

KLINISK VEJLEDNING FOR ALMEN PRAKSIS

Implementerings- håndbogen

Hypo- og hyperthyreose hos voksne

Implementeringshåndbogen

Hypo- og hyperthyreose hos voksne

Copyright© Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2016

1. udgave, 1. oplag, 2016

ISBN (trykt version): 978-87-93213-39-5

ISBN (elektronisk version): 978-87-93213-40-1

Manuskript

Flemming Bro (formand for arbejdsgruppen), professor, dr.med.,
Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet,
praktiserende læge

Johan Kjærgaard (konsulent), overlæge, dr.med.

Jette Videbæk Le (konsulent for DSAM) læge, ph.d.-studerende
ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense

Den Nationale Implementeringsgruppe har bidraget med sparring og faglige kommentarer:

Jette Kolding Kristensen (formand for arbejdsgruppen for thyreoidea-
vejledningen), lektor, Forskningsenheden for Almen Praksis,
Aarhus Universitet, praktiserende læge

Jette Maria Elbrønd, PLO efteruddannelse, praktiserende læge

Hanne Hjortkjær Petersen, Region Hovedstaden, praktiserende læge,
efteruddannelsesvejleder og DGE-koordinator

Heidi Mortensen, Region Hovedstaden, chefkonsulent, Center for
Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Kvalitetsteamet

Poul Erik Holst, Region Sjælland, praktiserende læge, kvalitets- og
efteruddannelsesvejleder

Maria Pia Bonnema, Region Syddanmark, praktiserende læge,
kvalitets- og efteruddannelsesvejleder

Betina Eskesen, Region Syddanmark, akkrediteringskoordinator
sundhedsområdet, sundhedssamarbejde og kvalitet

Tommy Stoltz Olsen, Region Midtjylland, praktiserende læge,
lægelig koordinator for Udvikling af Almen Praksis, lægelig
uddannelseskonsulent i PLO

Steen Vestergaard-Madsen, Region Midtjylland, chefkonsulent

Morten Ohrt, Region Nordjylland, praktiserende læge,
praksiskoordinator i Nord-KAP

Gitte Sand Rasmussen, Region Nordjylland, leder af sekretariatet
i Nord-KAP

Thomas Bo Drivsholm, DSAM, lægefaglig konsulent, lektor, Afdelingen
for almen medicin, Københavns Universitet, praktiserende læge

Tina Louise Olsen (indtil 1/11-15), DSAM, akademisk sekretær

*Den Nationale Implementeringsgruppe udspringer fra arbejdsgruppen
bag DSAM's Metodehåndbog for de kliniske vejledninger*

Forlagsredaktion

Birgitte Dansgaard, Komiteen for Sundhedsoplysning

Grafisk tilrettelæggelse

Peter Dyrvig Grafisk Design

Tryk

Scanprint

Indhold

Forord	5
Indledning	6
1. Hvad er anbefalingerne?	7
Forhøjet TSH	7
Lav TSH	7
Fælles	7
2. Hvordan gør I i dag?	8
Diagnostik og behandlingsstart	8
Den årlige kontrol	11
3. Hvad vil I opnå?	13
4. Hvor langt er I fra målet?	17
5. Hvilke barrierer er der for at følge anbefalingerne?	18
6. Hvordan gennemfører I ændringerne?	20
Skabeloner	23
Kontakt	27

Forord

Enhver lægepraksis og enhver kliniker deler patienthistorier med hinanden, udveksler erfaringer, modtager information, diskuterer holdninger og foretager justeringer af den kliniske praksis. Nye kliniske vejledninger indgår i denne proces. Med *Implementeringshåndbogen* ønsker DSAM at hjælpe de praksis på vej, der ønsker at gøre noget særligt for at forbedre håndteringen af patienter med thyreoidealidelser, så de med et minimum af indsats kan skabe forandringer.

Implementeringshåndbogen er bygget op omkring to fokusområder: “Diagnostik og behandlingsstart” og “Den årlige kontrol”.

I de fleste praksis vil det alene være lægerne, der foretager udredning og iværksættelse af initial behandling. Personalet er således kun i mindre grad involveret i denne proces. Når det derimod gælder den årlige kontrol vil alle personalegrupper typisk have en rolle i forhold til visitation, tidsbestilling, prøvetagning, svarafgivelse og klinisk kontakt.

Det er naturligvis vigtigt, at patienterne bliver udredt og behandlet korrekt, og ofte er patienter med thyreoidealidelser i medicinsk behandling, så også regelmæssig kontrol af thyreoidealidelser er nødvendig. Recepter skal fornyes, de årlige kontrolbesøg skal planlægges, blodprøver tages, patienterne informeres og dosis justeres. Patienternes livsomstændigheder ændres, nye sygdomme kommer måske til.

Implementeringshåndbogen lægger op til, at man udvælger ét af de to fokusområder at arbejde videre med.

Hjælp til arbejdet

De regionale kvalitetsorganisationer tilbyder hjælp til praksis med at bringe den kliniske vejlednings anbefalinger ind i det kliniske arbejde. Tilbuddene står beskrevet på www.sundhed.dk for hver region.

Indledning

Seks enkle trin til succesfuld anvendelse af kliniske vejledninger

Der er mange måder at arbejde med kvalitetsforbedringer på. Denne implementeringshåndbog skal hjælpe med at få implementeret de vigtigste anbefalinger fra den kliniske vejledning for hypo- og hyperthyreose. Den bygger på en systematisk og trinvis tilgang, der søger at besvare nedenstående spørgsmål.

Disse spørgsmål udgør hver sit kapitel i håndbogen:

1. Hvad er anbefalingerne?
2. Hvordan gør I i dag?
3. Hvad vil I opnå?
4. Hvor langt er I fra målet?
5. Hvilke barrierer er der for at følge anbefalingerne?
6. Hvordan gennemfører I ændringerne?

Implementeringshåndbogen skal hjælpe praksis med at besvare disse spørgsmål. Den er bygget op, så det er muligt på et 2-3 timers praksismøde at gå den igennem, og ende med en plan for, hvad der evt. skal justeres og laves om på i håndteringen af patienter med thyreoidealidelser for at komme tættere på den kliniske vejlednings anbefalinger. Et forslag til, hvordan en indsats kan planlægges, findes bagest i *Implementeringshåndbogen*.

