle personer vurderes, om de er indenfor målgruppen for TeleKOL, og visiteres til dette, hvis relevant. Resultatet anføres i epikrise og plejeforløbsplan.
- Hospitalet varsler udskrivelse i "god tid" til kommune og praktiserende læge, så disse er klar, når personen kommer hjem. Rammerne for "god tid" følger de lokale retningslinjer og aftales lokalt i forbedringsteamet.

5.2 Tryghedsskabende indsatser

Tryghed er vigtigt for mange personer med KOL, for hvem det er vigtigt at vide, hvem man kan og skal ringe til - om hvad og hvornår. Desuden er det vigtigt, at man kan få den rigtige hjælp på det rigtige tidspunkt, så en akut exacerbation begrænses eller helt undgås. Derfor skal det vurderes, hvorvidt der er behov for, at der udarbejdes et aftalekort inden udskrivelse fra hospitalet. Såfremt der allerede foreligger et aftalekort fra f.eks. TeleKOL, skal der tages udgangspunkt i dette. Et aftalekort skal indeholde praktisk information samt kontaktoplysninger på de personer, som eventuelt kan hjælpe i tilfælde af akut exacerbation, og bør i udgangspunktet være udarbejdet ud fra LEON-princippet³. (Forslag til aftalekort vil blive vedlagt som bilag 2).

³ LEON-princippet indebærer, at behandlingen altid skal tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau. Det betyder, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke bør foregå på et højere specialiseringsniveau end hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt.

Processen vedr. udarbejdelse af et aftalekort er todelt. I forbindelse med udskrivelse indeholder aftalekortet praktiske oplysninger, såsom aftaler med hjemmeplejen, sygepleje mv. Den individuelle tilpasning - udformet efter den pågældende persons egen mestringsevne og livssituation - skal indeholde oplysninger om, hvem der kan kontaktes i forbindelse med akut exacerbation, og udarbejdes efter udskrivelse i et samarbejde mellem personen selv, kommunen og/eller praktiserende læge, så aftalekortet er tilpasset lokale retningslinjer og muligheder for hjælp.

Ligeledes er det vigtigt, at personen med KOL er bevidst om, hvad man selv kan gøre, inden der eventuelt tages kontakt til sundhedsvæsenet. Derfor skal det også vurderes, om der er behov for, at hospitalet i samarbejde med den pågældende udarbejder en selvbehandlingsplan. **Såfremt der allerede forefindes en selvbehandlingsplan fra f.eks. TeleKOL, skal der tages udgangspunkt i denne.** (Forslag til selvbehandlingsplan vil blive vedlagt som bilag 3).

Konkrete handlinger:

- Alle personer med KOL vurderes i forhold til, om der er behov for udarbejdelse af aftalekort inden udskrivelse. Resultatet anføres i epikrise og plejeforløbsplan. **Aftalekort sendes, så vidt muligt, med den pågældende hjem.**
- **Personen med KOL drøfter og tilpasser aftalekortet efter udskrivelse i samarbejde med kommunen og/eller den praktiserende læge, så det er udformet med udgangspunkt i såvel egen mestring og livssituation som lokale retningslinjer og muligheder for hjælp.**
- Alle personer med KOL vurderes i forhold til, om der er behov for udarbejdelse af en selvbehandlingsplan inden udskrivelse. Resultatet anføres i epikrise og i plejeforløbsplan, og gældende selvbehandlingsplan vedlægges.
- **Det anbefales, at udskrivelsesrapporten medgives ved udskrivelse.**

5.3 Rehabiliterende indsatser

Efter en indlæggelse vil der inden udskrivelse ofte være behov for at udarbejde eller at revurdere en eksisterende genoptræningsplan. Ligeledes kan personer med KOL opleve vanskeligheder med at tygge og synke maden, og der ses øget forekomst af undervægt og utilsigtet vægttab. Underernæring, uanset BMI, øges med tiltagende sygdomssværhedsgrad og med forekomst af exacerbationer. Underernærede personer med KOL, uanset BMI, oplever hyppigere genindlæggelse, flere indlæggelsesdage, dårligere lungefunktion, nedsat fysisk formåen samt dårligere overlevelse.

Derfor bør hospitalet inden udskrivelse lave en vurdering af, om der er behov for rehabilitering, en genoptræningsplan, dysfagiscreening, samt en ernæringsplan.

Konkrete handlinger:

- Alle personer med KOL vurderes i forhold til, om der er behov for at henvise til rehabilitering, og resultatet anføres i epikrise, plejeforløbsplan og i **genoptræningsplanen**, så kommunen kan handle derpå.
- Alle personer med KOL vurderes i forhold til, om der er behov for at udarbejde en genoptræningsplan inden udskrivelse, og resultatet anføres i epikrise og i plejeforløbsplan, så kommunen kan handle derpå.

- Alle personer med KOL vurderes i forhold til, om der er behov for dysfagiscreening inden udskrivelse og resultatet anføres i epikrise, plejeforløbsplan og i **genoptræningsplanen**, så kommunen kan handle derpå.
- Alle personer med KOL vurderes i forhold til, om der er behov for en ernæringsplan inden udskrivelse og resultatet anføres i epikrise og i plejeforløbsplan, så kommunen kan handle derpå.

5.4 Den præhospitale indsats

Når der ringes 112, fordi en person har vanskeligt ved at trække vejret, f.eks. på grund af KOL, er den første person man taler med en sundhedsfaglig visitator på en af regionernes AMK-vagtcentraler.

Den sundhedsfaglige visitator (SFV) skal ud fra samtalen med indringer vurdere hastegraden af opkaldet/personens tilstand (hastegrad A, B, C) og på baggrund heraf vurdere, hvilken hjælp (respons) der skal sendes, f.eks. en ambulance - eventuelt suppleret med en akutlægebil, akutlægeheliokopter, paramedicinerbil eller en akutbil. SFV bruger et symptombaseret beslutningsværktøj, Dansk Indeks for Akuthjælp (DI), i sin vurdering af hastegraden og hvilken hjælp, der skal sendes.

