

Juli 2008

Rapport

Dansk kvalitetsmodel for almen praksis

Tina Eriksson, Søren Friberg og Lene Grosen, DAK-E

DAK-E

Indhold

1. BAGGRUND	5
INDLEDNING	5
SYNSVINKLER PÅ ALMEN PRAKSIS – OG PÅ KVALITET	6
FORMÅL MED MÅLING AF KVALITET I ALMEN PRAKSIS	8
MOTIVATION OG SELVBESTEMMELSE	8
KVALITETSCIRKLER	9
KVALITETSUDVIKLING OG EKSTERN KONTROL	9
KVALITETSUDVIKLING OG FORSKNING	10
LÆGEMANGEL OG REKRUTTERING	10
ALMEN PRAKSIS I ET SAMARBEJDEDE SUNDHEDSVÆSEN	11
Erfaringer med samarbejdsprojekter på tværs af sektorer	11
Forløbsprogrammer	12
Almen praksis som tovholder i de kroniske forløb	13
Organisering af sundhedsvæsenet	13
ÆNDRET OPGAVESAMMENSÆTNING OG ØGET ARBEJDSMÆNGDE	14
2. NATIONALE OG INTERNATIONALE MODELLER OG ERFARINGER	15
DANSKE PROJEKTER OG ERFARINGER	15
DAK OG DEN DANSKE MODEL 2003-2008	15
DAK-E RELATEREDE KVALITETSUDVIKLINGS ELEMENTER.	15
Datafangst	15
Dansk Almen Medicinsk Database - DAMD	16
Kodning med ICPC	17
Indikatorudvikling	18
DanPEP	18
AUDIT PROJEKT ODENSE - APO	18
UTILSIGTEDE HÆNDELSER - UTH	19
PILOTPROJEKTER PÅ DET ORGANISATORISKE OMRÅDE	19
Gensidige praksisbesøg - GPB	20
Praksis Matrix	20
Center for PraksisUdvikling - CPU	21
Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen – KISS-projektet	21
Organisationsudvikling i almen praksis i Region Nordjylland	22
Praksismanagers	22
Vurdering af pilotprojekter på det organisatoriske område	23
KONSULENTER I ALMEN PRAKSIS	23
LÆGELIGE KONSULENTER	24
Praksiskonsulenter - PKO	24
Praksiskonsulenter på sygehusene	24
Kommunale konsulenter	24
Kvalitetsudviklingskonsulenter - KU	24
Efteruddannelsesvejledere	25
Facilitatorer	25
Praksisudviklingskonsulenter - PUK	25
Videreuddannelseskonsulenter	26
IKKE-LÆGELIGE KONSULENTER I ALMEN PRAKSIS	26

Laboratoriekonsulenter	26
Datakonsulenter	26
Lægemiddelkonsulenter	27
Uddannelsesforløb for konsulenter i almen praksis	27
Vurdering af konsulentområdet i almen praksis	27
EUROPÆISKE MODELLER OG ERFARINGER	28
European Practice Assessment - EPA	28
Indikatorer for praksisorganisation (management)	28
EPAs fire niveauer	29
Erfaringer med EPA	30
Vurdering af EPA i forhold til dansk anvendelse	30
DET HOLLANDSKE AKKREDITERINGSSYSTEM FOR ALMEN PRAKSIS	31
Data	31
Treårige perioder – måling, målsætning og opfølgning	31
Foreløbige erfaringer med det hollandske system i dansk perspektiv	32
DET ENGELSKE "POINTS SYSTEM"	33
Hvad har QoF-kontrakten medført indtil videre?	34
Generel vurdering af det engelske "points system"	35
3. KVALITETSMODEL FOR ALMEN PRAKSIS – ET PILOTPROJEKT	36
FORMÅL	36
MÅL	36
RESSOURCEFORBRUG	37
MODELLENS INDHOLD OG OPBYGNING	37
3-ÅRIGE PERIODER – UNDERSTØTTELSE AF UDVIKLING.	39
IT-UNDERSTØTTELSE	40
FASER I ORGANISERINGEN AF PILOTPROJEKTET	40
ØKONOMI OG RESSOURCER I PILOTFASE	41
ORGANISERING	41
SEKRETARIAT	42
REGIONAL KOORDINATION	42
SAMARBEJDE MED IKAS	42
FAGLIGE ARBEJDSGRUPPER	42
INFORMATION	43
VIDENSCENTER	43
FORANKRING I EUROPÆISK MODEL	43
EVALUERING	43
LITTERATUR	44

1. Baggrund

Indledning

Der er megen fokus på kvalitets- og organisationsudvikling i almen praksis, både i de enkelte praksis, i regionerne, i organisationerne og naturligvis i DAK-E¹. I flere år har de faglige organisationer og regioner drøftet det mulige indhold i en "dansk model for kvalitetsudvikling i almen praksis", der kan indgå i "den danske model for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet", som Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet - IKAS² står for.

I januar 2008 tog KIFs bestyrelse³, PLO⁴, Danske Regioner og DAK-E til Holland for at søge inspiration i den akkrediteringsmodel for almen praksis, som det hollandske selskab har udviklet.

I 2005 var en gruppe fra Sundhedsstyrelsen og de daværende amter i England for at vurdere den nye engelske kontrakt, og Sundhedsstyrelsen udgav en rapport derom (1).

I januar i år startede Regeringen et udvalgsarbejde om almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Udvalget skal aflægge rapport i oktober i år. Der er derfor god grund til at give en samlet beskrivelse af området.

DAK-E har med denne rapport taget initiativ til at forsøge at beskrive en skitse til en samlet kvalitetsmodel for almen praksis på baggrund af regionale, nationale og europæiske erfaringer. Den er i første omgang skrevet til KIFs bestyrelse, men vi håber, at rapporten kan være til inspiration for andre med interesse for kvalitetsudvikling i almen praksis, såvel praktiserende læger som andre interessenter, organisationer og myndigheder.

Denne rapport skal forstås som et oplæg til debat og ikke en færdig plan. Det er vor opfattelse, at det er nødvendigt at opnå en bred enighed om elementerne i en mulig model, før man tager stilling til konkret organisering, finansiering og implementering. Alle relevante aktører skal naturligvis høres og have indflydelse på de forslag, der her lægges frem.

Vi foreslår, at den her beskrevne model testes hurtigst muligt i mindst 30 praksis (fordelt på de regioner, der ønsker at deltage); men samtidig skal kvalitetsarbejdet fortsætte i de tusindvis af praksis, der ikke deltager i afprøvningen.

Regionerne og andre instanser udbyder allerede nu en stor "buffet" af projekter og tiltag, som den enkelte praksis kan vælge at deltage i. Denne model sigter på at beskrive, hvordan den enkelte praksis kan gå fra en "buffet-model" til noget, der mere har karakter af en "kostplan" for udvikling i den enkelte praksis, baseret på en analyse af behov. Det er klart, at en sådan ændring må baseres på motivation fra de deltagende praksis' side.

¹ Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed

² Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS blev etableret i 2005 af Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, Amdrårdsforeningen og H:S med det formål at udvikle en fælles dansk kvalitetsmodel.

³ Kvalitets – Informatikfonden, KIF. Se http://www.dak-e.dk/flx/om_dak_e/sekretariatsfunktion/kif_kvalitets_og_informatikfonden/

⁴ Praktiserende Lægers Organisation

Som det vil fremgå, er dansk almen praksis allerede nået langt med hensyn til kvalitetsudvikling og er på IT-området længere end såvel Holland som England (2). Dette betyder, at vi i Danmark kan gennemføre dataindsamling med et minimum af ressource- og tidsforbrug. Det er af afgørende vigtighed, at alle dataindsamlingsprocedurer digitaliseres og så vidt muligt automatiseres. Vi foreslår desuden en model, der forudsætter ICPC-kodning.

Vi mener, at det er en fordel at indgå i et samarbejde med de lande, der er længst fremme på området, dog uden at kopiere andre landes systemer. Vi har søgt inspiration i det hollandske akkrediteringssystem og i den engelske QoF-model (se beskrivelse afsnit 3), hvor vi dog ikke anbefaler at indføre deres honoreringssystem. Vi har erfaring for, at et system, baseret på kvalitetsudviklingscirklen og faciliteret af vidende og veluddannede kollegaer, medfører forandringer og modtages godt af de praktiserende læger.

Rapporten består af tre dele.

Første del beskriver baggrund og forudsætninger for en kvalitetsmodel i almen praksis.

Anden del beskriver danske og internationale modeller, projekter og erfaringer.

I afsnittet om danske modeller beskrives:

De DAK-E relaterede kvalitetsudviklings elementer.

Pilotprojekter på det organisatoriske område

og til sidst konsulenter i almen praksis

Tredje del beskriver vort forslag til en model for kvalitetsudvikling i almen praksis.

Synsvinkler på almen praksis – og på kvalitet

Vi tager i dette arbejde udgangspunkt i en erkendelse af, at kvalitet i almen praksis er et flertydigt begreb, der forudsætter prioritering. McSweeny (3) beskriver fire modeller med forskellige synsvinkler på hvad der er de vigtigste funktioner i almen praksis og betydningen for synet på kvalitet i almen praksis.

Den biomedicinske vinkel repræsenterer det traditionelle syn på almen praksis, hvor hovedopgaverne er genoprettelse af biologisk dysfunktion gennem præcis diagnosticering, behandling af symptomer og helbredelse af sygdom. Lægen er reaktiv (reagerer på patienternes henvendelse).

I denne synsvinkel vil lægers og patienters syn på kvalitet ofte være sammenfaldende og afhængigt af behandlingsudfaldet.

Der kan opstilles målbare kvalitetsparametre for diagnostik og behandling.

Den patientcentrerede vinkel indebærer et holistisk syn på almen praksis, hvor etiske og relationelle kvaliteter står stærkt. Lægen indlever sig i patientens situation, viser empati og hjælper patienten til forståelse af sin sygdom. Ethiske værdier som beskyttelse af patienters rettigheder og personlige data er centrale. De relationelle kvaliteter kan f.eks. være tillid og kontinuitet i forholdet mellem læge og patient. I mange tilfælde er hele familier i flere slægtled patienter i samme lægehus, hvilket sikrer gensidig formelt og uformelt kendskab og tillid.

Denne synsvinkel er den dominerende i almen praksis, hvor både praktiserende læger, praksispersonale og patienter lægger stor vægt på relationelle kvaliteter. Den vægt, man lægger på undervisning af studenter, personale og praktiserende læger i kommunikation, afspejler også dette værdisæt (4).

Disse mere bløde værdier er svære at måle og vil derfor ofte være underrepræsenterede i indikatorsæt og målemodeller.

Den forebyggende (folkesundheds)vinkel lægger hovedvægt på forebyggelse af sygdom samt kontrol og behandling af kronisk lidelse. Screening, risikoreduktion (behandling af risikofaktorer og promovering af en sund livsstil) indgår. Sådanne programmer lægger vægt på helheder og samtidig ofte på professionelle kvaliteter og ledelseskvaliteter. Lægen er proaktiv (opsøgende over for patienter, der f.eks. udebliver fra kontrol).

Denne synsvinkel på almen praksis er hovedfokus for mange af de kvalitetsreformer, der gennemføres i almen praksis i mange lande i disse år. Det udtalte fokus på at reducere risiko er ikke populært hos alle patienter. Privilegerede og veluddannede patienter har lettere ved at efterleve rådene end de mindre privilegerede. Det er derfor en udfordring at gøre forebyggelse acceptabel for de patienter, der har mest at vinde ved at følge rådene og dermed fremme lighed i sundhed.

Desuden er praksis forvalter af offentlige ressourcer, idet almen praksis står for hovedparten af alle receptudskrivninger og også fungerer som gate-keeper⁵ for det øvrige sundhedsvæsen.

Der kan opstilles målbare kvalitetsparametre for opsporing, diagnostik og behandling.

Forretningsvinklen er især populær i privathospitaler og -klinikker og lægger vægt på at tilbyde en række veldefinerede serviceydelser. Klinikken kan definere sit kundegrundlag som patienterne, forsikringssselskaberne eller de regionale og/eller kommunale myndigheder. I denne model lægger man vægt på service i form af god tilgængelighed, kort ventetid og veltilrettelagte behandlingsforløb. Heri indgår også, at patienten mere ses som en kunde eller forbruger, og i den sammenhæng bliver service et nøglebegreb.

Modellen passer ikke specielt godt til almen praksis, hvis man vil fastholde, at almen praksis skal rumme et tilbud til alle patienter. Det er ikke muligt at lave veldefinerede tilbud til alle patienter og for alle forløb. Der er ikke nødvendigvis i modellen en prioritering af patienter med størst behov. På den anden side er det nødvendigt, at praksis også stiler mod at yde den bedst mulige service inden for de givne rammer. I almen praksis giver det sig f.eks. udslag i bedre tilgængelighed, især for e-baserede tjenester, som f.eks. e-mail konsultationer mv.

I det omfang denne synsvinkel er relevant, er det muligt at opstille kvalitetskriterier.

Sammenfattende er det ideelle system til at fremme kvalitet i almen praksis i en god balance mellem de ovenstående synsvinkler på almen praksis.

⁵ Gate-keeper: Gruppe 1 patienter skal have en henvisning fra deres praktiserende læge for at kunne få specialistbehandling.