Kontakt gerne DSAM's sekretariat (e-mail: dsam@dsam.dk), hvis du har spørgsmål til denne vejledning.

1. Hvad er anbefalingerne?

Vejledningen opererer med følgende diagnoser:

- Hypothyreose: Forhøjet TSH og nedsat thyroxin (frit T_4)
- Subklinisk hypothyreose: Forhøjet TSH og normalt thyroxin
- Hyperthyreose: Nedsat TSH og forhøjet thyroxin (frit T_4)
- Subklinisk hyperthyreose: Nedsat TSH og normal thyroxin (frit T_4)

Hver læge vil i gennemsnit, men afhængigt af sin patientpopulation, finde 2-3 nye tilfælde af thyreoidealidelser om året og have omkring 20 patienter i medicinsk behandling herfor. Den kliniske vejledning indeholder information om og vejledning til god klinisk praksis. Nedenfor er angivet 12 af vejledningens anbefalinger, som vi vurderer er vigtige og realistiske at indføre som rutine i daglig klinisk praksis.

Forhøjet TSH

1. Ved forhøjet TSH gentages målingen af TSH og fT_4 for at verificere diagnosen, og der suppleres med Anti-TPO.
2. Ved lav fT_4 og TSH >10 påbegyndes behandling med L-thyroxin.
3. Ved lav fT_4 og forhøjet TSH (men <10) påbegyndes behandling med L-thyroxin, hvis der er kliniske symptomer, positiv Anti-TPO eller hjertesygdom.
4. Ved subklinisk hypothyreose påbegyndes kun behandling med L-thyroxin hvis TSH > 10 .
5. Behandlingsmålet ved hypothyreose/subklinisk hypothyreose er normal TSH.
6. Gravide og kvinder, der planlægger graviditet, og som har eller har haft forhøjet TSH, henvises tidligst muligt til endokrinolog.

Lav TSH

7. Ved for lav TSH gentages målingen af TSH, fT_4 , fT_3 for at verificere diagnosen, og der suppleres med TRAb.
8. Alle patienter med hyperthyreose henvises til endokrinolog.
9. Ved ventetid hos endokrinolog påbegyndes behandling med tbl. Thiamazol 10 mg $\times$ 2 dagligt og ved behov behandling med betablokker 10-40 mg $\times$ 3 dagligt.
10. Behandlingsmålet ved hyperthyreose er TSH lavt i normalområdet og normal fT_4 .

Fælles

11. Behandlingsjustering foretages 4-8 uger efter ændring.
12. Alle i medicinsk behandling for thyreoidealidelse tilbydes årlig kontrol.

2. Hvordan gør I i dag?

Har man været i praksis i mange år, får man bestemte rutiner, der gør, at man ikke skal bruge for meget energi på beslutninger i forbindelse med hyppige problemstillinger. Et godt udgangspunkt for eventuelt at ændre sine rutiner er at være bevidst om dem. I det følgende præsenterer vi en række spørgsmål vedrørende henholdsvis "diagnostik og behandlingsstart" samt "den årlige kontrol", der kan hjælpe i denne afklaring.

DIAGNOSTIK OG BEHANDLINGSSTART

Sådan gør andre

Vi har interviewet en række praksis om, hvordan de håndterer diagnostik og initial behandling af thyreoidealidelser.

Nogle læger baserede diagnosen på en enkelt måling af TSH og fT_4 . Anbefalingen er, *at TSH- og fT_4 -målingerne bør gentages sammen med Anti-TPO (ved høj TSH) og sammen med fT_3 og TRAb (ved lav TSH).*

Nogle læger vurderede behandlingsresponsen efter få uger, og andre ventede op til 3 måneder. Anbefalingen er, *at der skal gå 4-8 uger mellem dosisjusteringer.*

Der var enighed om, *at målet ved behandlingen af hypothyreose er normal TSH.*

Der var ingen fast praksis for håndteringen af subklinisk hypothyreose. Anbefalingen er, *at kun ved subklinisk hypothyreose og TSH > 10 skal der iværksættes behandling med L-thyroxin.*

Der var geografisk spredning på adgangen til endokrinolog, og den enkelte læges erfaringsgrundlag havde også betydning i forhold til, hvornår der blev henvist til speciallæge. Her er anbefalingen, *at ved bekræftet hyperthyreose skal patienten henvises til endokrinolog*, og hvis der er ventetid, skal behandling med Thiamazol og evt. Propranolol iværksættes.

Figur 1, side 10, viser et eksempel på udredningsforløb for unormale TSH-værdier. De gule felter  angiver de områder, hvor klinisk praksis i dag kan afvige fra anbefalingerne.