Vejrtrækningsproblemer kan være vanskelige at vurdere i en telefon, hvorfor DI opslag 28, som en del af LKT-KOL, foreslås revideret i samarbejde med **præhospitale akutlæger og speciallæger i lungemedicin**, for at forbedre både kriterier, tillægsspørgsmål, råd til indringer samt baggrundsinformation vedr. KOL, så den optimale hjælp tilgår personer med KOL.

I samarbejde med **præhospitale akutlæger og speciallæger i lungemedicin** kan den præhospitale behandlingsguide optimeres. Man kan **desuden overveje, om præhospitale enheder skal kunne påbegynde CPAP/NIV-behandling i ambulancerne og hvilke kriterier, der skal være opfyldt, før en sådan behandling påbegyndes.**

Ekspertgruppen anbefaler, at der laves lokale visitationsretningslinjer, så personer med KOL kan visiteres til hospitaler, hvor de rette kompetencer er til stede for fortsat optimal behandling.

Konkrete handlinger

- Revision af Dansk Indeks opslag 28.
- Relevant personale skal opdateres jf. revision af Dansk Indeks.
- Revision af behandlingsvejledninger for personer med KOL til ambulancepersonale.
- Lokale visitationsretningslinjer så personer med KOL visiteres til rette behandlingssted.

Mange personer med KOL ringer 112, fordi de er utrygge og bange. Når ambulancen kommer ud og **f.eks. giver inhalationsbehandling**, bedres en del personer med KOL, og vil ikke have behov for yderligere behandling. Disse personer kan efter en konkret sundhedsfaglig vurdering afsluttes i hjemmet. **Der bør udvikles objektive kriterier, som ambulancetjenesten kan bruge for at sikre, at personer efter endt medicinsk behandling kan afsluttes på stedet.**

Når **behandlingen af** en person med KOL afsluttes i hjemmet **af præhospitalet**, vil det være ideelt, hvis egen læge og/eller den kommunale hjemmesygepleje får en elektronisk korrespondance-meddelelse og derved kan følge med i personens forløb. Dette er næppe muligt at gennemføre indenfor LKT KOL's tidshorizont, hvorfor det ikke medtages som et mål, men det anbefales, at der arbejdes på en løsning.

Yderligere forslag til handlinger⁴:

- Lokalt at overveje muligheden for at påbegynde CPAP/NIV-behandling præhospitalet.
- Udvikling af objektive kriterier så afslutning på stedet gøres mere sikker for at forhindre genindlæggelser.

6. Procesmål og obligatorisk datadokumentation

Det overordnede resultatmål monitoreres med data fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), mens de 4 indsatsområder og dertilhørende procesmål og indikatorer skal følges med data indsamlet lokalt. Der bør så vidt muligt arbejdes med alle procesmål samtidigt. Senest på første læringsseminar beslutter de lokale forbedringsteams hvilke datakilder, der kan/skal anvendes til datamonitorering og med hvilket tidsinterval data skal leveres til de øvrige teammedlemmer.

Der er krav om datadokumentation på indikatorerne. Både hospital og kommuner skal en gang om måneden lave et udtræk på henholdsvis 10 journaler og 10 plejeforløbsplaner. De samme journaler og plejeforløbsplaner kan anvendes for alle procesmål, som derved kan gennemføres i én proces.

Det vil være et krav, at data fra de månedlige udtræk medbringes på 2. læringsseminar, hvor data drøftes i det lokale forbedringsteam, og hvor data deles med de øvrige forbedringsteams - enten via oplæg eller som en del af et storyboard (en visuel præsentation).

Der er ikke opstillet obligatoriske indikatorer for almen praksis, men der er udarbejdet en række forslag til, hvordan almen praksis kan arbejde med udvalgte procesmål med tilhørende data. Se bilag 4: Forslag til samarbejde med almen praksis.

Indsats 1 - Fokuserede indsatser for særligt sårbare personer med KOL:

Procesmål vedr. risikostratificering:

- 1.1 Alle personer med KOL bliver inden udskrivelse risikostratificeret i forhold til, om de er i øget risiko for genindlæggelse.
- 1.2 Alle epikriser indeholder resultatet af gennemført risikostratificering.
- **1.3 Alle epikriser indeholder information om behov for visitering til TeleKOL.**

⁴ Der vil ikke være udarbejdet konkrete procesmål til disse handlinger, da handlingerne ikke er obligatoriske i projektperioden, men det anbefales, at handlingerne udføres.

- 1.4 Alle plejeforløbsplaner indeholder resultatet af gennemført risikostratificering.
- 1.5 Alle plejeforløbsplaner indeholder information om behov for visitering til TeleKOL.

Måling:

- Indikator 1.1: Hospitalet dokumenterer, at alle personer med KOL stratificeres inden udskrivelse.
- Indikator 1.2: Hospitalet laver udtræk på minimum 10 journaler hver måned med henblik på, om epikriserne indeholder resultatet af gennemført risikostratificering.
- Indikator 1.3: Hospitalet laver udtræk på minimum 10 journaler hver måned med henblik på, om epikriserne indeholder resultatet af behov for visitering til TeleKOL.
- Indikator 1.4: Kommunen laver udtræk på minimum 10 plejeforløbsplaner hver måned med henblik på, om plejeforløbsplanerne indeholder resultatet af gennemført risikostratificering.

Indikator 1.5: Kommunen laver udtræk på minimum 10 plejeforløbsplaner hver måned med henblik på, om plejeforløbsplanerne indeholder resultatet af behov for visitering til TeleKOL

Det aftales senest på første læringsseminar, om der vurderes at være behov for flere data, og i givet fald, hvilke datakilder der i øvrigt vurderes relevante for det enkelte tværfaglige team.