Formål med måling af kvalitet i almen praksis

Det er væsentligt at overveje og drøfte, hvilke formål interessenterne har med at indføre en kvalitetsmodel, idet afvejningen af de forskellige formål har indflydelse på udformningen af systemet. Nedenstående er eksempler på formål:

Reducering af forskelle mellem viden og praksis. I faget almen medicin er udfordringen med at implementere viden i klinisk praksis særligt stor pga. fagets store bredde. Kvalitetskontrol/akkreditering er en af måderne at forsøge at sikre, at patienterne får gavn af ny viden. Andre er efteruddannelse, udgivelse af kliniske vejledninger, elektroniske beslutningsstøtteprogrammer mv. Diffusion af viden er ikke en simpel lineær proces og forudsætter et samarbejde mellem en lang række aktører, så som universiteter og forsknings- og kvalitetsenheder. Hvis viden skal spredes effektivt, kræver det planlægning (5).

Kvalitetskontrol/akkreditering (6). Såvel myndigheder med ansvar for sundhedsområdet som praktiserende lægers organisationer kan have interesse i at sikre sig, at alle praksis opfylder visse minimumsstandarder på visse områder (akkreditering). Kvalitetsudvikling er et bredere begreb end akkreditering og omfatter en række forskellige tiltag, der sigter på at fremme kvalitet.

Gennemsigtighed. Myndighederne kan ønske at opnå data vedrørende kvaliteten i almen praksis med henblik på offentliggørelse af data og sammenligning mellem praksis.

Basis for aflønning. Myndighederne kan ønske, at en del eller hele indkomsten i almen praksis gøres afhængig af resultater af kvalitetsmål.

Kvalitetsudvikling og læring. Såvel myndighederne som praktiserende lægers organisationer kan have interesse i at opbygge systemer, der sigter på at fremme kvalitetsudvikling og læring i almen praksis.

Marketing. Den enkelte praksis og almen praksis som fag kan markedsføre sig på at være akkrediteret.

Hvis formålet er kontrol, offentliggørelse eller basis for aflønning, er det væsentligt, at det der måles, er under lægens eller praksis' egen kontrol. På denne måde sikres en høj validitet af data. F.eks. kan alle praksis veje patienterne og vejlede dem om kost. Derimod har de ikke direkte kontrol over, hvorvidt patienterne følger vejledningen.

Hvis sigtet derimod er kvalitetsudvikling og læring, er det meget relevant at måle, hvorvidt indsatsen mod overvægt hjælper, selvom data ikke nødvendigvis afspejler kvaliteten af almen praksis' arbejde, fordi mange andre parametre gør sig gældende (patienternes motivation, sociale tilhørsforhold, andre tiltag med effekt (f.eks. kampagner, lokale tilbud til overvægtige).

I praksis vil en model ofte skulle tilgodese flere formål samtidig, og vægtningen af de forskellige formål kan ændre sig med tiden. Når det er tilfældet, bør det overvejes, om de valgte standarder og indikatorer er brugbare til de nye formål.

Motivation og selvbestemmelse

Såvel i kvalitetsudvikling som i efteruddannelse er det vigtigt, at så mange som muligt deltager. Samtidig taler alt for, at motiverede deltagere får mest ud af tiltagene.

I Danmark har vi ved introduktionen af nye tiltag erfaret, at en del praktiserende læger straks er med på det nye. Senere kommer den store gruppe mere sindigt og fornuftigt efter, når de ved selvsyn har konstateret, at der er fordele.

De allersidste bliver hjulpet med af overenskomstmæssige tiltag, som f.eks. i forbindelse med den elektroniske patient journal og e-konsultationerne.

Man kunne overveje at gøre en del af kvalitetsudviklingsmidlerne personlige, på samme måde som de praktiserende lægers efteruddannelsesmidler, der fungerer således, at den enkelte har en pulje, der kan anvendes til kurser, men at beløbet går tilbage i puljen, hvis den enkelte praktiserende læge ikke anvender disse. Dette kan udgøre en motiverende faktor for deltagelse i kvalitetsarbejde.

Kvalitetscirkler

Kvalitetscirklen har fået en kolossal udbredelse i undervisning, organisationsudvikling og ledelse. Tankegangen stammer fra 1950'ernes bilindustri, især i Japan og har senere spredt sig langt uden for industriproduktion.

Vi forstår kvalitetscirklen som en beskrivelse af de trin, arbejdet med kvalitetsudvikling omfatter: Problemidentifikation, målfastsættelse, måling, analyse, implementering og fastholdelse og overvågning. Videreudviklingen af kvalitetscirklen peger på processerne som vigtige, ikke mindst den vedvarende proces, således at kvalitetsudviklingen ikke bliver forstået som statisk.

Det hører med til tankegangen, at alle led i indsatsen skal dokumenteres, det vil sige, at der skal være relevant, tilgængelig og hurtig omsætningsbar information til rådighed for vurdering af den indsats, der ydes.

Samarbejdsaftalen om kvalitet mellem PLO og Sygesikringens Forhandlings Udvalg (SFU)⁶ fra januar 2006 beskrev elementerne i kvalitetscirklen og opgavefordelingen mellem DAK-E og de nye regioner. DAK-E skulle tage sig af ICPC-kodning, patientevaluering (DanPEP), indikatorudvikling, datafangst, databaseoprettelse og offentliggørelse af data, medens den store implementerings- og læringsdel skulle ligge i regionerne.

I de seneste årtier er der især med inspiration i matematisk kaosteori blevet udviklet andre forandringsmodeller, hvoraf især tanker omkring komplekse adaptive systemer har vundet udbredelse(7;8). Teorien om komplekse adaptive systemer anskuer praksis som et selvorganiserende system, der virker gennem simple, lokalt anvendte regler. Der er lavet beskrivende projekter med udgangspunkt i disse teorier (7), men teorierne mangler fortsat at bevise deres værdi i implementering af ny viden og nye teknikker.

Kvalitetsudvikling og ekstern kontrol

Der er ikke entydige erfaringer med ekstern kontrol og offentliggørelse af præstationsmålinger. Enkelte studier peger på, at almen praksis har ændret praksis som følge af præstationsmålinger (9-11), hvilket i flere tilfælde har ført til målbare forbedringer på præstationsindikatorer, men sammenhænge er svage (12). Omvendt kan

⁶ Efter regionaliseringen i 2007 overtog Regionernes Lønnings- og Takstnævn det tidligere Sygesikringens Forhandlingsudvalgs rolle som forhandlingspartner i forhold til Praktiserende Lægers Organisation.

præstationsmålinger medføre utilsigtede konsekvenser, fordi ansatte agerer strategisk i forhold til de systemer, som omverdenen konstruerer for at fremme en bestemt adfærd (13;14).

Kvalitetsudvikling og forskning

Det vil i den fremtidige udvikling være nødvendigt at investere i gode, tværfaglige kvalitets- og forskningsmiljøer, der kan opbygge ekspertise i at forske i kvalitetsudviklingens resultater og være idéskabende. Disse miljøer bør sammensættes bredt, således at de ikke udelukkende består af læger, men af en bred vifte af fagpersoner. Sådanne miljøer kan desuden virke som basis for videnscentre for kvalitetsudvikling og forskning og dermed skabe og fastholde internationale kontakter, ikke kun for almen praksis, men hele sundhedsvæsenet.

I såvel England som Holland har man opbygget stærke kvalitetsforskningsmiljøer⁷. I Danmark har DAK-E taget initiativ til et samarbejde mellem Dansk Sundhedsinstitut, DSI og de tre almen medicinske forskningsmiljøer i København, Odense og Århus om fremtidig udvikling på området. Dette kan udgøre en mulig basis for et fremtidigt forskningssamarbejde på området

Lægemangel og rekruttering

De danske praktiserende lægers gennemsnitsalder er høj og mange står for pensionering. I nogle regioner er der fare for spøgelsespatienter (patienter, der ikke har kunnet få en fast praktiserende læge) – og det er bekymrende, fordi listesystemet er en central basis for arbejdet i dansk almen praksis. Vi skal altså have ældre læger til at blive længere, og vi skal gøre almen praksis attraktiv for yngre læger.

For 5-6 år siden stod man i Holland i en lignende situation. De unge læger viste sig at have følgende ønsker til deres arbejdsliv: Mulighed for at arbejde deltid, større enheder og valget mellem at være ansatte og partnere i almen praksis. Man indså, at det derfor var nødvendigt at uddanne to nye for hver praktiserende læge, der gik på pension. Den typiske ældre familielæge i Holland var en mand, han havde ofte enten en hjemmegående eller medhjælpende ægtefælle, og han havde ikke andre opgaver end at passe sin praksis. Sådan lever unge læger ikke i dag.

Ønsket om større enheder og mulighed for at læger kunne være ansatte blev tilvejebragt gennem en deregulering af sektoren, der øgede praksis' muligheder for at organisere sig på en hensigtsmæssig måde. En øget tilgang blev sikret gennem øget indtag til speciallægeuddannelsen og international rekruttering. Alle problemer er ikke løst, men en truende katastrofal mangelsituation blev afværget.

I England havde man før reformen i 2003 også problemer med rekruttering til sektoren. Disse problemer er nu løst, takket være en betydelig lønfremgang og en ændring af struktureringen af vagtarbejdet i almen praksis, så de praktiserende læger nu kan vælge dette fra.

⁷ Eksempler herpå er National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, UK og NIVEL Institute, Utrecht, Holland.

Et fortsat arbejde med kvalitetsudvikling i almen praksis på en måde der både er enkel at deltage i, anvender ny teknologi og højner fagets faglige standard er en vigtig forudsætning for den fortsatte rekruttering til faget.

Almen praksis i et samarbejdende sundhedsvæsen

Almen praksis udfylder en vigtig funktion i det samlede sundhedsvæsen, en funktion som er under forandring. Det er vigtigt at bevare en lige og let adgang, til almen praksis og fortsat at arbejde på at fremme lighed i sundhed, bl.a. ved at prioritere de patienter, der har mest behov for hjælp. Dette bliver ikke mindre vigtigt, efterhånden som opgavesammensætningen ændres fra mere akut til mere kronisk omsorg. Det er vigtigt, at balancere hensynet til den enkelte og hensynet til at nå ud til alle med behov. Det er derfor vigtigt at bevare almen praksis som gate-keeper.

De mange nye initiativer øger behovet for et formaliseret samarbejde mellem almen praksis og de øvrige dele af sundhedssystemet. Her kan nævnes omsorg for kroniske patienter med f.eks. diabetes og KOL og de mange nye "pakkeforløb" på kræft og hjerteområdet. Men større enheder, øget specialisering af læger og personale samt ændringer i uddannelsen af de yngre læger, med mindre lokal forankring, vanskeliggør dannelsen af uformelle netværk. Sundhedsvæsenet har desuden fået endnu en aktør: kommunerne. Sundhedsaftalerne mellem region, kommuner og almen praksis beskriver på en række områder rammerne for dette samarbejde i forhold til de store sygdomsgrupper. Almen praksis har en forpligtelse til at være en troværdig samarbejdspartner for såvel speciallæger, hospitalsvæsen som de forskellige kommunale instanser. Dette vil kræve ensartede ydelser og gennemsigtighed.

Peter Pritchard beskriver shared care⁸ som løsningen på komplekse forløb med fælles ansvar, hvor primærsektor og sekundærsektor har indgået aftaler om fælles ansvar, fælles mål og en aftalt opgavefordeling blandt de forskellige aktører (15).

Erfaringer med samarbejdsprojekter på tværs af sektorer

Der er udviklet fælles standarder og indikatorer for henholdsvis den gode henvisning og den gode epikrise, og disse er afprøvet på 55 sygehusafdelinger med de dertil knyttede praksiskonsulenter i et samarbejdsprojekt mellem Den Gode Medicinske Afdeling, DAK-E og Praksiskonsulentordningen (se afsnit 3). Formålet var at kvalitetsudvikle kommunikationen mellem sektorerne ved at styrke den databaserede dialog (16). Der findes på Sundhed.dk et fælles beslutningsstøttesystem i form af forløbsprogrammer, forløbsvejledninger og den nye lægehåndbog, der netop er introduceret.

Der er i Danmark konkrete erfaringer med samarbejdsprojekter på tværs af sektorer, bl.a. på diabetesområdet (17), og flere MTV-rapporter⁹ omhandler samarbejdet, bl.a. en om Marevan-behandling¹⁰ (18) og en anden om opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivning fra sygehus (19).

⁸ Shared Care ifølge Peter Pritchard: Samarbejde mellem forskellige organisatoriske strukturer med vigtige grænseområder.

⁹ MTV: Medicinsk teknologivurdering.

¹⁰ Marevan er et blodfortyndende middel. Behandlingen er ofte langvarig og kræver regelmæssig kontrol og justering.

MTV-rapporten om Marevanbehandling fra 2006 om shared care (18) gennemgik emnet med antikoagulationsbehandling som eksempel. Rapporten konkluderer følgende:

- Beslutning om indførelse af shared care bør hvile på en grundig forudgående analyse af sammenhænge i samarbejdet.
- Ved opbygning og iværksættelse af et shared care-program er det vigtigt, at der udarbejdes retningslinjer/vejledninger som støtte for samarbejdet.
- Der bør ikke i valget af et shared care-arrangement ligge en forventning om direkte økonomisk besparelse, idet det store krav om personlig kommunikation tager tid og dermed ikke taler for frigørelse af behandlerressourcer i sekundærsektoren. Det må derimod forventes at blive dyrere.

Rapporten konkluderer også, at sundhedstjenesteforskning og evalueringer af shared care projekter kun sker i begrænset omfang. Shared care-tankegangen er udsprunget af et paradoks mellem ressourceknaphed og et øget krav om effektivitet og sammenhængende behandlingsforløb.