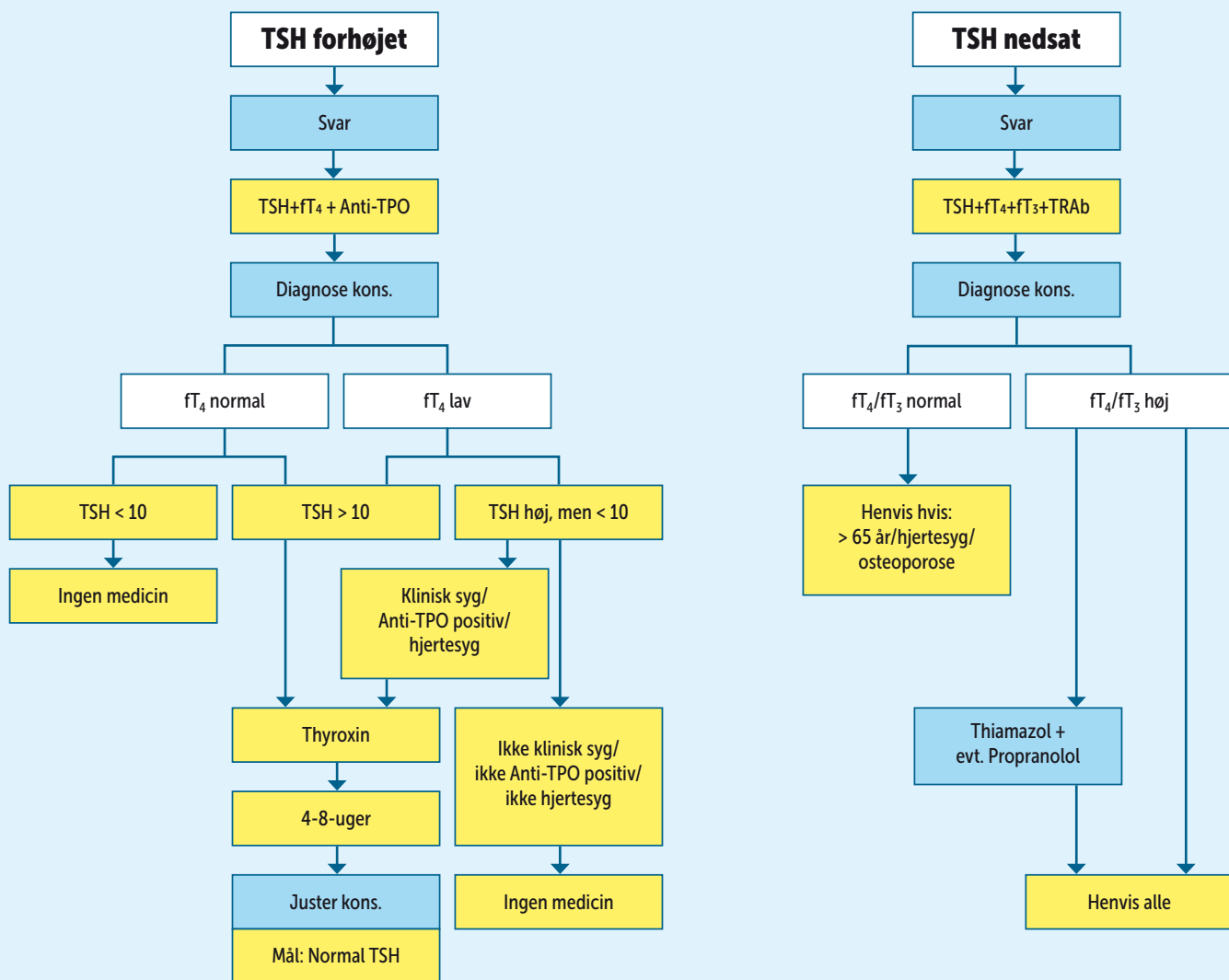
OPGAVE – DIAGNOSTIK OG BEHANDLINGSSTART

Diskutér i lægegruppen figur 1, side 10, og spørgsmålene nedenfor.
Tegn jeres eget flowdiagram.

Diagnostik og behandlingsstart

- Hvem giver svar, hvis TSH er forhøjet? (Lægen, praksispersonalet?)
- Hvad bliver der sagt til patienten, hvis TSH er for høj?
- Hvad er næste trin?
- Hos hvilke patienter sættes behandling i gang?
- Hvornår kontrolleres behandlingen i opstartsfasen?
- Kontaktes patienten pr. telefon, mail eller konsultation ved optitrering?
- Hvad er praksispersonalets rolle?
- Hvor søges information til at støtte beslutninger?
- Hvilke kriterier har I for medicinsk behandling?
- Hvornår henviser I?
- Hvor afviger I fra de gule  anbefalinger?

Figur 1. Diagnostik og behandlingsstart



DEN ÅRLIGE KONTROL

Sådan gør andre

I alle de praksis vi interviewede, havde praksispersonalet en central rolle i forbindelse med kontrolforløb. Således vil alle personalegrupper typisk have en rolle i forhold til visitation, tidsbestilling, prøvetagning, svarafgivelse og klinisk kontakt.

Alle lægerne mente – i lighed med anbefalingen – at *patienterne skal tilbydes en årlig kontrol*, og nogle kontrollerede patienterne med 3 måneders mellemrum. Der var stor variation mellem forskellige praksis – men også inden for samme praksis – i planlægningen af de årlige kontrollkonsultationer med patienter i stabil fase.

Nogle læger bad patienten om selv at bestille tid til undersøgelsen efter 1 år. Andre havde patientspecifikke remindere i journalsystemet, der efter en bestemt dato gjorde opmærksom på, at der skulle aftales årlig kontrol. I atter andre praksis var det praksispersonalet, der 'opfangede' patienterne i forbindelse med receptfornyelser.

Der var en vis variation i lægernes angivelse af behandlingsmål. Vejledningen anfører et simpelt *mål for behandlingen* af hypothyreose (normal TSH) og et lidt mere fleksibelt for hyperthyreose (TSH lavt i normalområdet og normal fT₄).

I figur 2 er der øverst vist en række muligheder for, hvordan den årlige kontrol kan aftales, og hvem der gør det. Videre viser figuren de følgende trin i en årlig kontrol. Hvordan det konkret forløber vil variere mellem praksis – og måske også inden for den enkelte praksis.