Indsats 2 - Tryghedsskabende indsatser:

Procesmål vedr. aftalekort:

- 2.1 Alle personer med KOL vurderes i forhold til, om der er behov for at udarbejde et aftalekort inden udskrivelse fra hospital.
- 2.2 Alle epikriser indeholder resultatet af, hvorvidt der er behov for udarbejdelse af et aftalekort.
- 2.3 Alle plejeforløbsplaner indeholder resultatet af, hvorvidt der er behov for udarbejdelse af et aftalekort.
- 2.4 Alle personer med KOL har i samarbejde med kommunen, udarbejdet et aftalekort, hvis relevant.

Måling:

- Indikator 2.1: Hospitalet dokumenterer, at alle personer med KOL vurderes i forhold til, om der er behov for at udarbejde et aftalekort inden udskrivelse fra hospital.
- Indikator 2.2: Hospitalet laver udtræk på minimum 10 journaler hver måned med henblik på, om epikriserne indeholder information om behov for udarbejdelse af et aftalekort.

- **Indikator 2.3:** Kommunen laver udtræk på minimum 10 plejeforløbsplaner hver måned med henblik på, om disse indeholder information om behov for udarbejdelse af et aftalekort inden udskrivelse.
- **Indikator 2.4:** Data på dette procesmål aftales lokalt i forbedringsteamet med deltagere fra kommunen.
 - f.eks. måling af hvor mange, der får lavet et aftalekort.

Det aftales senest på første læringsseminar, om der vurderes at være behov for flere data, og i givet fald, hvilke datakilder der i øvrigt er mulige for det enkelte tværfaglige team.

Procesmål vedr. selvbehandling:

- 2.5 Alle patienter vurderes i forhold til, om der er behov for at udarbejde en selvbehandlingsplan inden udskrivelse.
- 2.6 Alle epikriser indeholder resultatet af vurderingen af, om der er behov for udarbejdelse af en selvbehandlingsplan og selvbehandlingsplanen vedlægges epikrisen, hvis der er udarbejdet en jf. vurderingen.
- 2.7 Alle plejeforløbsplaner indeholder resultatet af vurderingen af, om der er behov for udarbejdelse af en selvbehandlingsplan og selvbehandlingsplanen vedlægges plejeforløbsplanen, hvis der er udarbejdet en jf. vurderingen.

Måling:

- **Indikator 2.5:** Hospitalet dokumenterer, at alle patienter vurderes i forhold til, om der er behov for at udarbejde en selvbehandlingsplan inden udskrivelse fra hospital.

Indikator 2.6: Hospitalet laver udtræk på minimum 10 journaler hver måned med henblik på, om epikriser indeholder resultatet af vurderingen, om der er behov for udarbejdelse af en selvbehandlingsplan inden udskrivelse.

- **Indikator 2.7:** Kommunen laver udtræk på minimum 10 plejeforløbsplaner hver måned med henblik på, om plejeforløbsplanerne indeholder resultatet af vurderingen, om der er behov for udarbejdelse af en selvbehandlingsplan inden udskrivelse.

Det aftales senest på første læringsseminar om der vurderes at være behov for flere data, og i givet fald hvilke datakilder, der i øvrigt vurderes relevante for det enkelte tværfaglige team.

[Indsats 3 – Rehabiliterende indsatser:](#)

Procesmål vedr. rehabilitering:

- 3.1 Alle patienter vurderes i forhold til, om der er behov for at henvise til rehabilitering inden udskrivning.
- 3.2 Alle epikriser indeholder resultatet af, om der er behov for henvisning til rehabilitering.
- 3.3 Alle plejeforløbsplaner indeholder resultatet af, om der er behov for henvisning til rehabilitering.

- 3.4 Kommunen dokumenterer, om alle personer med KOL gennemfører den planlagte rehabilitering, samt anfører årsagen, såfremt den ikke gennemføres.

Måling:

- **Indikator 3.1:** Hospitalet dokumenterer, at alle patienter vurderes i forhold til, om der er behov for at henvise til rehabilitering inden udskrivelse fra hospital.
- **Indikator 3.2:** Hospitalet laver udtræk på minimum 10 journaler hver måned med henblik på, om epikriserne indeholder vurdering af, om der er behov for at henvise til rehabilitering.
- **Indikator 3.3:** Kommunen laver udtræk på minimum 10 plejeforløbsplaner hver måned med henblik på, om plejeforløbsplanerne indeholder vurdering af, om der er behov for at henvise til rehabilitering.
- **Indikator 3.4:** Data på dette procesmål aftales lokalt i forbedringsteamet med deltagere fra kommunen.

Det aftales senest på første læringsseminar, om der vurderes at være behov for flere data, og i givet fald hvilke datakilder, der vurderes relevant for det enkelte tværfaglige team.

Procesmål vedr. genoptræningsplan:

- 3.5 Alle patienter vurderes i forhold til, om der er behov for at udarbejde en genoptræningsplan ved udskrivelse.
- 3.6 Alle epikriser indeholder resultatet af, hvorvidt der er behov for en genoptræningsplan.
- 3.7 Alle plejeforløbsplaner indeholder resultatet af, hvorvidt der er behov for en genoptræningsplan.
- 3.8 Kommunen handler, hvis relevant, på hospitalets anvisninger til den videre behandling vedr. genoptræningsplan, som noteret i epikrisen.