MTV-rapporten fra 2007 om fælles opfølgende hjemmebesøg af hjemmeplejen og den praktiserende læge (19) i forbindelse med udskrivning af ældre medicinske patienter, konkluderede at de praktiserende læger fik et større overblik over patienternes brug af medicin og fulgte bedre op på anbefalingerne fra sygehuset. Patienternes funktionsevne blev ikke forbedret, og de havde ikke oplevelsen af at få et bedre helbred, men gruppen, som modtog det opfølgende tilbud i hjemmet havde færre genindlæggelser. En økonomisk analyse viste, at modellen var omkostningsneutral med potentiale til besparelse for regionen pga. det lavere antal genindlæggelser. Altså viste undersøgelsen, at optimering af den eksisterende organisation kan medføre væsentlige og cost-effektive forbedringer. En væsentlig barriere var organisering af indsatsen og prioritering af ressourcer og tid i en travl hverdag.

Forløbsprogrammer

I Danmark har Sundhedsstyrelsen udstukket retningslinier for planlægningen af forløbsprogrammer med udgivelsen af flere rapporter omhandlende håndteringen af kronisk sygdom (20;21). Formålet med et forløbsprogram er at sikre sammenhæng mellem de forskellige indsats i et forløb, at fremme en fælles målsætning mellem de forskellige sundhedsprofessionelle og patienten og at sikre nødvendige kompetencer og teknologi. Endvidere kan programmet omfatte patienternes egenomsorg.

I forløbsprogrammer indgår risikostratificering, der har det overordnede mål at sikre en rationel anvendelse af den samlede sundhedsmæssige indsats (20;22), idet den foregår på det lavest nødvendige specialiseringsniveau ifølge LEON princippet¹¹.

De første praktiske erfaringer med stratificering på diabetesområdet i klinisk praksis lægger op til en revision af modellen. Den nuværende model skelner ikke mellem "risikostratificering" (sværhedsgrad af sygdom) og "behovsstratificering" (patientens behov for specialiseret indsats). Der er naturligvis en vis sammenhæng mellem de to tilgange, men ikke en fuldstændig overensstemmelse.

¹¹ LEON-princippet: Laveste Effektive OmsorgsNiveau.

Erfaringerne med diabetes viser, at det ikke var muligt for en stor gruppe at klare sig "lavintensivt" på niveau 1, og at der ikke er overensstemmelse mellem risiko- og behandlingsstratificering. Diabetes er muligvis særlig kompleks og vanskelig at bringe under fuld kontrol og der mangler fortsat opgørelser for andre sygdomme.

Det viste sig dog, at almen praksis tager hånd om en socialt og sygdomsmæssigt belastet gruppe diabetespatienter med ringe compliance, som er afsluttet fra ambulatorierne. Mange med kompliceret sygdom og komplekse sociale forhold var simpelthen blevet afsluttet til kontrol hos de praktiserende læger, eller ønskede ikke selv at modtage ambulatoriernes tilbud (23).

Almen praksis som tovholder i de kroniske forløb

Den konkrete implementering af forløbsprogrammer kræver lokal forankring i regionerne, hvor en fælles tværsektoriel planlægning bør ske. Der vil være lokale variationer i vilkår og organisering, som hindrer detaljerede beskrivelser på nationalt plan – af den konkrete udmøntning af et forløbsprogram for en given sygdom. Aftaler om informationsudveksling omkring den enkelte patient mellem aktørerne (epikriser og ambulante notater) vil være en væsentlig opgave. Det er også vigtigt, at generelle oplysninger om f.eks. forebyggelsestilbud i kommunerne er let tilgængelige.

Det er særlig vigtigt, at almen praksis er velorienteret, da praksis skal udfylde rollen som "tovholder" i det kroniske forløb.

Dele af de lokale aftaler vil skulle forankres i de lokale sundhedsaftaler mellem region, den enkelte kommune og almen praksis. Aftalerne vil i et vist omfang have ressourcemæssige konsekvenser – og derfor skal de også være politisk forankret.

Organisering af sundhedsvæsenet

Den nuværende aktivitetsorienterede honorering såvel i almen praksis som sygehusenes DRG-afregning¹², kan udgøre en barriere for et optimalt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. For at styrke det fremtidige samarbejde er der behov for at udvikle nye tværsektorielle samarbejdsformer.

Hvis man nøjes med at forholde sig til forløb mellem de praktiserende læger og hospitalerne, kan man sammenligne den traditionelle henvisningsmodel, hvor praktiserende læger henviser efter individuelt skøn, hvor særlige risikopatienter følges fast i sygehusambulatoriet, f.eks. med modeller med "delekontrol" (24), hvor alle patienter årligt eller i andet interval kommer til delekontrol i et ambulatorium.

Modellen med delekontrol medførte i et studie i Fredericia (17) en god opnåelse af procesmål (at diverse kontroller rent faktisk udføres), mens resultatmål på blodtryk, lipider og langtidsblodsukker (HbA1c) ikke var optimale. Undersøgelsen efterlod åbne spørgsmål som: Hvad sker med de patienter, der ikke henvises eller ikke kan/vil gennemføre et program baseret på "delekontrol"?

Man kan også forestille sig modeller, hvor alle patienter tilbydes kontrol i et center med et "kronikerambulatorium" med speciallæger og specialiserede sygeplejersker, og endelig modeller, hvor eksisterende skillelinjer mellem almen praksis og diabetesambulatorier

¹² DRG-afregning: Diagnose Relaterede Grupper.

gøres mere flydende med f.eks. coaching af de praktiserende læger fra speciallægerne, baseret på audit med besøg i praksis og løbende rådgivningsmulighed. Det ville antagelig medføre færre henvisninger til ambulatorierne, og de "tunge" patienter, som er afsluttet fra ambulatoriet til almen praksis (25), vil indirekte profitere af, at specialisterne er med til at vurdere deres behandling.

En del af filosofien vil være "at flytte viden – ikke patienter". Der skal fokuseres på såvel faglig kvalitet, patienttilfredshed som omkostningseffektivitet. Det er et oplagt tema for ny tværsektoriel sundhedstjenesteforskning

Den aktivitetsfokuserede tilgang kan også være en barriere for arbejdet med svage patienter og patienter med kompleks sygdom, som vil være "uattraktive", da de er mere tidskrævende end den standardiserede honorering finansierer.

Ændret opgavesammensætning og øget arbejdsmængde

I de senere år er der blevet lagt opgaver fra sekundærsektoren til almen praksis, og den udvikling vil formentlig fortsætte. Opgaverne ændrer sig af demografiske grunde, flere kronisk syge, flere ældre. Almen praksis har desuden flere opgaver i forbindelse med individuel forebyggelse.

Med hensyn til opgavefordeling i mellem sektorerne er det interessant, at fordelingen varierer i de forskellige lande. I mange lande er det meste af den primære forebyggelse (mor-barn undersøgelser, primær sygdomsforebyggelse og lignende lagt andre steder end i almen praksis). I nogle lande er al gynækologi, pædiatri og geriatri lagt i hænderne på specialiserede almenmedicinere. Hvilke opgaver, man anser for at være kerneopgaver i almen praksis, synes således også at bero på lokale traditioner.

Fordelingen mellem læger og andre personalegrupper i almen praksis varierer i de forskellige lande (26-29). Der er en klar trend mod større enheder (30-37) og større enheder synes i nogle undersøgelser at forbedre kvaliteten af omsorgen for kroniske sygdomme (33;38) – men dette er dog ikke tilfældet i en stor hollandsk undersøgelse²⁰. Der er tendens til, at større enheder opnår ringere patienttilfredshed (39-41), men at praktiserende læger i store enheder til gengæld har kortere samlet arbejdstid²⁰. Den generelle tendens går mod mere ansat personale, der varetager opgaver, der tidligere udelukkende blev varetaget af læger. Undersøgelser viser, at kvaliteten af det arbejde som ansat personale udfører under supervision er lige så god som det de praktiserende læger udfører (26;28;29).

I Danmark bidrager befolkningens stigende behov for at søge læge væsentligt til den øgede arbejdsbyrde. Det selv om man fraregner bidrag fra øget alder og sygelighed. Vi kender desværre ikke til europæiske lande der har dæmmet op for stigende lægesøgning med andre midler end egenbetaling. Egenbetaling hæmmer nødvendig lægesøgning, men vender den tunge ende nedad og er dyr at administrere, og er derfor en tvivlsom løsning. Der bør forskes i dette område.

2. Nationale og internationale modeller og erfaringer

Danske projekter og erfaringer

I dette afsnit beskriver vi dels kort DAK-E relaterede kvalitetsudviklingselementer, andre landsdækkende kvalitetsudviklingsprojekter, pilotprojekter på det organisatoriske område og de mange konsulenttyper, der findes i dansk almen praksis, fordi vi skønner at netop disse ting er vigtige byggestene i en samlet model for kvalitet i almen praksis.

DAK og den danske model 2003-2008

Den danske model for kvalitet i almen praksis, som den skitseredes ved DAK-projektets start i 2003, beskæftigede sig hovedsageligt med følgende tre punkter

Faglig udvikling – evidensbaserede kliniske vejledninger, kliniske indikatorer, elektronisk registrering af kliniske data (datafangst og registrering af data i Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD) se senere), feedback og løbende forbedring af kvaliteten af det kliniske arbejde.

Patientevaluering – DanPEP – med tiltag der bevirker, at patienternes kommentarer bruges til organisatoriske forbedringer i den enkelte praksis.

Patientforløb – koordinering med andre dele af sundhedsvæsenet.

Vi mener nu, at det også er nødvendigt at indtænke praksisorganisering og i øvrigt også registrering af utilsigtede hændelser, hvis en samlet og sammenhængende kvalitetsudvikling i almen praksis skal sikres.

DAK-E relaterede kvalitetsudviklings elementer

Datafangst

Datafangstmodulet er udviklet til at opsamle data i takt med, at de produceres - uanset typen af elektronisk journal system. Data vedrører lægemiddelordination, ydelseskoder, laboratoriedata og ICPC-koder overføres til Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD). Det eneste aktive, den deltagende læge skal gøre, er at ICPC-diagnosekode alle kontakter (konsultationer og sygebesøg).

Hvis den enkelte læge vælger at medvirke i et tilbudt projekt, gøres dette på lægens egen PC, hvor han/hun melder sig til eller fra. Det kan f.eks. være diabetesforløbsydelsen eller et andet kvalitets- eller forskningsprojekt. Hver gang lægen derefter sætter en bestemt diagnosekode på, vil der dukke en pop-up skærm op med ekstra spørgsmål, som lægen vil blive bedt om at besvare. Ved diabetesforløbsydelsen kommer skærmen kun op med et års mellemrum - svarende til en årskontrol. Resten af data vedrørende diabetesbehandlingen bliver automatisk overført til DAMD¹³.

DAK-E IT udarbejder på baggrund af data fra den enkelte praksis kvalitetsrapporter, som leveres tilbage til de deltagende praksis. Rapporterne leveres online via Sundhed.dk, hvor

¹³ Sentinel-database: Database, der anvendes til overvågning af sygdomsmønstre i befolkningen.

den enkelte læge får adgang til data vedrørende egne patienter og til at sammenligne disse data med data fra andre praksis'

I løbet af 2008 får også patienter adgang til egne data på Sundhed.dk via egen digitale signatur.

I fremtiden vil vi producere "pop-up projekter", der kan gøre det muligt at indsamle og bearbejde data til mange forskellige kvalitets-, udviklings- og forskningsprojekter i almen praksis.

På DAK-Es hjemmeside er der adgang til vejledninger i, hvordan lægerne kommer i gang med at anvende modulet.

Overordnet er der to faser i udbredelsen af datafangstmodulet:

I første fase er datafangstmodulet udbredt til en højt motiveret deltagerkreds. Disse praksis var indstillet på at bidrage til at afhjælpe de datafangstmodulets børnesygdomme og at fungere som ambassadører for datafangstmodulet. Blandt de meget interesserede praktiserende læger har DAK-E IT rekrutteret superbrugere i de største IT-systemer til at vejlede lægehuse og datakonsulenter i installation af datafangstmodulet.

I anden fase vil fokus være på en fortsat udbredelse af datafangstmodulet og på metoder til opfølgning i de enkelte praksis på tilbagemelding af data. De fleste regioner har ansat konsulenter til denne opgave, men opgaven skal koordineres og DAK-E deltager i denne koordinering.

Det er målet, at 1.200 praktiserende læger (ca. 600 praksis) skal tilmeldes datafangst i løbet af 2009. Dette mål nås sandsynligvis kun, hvis der er en mindre stram binding mellem datafangstmodulet og forløbsydelsen¹⁴. Datafangst vil i så fald kunne bruges til elektronisk auditprojekter og større kvalitets- og forskningsprojekter.

I løbet af 2008 vil indrapporteringen til Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) af diabetes data foregå elektronisk. Udviklingsarbejdet sker i samarbejde med Kompetencecenter Syd.

Dansk Almen Medicinsk Database - DAMD

Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD) er etableret som en speciale specifik klinisk kvalitetsdatabase som et led i landsoverenskomstens aftaler om forløbsydelsen. DAMD opsamler dels data om diabetesbehandlingen i almen praksis og dels sentineldata¹⁵ om patientbehandling i form af medicinordination, ydelsesregistrering, laboratorietests og diagnoseregistrering af kontakter til almen praksis.