OPGAVE – ÅRLIG KONTROL

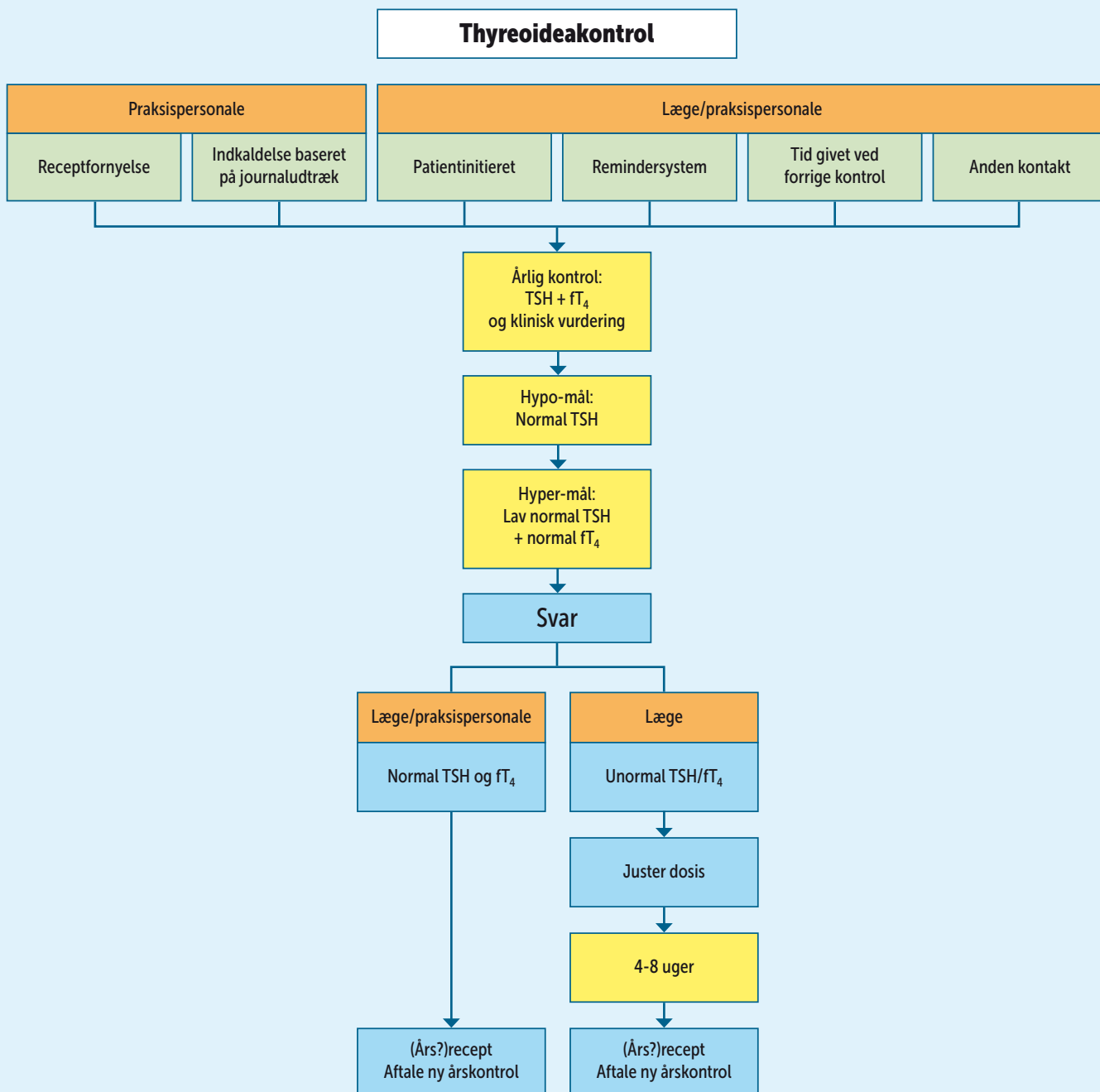
Diskutér figur 2 og drøft spørgsmålene nedenfor. Tegn jeres eget flowdiagram

De gule felter i figur 2 angiver de områder, hvor klinisk praksis i dag kan afvige fra anbefalingerne.

Årlig kontrol

- Hvordan aftales første/efterfølgende årlige kontrol? Hvem gør det?
- Hvad gives der tid til: Blodprøve/konsultation?
- Hvilken rækkefølge?: Blodprøve + konsultation? Blodprøve + e-mailsvar? Konsultation + blodprøve?
- Er der enighed om behandlingsmålene?
- Ved medicinændring: Hvornår kontrolleres? Hvordan gives svar?
- Hvem er involveret i den årlige kontrol?
- Hvor søges information til at støtte beslutninger?
- Hvor afviger I fra de gule  anbefalinger?

Figur 2. Årlig kontrol



3. Hvad vil I opnå?

Hvor vil I sætte ind? Skal der fokus på lægernes diagnostik af nye tilfælde, eller vil I arbejde på at forbedre de årlige kontroller af de patienter, der er i medicinsk behandling? I tabel 1 er de gule anbefalinger omformuleret til nogle konkrete mål, som er sat i forhold til patientforløbet. De konkrete mål vil være forskellige fra praksis til praksis, og de mål, der står i tabellen, skal måske, for jeres praksis, ændres eller laves helt om – men de kan bruges til inspiration.

Tabel 1. Mål for klinisk praksis – et eksempel

KONTAKTPUNKT	MÅL
Diagnostik og behandlingsstart	
Svar på TSH	Ved svar på unormal TSH aftales ny blodprøvetagning og efterfølgende konsultation. Blodprøverne rekvireres på WebReq. Ved for høj TSH måles Anti-TPO, og ved lav TSH måles TRAb.
Diagnostisk konsultation	Ved lav fT_4 og TSH > 10 påbegyndes behandling med L-thyroxin. Der aftales ny blodprøve efter 4-8 uger, og hvordan patienten får svar. Ved forhøjet TSH (men < 10) påbegyndes behandling med L-thyroxin (50 mikrogram pr. dag for unge og 50 mikrogram hver anden dag for 70+ årige), hvis der er kliniske symptomer, positiv Anti-TPO eller hjertesygdom. Der aftales ny blodprøve efter 4-8 uger, og hvordan patienten får svar. Ved subklinisk hypothyreose: Hvis TSH > 10 påbegyndes behandling med L-thyroxin (50 mikrogram pr. dag for unge og 50 mikrogram hver anden dag for 70+ årige). Der aftales ny blodprøve efter 4-8 uger, og hvordan patienten får svar. Ved hyperthyreose henvises til endokrinolog.
Justerings-konsultation	Ved hypothyreose/subklinisk hypothyreose: Hvis TSH er for høj, øges L-thyroxindosis. Hvis TSH er for lav, reduceres L-thyroxindosis. Der aftales ny blodprøve efter 4-8 uger, og hvordan patienten får svar.
Årlig kontrol	
Aftale om den årlige kontrol	Ved den årlige kontrol aftales med patienten, hvornår og hvordan næste årlige kontrol aftales.
Konsultation	Ved hypothyreose/subklinisk hypothyreose: Hvis TSH er for høj, øges L-thyroxindosis. Hvis TSH er for lav, reduceres L-thyroxindosis. Der aftales ny blodprøve efter 4-8 uger, og hvordan patienten får svar. Hyperthyreose: Hvis TSH er under normalområdet, øges Thiamazol-behandlingen. Hvis TSH er midt i normalområdet eller for høj, reduceres Thiamazoldoseringen. Der aftales ny blodprøve efter 4-8 uger, og hvordan patienten får svar.