Måling:

- **Indikator 3.5:** Hospitalet dokumenterer, at alle patienter vurderes i forhold til, om der er behov for at udarbejde en genoptræningsplan inden udskrivelse fra hospital.
- **Indikator 3.6:** Hospitalet laver udtræk på minimum 10 journaler hver måned med henblik på, om epikriser indeholder resultatet af vurdering om behov for at udarbejde en genoptræningsplan.
- **Indikator 3.7:** Kommunen laver udtræk på minimum 10 plejeforløbsplaner hver måned med henblik på, om plejeforløbsplanerne indeholder resultatet af vurdering om behov for at udarbejde en genoptræningsplan.
- **Indikator 3.8:** Data på dette procesmål aftales lokalt i forbedringsteamet med deltagere fra kommunen.

Det aftales senest på første læringsseminar om der vurderes at være behov for flere data, og i givet fald, hvilke datakilder der vurderes relevante for det enkelte tværfaglige team.

Procesmål vedr. dysfagi:

- 3.9 Alle personer med KOL vurderes i forhold til, om der er behov for dysfagiscreening inden udskrivelse fra hospital.
- 3.10 Alle epikriser indeholder information om behov for dysfagiscreening.
- 3.11 Alle plejeforløbsplaner indeholder information om behov for dysfagiscreening.
- 3.12 Kommunen handler på hospitalets anvisninger til den videre behandling vedr. dysfagiscreening, som noteret i plejeforløbs- og i genoptræningsplanen.

Måling:

- **Indikator 3.9:** Hospitalet dokumenterer, at alle patienter vurderes i forhold til, om der er behov for dysfagiscreening inden udskrivelse.

Indikator 3.10: Hospitalet laver udtræk på minimum 10 journaler hver måned med henblik på, om epikriserne indeholder information om behov for dysfagiscreening.

- **Indikator 3.11** Kommunen laver udtræk på minimum 10 plejeforløbsplaner hver måned med henblik på, om plejeforløbsplanerne indeholder information om behov for dysfagiscreening.
- **Indikator 3.12:** Data på dette procesmål aftales lokalt i forbedringsteamet med deltagere fra kommunen.

Det aftales senest på første læringsseminar, om der vurderes at være behov for flere data, og i givet fald, hvilke datakilder der vurderes relevante for det enkelte tværfaglige team.

Procesmål vedr. ernæring:

- 3.13 Alle patienter vurderes i forhold til, om der er behov for ernæringsplan inden udskrivelse fra hospital.
- 3.14 Alle epikriser indeholder information om behov for ernæringsplan.
- 3.15 Alle plejeforløbsplaner indeholder information om behov for ernæringsplan.
- 3.16 Kommunen handler, hvis relevant, på hospitalets anvisninger til ernæringsplan, som noteret i plejeforløbsplanen.

Måling:

- **Indikator 3.13:** Hospitalet dokumenterer, at alle personer med KOL vurderes i forhold til, om der er behov for ernæringsplan inden udskrivelse fra hospital.
- **Indikator 3.14:** Hospitalet laver udtræk på minimum 10 journaler hver måned med henblik på, om epikriser indeholder information om behov for ernæringsplan.
- **Indikator 3.15:** Kommunen laver udtræk på minimum 10 plejeforløbsplaner hver måned med henblik på, om plejeforløbsplanerne indeholder information om behov for ernæringsplan.
- **Indikator 3.16:** Data på dette procesmål aftales lokalt i forbedringsteamet med deltagere fra kommunen.

Det aftales senest på første læringsseminar om der vurderes at være behov for flere data, og i givet fald, hvilke datakilder der vurderes relevant for det enkelte tværfaglige team.

Indsats 4 – Den præhospitale indsats:

Procesmål:

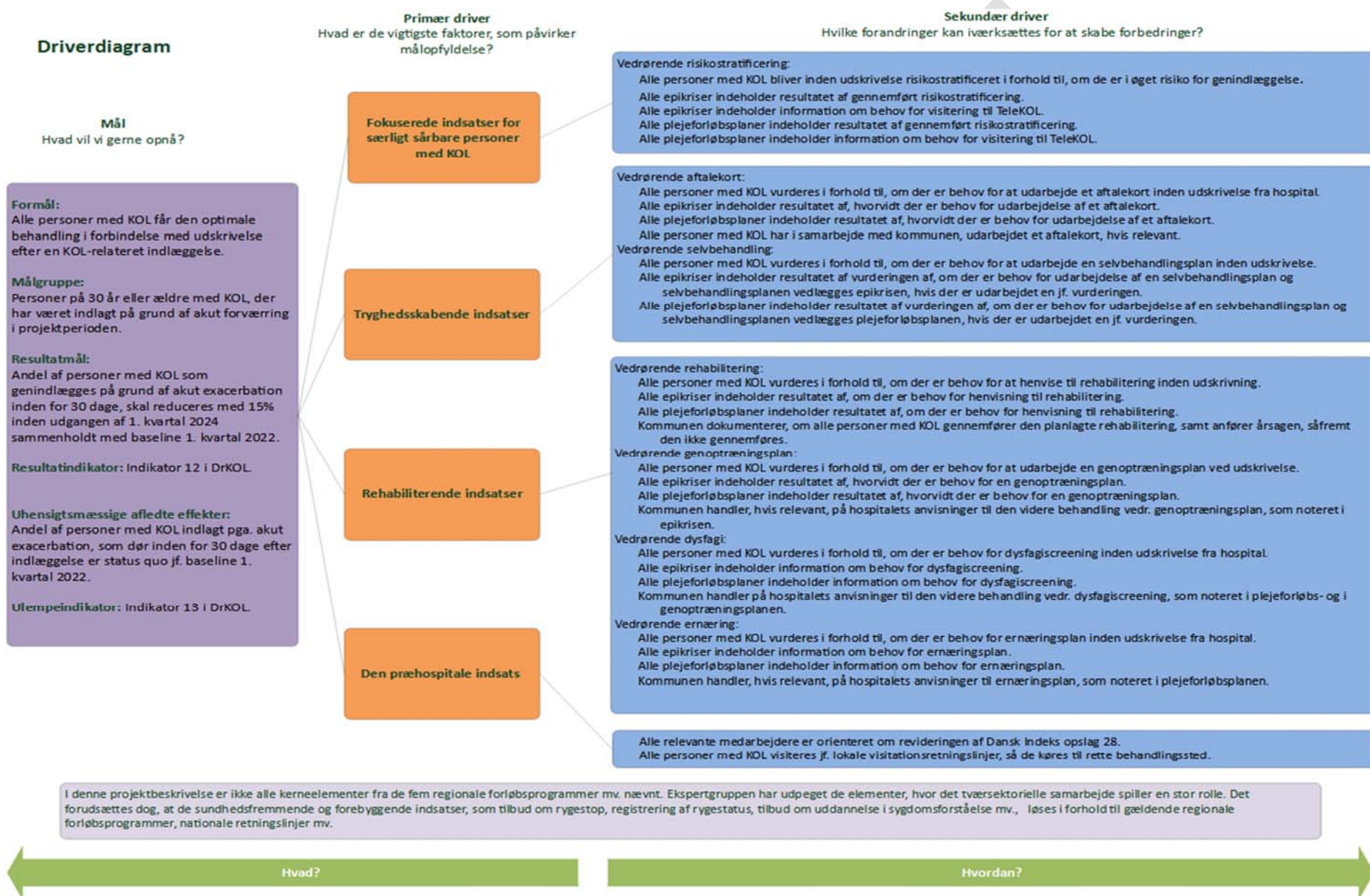
- 4.1 Alle relevante medarbejdere er orienteret om revideringen af Dansk Indeks opslag 28.
- 4.2 Alle personer med KOL visiteres jf. lokale visitationsretningslinjer, så de køres til rette behandlingssted.