Til brug ved kvalitets- og forskningsprojekter kan der opsamles supplerende oplysninger ved hjælp af en pop-up skærm, der kan tilpasses det enkelte projekt. Pop-up'en udløses i relation til lægens kontakt med patienten. Pop-up skærmene kræver særskilt programmering. Datagrundlaget i DAMD består af de fire ovennævnte registreringer samt

¹⁴ Forløbsydelsen for diabetespatienter trådte i kraft i 2007 og er en ny type ydelse i almen praksis. Forløbsydelsen har et årshonorar pr. tilmeldt diabetespatient, som kan komme til at dække en forskellig arbejdsindsats i relation til forskellige patienter, da det er patientens individuelle behov der afgør, hvor mange kontroller patienten skal tilbydes i løbet af et år. Tilmelding til forløbsydelsen er frivillig for praksis.

¹⁵ Sentineldata: Data, der anvendes til overvågning af sygdomsmønstre i befolkningen.

en tidsstempling af, hvornår kontakten fandt sted og en registrering af patientens cpr-nummer.

Formålet med DAMD er at udvikle og sikre kvaliteten af behandlingen i almen praksis, som en del af det samlede sundhedsvæsen. Midlet er målrettet tilbage melding af data i en overskuelig form.

De enkelte regioners kvalitetsudviklingsorganisationer sikrer, at de indsamlede data bruges til kvalitetsudvikling. DAK-E er ansvarlig for datasikkerheden og udarbejder retningslinier for offentliggørelse af data på aggregeret niveau.

Kodning med ICPC

Der findes i Danmark to aktuelle sygdomsklassifikationssystemer i sundhedsvæsenet. Den ene er udviklet til brug i almen praksis og hedder: ICPC - International Classification of Primary Health Care. ICPC1 er i øjeblikket ved at blive afløst af ICPC-2-DK, en ny og bedre version.

ICPC er udviklet i almen praksis og beregnet på at klassificere det, vi møder i almen praksis, nemlig patienter der søger læge med et symptom. Patienterne bliver undersøgt, vi stiller en diagnose og ordinerer en behandling. Denne klassifikation, som omfatter 685 diagnoser, er velegnet til almen praksis, fordi den gør det muligt at klassificere alle de vigtige elementer i forløbet af et helbredsproblem fra symptom til diagnose.

Klassifikationen er enkel, overskuelig og logisk inddelt i organkapitler og komponenter. Disse er igen underinddelt i symptomer, processer (attester, vaccinationer m.m.) og diagnoser. Svagheden er, at ICPC klassifikationen ikke på alle punkter er tilstrækkelig specifik og detaljeret.

Den anden klassifikation er WHO's ICD-10 klassifikation, der bruges i sygehusvæsenet.

Disse to klassifikationssystemer er bygget sammen i udvidet ICPC. Den ovennævnte ICPC-struktur og -terminologi er uændret. Ønsker man imidlertid en yderligere diagnostisk præcision, kan man gå et "lag dybere" ned og bruge diagnoserne fra ICD-10. På denne måde kan man specificere ICPC-diagnosen med udvalgte ICD-10-diagnoser.

For at sikre, at anvendelsen af ICPC udbredes til alle regioner, etablerer DAK-E IT en ICPC- baggrundsgruppe med repræsentanter fra de enkelte regioner, DAK-E samt ICPC interesserede praktiserende læger og datakonsulenter.

Aktuelt arbejder DAK-E på at videreudvikle og vedligeholde ICPC-klassifikationen, således at ICPC-2-DK bliver velintegreret i lægesystemerne. Desuden er det et mål at stille relevant viden til rådighed for alle praktiserende læger om kodningen for hermed at fremme interessen for at ICPC-kode. Det er målet at 80% af alle praksis skal kode ved udgang af 2008. En arbejdsgruppe i DAK-E regi udvikler i øjeblikket et e-learningprogram, der har til formål at øge udbredelsen af ICPC-kodningen og at understøtte validiteten af data ved at sikre, at registreringen foregår på en ensartet måde.

DAK-E sørger desuden for at samarbejde med systemhusene om, at implementere ICPC-2-DK efter kravspecifikation, og at klassifikationen fremover skal være opdateret til nyeste version. Desuden drøfter vi den langsigtede sikring af ICPC-klassifikationen med Sundhedsstyrelsen.

Indikatorudvikling

Der er udviklet adskillige indikatorsæt både på det sygdoms og symptomspecifikke men også på det generiske område. Specielt er der udviklet indikatorer indenfor storkarsygdomme og KOL.

Indikatorsættende skal være evidens baserede men samtidig opleves af praktiserende læger som klinisk relevante og praktisk anvendelige i det daglige og som data der ved tilbagemelding giver et bedre overblik..

Indikatorerne udarbejdes i tæt samarbejde med de videnskabelige selskaber de enkelte indikatorsæt omhandler.

Der udarbejdes pop up skærme til hvert indikatorsæt og de afprøves elektronisk i pilottest blandt praktiserende læger.

Data indsamles via datafangstmodulet og tilbageleveres i struktureret form til de enkelte læger.

DanPEP

DanPEP står for Danske Patienter Evaluerer almen Praksis. Det er en metode, hvor patienterne i en spørgeskemaundersøgelse evaluerer deres læge og lægepraksis. Undersøgelsen og afrapportering af resultatet varetages af DAK-E/DANPEP.

Resultatet af undersøgelsen bruges til, i et regionalt udviklings samarbejde, at sætte fokus på den patientoplevede kvalitet og skabe forandringer i egen praksis.

Lægen får en personlig rapport med resultatet af evalueringen. I rapporten er der også aggregerede data for de øvrige deltagende læger i regionen, så man har mulighed for at sammenligne og perspektivere sit resultat. Rapporterne udleveres på et afleveringsmøde, hvor man får vejledning i, hvordan rapporten skal læses, lejlighed til at stille spørgsmål, og hvor der tages hul på udviklingsarbejdet.

Patientperspektivet indgår i evalueringen af forløbsydelsen og DanPEP-spørgeskemaet benyttes her sammen med det amerikanske udviklede spørgeskema PACIC, som omhandler diabetespatienters inddragelse i egen behandling.

Det er målet årligt at tilbyde patientevaluering af 500 læger, medvirke i planlægning af opfølgende aktiviteter og deltage heri med henblik på erfaringsopsamling. Den skriftlige afrapportering til lægerne udvikles med grafiske præsentationer og patientkommentarer. Med henblik på et evt. større antal evalueringer udvikles et koncept for informations- og afrapporteringsmøderne. På baggrund af analyse af patientkommentarer udvikles i samarbejde med baggrundgruppen nye temaer og spørgsmål, der kan indgå i patientspørgeskemaet.

Audit Projekt Odense - APO

Audit Projekt Odense (APO) har siden 1989 udviklet en kvalitetsudviklingsmetode baseret på selvregistrering og kvalitetscirkelen. Metoden har været anvendt i alle de danske amter og nuværende regioner og er accepteret af de fleste danske praktiserende læger. Hovedformålet med APO-projekter er som regel faglig kvalitetsudvikling af hyppigt forekommende sygdomme i almen praksis, som for eksempel luftvejsinfektioner, astma/allergi, bevægeapparatsygdomme, hjertesygdomme og hypertension.

APO har også bevæget sig ind på praksisudvikling, idet de gennem de sidste år har foretaget flere projekter, der kortlægger praksispersonalets kliniske arbejde.

Der er siden 1996 etableret et netværk af APO-konsulenter med repræsentation fra alle amter. Det er nu i dag reorganiseret med relevant repræsentation fra regionerne (42-45).

APO samarbejder med DAK-E om elektroniske audits.

Utilsigtede hændelser - UTH

Der foreligger rapporter og udvalgsarbejder om utilsigtede hændelser i almen praksis fra DAK-E (46) og en anden der er skrevet i samarbejde mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) (47). Desuden er der gennemført flere projekter og pilotundersøgelser. En dansk holdningsundersøgelse (48) viste, at danske praktiserende læger er overvejende positive over for rapportering og registrering af utilsigtede hændelser. Der foreligger en mindre dansk pilotundersøgelse på området fra 2004 (49) og en anden noget større undersøgelse i Region Hovedstaden (50) og desuden har praksiskonsulentordningerne i Københavns Kommune og det tidligere Fyns amt arbejdet med utilsigtede hændelser i sektorskiftet (51). I 2008 har Region Nordjylland oprettet en hjemmeside, hvor almen praksis kan indberette utilsigtede hændelser.

Organiseringen af registrering og håndtering af utilsigtede hændelser er således vel forberedt og kan formentlig relativt hurtigt organiseres og samordnes med viften af kvalitets- og efteruddannelsestiltag. Det er vigtigt at der bliver tale om indberetning af betydende hændelser. Det er også nødvendigt at sikre den rapporterende persons anonymitet og at rapporteringerne ikke medfører sanktioner. Rapporteringen forventes som udgangspunkt at skulle foregå elektronisk og formålet er kvalitetsforbedring og læring.

Pilotprojekter på det organisatoriske område

Gennem de senere år har der været et betydeligt fokus på organisatorisk udvikling og ændring i almen praksis. Der er formentlig flere årsager hertil. Strukturreformen medfører ændringer i opgavefordelingen mellem sektorerne og dermed øget fokus på de opgaver, der skal varetages i almen praksis. Arbejdsomængden stiger dels på grund af øget lægesøgning og dels på grund af en ændret befolkningssammensætning med flere ældre og kronisk syge. Desuden er der nu mangel på praktiserende læger, og denne mangel vil gøre det nødvendigt at ændre organisationen i den enkelte praksis. Såvel politisk som fagligt argumenteres der for forskellige organisatoriske løsninger. Større enheder med ansættelse af mere sundhedsfagligt personale i almen praksis er en mulig løsning.

Dette har medført, at der er taget flere initiativer, der i større eller mindre grad sigter på stimulering af den organisatoriske udvikling i almen praksis. Nogle af disse initiativer er startet af forskningsmiljøer og andre af kvalitetsudviklingsmiljøer i de enkelte amter/regioner. De fleste projekter er finansieret af lokale amtslige/regionale kvalitetsudviklingsmidler og er fortsat i pilotafprøvningsfase, og der er udgivet rapporter og artikler om emnet (52-54).

Ved et temamøde juni 2007 i DAK-E regi om "Organisationsudvikling i almen praksis", med deltagelse af såvel interesseorganisationer, myndigheder som projektaktive blev de forskellige projekter på området fremlagt. Mødet havde primært karakter af gensidig udveksling af information, men et af formålene med mødet var, at drøfte en foreløbig

planlægning af organiseringen på området mellem centrale og regionale aktører. Der opnåedes en konsensus om, at de tiltag, der var startet regionalt, skulle være tilgængelige for alle regioner. DAK-Es rolle skulle være koordinerende og innoverende.

Gensidige praksisbesøg - GPB

Siden 1997 har der været arrangeret gensidige praksisbesøg i flere amter og regioner.

Ved et samlet introduktionsmøde "parres" deltagerne to og to på basis af på forhånd fastlagte kriterier, herunder en grundig diskussion af forventninger og fokusområder.

Hver deltager følger "partneren" på en almindelig arbejdsdag i henholdsvis egen og "partners" klinik. Der afsættes tid til diskussion og refleksion, så der er mulighed for forandringer. Alle aspekter af praksisarbejdet kan diskuteres, både faglige, organisatoriske, patientrettede og økonomiske forhold.

Til sidst i forløbet afholdes et afslutningsmøde, hvor alle "par" deltager. Her diskuteres de samlede erfaringer med fokus på, hvilke forandringer de gensidige praksisbesøg gav anledning til i egen praksis.

Der er foretaget ekstern kvalitativ evaluering i det tidligere Fyns Amt.

I efteråret 2008 vil 50 praksis i Region Syddanmark deltage i en kombination af en patientevaluering (DanPEP) med efterfølgende gensidige praksisbesøg.

Praksis Matrix

Praksis Matrix (PM) er et redskab, der skaber udvikling internt i praksis ved at fremme kommunikationen i hele praksis. De enkelte praktiserende læger og praksispersonalemedlemmer opnår indsigt i, hvordan deres kollegers arbejde fungerer og hvilke holdninger de andre i praksis har til arbejdet og den fremtidige udvikling¹⁶.

Praksis Matrix redskabet er en selvbedømmelse af praksis.

Mødet starter med, at hver enkelt deltager "scorer" 'praksis' funktion på en række organisatoriske dimensioner og markerer sin egen score på et skema. Under facilitators ledelse drøfter man sig så vidt muligt frem til enighed om en "konsensuscore".

Derefter drøfter man, hvilke områder af praksis' drift, man ønsker at prioritere i det kommende år. Sætter sig konkrete ændringsmål og udpeger en særligt ansvarlig for at følge op på disse mål. Mødet tager ca. 2 timer.

Ved at gentage denne scoring, f.eks. efter et års forløb, kan man få et indtryk af den udvikling, der er foregået, og man kan foretage sammenligninger mellem egen praksis' scoringsresultater og andre praksis' resultater lokalt eller på landsplan. Der er gennemført to Praksis Matrixbesøg i 56 praksis i 2005-2007. Der er desuden gennemført en ekstern kvalitativ evaluering ved DSI¹⁷.

¹⁶ Praksis Matrix er en dansk tilpasning til det engelske Maturity Matrix, udviklet i 1997. Yderligere information se projektets midtvejsrapport fra juni 2007 på www.praksismatrix.dk. En endelig rapport og evaluering udkommer august 2008.

¹⁷ Den første besøgsrunde evalueredes af etnolog Viola Hammer under ansættelse i Københavns Amt. Efter anden besøgsrunde er gennemført er en kvalitativ slutevaluering gennemført af projektleder Martin Sandberg Buch, DSI.