OPGAVE – MÅL

Overvej, hvilke anbefalinger og mål der er vigtigst for jer, og vurder, hvor vanskeligt det bliver at ændre på dem. Beslut, om I vil arbejde videre med diagnostik eller kontrol.

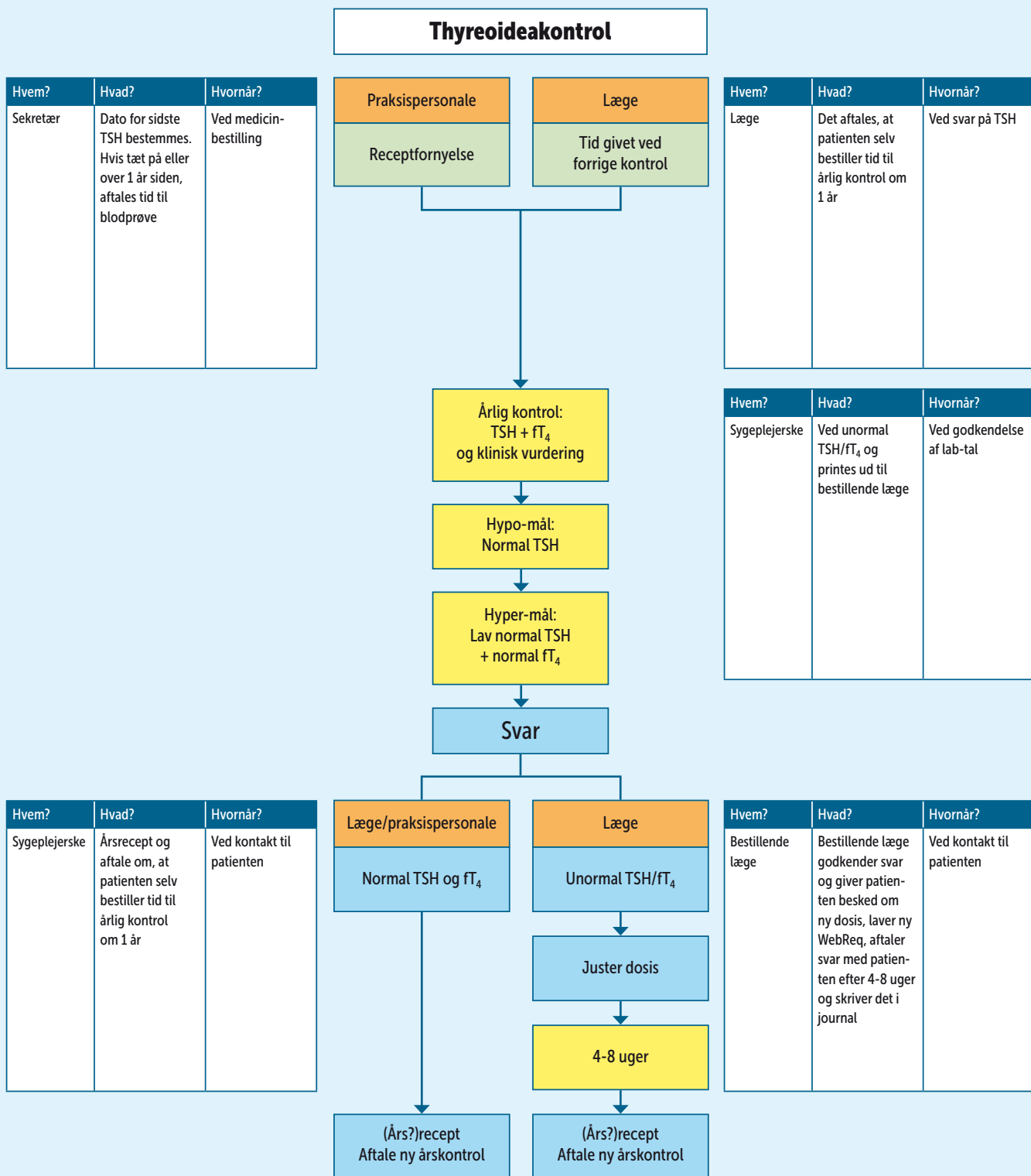
De diagnostiske mål svarer til en klinisk instruktion rettet mod den enkelte læge, og de vil kunne omsættes til klinisk praksis af lægerne – også af nytilkomne læger – uden at praksispersonalet involveres.

Målene for den årlige kontrol vil ofte rette sig mod alle i praksis, og skal omformes til konkrete mål om, hvem der gør hvad og hvornår. Det er der vist et eksempel på i tabel 2 herunder, og i flowdiagrammet figur 3, side 15, til inspiration.

Tabel 2. Hvem-hvad-hvornår – et eksempel

HVEM?	HVAD?	HVORNÅR?
Personale	Undlad godkendelse af unormale TSH/FT ₄ : Giv læge besked om, at svar skal godkendes.	Altid ved lab-godkendelse
	Ved receptfornyelse af Eltroxin undersøges dato for sidste TSH, og hvis det er tæt på eller over 1 år siden, aftales tid til blodprøve og tid til konsultation hos læge eller opfølgning pr. e-mail.	Ved receptfornyelse
Læger	Hvis diagnostisk TSH er forhøjet: Gentag TSH og mål Anti-TPO. Bestil nye prøver og giv patienten besked om ny tid til prøve og svar.	Ved svar på forhøjet TSH
	Ved diagnostisk konsultation: Slå op i den kliniske vejledning på DSAM's hjemmeside og følg behandlingsanbefalingerne.	Altid ved diagnostisk konsultation
	Ved start eller ændring af behandling aftales tid til blodprøve 4-8 uger senere, og der bestilles WebReq.	Altid ved dosisændring
	Henvise alle med for lav TSH.	Altid ved diagnostisk konsultation
	Ved receptfornyelse af Eltroxin undersøges dato for sidste TSH, og hvis det er tæt på eller over 1 år siden, skal patienten aftale tid med sekretær til årlig kontrol.	Når der fornyes recepter i forbindelse med konsultationer
	Der laves årsrecepter ved den årlige kontrol.	Altid medmindre patienten modsætter sig det

Figur 3. Flowdiagram med mål – et eksempel



OPGAVE – VEJE TIL MÅLET

Vælg, hvilke mål I vil arbejde med, og udfyld skabelon 1, side 23.