Måling:

Data på procesmål 4.1 og 4.2 aftales lokalt i forbedringsteamet med deltagere fra den præhospitale indsats. De 5 AMK-vagtcentraler anvender forskellige disponeringssystemer, og det er derfor forskelligt, hvordan Dansk Indeks er integreret i it-løsningen, og hvordan data kan trækkes. Data på, hvor personer med KOL køres hen, og data vedrørende hvor mange, der får CPAP/NIV-behandling i ambulancen, kan ses i Præhospital Patientjournal.

Det aftales senest på første læringsseminar, om der vurderes at være behov for flere data, og i givet fald, hvilke datakilder der vurderes relevante for det enkelte tværfaglige team.

7. Visualisering af sammenhæng mellem resultatmål og procesmål



8. Organisering af LKT KOL

Det er ekspertgruppens klare forventning, at indsatserne i KOL-projektbeskrivelsen vil kunne indvirke på de valgte resultatmål og forbedre sygdomsforløb generelt, og dermed medvirke til at øge livskvaliteten for personer med KOL. Indsatserne er dog endnu ikke afprøvet i denne sammenhæng, hvorfor det anbefales, at de afprøves i mindre skala førend eventuel udbredelse nationalt til relevante parter.

Som del af det nationale LKT afholdes nationale ledelses -og læringsseminarer med henblik på opnåelse af nødvendige forbedrings- og datakompetencer, deling af erfaringer samt med det formål at skabe viden på tværs af sektorer og landsdele.

Opgaven i LKT KOL skal løses tværsektorielt, og derfor er hospitaler, kommuner, almen praksis samt repræsentanter fra det præhospitale område inviteret til at deltage. Ingen sektor kan deltage alene, og det anbefales, at alle sektorer er repræsenteret i de lokale forbedringsteams, og at alle parter deltager i LKT'ets aktiviteter, som læringsseminarer, netværksmøder mv. samt eventuelle lokale, planlagte aktiviteter. Det anbefales ligeledes, at der inviteres patienter med i de lokale forbedringsteams, og at der ved alle læringsseminarer inviteres repræsentanter fra relevante patientorganisationer.

LKT KOL bør fra igangsættelsen ikke kun forankres i de nedsatte forbedringsteams, men også i de relevante sektorer og hos relevant ledelse, så det allerede fra start bliver bredt implementeret hos personale såvel som i arbejdsgange.

8.1 Deltagende enheder

Ekspertgruppen anbefaler, at LKT KOL afprøves på 5 enheder først – en fra hver region, og at der i de tværsektorielle forbedringsteams som minimum deltager:

- Repræsentanter fra ét hospital fra hver region
- Repræsentanter fra 1-2 kommuner fra den respektive hospitalsklynge og gerne flere
- 2 repræsentanter fra den præhospitale indsats
- 1-2 repræsentanter fra almen praksis
- Personer med KOL eller repræsentanter fra patientorganisationer.

Udvælgelsen af deltagende hospital varetages af den enkelte region. Derefter vil det være hospitalet/regionerne, som har initiativpligten/er forpligtet til at tage kontakt til og invitere kommunale repræsentanter, almen praksis og patientrepræsentanter.

Der vil være behov for repræsentanter fra kommuner, almen praksis, hospital, den præhospitale indsats og patientrepræsentanter i forbedringsteamet jf. de faglige kompetencer, der er oplyst i afsnit 8.2. Derudover er der behov for en lokal organisering, som skal drive indsatserne lokalt. Alle parter er organiseret forskelligt, så der kan ikke laves et fælles forslag til organisering. Det anbefales dog, at der hos alle deltagende enheder udpeges en sponsor/ansvarlig leder, som sammen med repræsentanterne i forbedringsteamet driver forbedringsindsatsen.

8.2 Forbedringsteams

Lokalt organiseres de deltagende sektorer i tværfaglige forbedringsteams. Forbedringsteamet har det praktiske lokale ansvar for forbedringsarbejdet samt at sikre, at de aftalte indsatser

sker. De lokale forbedringsteams sammensættes således, at alle relevante faggrupper så vidt muligt indgår. Daglige ledere/kliniske beslutningstagere bør indgå eller have en tæt tilknytning til forbedringsteamet. Sammensætningen af forbedringsteams kan justeres undervejs, hvis der findes behov for f.eks. at supplere med andre deltagere.