Center for PraksisUdvikling - CPU

Center for PraksisUdvikling (CPU) bidrager til at kvalitetsudvikle almen praksis på det faglige, organisatoriske og kommunikative niveau. Der anvendes eksterne konsulenter som katalysatorer i udviklingsprocessen og indsatsen skræddersys til den enkelte praksis.

CPU har i efteråret 2006 gennemført et pilotprojekt i Fyns Amt med fire deltagende praksis over 4 måneder.

Hver enkelt praksis fik besøg af to konsulenter og en koordinator ved i alt fem besøg over en fire måneders periode (to afklarende besøg, et hotline-besøg og to workshops, hvor alle i praksis deltog).

Ved **besøg 1** observeredes praksis ud fra følgende organisatoriske fokusområder:

Intern ledelse/Intern struktur/Definition af værdigrundlag/Service.

Efter observationerne samledes alle i praksis til et dialogmøde, hvor formålet var at afstemme forventninger.

Ved **workshop 1** formulerede alle fire praksis konkrete mål med deres deltagelse.

Ved **besøg 2** observeredes, hvor langt praksis var kommet med deres mål. **Workshop 2** tog afsæt i, hvad praksis ønskede at arbejde videre med.

Konsulenternes succeskriterier har været at skabe værdi ved at udvikle ny viden, ny forståelse eller nye handlemuligheder.

Projektet er eksternt evalueret kvalitativt og kvantitativt (55).

Projekter med CPU overvejes i Region Nordjylland og Region Sjælland (56).

Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen – KISS-projektet

Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen, KISS-projektet (57;58) blev første gang gennemført i årene 2001 – 2004 som et samarbejdsprojekt mellem en række sygehuse og ni almen praksis i Sønderjylland og Aabenraa Kommune om akkreditering og udvikling af patientforløb på tværs af sektorer (57).

Formålet var at afprøve om akkreditering var et brugbart instrument også i almen praksis. Projektet samarbejdede med det engelske kvalitetsinstitut Health Quality Service (HQS). Et sæt af standarder for almen praksis (HQS: Primary Health Care teams) blev oversat til dansk, bearbejdet og tilpasset til dansk lovgivning og kliniske vejledninger/retningslinjer og overenskomster.

Kun to ud af ni praksis (en solopraksis og en kompagniskabspraksis) gennemførte hele processen. De vigtigste grunde til at opgive akkrediteringen blev angivet som stort tidsforbrug og manglende oplevet relevans (58). I den deltagende solopraksis vurderedes arbejdsmængden at være to timer dagligt over en længere periode til udarbejdelse af procedurer, møder og intern og ekstern vurdering. En del af dette arbejde skønnedes dog af de deltagende læger at have medført resultater, der kan mindske ressourceforbruget ved evt. senere akkreditering af almene lægepraksis efter samme system.

Der opnåedes en dokumenteret implementering af kliniske vejledninger gennem audits og sikkerhed for at medicinen i klinikken og lægetasken ikke er udløbet. Desuden blev den personlige læreplan (PLP) for lægerne og personalets efteruddannelse skemalagt og gennemført.

Årsagen til de relativt begrænsede resultater, trods en stor ressourceindsats, er formentlig, at det anvendte system oprindeligt er udviklet til akkreditering af det sekundære sundhedsvæsen, og ikke var tilpasset forholdene i almen praksis. Den samtidige akkreditering af såvel dele af den primære og den sekundære sektor i et amt skulle have gjort det muligt at fremme gode patientforløb. Denne målsætning blev ikke indfriet, idet akkrediteringsinstituttet ikke havde gode redskaber til at monitorere og fremme patientforløb.

Der foregår i øjeblikket planlægning af en reakkreditering af de to praksis, der gennemførte processen. Samtidig hermed vil der i samarbejde mellem IKAS, de to praksis og Region Syddanmark blive udarbejdet en evalueringsrapport, der beskriver de to praksis' erfaringer med systemet.

Notatet vil kunne indgå i erfaringsmaterialet i forhold til opbygningen af en dansk kvalitetsmodel for almen praksis. Dette foregår i samarbejde med Institut for Kvalitet i Sundhedsvæsenet (IKAS).

Organisationsudvikling i almen praksis i Region Nordjylland

Organisationsudvikling i almen praksis i Region Nordjylland. Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget, KEU i regionen planlægger et projekt, hvor målet er at initiere og gennemføre relevante trimnings- og udviklingsprocesser i egen organisation. Formålet er at fremme almen praksis enheder som effektive, ansvarlige og dynamiske enheder i et helhedstænkende og koordineret sundhedsvæsen. Systematisk kompetenceudvikling på ledelses- og organisationsområdet i almen praksis vil være en væsentlig forudsætning for at fastholde og udbygge almen praksis' rolle i et sammenhængende og kvalificeret sundhedsvæsen.

Projektgruppen har, med inspiration i Praksis Matrix, udviklet et nyt screeningsredskab, som de planlægger at anvende som forudsætning for udviklingsplanlægningen i den enkelte klinik.

Selve scanningsværktøjet vil udforske 12 områder af praksisorganisationen – 10 faste og to der kan være selvdefinerede.

Interventionen er inddelt i en række faser (interessefase, aftalefase, opstartsfasen, udviklingsfase og evalueringsfase), som er detaljeret beskrevet i projektbeskrivelsen. Det planlægges, at der skal indgå såvel lægelige konsulenter som organisationsudviklere som facilitatorer.

Praksismanagers

I England er det almindeligt, at praksis har en praksismanager ansat, og der er etableret uddannelser for praksismanagers. En praksismanager kan være en sygeplejerske eller en anden med godt kendskab til praksis' funktion, som påtager sig en række administrative opgaver i praksis på parthavernes vegne og under deres ledelse. Opgaverne er typisk inden for områderne: økonomi, administration, koordination, andet.

Praksis Managers kan påtage sig økonomi- og regnskabsstyring. De administrative opgaver kan være samarbejde med praksispersonalet om vejledninger, patientvejledninger etc. samt forberedelse af formidling i forbindelse med kursusaktivitet. Desuden indkaldelse, forberedelse og referater af forskellige mødetyper samt registrering og videreformidling af de utilsigtede hændelser, UTH, som praksis registrerer.

Desuden kan praksismanageren påtage sig en række opgaver i forbindelse med personaleadministration, f.eks. vedligeholde personalekontrakter, opgaver i forbindelse med nyansættelser, udarbejdelse af oplæg og materiale til afholdelse af medarbejderudviklingssamtaler, lønudbetaling og opsætning af den lovpligtige arbejdspladsvurdering.

I forhold til uddannelseslæger kan praksismanageren søge amanuensisfonden om lønrefusion til uddannelsesamanuensis og indhente denne, holde overblik over fravær, kurser m.v. og holde kontakt til regionen mv.

Desuden kan praksismanageren påtage sig en række koordinerende opgaver i forbindelse med praksis' deltagelse i projekter, udarbejde oplæg på baggrund af idéer fra ledelse og/eller medarbejdere, undersøge sager af juridisk karakter samt forhandle og koordinere samarbejde med eksterne firmaer og aktører.

Nogle praksis bl.a. i Københavnsområdet (59) og Sønderjylland har gjort positive erfaringer med ansættelse af praksismanager, og flere er på vej.

I England er praksis noget større end i Danmark, og der vil derfor ofte være rigeligt at lave for en praksismanager. I Danmark har det hidtil ofte været en udefra kommende konsulent på deltid.

Vurdering af pilotprojekter på det organisatoriske område

De forskellige projekter på området for organisationsudvikling har forskellige udgangspunkter og hviler på forskellige tankesæt og antagelser om organisation og udvikling i almen praksis. Der er projekter, der lægger vægt på indrestyrede læringsprocesser, der primært inddrager læger (gensidige praksisbesøg) og hele praksis' personale (Praksis Matrix). På den anden side er der også eksempler på ydrestyrede projekter, et der handler om kvalitetskontrol og sikring af standarder (KISS-projektet) og et der handler om ledelse i praksis og som primært er konsulentstyret (CPU).

GPB og Praksis Matrix projekterne bygger på en teamånd, hvor læring er i højsædet og hvor der ikke direkte lægges op til en styrkelse af den formelle ledelse.

CPU, organisationsudviklingsprojektet i Region Nordjylland samt forsøgene med at ansætte praksis managers dels forudsætter og dels tilstræber en mere tydelig ledelsesstruktur.

Der er en lang række fordele ved at tilstræbe en mere synlig og klar ledelse i den enkelte almene praksis. Det er formentlig nødvendigt at styrke ledelsesfunktionen, hvis den enkelte praksis og dermed hele sektoren skal kunne omstille sig effektivt til de strukturændringer, der er i vente.

På den anden side er der en tradition for en meget flad ledelsesstruktur i mange praksis, og hvis en kvalitetsmodel for almen praksis skal kunne appellere til alle, kan det ikke nytte at forudsætte en stærk ledelsesfunktion.

Der vil derfor være behov for efteruddannelseskurser i ledelse og kvalitetsmanagement for praktiserende læger.

Konsulenter i almen praksis

I dette afsnit beskrives kort konsulenttyper i de tidligere amter og den igangværende udvikling på dette område i regionerne. De forskellige konsulenttyper er vigtige

ressourcepersoner i opbygningen af en samlet model for kvalitet i almen praksis, og derfor vil vi her bidrage med en oversigt, selv om vi er klar over, at området er under betydelig forandring. Også rent omfangsmæssigt er området betydeligt, idet 15–20% af alle praktiserende læger har deltidsansættelse som konsulenter.

Lægelige konsulenter

Praksiskonsulenter - PKO

Praksiskonsulentordningen (PKO) har siden sidst i 1980'erne været landsdækkende med konsulenter på hvert sygehus og gennem de sidste år også med konsulenter i de nye storkommuner.

Praksiskonsulenter på sygehusene

Konsulenterne er praktiserende læger, ansat fra 4–10 timer om måneden på de enkelte afdelinger eller som koordinatorene tilknyttet de enkelte sygehuse.

Praksiskonsulentordningen finansieres af regionerne.

Praksiskonsulenterne medvirker til samarbejdet mellem almen praksis og sygehusene og fungerer gennem fremme af kommunikation (henvisninger, epikriser, rådgivning mm.)

De deltager bl.a. i en systematisk vurdering af kvaliteten af henvisninger og epikriser med kriterier udviklet i et samarbejde mellem DGMA (Den Gode Medicinske Afdeling) og DAK-E.

Koordinatorerne/konsulenterne deltager også på almen praksis vegne i de samarbejdsfora, der er etableret i tilknytning til de enkelte sygehuse mellem kommunerne, almen praksis og sygehusene.

Et andet stort arbejdsområde er udvikling af forløbsbeskrivelser i de enkelte regioner.

Forløbsbeskrivelserne er lavet på basis af de kliniske vejledninger og beskriver behandlingen og opgavefordelingen mellem almen praksis, sygehuse og nu også kommunerne specielt i forbindelse med kroniske lidelser.

Gennem de sidste år har praksiskonsulentordningen taget sig mere og mere af efteruddannelsen af praktiserende læger omkring "fælles" patienter og deres behandling.

Kommunale konsulenter

De nye kommunale konsulenter er ansat af kommunerne til at udvikle og smidiggøre samarbejdet mellem almen praksis, kommune og sygehus, bl.a. i relation til patientforløb, til rehabiliterings- og genoptræningsplaner samt til de fælles forebyggelsesopgaver, de enkelte kommuner er ved at opbygge. Et andet væsentligt område er opbygningen og indholdet i de fælles elektroniske kommunikationssystemer.

Kvalitetsudviklingskonsulenter - KU

Hovedopgaven for kvalitetsudviklingskonsulenterne er at inspirere til, facilitere og koordinere kvalitetsudviklingsaktiviteterne i regionen.

KU-konsulenterne indgår i teamfunktion med de øvrige konsulenter (PKO, EU-vejledere, datakonsulenter, lægelige facilitatorer, læger med andre konsulentfunktioner i forhold til

almen praksis, regionale embedsfolk, sekretærer o. lign.) og i driften af f.eks. regionale praksisenheder. I flere regioner deltager de desuden i sekretariatsmøder i de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg, KEU og er med til at bedømme og følge op på kvalitetsudviklingsprojekter.

Generelt udgør KEU dog det strategiske niveau i regionerne, og konsulenterne står for den praktiske udførelse af arbejdet, men KU-konsulenterne deltager ofte direkte i planlægning og opfølgning af arbejdet. KU-konsulenterne fungerer derudover som en del af regionens kontakt til andre aktører og udbydere, f.eks. DAK-E og APO.

KU-konsulenterne er aflønnet af de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg nedsat af overenskomstens parter.

Efteruddannelsesvejledere

Efteruddannelsesvejledere er ansat i Lægeforeningens Uddannelsessekretariat og aflønnet af Efteruddannelsesfonden. De koordinerer den smågruppebaserede efteruddannelse.

Med den seneste overenskomst og regionaliseringen er efteruddannelsesvejledernes rolle i en forandringsfase, således at der i fremtiden vil ske en større integration mellem efteruddannelsen og den regionale kvalitets- og efteruddannelsesstruktur, en bestræbelse der afspejles i, at de gamle kvalitetsudviklingsudvalg i amterne nu er blevet til kvalitets- og efteruddannelsesudvalg i regionerne.

Facilitatorer

Flere amter har gennem årene arbejdet med facilitatorordninger, således at der rundt omkring i landet er en betydelig erfaring med facilitatorbegrebet (60).