Hvis I arbejder med den årlige kontrol, kan I tegne hvem-hvad-hvornår ind i jeres eget flowdiagram eller i skabelon 2, side 24.

4. Hvor langt er I fra målet?

Før man går i gang med at indføre ændringer, der skal føre praksis tættere på de kliniske anbefalinger, kan det være en god ide at vide, hvor langt man egentlig er fra målet. Ved at have tegnet flowdiagram og talt om, hvordan I gør i dag, ved I det langt hen ad vejen, og måske vurderer I, at det er tilstrækkeligt grundlag til at gå i gang. I kan også vælge at få et overblik over jeres patienter ved at lave udtræk fra jeres journalsystem.

Mini audit

Ved at gennemgå nogle få, konkrete patientforløb er det muligt at få øje på områder, som I måske ikke har diskuteret i første omgang. I kan identificere patienter, der er i behandling med H03A (Eltroxin, Euthyrox) eller H03B (Thiamazol, Propylthiouracyl, Carbimazol) ved hjælp af jeres journalsystems søgefunktion eller ved at vælge et antal af de næste patienter ud, der får lavet receptfornyelse af fx Eltroxin.

Arbejder I med at forbedre diagnostik, kan I gennemgå journalen og besvare spørgsmålene:

1. Blev TSH gentaget, og blev der taget Anti-TPO ved diagnosen?
2. Hvad var intervallerne mellem TSH-målingerne ved behandlingsstart?

Arbejder I på at forbedre håndteringen af de årlige kontroller, kan I gennemgå journalen for patienterne og besvare spørgsmålene:

1. Er TSH og fT_4 målt inden for det sidste år?
2. Var TSH og fT_4 i niveau ved sidste måling?
3. Er der aftalt ny tid til årlig kontrol?

5. Hvilke barrierer er der for at følge anbefalingerne?

Af og til er det ligetil at ændre noget, men ofte er det ikke så let at lave om på den måde, man arbejder på. Det er vigtigt at kende eventuelle barrierer for at kunne gøre noget ved dem, så de ikke stiller sig hindrende i vejen. I tabel 3, herunder (diagnostik og behandlingsstart) og tabel 4, side 19 (årlig kontrol) finder I tjeklister til mulige barrierer, og ideer til hvordan de kan løses. Men både barriererne og mulighederne for at gøre noget ved dem vil afhænge meget af situationen i jeres praksis, så brug tabellerne som inspiration til at vurdere jeres egen situation.

OPGAVE – BARRIERER OG TILTAG

Udfyld skabelon 3, side 25, for de barrierer I har fundet.

Tabel 3. Diagnostik og behandlingsstart: Barrierer og praksisrelevante tiltag – et eksempel

PROBLEM	LØSNINGSFORSLAG
Ikke alle læger kender til den kliniske vejlednings anbefaling	DSAM's vejledninger er fysisk tilgængelige for de faste læger og via "foretrukne links" på alle computere
Det er et problem i den kliniske hverdag at huske, hvad der skal gøres	Praksis laver sin egen vejledning (fx i form af hvem-hvad-hvornår-tabel eller flowdiagram) Flowdiagram fra DSAM's kliniske vejledning placeres et lettilgængeligt sted Nye læger introduceres til praksis' vejledninger og flowdiagram
Det er uklart, hvordan der henvises til endokrinolog	I den lokale vejledning beskrives eller linkes til regional henvisningsprocedure
Uvist om anbefalingerne følges	Diskussion af klinisk praksis før og efter indsatsen Gennemgang af udvalgte patientjournaler
Det er uklart, hvad hver enkelt skal gøre	For de valgte mål er det aftalt og skrevet ned, hvem der skal gøre hvad og hvornår
Der er modstrid mellem de nye anbefalinger og det som endokrinologerne lokalt siger	Praksiskonsulenterne informeres om evt. problemer, så de kan skabe konsensus med endokrinologerne

Tabel 4. Årlig kontrol: Barrierer og praksisrelevante tiltag – et eksempel

PROBLEM	LØSNINGSFORSLAG
Der er uenighed i lægegruppen om målene	Flowdiagram-diskussionen skal afklare uenigheder Kun mål, der er enighed om blandt lægerne, skal følges
Ikke alle læger kender til den kliniske vejlednings anbefaling	DSAM's vejledninger er tilgængelige fysisk (for faste læger) og via "foretrukne links" på alle computere (for alle)
Det er uklart, hvad det er besluttet, at hver enkelt skal gøre	Hvem-hvad-hvornår-tabel og flowdiagram beskriver målene Indsatsplanen gør det konkret for den enkelte
Det er besværligt/tidskrævende i dagligdagen at komme i gang	Deltagelse i regionale kurser/DGE initiativer En indsatsplan gør det konkret, hvad der skal ske En tovholder sikrer fremdrift
Det er besværligt eller tidskrævende – også når det er blevet rutine	De nye rutiner må ikke kræve mere tid, men kun ny organisering. Ellers tænk om
Det er et problem i den kliniske hverdag at huske, hvad der skal gøres	Hvem- hvad-hvornår-tabel eller flowdiagram hænges op og findes i papirform eller på alle computere Nye læger introduceres til praksis' vejledninger og flowdiagram
Uvist om anbefalingerne følges	Diskussion af klinisk praksis før og efter indsatsen Gennemgang af udvalgte patientjournaler
Der mangler opfølgning på, om målet blev nået	Opfølgningsmøde aftales

Praksis' egen vejledning

Det er en fordel, hvis der er enighed om diagnostik og behandling, når der er flere læger i en praksis. Nedskevne retningslinjer i tekst, tabeller eller flowdiagrammer kan være praktiske for at nå til enighed og til at formidle viden til nytilkomne læger.