Der bør udarbejdes en team-samarbejdsaftale mellem de deltagende sektorer inden første læringsseminar (*udkast til "vores forbedringsprojekt" vil blive vedlagt som bilag 5*). På første læringsseminar konkretiseres aftalen i konkrete handlinger i forbindelse med udarbejdelsen af "Vores forbedringsprojekt", som underskrives og godkendes af teamet og de dertilhørende ledelsesrepræsentanter. Her beskrives rammer og vilkår, samt hvilke datakilder de deltagende sektorer kan levere i forhold til indikatorerne under hvert indsatsområde.

Det anbefales ligeledes, at der udpeges en repræsentant fra hver sektor i forbedringsteamet, som sammen varetager teamlederrollen.

Det anbefales, at flest mulige af nedenstående kompetencer er repræsenteret i de lokale forbedringsteams, og at der er en stærk faglig og organisatorisk ledelsesforankring i teamet:

- Lungemediciner, KOL-sygeplejersker, psykologer, palliative enheder mv. fra deltagende hospitalsenhed
- Diætist fra deltagende hospitalsenhed og kommune
- Ergoterapeut fra deltagende hospitalsenhed
- Fysioterapeut fra deltagende hospitalsenhed
- **Relevante kommunale repræsentanter fra sundheds- og ældreområdet (f.eks. fra akutteam, sygepleje, sundhedscenter, genoptræning)**
- Almen praksis, praksiskoordinatorer/praksiskonsulenter (med fordel tilknyttet Lungemedicinsk Afdeling)
- Den præhospitale indsats, AMK Vagtcentralen (f.eks. sundhedsfaglige leder), ambulanceleverandørerne, daglige ledere/kliniske beslutningstagere fra deltagende sektorer, hvis muligt
- Patientrepræsentant
- Lokale kvalitetsmedarbejdere og andre relevante i forhold til indsatserne.

Inden første læringsseminar bedes de lokale forbedringsteams have gennemført nedenstående opgaver. Forud for læringsseminaret vil forbedringsteamet modtage en forberedelsespakke, som indeholder skabeloner og vejledninger, som kan anvendes til opgaverne:

- Sammensætte det lokale forbedringsteam med udgangspunkt i ovennævnte repræsentation
- Igangsætte lokale arbejdsgangsanalyser
- Igangsætte eventuelle lokale baselinemålinger i forhold til procesmål samt datakilder til belysning af procesmål
- Gennemføre e-læringskurset med henblik på grundlæggende viden om forbedringsmetoder, afhængig af om lokale forbedringskompetencer allerede er til stede <http://forbedringsmodellen.dk/>.

Forberedelsespakken vil ligeledes indeholde en Pixi-udgave af projektbeskrivelsen inkl. en mere detaljeret tidsplan mv.

9. Proces for afvikling af LKT KOL

Når de fem forbedringsteams har været i gang med afprøvningen i ca. et år, skal der gøres status og det skal vurderes, om der bør åbnes op for, at flere forbedringsteams kan deltage. **Ekspertgruppen vil foretage denne vurdering på baggrund af både målopfyldelsen af resultatindikatoren samt en faglig vurdering af, om der er andre omstændigheder, som taler for eller imod en fortsættelse.**

Der går ofte noget tid, førend der rykkes på det overordnede resultatmål i et forbedringsarbejde; men i dette projekt er der en forventning om, at der allerede efter et år, med en meget fokuseret indsats fra alle parter, kan være sket et fald i genindlæggelserne med minimum 5-10 %.

De fem forbedringsteams vil efter det første år skulle opdatere deres storybord (visuelle præsentation) fra andet læringsseminar med nyeste data på både proces- og resultatmål. De skal ligeledes udfylde MUSIQ-scoren (se side 25), som giver en pejling på muligheden for at opnå succes med forbedringsarbejdet. De fem forbedringsteams vil ligeså efter det første år modtage den kvalitative evaluering, som også er en del af LKT evalueringskonceptet (se side 25). Den kvalitative evaluering vil her være suppleret med spørgsmål om LKT KOL's modenhed til spredning til andre afdelinger.

Resultatet af de forskellige datakilder vil blive forelagt ekspertgruppen, som herefter udarbejder den indstilling, som skal forelægges Styregruppen for LKT før en eventuel opskalering af LKT KOL.

Ekspertgruppen vil ligeledes forud for tredje læringsseminar revidere projektbeskrivelsen, hvis nødvendigt. Projektbeskrivelsen kan, hvis muligt, udvides med et inspirationskatalog over vellykkede tiltag til nye forbedringsteams.

NB! Den nedenstående proces er kun *vejledende* og skal tilpasses alt afhængigt af, hvad ekspertgruppen anbefaler styregruppen til beslutning efter det første år.

Vejledende proces:

De fem første forbedringsteams vil mødes på to læringsseminarer samt de mellemliggende korte virtuelle tværsektorielle netværksmøder. Til det tredje læringsseminar inviteres flere tværsektorielle forbedringsteams med. Det tredje læringsseminar vil derfor både fungere som et spredningsseminar, hvor de igangværende forbedringsteams præsenterer deres resultater for hinanden og nye forbedringsteams, samt et opstartsseminar for nye forbedringsteams.

Det fjerde læringsseminar vil være forbeholdt de nye forbedringsteams med fokus på resultater, samt skabelse af fælles viden på tværs af sektorer. Her kan evt. deltage repræsentanter fra de fem første forbedringsteams. Der vil i 2. kvartal 2024 blive afholdt et mindre seminar for alle forbedringsteams som afslutning på LKT KOL.