Facilitatorerne tager ud i hver enkelt praksis og søger at fremme udviklingen i praksis både fagligt og organisatorisk på praksis' egne betingelser. Facilitatorer skal bl.a. have organisationsforståelse og forståelse af gruppeprocesser.

Praksisudviklingskonsulenter - PUK

Ordringen startede i 2003 i Ringkøbing og Viborg amter, men arbejdet med konceptet er nu ført videre i Region Midtjylland. Arbejdet er en videreudvikling af facilitatorrollen med fokus på organisationsudvikling. Udfordringerne i Region Midtjylland er den store arbejdsmængde for den enkelte praktiserende læge samt problemer med rekruttering. Der er i øjeblikket ansat syv PUKer i Region Midtjylland, betalt af regionen.

PUKernes hovedopgave er tilrettelæggelse af møder/undervisningsmateriale, personalevejledninger, audits og andre projekter med sigte på organisationsudvikling samt opfølgning på DanPEP.

Desuden besøger PUKerne de enkelte lægehuse enten som underviser i emner af relevans for organisationsudvikling eller som "flue på væggen" – med efterfølgende rådgivning med hensyn til organisationsforbedring.

Der er desuden planer om et projekt i Ledelse og Udvikling i Praksis (LUP) i tilknytning til PUK-organiseringen. Projektet fokuserer på udviklingen af lægen som leder og planlægges i samarbejde med Region Syddanmark og en konsulent i organisations- og virksomhedsudvikling. Også i dette projekt har PUKerne en central rolle.

Videreuddannelseskonsulenter

Videreuddannelseskonsulenter er ansat af de enkelte regioner til at varetage videreuddannelsen af praksisreservelæger og af de uddannelseslæger, der er ansat i de almenmedicinske blokke samt af de tutorlæger, der har praksisreservelæger og bloklæger ansat. Initiativerne i de enkelte regioner sker i et tæt samarbejde med de tre teoretiske videreuddannelseskurser i Århus, Odense og København.

Ikke-lægelige konsulenter i almen praksis

Laboratoriekonsulenter

Laboratoriekonsulenter er sædvanligvis bioanalytikere, der mindst en gang årligt besøger hver enkelt almen praksis. Ordningen startede på Fyn for mere end 20 år siden og har haft meget stor betydning for kvaliteten af almen praksis' laboratorieydelser.

Laboratoriekonsulentbesøget indeholder følgende elementer:

- Gensidig information mellem almen praksis og laboratorierne.
- Kvalitetssikring af laboratoriemedicinsk udstyr og reagenser i den enkelte praksis.
- Ekstern kvalitetssikring baseret på parallelkontrolprøver og/eller udsendt kontrolmateriale.
- Resultaterne af den eksterne kvalitetssikring skal kunne sammenstilles sådan at central(national) bearbejdning er mulig.

Laboratoriekonsulentordningen betales af regionerne med en vis egenbetaling i nogle regioner.

Apparatur anvendt i almen praksis bør være SKUP afprøvet (Skandinavisk Utprøvning af laboratorieudstyr til Primærsektoren – et samarbejde mellem almen praksis i Danmark, Norge og Sverige). Gennem afprøvningen sikres, at det apparatur og de tests, der anvendes i almen praksis, lever op til bestemte krav, hvad kvalitet angår. Der findes ingen europæisk organisation, der tager sig af disse ting.

I dag er det det enkelte firma der afgør, om afprøvningen skal ske og desuden betaler firmaet selv for afprøvningen.

SKUP-afprøvningen kunne være en forudsætning for honorering af laboratorieydelser.

Datakonsulenter

IT-medarbejdere ansat af regionerne til at hjælpe almen praksis og speciallægepraksis med at udvikle og implementere (installere og undervise) i nye IT-tiltag som f.eks. den digitale signatur, WEBREG¹⁸, datafangst og ICPC-kodning.

I alle fem regioner er teams bestående af datakonsulent/er og superbrugere (i de store praksissystemer) under opbygning. Deres opgaver bliver først liniesupport omkring installation og brug af datafangstmodulet.

¹⁸ WEBREG: Registrering af rekvisition af laboratorieundersøgelser på nettet.

Lægemiddelkonsulenter

Ordningerne er opbygget forskelligt i de enkelte regioner, men konsulenterne er enten farmaceuter eller praktiserende læger. Hovedopgaven er monitorering af medicinforbruget og efteruddannelse i rationel farmakoterapi. Ud fra Ordiprax (database over lægemiddelforbruget) sendes materialet om medicinforbrug til hver enkelt praksis, evt. efterfulgt af et besøg i praksis. Konsulenterne er aflønnet af regionerne.

Uddannelsesforløb for konsulenter i almen praksis

I regionerne er der i løbet af 2007 etableret nye "hold" af forskellige typer konsulenter i relation til almen praksis.

I Region Midtjylland og Region Syddanmark er valgt en organisering, hvor der arbejdes sammen på tværs af konsulenter og regionsmedarbejdere i de lokale praksisenheder og på tværs af praksisenheder og region inden for hver konsulentgruppe.

For at kvalificere og give fælles forståelsesrammer på konsulentområdet har de to regioner planlagt fælles uddannelsesdage for konsulenterne. Dette er sket i et samarbejde mellem konsulenter, regionsmedarbejdere, DAK-E og med assistance fra eksterne konsulentfirmaer.

Formålet med uddannelsesdagene er at give en fælles platform for arbejdet som konsulent i relation til almen praksis og dennes samarbejdsflader. Det gælder både i forhold til selve konsulentrollen og i forhold til værktøjer inden for gennemførelse af projekter og facilitering af udviklingsprocesser.

Uddannelsesdagene kan betragtes som en fælles basisuddannelse for alle konsulenttyper i relation til almen praksis. Forløbet er planlagt, så deltagerne får viden og værktøjer, der direkte kan anvendes i det daglige arbejde som konsulent.

De konsulenter der deltager er: Kvalitetsudviklingskonsulenter, praksisudviklingskonsulenter, praksiskoordinatorer, efteruddannelsesvejledere, lægemiddelkonsulenter, datakonsulenter m.fl.

Uddannelsesdagene er for både nye og erfarne konsulenter. Regionerne Nordjylland, Sjælland og Hovedstaden deltager som observatører.

Vurdering af konsulentområdet i almen praksis

De decentrale kvalitetsudviklingsmidler har medført, at der har udviklet sig en lang række konsulenttyper i almen praksis. Det har været en fordel, at der har været konsulenter på overgangsområderne, praksiskonsulenter til sygehuse og at der nu kommer kommunale praksiskonsulenter til i kommunerne, hvor der nogle steder findes et udbygget og godt informationssystem.

De ikke-lægelige konsulenter er meget vel accepterede og kan på nogle områder danne udgangspunkt for en akkreditering (laboratorie- og medicinkonsulenterne).

Facilitatorordningerne har sikret, at der eksisterer konsulenter med særlig erfaring i at facilitere og implementere ny viden i den enkelte praksis, som kan bruges i en dansk model for kvalitetsudvikling.

Svaghederne ved systemet er, at der er mange forskellige konsulenttyper – i nogle af de tidligere amter og nuværende regioner uden egentlige jobbeskrivelser, opfølgning og hidtil

også uden systematisk efteruddannelse. Der udviklede sig forskellige strukturer og løn- og ansættelsesforhold i amterne, og disse forskelle er i vid udstrækning ført videre ind i regionerne.

I Region Nordjylland arbejder man med at tildele alle konsulenter et antal praksis, som de har særlig forpligtelse til at være konsulenter for, uanset hvilken konsulentfunktioner den enkelte konsulent varetager. Det har den fordel, at konsulenten kan fungere som ambassadør for kvalitetsarbejdet i den enkelte praksis og således lette implementeringen af arbejdet.

Europæiske modeller og erfaringer

I denne rapport har vi valgt at lægge hovedvægten på at beskrive europæiske erfaringer og modeller for systematisk kvalitetsudvikling/ akkreditering.

Vi mener, at der er mange gode erfaringer, som vi i Danmark kan drage nytte af og søge inspiration i. Desuden har vi i WONCA¹⁹ (almen medicin i Europa) og EQuIP²⁰ (kvalitetsudvikling i almen medicin i Europa) et stærkt netværk af gode samarbejdspartnere, som vi kan trække på i udviklingen af modellen.

I den kvalitetsudvikling der igennem de senere år er foregået i almen praksis i Danmark, er der udviklet mange af de elementer, der også bruges i andre lande til vurdering af klinisk kvalitet. Det gælder udarbejdelse af Kliniske vejledninger, af kliniske indikatorer, udvikling af ICPC-klassifikationen, eksterne audits og elektronisk tilbagemelding af data samt patientevalueringer. På nogle områder er vi i Danmark længere fremme end i andre lande, det gælder specielt på IT-området (2), med hensyn til patientforløb men med erfaringerne på konsulentområdet.

I det følgende beskriver vi derfor dels den europæiske model til udvikling af organisatoriske forhold i almen praksis, European Practice Assessment, EPA, og dels erfaringer fra Holland og England med akkreditering og kvalitetsudvikling af almen praksis.

European Practice Assessment - EPA

EPA-projektet startede som en EQuIP-aktivitet i perioden fra 2001 til 2004. Seks lande deltog i udviklingen (61-63). Formålet var at udvikle:

Indikatorer for praksisorganisation (management)

EPA er udelukkende et indicatorsæt og er blevet anvendt på forskellige måder forskellige steder i Europa (61;64;65).

¹⁹ WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) er de faglige selskaber for almen medicins fælles organisation. I Danmark er Dansk Selskab for Almen Medicin, DSAM medlem af organisationen.

²⁰ WONCA Europe har tre emneorienterede organisationer. En for kvalitetsudvikling, EQuIP, en for uddannelse, EURACT og en for forskning, EGPRW. På EQuIPs hjemmeside www.equip.ch kan man læse om EQuIPs formål og idegrundlag samt læse om aktiviteter i de enkelte medlemslande. EQuIP blev dannet på initiativ af Richard Grol fra Holland i 1991. Dansk Selskab for Almen Medicin, DSAM udpeger EQuIPs danske medlemmer.

EPA defineres på følgende måde: Systemer, strukturer og processer der har til formål at sikre patienterne ydelser af god kvalitet.

EPA omfatter således ikke indikatorer for kliniske processer og resultater (65;66).

EPAs fire niveauer

1. Områder (Domains):

Delområder:

- Infrastruktur
- "Menneskelige ressourcer" (patienter/personale/læger)
- Information
- Økonomi
- Kvalitet og sikkerhed

2. Dimensioner (Dimensions)

3. Indikatorer (Indicators)

4. Punkter (Items)

Områder er det mest overordnede niveau.

Dimensioner er en underopdeling heraf, f.eks. indeholder delområdet: Infrastruktur følgende dimensioner: Tilgængelighed (også for handicappede), faciliteter i praksis, medicinsk og ikke-medicinsk udstyr, IT-sikkerhed og medikamenter.

Indikatorer er konkrete talværdier med en tæller og en nævner.

Punkter vedrører den praktiske dataindsamling ved måling, iagttagelse af faktiske forhold eller udformning af spørgeskemaer, interviewguides og lignende.

EPA består således af ca.171 indikatorer (som også omfatter DanPEP indikatorer) på de ovenstående fem delområder, som er omsat til følgende:

- Et spørgeskema til den ledende praktiserende læge eller praksismanageren. (I Danmark bliver dette formentlig i de fleste tilfælde den PL som har ansvaret for kvalitetsudviklingen i praksis).
- Spørgeskemaer til alle praktiserende læger i lægehuset.
- Spørgeskemaer til alle ansatte praksispersonalemedlemmer i lægehuset.
- DanPEP-spørgeskemaet, som mindst 30 patienter pr. praktiserende læge skal udfylde.
- Checklister til facilitatorer og observatører (Facilitatoren hjælper praksis med at indsamle data, vurdere disse og sætte mål). Observatørerne kommer udefra en gang årligt og vurderer, hvorvidt der er sket fremskridt).
- Guide til en ekstern rådgiver, der interviewer kontaktlægen (eller den ledende praktiserende læge/praksismanageren).

Her anvendes den senest reviderede version af EPA-indikatorerne fra 2006, som kan ses i en engelsksproget og en dansk version på www.dak-e.dk.

Erfaringer med EPA

EPA blev i 2003 og 2004 pilottestet i 270 udvalgte praksis i ni lande. Det overordnede indtryk af pilotundersøgelsen var, at vurderingen var gennemførlig og blev godt modtaget i de deltagende praksis. Det var dog vanskeligt at gennemføre EPA i travle praksis, og udviklingsgruppen foreslår ressourcekompensation som en mulig løsning.

Erfaringerne fra pilotundersøgelsen var, at det var nemmere at få praksis til at deltage i akkrediteringsprocessen, hvis formålet var formativ feedback snarere end ekstern kontrol.

Siden er EPA taget i regulær brug i Tyskland, Schweiz, Belgien, Holland og senest Rumænien.

AQUA-instituttet²¹ i Tyskland har udviklet et web-baseret benchmark-system, Visitoool til at støtte praksis og facilitatorer, som anvendes i en del af de pågældende lande, men ikke i Holland.

Vurdering af EPA i forhold til dansk anvendelse

EPA kan anvendes i almen praksis; dette er vist gennem erfaringer i en række lande. Det forudsætter en forudgående tilpasningsproces, ligesom det vil være fordelagtigt at digitalisere hele målingen og basere så store dele af denne på datafangst som muligt.