Enighed i lægegruppen er en forudsætning for at få årlige kontroller til at fungere. For nogle praksis vil det fungere godt med tekst eller tabel, men ofte vil man have glæde af flowdiagrammer. Især når der er flere involveret i forløb, kan det være en god ide at prøve at tegne forløb og beskrive præcis, hvem der gør hvad hvornår, som det er gjort i flowdiagram-eksemplet.

6. Hvordan gennemfører I ændringerne?

Tovholder

En tovholder og en aftale om hvordan der følges op på ændringer, vil øge chancen for, at planlagte forandringer kommer til at ske.

Afprøvningsplan

Når det er aftalt, hvem der skal gøre hvad anderledes, kan det være en god ide at prøve det af på nogle få patienter for at justere arbejdsgangen eller måske erkende, at det ikke var så god en ide som oprindeligt tænkt. PDSA-cirklen (PlanDoStudyAct) er en anden betegnelse for afprøvning i lille skala, der bl.a. er kendt fra DAK-E.

Hvis I har fundet barrierer, der skal gøres noget ved, vil det typisk dreje sig om konkrete tiltag som at printe og laminere en vejledning, at skrive en instruks, at indkøbe et apparat, at hænge et flowdiagram op, etc.

En afprøvningsplan giver overblik over, hvad der skal gøres hvornår, og hvem der har ansvaret for de enkelte aktiviteter. Tabel 5 viser et eksempel på en afprøvningsplan med konkrete tiltag og afprøvning af ændringer i arbejdsgange.

OPGAVE – AFPRØVNINGSPLAN

Udfyld afprøvningsplanen i skabelon 4, side 26.

Tabel 5. Afprøvningsplan – et eksempel

	Hvem gør det?	Hvordan prøves det af?	Hvornår og hvordan meldes erfaringen tilbage til tovholder?
KONKRETE TILTAG			
Flowdiagram fra DSAM-vejledningen lægges i en elektronisk ICPC-mappe under T85 og T86	Sekretær		Inden for 1 uge Tovholder følger op efter 1 uge
Hvem-hvad-hvornår-tabel renskrives, printes ud og lamineres til alle	Tovholder renskriver Sekretær printer og laminerer		Inden for 1 uge Tovholder følger op efter 1 uge
Der skrives årskontrol-frase	Tovholder		Inden for 1 uge: udkast (med sgpl.) Inden for 2 uger: konsensus i lægegruppen Inden for 2 uger: lægges på F-drev
ARBEJDSGANGE DER SKAL ÆNDRES			
Den, der godkender lab-svar, undlader at godkende ved unormal TSH og udskriver til bestillende læge, som justerer dosis	Lab-svar godkendere	Alle printer de første 10 TSH-svar ud til tovholder	Tovholder: Efter 2 uger tilbagemelding til alle om status på antal. Tovholder samler unormale TSH-svar og medicinjusteringer Drøftes ved opfølgningsmøde
Den, der godkender unormal TSH (kontrol), laver ny WebReq, aftaler svar med patienten efter 4-8 uger og skriver det i journalen	Lægerne	Tovholder laver udtræk fra journalsystem over alle TSH-svar i 1 måned	Tovholder samler unormale TSH-svar og medicinjusteringer Drøftes ved opfølgningsmøde
Ved medicinbestilling undersøges dato for sidste TSH. Hvis det er tæt på eller over 1 år siden, aftales tid til blodprøve og til konsultation hos læge eller e-mail-opfølgning	Sekretær	I 1 måned udskrives medicinkort ved receptfornyelse af thyreoidea-medicin	Tovholder vurderer, om kontrol er aftalt med patienten Drøftes ved opfølgningsmøde

Forslag til implementeringsplan

Hvis praksis skal bruge ressourcer på at forbedre kvaliteten på thyreoideaområdet, er det vigtigt at være så effektiv som muligt, hvilket betyder, at der skal være en tovholder, en plan for indsatsen, tid sat af til arbejdet og ledelsesmæssig opbakning.

Nedenfor er en tjekliste for, hvilke elementer der kan indgå i en sådan plan. Brug den som inspiration og som en tjekliste for tovholderen.

Implementeringsplan

Praksisledelsen:

- Tager stilling til DSAM's kliniske vejledning for hypo- og hyperthyreose
- Vælger omfang af indsatsen
- Beslutter om praksis vil deltage i eventuelle regionstilbud
- Beslutter hvem (hvis ikke alle) i praksis, der skal deltage i forandringsarbejdet
- Vælger – evt. forud for startmødet – om der skal arbejdes med diagnostik eller den årlige kontrol
- Udpeger en tovholder (hvis der skal gøres en specifik indsats).

Tovholder:

Forberedelse

- Skemalægger og booker tid i dagskemaet til startmødet (2-3 timer) og opfølgningsmøder (evt. på ordinære klinikmøder)
- Fremskaffer materiale: Klinisk vejledning (kort version) og *Implementeringshåndbogen* til alle. Begge findes på DSAM's hjemmeside som pdf-filer, der kan printes ud
- Eventuelt: Laver mini audit
- Eventuelt: Tilmelder praksis til regionale møder.

Startmødet

- Indkalder til og leder, startmødet
- Gennemgår *Implementeringshåndbogen*, tegner flowdiagram og udfylder skabeloner
- Fastlægger næste møde.

Opfølgningsmøder

- Indkalder til og leder, møderne
- Flowdiagrammet drøftes, og afprøvningsplanen gennemgås og opdateres
- Et eventuelt afsluttende møde fastsættes.