	2022				2023				2024		
	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3
Ledelsesseminar		X									
Læringsseminar		X		X			X		X		
Status						X					
Afslutningsseminar										X	

Se uddybende tidsplan side 24.

10. Monitorering af data i LKT KOL

Det overordnede resultatmål monitoreres med data fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Der leveres data via den eksisterende Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringsmodel (KKA-leverancer) til regionernes ledelsesinformationssystemer, som både kliniske afdelinger og ledelser har adgang til. De øvrige deltagende sektorer kan aftale med de deltagende hospitaler i deres område, hvordan og hvornår, data for resultatmålene deles.

LKT-sekretariatet i Region Midtjylland udarbejder en halvårlig afrapportering til Styregruppen for LKT på resultatmålene.

De 4 indsatsområder skal følges med data indsamlet lokalt. På første læringsseminar beslutter de lokale teams hvilke datakilder, der er til rådighed, og med hvilket tidsinterval data skal leveres til de øvrige teammedlemmer. Det bør tilstræbes, at data så vidt muligt kan følges tidstro. Det anbefales, at der arbejdes med data på alle procesmål, men der er kun krav om data på udvalgte procesmål.

Hvilke datakilder der er til rådighed vil være forskelligt fra team til team og fra mål til mål. Både i forhold til indhold og form, men i særdeleshed også i forhold til, hvad der er muligt juridisk.

Derfor kan der ikke udarbejdes en fælles skabelon for dataindsamling på alle procesmål, men der er indsat forslag til eventuelle datakilder.

De lokale forbedringsteams bør overveje, om der kan benyttes data fra de indikatorer, som almen praksis efter årsskiftet 2020/2021 kan indberette til RKKP. Data herfra vil under alle omstændigheder kunne benyttes som datakilde på læringsseminar. Se mere om data fra forløbsplaner i RKKP her:

<https://demo.forloebplaner.dk/ForloebPlan/projekter/rkkp/kol/oversigt.php>

11. Tidsplan

	2021				2022				2023				2024			
	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4
Projektbeskrivelse	x	x	x													
Nedsættelse af forbedningsteams					x											
Baseline					x											
Ledelsesseminar						x										
Læringsseminar						x		x			x		x			
Status										x						
Afslutningsseminar														x		
Evaluering														x		

12. Evaluering

Der afrapporteres på resultatmål 2 gange årligt til Styregruppen for LKT. Den nationale projektledelse i Region Midtjylland er ansvarlig herfor, men de enkelte regioner skal bidrage til tolkning af resultater og fremdrift. Der vil med afslutningen af LKT KOL også blive udarbejdet en afsluttende evalueringsrapport på projektet.

Som udgangspunkt løber projektet over 2 år med den indlagte status og vurdering i forhold til opskalering, men efter halvandet år vurderer Styregruppen for LKT den samlede fremdrift i projektet og resultater af indsatsen. Styregruppen vurderer herefter, om projektet afsluttes indenfor planlagt tidsramme, forlænges, overdrages til andet regi eller andet.

Udover afrapporteringen på resultater, vil de deltagende forbedringsteams og ekspertgruppen blive inddraget i en mere procesorienteret evaluering, hvor formålet er at indhente viden om, hvad der kan bidrage til at accelerere kvalitetsarbejdet lokalt, så forbedringsarbejdet kan understøttes bedst muligt i den intensive projektperiode. Derfor indhentes der viden om, hvordan de deltagende teams har arbejdet i processen, hvilke ressourcer og rammer de enkelte teams har haft til rådighed, samt hvilke forbedringsmetoder, der er anvendt mv. Dette gøres ved hjælp af værktøjet MUSIQ-score og et kort og mere kvalitativt spørgeskema. Begge dele udfyldes 2 gange i løbet af projektperioden. Første gang i forbindelse med 2. læringsseminar.

MUSIQ-score

De tværregionale forbedringsteams vil forud for 2. læringsseminar skulle udfylde en MUSIQ-score, som er et værktøj udarbejdet med henblik på at fremme forståelsen af kontekstens betydning for, om en kvalitetsforbedring har chance for at lykkes. MUSIQ-værktøjet består af et excel-skema med en række spørgsmål om organisationen, omgivelserne, individerne og deres rolle i organisationen samt forbedringsteamet.

Forbedringsteamet skal udfylde skemaet, ideelt set sammen med deres leder. Når skemaet er udfyldt vil det generere en score, der sammen med de enkelte besvarelser hjælper teamet med at danne et overblik over, hvor der er behov for yderligere støtte til at gøre forbedringsindsatserne mere effektive.

Mere info om MUSIQ-score kan ses her: <https://kvalitetsteams.dk/media/13047/musiq-intro-tekst.pdf> (Linket er ikke aktivt endnu).

Kvalitativ evaluering

Ved udfyldelse af MUSIQ-skemaet får forbedringsteamet et redskab til dialog med egen leder i forhold til muligheden for at opnå succes med forbedringsarbejdet. MUSIQ-skemaet suppleres 2 gange i løbet af projektperioden med et kort spørgeskema, som kan give mere lokal og regional information om, hvad der får kvalitetsforbedringsarbejdet til at fungere godt og/eller mindre godt, og hvad der kan bidrage til at accelerere kvalitetsforbedringerne. Der udarbejdes en kort afrapportering på resultaterne, som rundsendes til relevante parter.