På nogle EPA-områder vil det være nødvendigt at udvikle nye og mere avancerede indikatorer. Det kan f.eks. være på områderne patientforløb og samarbejde med andre instanser, IT og laboratorieydelse. I Danmark har vi særligt gode organisatoriske rammer for at udvikle indikatorer på forløbsområdet og vedrørende opgavefordeling mellem sygehuse og almen praksis, idet regionerne udbyder ydelser i begge sektorer. Også på de tekniske områder har vi et særligt godt udgangspunkt for at anvende og videreudvikle EPA. Dels er vi langt med hensyn til IT-udvikling (2) i almen praksis, datafangstudviklingen og vor anvendelse af CPR vil også være en fordel i digitalisering af dataindsamling og feedback.

EPA-systemet mangler indikatorer for visse af de mere overordnede aspekter af praksis' ledelse. De erfaringer, vi har i almen praksis, dels med organisatorisk praksisudvikling, bl.a. gennem arbejdet med praksisudviklingskonsulenter, Center for Praksisudvikling (55;56) og Praksis Matrix projektet (67), giver os mulighed for at udvikle og integrere overordnede begreber og indikatorer vedrørende selve ledelsesfunktionen, f.eks. med inspiration i modeller som Balanced Scorecard²², EFQM-excellencemodellen²³ og Lean²⁴.

²¹ AQUA-instituttet: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Weender Landstr. 11, 37073 Goettingen

²² Balanced Scorecard: Et styrings- og ledelsesværktøj, der bygger bro mellem strategi, vision og daglig drift samt mellem indsats og resultater.

²³ EFQM-excellencemodellen: EFQM (The European Foundation for Quality Management) modellen består af 9 områder, der via indsats fører til resultater. Resultaterne skal få virksomheder til at lære og forbedre med henblik på fremtiden. Modellen er en selvevalueringsmodel.

I praksis forestiller vi os, at en projektgruppe i samarbejde med den internationale EPA-gruppe gennemarbejder EPA-indikatorerne til dansk brug, idet ovenstående betragtninger implementeres. Se i øvrigt afsnittet "Faser i pilotprojekt" på side 41 i denne rapport.

Det hollandske akkrediteringssystem for almen praksis

Det hollandske almenmedicinske selskab (NHG) har påtaget sig at udvikle en fagligt forsvarlig akkrediteringsmodel for almen praksis og tilbyde den til praksis. De har opbygget en akkrediteringsorganisation (Nederlands-Praktijkaccreditering - NPA), der står for at udarbejde materiale, indsamle data, og uddanne personer, der kan bistå i praksis osv.

Akkrediteringsmodellen foregår i treårige cykli og består af følgende elementer:

Data

I det hollandske system indsamles data på tre hovedområder og en del delområder:

- **Faglige resultater.**
 - Behandling og kontrol af kroniske lidelser.
 - Forebyggelse.
 - Medicinprofil.
- **Praksis drift og organisation – EPA.**
 - Infrastruktur.
 - "Humane ressourcer"
 - Information.
 - Økonomi.
 - Kvalitet og sikkerhed.
- **Patientperspektiv.**
 - Europep (generel patienttilfredshed).
 - "Forbruger"undersøgelser – i forhold til enkelte behandlingsprogrammer, f.eks. diabetes.

Treårige perioder – måling, målsætning og opfølgning

Den hollandske akkreditering foregår i treårige cykli, som omfatter tre elementer:

1. **Dataindsamling** (både omkring faglige resultater og EPA indikatorer).
Dataindsamling foregår med hjælp af assistenter fra NPA, der bistår med indsamling (som ikke er elektronisk som ved datafangst) og sikrer at data afspejler virkeligheden).

²⁴ Lean: Lean handler om at skabe mere værdi med færre ressourcer. Lean betyder trimmet og går ud på at øge produktiviteten og kundernes tilfredshed gennem effektivisering.

2. Praksis sætter sig mål

De indsamlede data bliver samlet i en feedbackrapport, der bliver sendt til praksis.

Efter analyse af data, benchmark og feedback sætter praksis sig mål. Målene skal opfylde nedenstående kriterier og udarbejdes ved en proces, der støttes af en facilitator fra NPA, som har en uddannelse i denne særlige funktion. Det besluttes desuden, hvordan det skal måles, at målene er opfyldt.

- **Målene er baseret på resultaterne** fra feedbackrapporten.
- **Målene skal dække de tre områder** (faglig kvalitet, praksisdrift/-organisation samt patientperspektivet).
- **Målene skal være SMART**, (**S**pecifikke, **M**ålbare, **A**ccepterede, **R**elevante og **R**ealistiske og **T**idsbestemte).

3. Audit og ekstern kontrol

Der planlægges årlige audits som kan dokumentere udvikling på de mål, praksis har sat sig. Resultaterne superviseres af den eksterne facilitator.

Foreløbige erfaringer med det hollandske system i dansk perspektiv²⁵

Det hollandske praksisakkrediteringssystem (NPA) har maj 2008 ca. 1.000 praksis i gang med en akkrediteringsproces, hvoraf 500 har gennemført deres første tre-årige runde.

Der deltager alle typer af praksis, såvel solo- som kompagniskabspraksis.

Akkrediteringsforløbet koster ca. 4.000 euro pr. praksis, som praksis selv betaler. Som nævnt tager hele processen tre år. Det skyldes, at planerne for praksisforbedringer skal udfærdiges og praksis skal have mulighed for at arbejde på dem. Samlet tidsforbrug for praksis anslås til mindst 20-30 timer fordelt på tre år. Dette er dog udelukkende den tid der anvendes til dataregistrering og møder med NPAs ansatte.

Det kan ikke direkte overføres til et eventuelt dansk system, da vi i Danmark vil satse på en langt mere automatiseret, IT-baseret dataindsamlingsmetode.

Det er indlysende, at det er svært at fastsætte hvor lang tid der anvendes på egentlige forandrings- og udviklingsprocesser, som praksis beslutter sig for at gennemføre som led i dette system, og de kan i sagens natur ikke adskilles fuldstændig fra daglig drift af praksis.

Facilitatorer/konsulenter skal have en betydelig forhåndserfaring som facilitator, og modtager derudover to dages træning specifikt i akkrediteringsmodellen.

Der foreligger ikke resultater af evaluering af systemet endnu, men de fleste praktiserende læger finder det givende og stimulerende. Systemet er bedre end det som man tidligere havde, idet det omfatter en mere systematisk dataindsamling og en mere systematisk akkrediteringsproces.

Den praksisfaciliteringsordning, der anvendtes tidligere (Visit Instrument Practice management, VIP)(68;69), var enkel, tog blot en enkelt dag og omfattede ikke ekstern akkreditering. Ca. 3.000 praksis har gennemført den type evaluering tidligere, men såvel ønsket om en mere formel proces og kravet om ekstern evaluering fra myndigheder og

²⁵ Personlig meddelelse fra Pieter van den Hombergh, praktiserende læge og chefkonsulent i den hollandske organisation af praktiserende læger.

forsikringselskaber, førte til den beskrevne udvidelse af systemet, som betegnes Visit Instrument for Accreditation, VIA.

Det engelske "pointsystem"

I 2005 indførte National Health Service, NHS en ny kontrakt med de ca. 31.000 fuldtidsansatte praktiserende læger i UK. Før 2005 var honoreringssystemet i UK baseret på fire forskellige elementer: timeløn (30%), fast honorering pr. patient tilknyttet lægen (40%), aktivitetsbestemt andel (15%) og tilskud til faste udgifter (15%). Altså et system hvor 15% var aktivitetsbestemt og 85% fast honorering i forhold til antal patienter.

NHS ønskede at indføre en ny incitamentsstruktur, som skulle bedre almen praksis' tilgængelighed, give patienterne flere og bedre valgmuligheder (især styrke incitamenterne til at indkalde patienter til bl.a. livsstilskurser, opfølgning og kontrol) og flytte flere ydelser fra sekundær- til primærsektoren. Der var dengang en truende mangel på praktiserende læger, bl.a. fordi almen praksis af lægerne opfattedes som belastet, især af vagter uden for normal åbningstid, og fordi der var et betydeligt lønefterslæb i sammenligning med andre, sammenlignelige grupper. Desuden var der regionale uligheder mellem praktiserende læger. NHS ønskede en større og bedre lønnet stab i almen praksis (13).

Honoreringssystemet er fortsat baseret på de principper, der er beskrevet ovenfor, men udover den eksisterende honorering er der lagt 20-25% oveni, hvis en række kvalitetsindikatorer opfyldes. Den mest gennemgribende ændring i forhold til tidligere var således introduktionen af 'The Quality and Outcomes Framework', QoF, et system af resultatindikatorer på forskellige domæner:

- Det kliniske område – 80 indikatorer på tværs af 19 kliniske områder, så som diabetes, astma og hypertension.
- Det organisatoriske område – 43 indikatorer på tværs af fem organisatoriske områder som f.eks. EPJ, information og praksisorganisation.
- Patientoplevelset kvalitet – fire indikatorer, f.eks. konsultationslængde og patienttilfredshed.
- Supplerende service – otte indikatorer på fire områder, f.eks. forebyggende børneundersøgelser og antikonception.

Der er i alt 1.000 mulige points. 655 points er allokeret til det kliniske område (70).

Allerede i 2005 opfyldte praksis mere end 95% af målene mod en forventet andel på 75%. Senere har NHS øget kravene til praksis, men uden at der er fulgt yderligere økonomi med.

Systemet er styret centralt af NHS, dog med et betydeligt lokalt islet fra Primary Care Trusts (PCT). De praktiserende læger har det overordnede ansvar for registreringen i den enkelte praksis, men honoreringen afhænger ikke af, om det er en læge eller f.eks. en sygeplejerske, der udfører opgaven. Derfor har det nye system stimuleret en ny opgavefordeling i praksis. Kontrol og opfølgningsopgaver er gode eksempler på opgaver, der varetages af bl.a. sygeplejersker. Dog har systemet ikke medført forbedrede ansættelsesforhold for sygeplejerskerne, en større andel af disse er i dag ansat på korttidskontrakter og deres arbejdstilfredshed er blevet ringere (13). Vagtarbejdet blev taget ud af kontrakten ved ændringen i 2005.

Data indberettes via en standardskabelon til en lokal database i PCT (13) og sendes derfra videre til NHS' centrale database i aggregeret form. Det er primært sygeplejerskerne, der udfører det egentlige registreringsarbejde (71).

Registreringssystemet er i modsætning til vor datafangstsystem ikke integreret i praksis' journalsystem, så data skal tastes.

Det er tilladt for praksis at udelukke patienter fra QoF-registreringen, hvis der er en gyldig grund dertil, f.eks. at de udebliver fra kontroller eller er allergisk over for en anbefalet behandling. Dette kan være problematisk, fordi det vil medføre et falsk positivt billede af behandlingskvaliteten, formentlig især i socialt dårligt stillede områder. I 2005-06 lå det samlede antal af patienter, der blev udelukket på denne måde, på 5,5%, men med store variationer både imellem forskellige indikatorområder og mellem forskellige praksis. PCTs gennemfører kontrol af eksklusionerne og de praksis, der ekskluderer mange patienter fra QoF-registreringen, kontrolleres mere intensivt (13).

Data, der indberettes, er personhenførbare, og praksis får rapporter om deres resultater på lokalt niveau. Det betyder, at data kan anvendes til såvel benchmarking aggregeret på forskellige organisatoriske niveauer og til at give den enkelte praksis feedback på kvaliteten af behandlingen af enkelte patienter, og dette har vist sig centralt for danske praktiserende lægers oplevelse af, om feedback er meningsfuld (72). Det er ligeledes PCTs der står for kontrollen af de praktiserende læger, dels af en årlig stikprøve på 5% af alle praksis, og dels en kontrol af de læger, der vælger at lade patienter udgå af systemet.

Hvad har QoF-kontrakten medført indtil videre?

Rekruttering af praktiserende læger er forbedret, og det skyldes især formentlig bortfald af vagtforpligtelse og bedre indtjening. Der er på den anden side færre læger der vælger at være partnere og flere ansatte praktiserende læger, og denne øgede fleksibilitet i ansættelsesforholdene kan også have betydning.

Produktivitet. Praktiserende læger har færre, men længere konsultationer – idet de koncentrerer sig om de mere komplekse konsultationer. Praktiserende lægers arbejdstid er faldet med i gennemsnit 7 timer ugentligt. Praksissygeplejersker har flere konsultationer end før og varetager 34% af konsultationerne. Det totale antal konsultationer er steget noget.

Flere og bedre valgmuligheder for patienterne: Kontrakten giver mulighed for at praksis på forskellige områder kan vælge at tilbyde patienterne særlige ydelser for at imødekomme lokale behov. Dette er kun sket i begrænset omfang.

Øget patienttilgængelighed: Der er sket nogen forbedring, men det mål som i første omgang opstilledes – at patienterne skulle ses inden for 48 timer, medførte at nogle læge afholdt patienter fra at bestille konsultationer længere tid i forvejen.

The National Audit Office, som netop har publiceret en større vurdering af den nye kontrakt på vegne af det engelske Parlament (13), anbefaler NHS at stræbe efter følgende:

- Pilottest af nye initiativer før de gennemføres i fuld skala i fremtiden.
- Langsigtede udviklingsplaner for ændringer i QoF-points, herunder at:
 - koncentrere QoF-points på områder der er lette at måle,
 - basere værdien af QoF-points på andre og mere meningsfulde parametre,

- gøre nogle QoF-points tidsbegrænsede,
- sikre at praksissygelejerkerne får ordnede løn- og arbejdsforhold,
- sikre bedre lægedækning i dårligt stillede områder, og
- sikre en større fleksibilitet i udbuddet af ydelser.