OBS

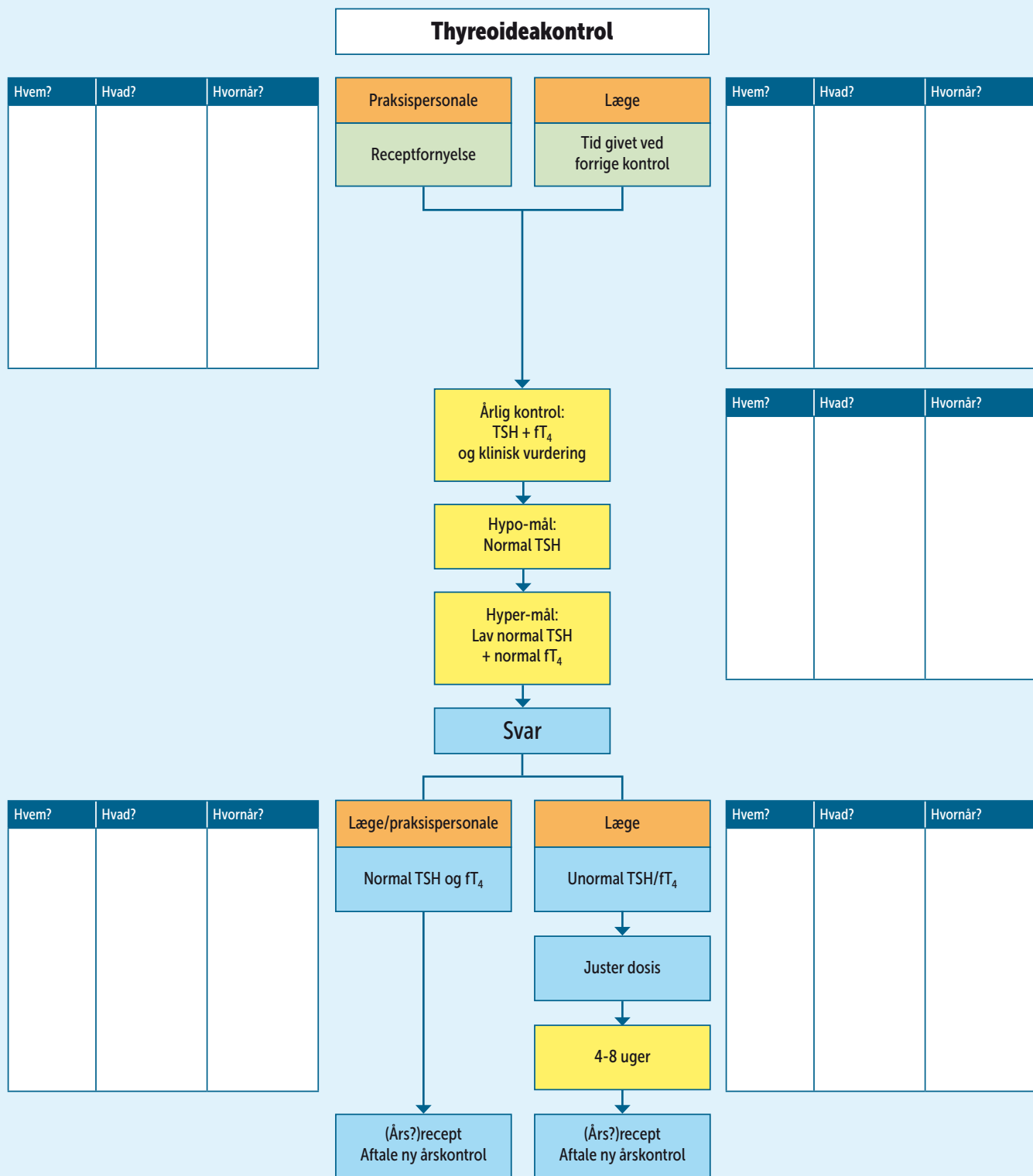
- **Én ting ad gangen.** De enkelte deltagere i indsatsen skal kun have ansvaret for én eller få ændringer ad gangen.
- **Vær konkret.** Hvem gør hvad og i hvilke situationer? Brug skemaerne til at få beslutninger og mål skrevet ned.
- **Prøv af.** Aftal hvordan det prøves af. Brug afprøvningsskemaet.
- **Følg op.** Tovholderen laver konkret aftale om, hvordan og hvornår der meldes tilbage fra de, der skal afprøve/indføre ændringerne. Flowdiagrammet og de enkelte afprøvningsplaner kan bruges som udgangspunkt for en diskussion af, hvilke ændringer der er sket.

Skabeloner

Skabelon 1. Hvem-hvad-hvornår

HVEM?	HVAD?	HVORNÅR?

Skabelon 2. Flowdiagram



Skabelon 3. Barrierer og praksisrelevante tiltag

PROBLEM	LØSNINGSFORSLAG

Skabelon 4. Afprøvningsplan

	Hvem gør det?	Hvordan prøves det af?	Hvornår og hvordan meldes erfaringen tilbage til tovholder?
KONKRETE TILTAG			
ARBEJDSGANGE DER SKAL ÆNDRES			

Kontakt

Hvis du har brug for yderligere hjælp kan du kontakte DSAM eller din region.

DSAM's sekretariat

Dansk Selskab for Almen Medicin

Stockholmsgade 55, st., 2100 København Ø

Tlf. 70707431

E-mail: dsam@dsam.dk

De regionale kvalitetsorganisationer

Region Hovedstaden

Sekretariatet for Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden (KAP-H)

Koncern Praksis

Kongens Vænge 2, 3400 Hillerød

Tlf. 38665299

E-mail: kap-h@regionh.dk

Region Midtjylland

MidtKraft

Kvalitet og Lægemidler

Nære Sundhedstilbud

Skottenborg 26, Postboks 21, 8800 Viborg

Tlf. 78412234

E-mail: jette.christiansen@stab.rm.dk

Region Nordjylland

Kvalitetsenheden for almen praksis i Region Nordjylland (Nord-KAP)

Fyrkildevvej 7, 1. Sal, 9220 Aalborg Ø

Tlf. 29100220

E-mail: nordkap@rn.dk

Region Sjælland

Kvalitet i almen praksis Sjælland (KAP-S)

Alléen 15, 4180 Sorø

Tlf. 93566670

E-mail: kap-s@regionsjaelland.dk

Region Syddanmark

Sekretariatet for Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis

Damhaven 12, 7100 Vejle

Tlf. 76631384

E-mail: keu@rsyd.dk