Afsluttende evaluering

Ved projektets afslutning udarbejdes en evaluering, bestående af et spørgeskema med 27 spørgsmål, som tager ca. 15 minutter at besvare. Det indeholder spørgsmål om tids- og resourceforbrug på møder, læringsseminarer og dataindsamling, ledelsesopbakning, regional understøttelse, resultater og øvrigt udbytte. Der udarbejdes en afrapportering, som sendes til relevante parter. Se tidligere udarbejdet evalueringsrapport fra LKT Antibiotika her:

<https://kvalitetsteams.dk/media/12301/lkt-antibiotika-afslutnings-og-evalueringsrapport-2019.pdf>

13. Medlemmer af ekspertgruppen

Lungeforeningen

Resi Henningsen, bestyrelsesmedlem, Lungeforeningen i Aarhus

Bente Langballe Griffith, bestyrelsesmedlem, Lungeforeningen i Aarhus

Praktiserende lægers organisation (PLO)

Poul Glarbjerg Kraghede, praktiserende læge

Praksiskonsulentorganisationen, Region Midtjylland

Svend Kier, lægelig koordinator for Praksiskonsulentordningen (PKO), praktiserende læge

Kommunale repræsentanter

Helle Haunstrup Krog, distriktsleder, Ikast-Brande Kommune

Margit Andersen, leder af sundhedsfremme og forebyggelse, Ikast-Brande Kommune

Stine Adelhardt, vidensansvarlig KOL sygeplejerske, Odense Kommune

Anna Inman, leder af sygeplejen, Furesø Kommune

Mette Mortensen, fysioterapeut, teamleder i Center for Træning og Rehabilitering, Varde Kommune

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Lene Korshøj, kontaktperson for Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (DrKOL)

Anne Mette Falstie-Jensen, klinisk epidemiolog, RKKPs Videncenter

Region Nordjylland

Randi Tobberup, ledende klinisk diætist, Center for Ernæring og Tarmsygdomme, Medicinsk Gastroenterologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

Palle Juelsgaard, præhospital lægefaglig direktør, Den Præhospital Virksomhed, Region Nordjylland

Region Sjælland

Diana Ahlquist, afdelingssygeplejerske, Lungemed. afsnit, Holbæk Sygehus

Kasper Thrane, funktionsansvarlig paramediciner, Præhospitalt Center

Region Hovedstaden

Henrik Hansen, fysioterapeut, Amager og Hvidovre Hospital

Nina Skavlan Godtfredsen, overlæge, klinisk forskningslektor, Amager og Hvidovre Hospital

Region Syddanmark

Anders Løkke, lungemediciner, formand for Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom, (DrKOL) – *formand for ekspertgruppen for LKT KOL*

Else Birgit Larsen, klinisk sygeplejespecialist, Lungemedicinsk afdeling J, Odense Universitetshospital

Marianne Nielsen, ergoterapeut, afdelings- og udviklingsterapeut, Sydvestjysk Sygehus

Ingeborg Farver-Vestergaard, psykolog, Medicinsk og Onkologisk Afdeling, Vejle Sygehus

Region Midtjylland

Seham Shahla, geriater, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers

Jane Hjørringgård, afdelingslæge, Akutafdelingen, Aarhus Universitetshospital

National projektledelse

Tina Willeman, chefkonsulent, DEFACTUM, Region Midtjylland

Karungyi Ajule Buga, national tovholder, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland

14. Litteraturliste/Links til database/regionale vejledninger mv.

- Dansk Register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. National årsrapport 2018
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL 2017: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/faglige-anbefalinger/~media/8365DCEC9BB240A0BD6387A81CBDBB49.ashx>
- Sundhedsstyrelsen: Rapport "social ulighed i sundhed og sygdommen. 2020 <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx>
- Dansk Selskab for Almen praksis (DSAM) vejledninger: <https://vejledninger.dsam.dk/kol/>
- Dansk Lungemedicinsk Selskab (DLS) Danske KOL-guidelines 2017: <https://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-vejledning-2017.html>

15. Bilag 1: Stratificeringsværktøj til hospitalerne

16. Bilag 2: Forslag til aftalekort

17. Bilag 3: Forslag til selvbehandlingsplan

18. Bilag 4: Forslag til samarbejde med almen praksis

19. Bilag 5: Vores forbedringsprojekt

20. Uddannelsesmateriale

Link til e-læring vil blive indsat.

Region Sjællands Helbredsprofil:

<https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/KOL-kompetencecenter/Sider/KOL%20sundhedsprof.-undersider/Helbredsprofilen.aspx>

Materiale fra Lungeforeningen:

Netværk og lungekor

Lungeforeningen har over 120 netværksgrupper, 23 lokalafdelinger, 52 lungekor fordelt over hele landet, som laver aktiviteter for mennesker med lungesygdomme. Derudover har foreningen 9 landsdækkende netværk som bl.a. er for familier med lungesyge børn og unge, mennesker med nye lunger og deres pårørende mv. De kan tilgås via følgende link:

<https://www.lunge.dk/netvaerk/netvaerk-og-lokalafdelinger>

Rådgivning

Lungeforeningens rådgivning er bemandet af fagpersoner inden for lungeområdet, som man kan ringe til når egen læge har lukket. Foreningen har bl.a. både læger, fysioterapeuter, en

socialrådgiver og en psykolog i rådgivningen. Herudover sidder Lungeforeningens medarbejdere også klar på telefonen i dagtimerne til at guide og hjælpe både mennesker med lungesygdomme og pårørende videre med råd og vejledning. Link til rådgivningssiden:

<https://www.lunge.dk/lungesygdom/sektion-faa-raadgivning-og-hjaelp>

Hjælp til hverdagen

Lungeforeningen har udviklet en side til deres medlemmer med fokus på hjælp i hverdagen. Der er vejrtrækningsøvelser, råd til træning og film hertil, viden om ernæring, hjælp til at spare energi i hverdagen, opmærksomhedsøvelser (mindfulness) til at få ro på sig selv og ens vejrtrækning og meget mere. <https://www.lunge.dk/aandedraet/sektion-faa-hjaelp-til-din-hverdag-naar-det-er-svaert-traekke-vejret>

KYLAADDE