Generel vurdering af det engelske "pointsystem"

Det er en fordel ved QoF-systemet, at man har søgt at udvikle almen praksis som et system samt har forsøgt at understøtte opgaveglidning og give praktiserende læger og praksis flere frihedsgrader. Desværre har omkostningerne været, at der synes at have udviklet sig en handels- og købmandskultur (73) og at der er for lidt fokus på samarbejde mellem sektorerne.

Det store fokus på opsporing af kroniske patienter og etablering af særlige klinikker for kroniske sygdomme medfører en bedre organisation, men også at patientforløb brydes op i flere fragmenter med forskellige kontaktpersoner.

Et problem med systemet er, at det medfører, at læger og personale får fokus på aktiviteter, der giver point og risiko for eksklusion af patienter, der ikke giver point. Dog konkluderer en interviewundersøgelse at implementering af finansielle incitamentter i UK ikke synes at have skadet den indre motivation hos de praktiserende læger, men praksissygelejerker var mere tvivlende over for spørgsmålet (72).

Omstillingen til det nye system er sket meget hurtigt og har medført en meget stor udgiftsstigning og kvalitetsmålene er kun delvist nået (13). Tilfredsheden blandt de praktiserende læger steg lige efter indførelsen, men er nu mere vigende og blandt praksispersonalet faldende. Patienternes tilfredshed er uændret.

QoF afspejler ikke nødvendigvis mulige sundhedsgevinster på lang sigt, men er primært procesindikatorer og indikatorer, der måler foreløbige sundhedsforbedringer.

Det er lykkedes at fastholde nogle ældre praktiserende læger i praksis længere og tiltrække flere nye, men der synes forsat at være problemer i de sværest belastede områder.

3. Kvalitetsmodel for almen praksis – et pilotprojekt

Formål

Formålet med den danske model for kvalitet i almen praksis er at udvikle en fremtidssikret almen praksissektor, der indtager sin naturlige plads i det samlede sundhedsvæsen og er en troværdig samarbejdspartner for de øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

Det er målet at kvaliteten af almen praksis' ydelser skal være ensartet, højt og veldokumenteret, uden at binde unødvendigt mange ressourcer til registrering.

Det er væsentligt, at en dansk model for kvalitetsudvikling også fremmer lighed i sundhed.

Mål

I forhold til patienterne i almen praksis er målene

- at behandling og forebyggelse i almen praksis forbedrer sundheden for den enkelte patient med en given lidelse,
- at sikre service og høj patienttilfredshed,
- at sikre patienter indsigt i data vedrørende deres egen behandling,
- at sikre rammer for og styrkelse af dialogen mellem patienter og den enkelte almene praksis (patientperspektivet).

I forhold til den enkelte almene praksis og praktiserende læge er målene:

- at sikre relevant viden om egen praksis' funktion og kvalitet både på det faglige og organisatoriske område, så den viden kan anvendes til kvalitetsudvikling og læring,
- at sikre praksis adgang til opdateret viden om, hvilke tiltag og redskaber der har størst mulig chance for at bedre patientbehandlingen og sikre effektiv organisation,
- at assistere almen praksis i prioritering og planlægning af struktur- og kvalitetsudvikling, således at den enkelte praksis' ressourcer anvendes på den bedst mulige måde,
- at styrke praktiserende lægers ledelseskompetencer og fremme god og fleksibel ledelse i den enkelte praksis og
- at understøtte og monitorere udviklingsprocesser i den enkelte praksis.

I forhold til regioner, kommuner, sundhedsmyndigheder og offentligheden er målene:

- at sikre at behandlingen i almen praksis forbedrer sundheden for alle med en given lidelse
- at sikre rammer for og styrkelse af dialogen mellem almen praksis og andre interessenter vedrørende almen praksis' funktion,
- at sikre offentligheden en indsigt i kvaliteten af almen praksis,
- at sikre ensartethed og god kvalitet i sammenlignelige ydelser,

- at sikre øget dokumentation for både processer og resultater i de almenmedicinske ydelser,
- at forankre arbejdet regionalt, nationalt og internationalt.

Ressourceforbrug

Der ligger en betydelig opgave i, at igangsætte en kvalitetsmodel på det almenmedicinske område.

Det er derfor afgørende, at der som planlagt gennemføres et pilotprojekt, der tager udgangspunkt i at skabe en realistisk plan, hvor der er en god og afstemt sammenhæng mellem rammer, indhold og ressourceforbruget.

Kvalitetsmodellen vil supplere og koordinere en række af de lokale og regionale initiativer på det almenmedicinske område. Hvilke dele af implementeringen der skal koordineres centralt og hvilke der skal foregå regionalt vil fastlægges gennem forsøg med efterfølgende bred diskussion i de faglige og organisatoriske miljøer.

Pointen vil her være, at "snittet" mellem hvilke opgaver der løses centralt og hvilke opgaver der løses regionalt, kan forskubbes. Hovedenergien og opmærksomheden i regionerne vil formentlig være på at implementere kvalitetsmodellen, når den foreligger, og ikke på at udvikle parallelle initiativer og aktiviteter.

Ved at gennemføre pilotprojekter på basis af nationale og internationale erfaringer og inddrage erfaringerne i den endelige model, vil det være muligt at fastlægge et realistisk niveau for den eksterne evaluering og for dokumentationen samt at sikre at læring og udvikling fremmes, således at de registrerede data anvendes. Ved at opbygge kvalitetsmodellen over flere faser skønnes det, at arbejdet kan holdes på et realistisk og acceptabelt ressourceforbrug i regionerne og i den enkelte praksis.

Modellens indhold og opbygning

DAK-E anbefaler, at vi i dansk almen praksis udvikler en model, der i vid udstrækning benytter de elementer, vi allerede har udviklet herhjemme, og afprøver disse i mindst 30 praksis (men gerne flere) fordelt på de regioner, der er interesserede i at deltage. Antallet er valgt på basis af europæiske erfaringer for, hvor mange praksis, der skal deltage for at få valide resultater.

Tidsperioden er valgt for at få vurderet effekten i en fuld treårig cyklus. Som nævnt vil det store kvalitetsudviklingsarbejde, der i dag foregår i mange praksis, naturligvis fortsætte i den pågældende periode.

Modellen bygger på tre hovedelementer: 1. faglige resultater, 2. patientperspektiv og 3. praksisdrift og –organisation:

1. Faglige resultater

Behandling og kontrol af symptomer og sygdomme bl.a. i forbindelse med kroniske lidelser ud fra de indikatorsæt der er udviklet på området

Laboratorieydelse

Områder, hvor en videre udvikling af indikatorer som led i projektet evt. kan komme på tale (modeller skal udvikles/tilpasses).

Kontrol af kvaliteten af "egne prøver" taget med apparatur i "egen praksis".

Kvalitet på andre kerneområder i almen praksis, f.eks. akutte behandlinger, forebyggelse og livsstil.

Lægemiddelordination og –sikkerhed.

2. Patientperspektiv

DanPEP

Områder, hvor en videre udvikling af indikatorer som led i projektet evt. kan komme på tale (modeller skal udvikles/tilpasses).

"Forbruger"undersøgelser af de enkelte behandlingsprogrammer, f.eks. diabetes

Patientinddragelse i egen behandling

3. Praksisdrift og –organisation (med udgangspunkt i EPA)

Områder, hvor en videre udvikling af indikatorer som led i projektet evt. kan komme på tale (modeller skal udvikles/tilpasses).

Cancerpakker

Opfølgende hjemmebesøg

Kvalitet af henvisninger

Utilsigtede hændelser

Med hensyn til måling af organisatorisk kvalitet vurderer DAK-E, at EPA udgør en basis, der sammen med særligt udviklede danske standarder og indikatorer, bl.a. på områderne IT, laboratorieydelse og patientforløb, kan anvendes. Dette vil medføre, at der bliver mulighed for at foretage internationale sammenligninger.

Det er væsentligt, at praktiserende læger bevarer og udbygger deres evner til og engagement i at lede egne klinikker. Faciliteringen og den eksterne kontrol af, at det sker, tænkes derfor som et understøttende system.

Der er ikke på nuværende tidspunkt taget stilling til, hvor omfattende dataindsamlingen skal være, om den skal være ens i alle praksis, eller om der kan være en grundstamme af indikatorer og derudover til- og fravalg af forskellige organisatoriske og kliniske områder. Dette vil afklares i startfasen af pilotprojektet, se i øvrigt afsnittet "Faser i pilotprojekt", side 41 i denne rapport.

3-årige perioder – understøttelse af udvikling

De treårige perioder omfatter fire elementer:

A. Dataindsamling.

Dataindsamling skal foregå elektronisk ved hjælp af f.eks. datafangst og baseret på fuld ICPC-diagnosekodning. Det vil også være nødvendigt, at læger, praksispersonale og patienter besvarer spørgeskemaer og lign. også dette skal så vidt muligt foregå elektronisk.

Der skal udvikles gode visuelle værktøjer, der kan illustrere praksis' funktion på forskellige områder og danne basis for en kvalificeret diskussion og prioritering af udviklingsmål. De indsamlede data bliver samlet i en feedbackrapport til praksis, som man kender det fra f.eks. APO-audits.

B. Praksis sætter mål

I samarbejde med en ekstern facilitator foretages analyse af data, benchmark og feedback. De mål praksis sætter sig, skal hænge sammen med fastlagte standarder/indikatorer og resultaterne fra feedbackrapporten, og de afspejler derved forventningerne til kvalitetsudvikling i praksis i de kommende tre år.

Målene skal opfylde nedenstående kriterier.

Målene dækker de tre områder ovenfor (faglige resultater, patientperspektivet og praksisdrift).

Målene opfylder **SMART**-kriterierne, det vil sige, at de er: **S**pecifikke, **M**ålbare, **A**ccepterede, **R**elevante og **R**ealistiske og **T**idsbestemte.

Man beslutter, hvordan man skal måle, at målene er opfyldt og planlægger dette. Ansvaret for at sætte relevante mål påhviler i sidste ende de praktiserende læger.

C. Udvikling og opfølgning

Facilitatoren har en nøglerolle som den person der hjælper praksis til at sætte sig realistiske mål.

Facilitatoren vil ofte være en praktiserende læge eller en anden med grundigt kendskab til almen praksis, uddannet i funktionen som facilitator og med base i en regional organisering.

Facilitatoren har desuden til opgave at hjælpe og vejlede praksis med oplysninger omkring regionale tilbud og understøttende foranstaltninger. Det er vigtigt, at regionale kvalitetsprojekter integreres.

Praksis mødes med facilitatoren en gang årligt.

D. Audit og ekstern kontrol

Der planlægges årlige elektroniske audits som kan dokumentere udvikling på de mål, praksis har sat sig.

Hovedvægten i den eksterne kontrol lægges på faglige audits. Hvert år udvælger praksis et til to kliniske fokusområder, hvor der elektronisk (via datafangstmodulet) indsamles data, der så tilbagesendes elektronisk i systematiseret form.

Disse data samt en beskrivelse af den mere overordnede udvikling af praksis, skal danne baggrund for en systematisk bearbejdning og læring i form af struktureret efteruddannelse af de personer i praksis for hvem dette er mest relevant.

Resultaterne superviseres af den tilknyttede facilitator, der forud for mødet modtager en rapport, udarbejdet af praksis, der dels indeholder de nævnte data, og dels en mere grundlæggende rapport om praksis' udvikling i henhold til planen.

Data indsendes efter de 3 år til IKAS, der fungerer som ekstern kontrolinstans.

Det samlede tidsforbrug for hver enkelt praksis omkring de fire elementer skønnes at være at være halvanden dag om året for den praktiserende læge der har ansvaret for kvalitetsudviklingen i praksis plus en halv dag om året for de øvrige læger og hver enkelt medarbejder. Derudover kommer hvad projektet giver anledning til af målrettet struktureret efteruddannelse.

IT-understøttelse

Dataindsamling og feedbackprocesser i forbindelse med projektet foregår alle elektronisk og hvor det er muligt automatisk ved hjælp af datafangst. Datafangst fungerer allerede og de øvrige elementer, der skal anvendes, f.eks. elektroniske auditskemaer og spørgeskemaer, foreligger allerede i skitseform og kan tilpasses projektet.

DAK-E IT inddrages i planlægningen og den praktiske udformning af de nødvendige IT-redskaber og data registreres i Dansk Almen Medicinsk Database, DAMD.

Det vil være en væsentlig opgave for sekretariatet at planlægge, gennemføre og følge op på uddannelses- og træningsaktiviteterne i relation til kvalitetsmodellen.

Faser i organiseringen af pilotprojektet

- 1) Høring og finansiering.
- 2) Organisering, herunder etablering af:
 - a) en overordnet styregruppe,
 - b) sekretariat,
 - c) regionale planlægnings- og koordineringsfunktioner,
 - d) faglige arbejdsgrupper,
 - e) international følgegruppe,
 - f) ekstern kontrolinstans.
- 3) Detailplanlægning af projektet.
 - a) Udvikling af nødvendige redskaber og metoder, herunder:
 - b) Udvalg af relevante EPA-indikatorer og tilpasning af disse.
 - c) Eventuel udvikling af ny indikatorer.
 - d) IT-understøttelse.
 - e) Opbygning af videnscenter.
- 4) Rekruttering af praksis.
- 5) Rekruttering og uddannelse af facilitatorer.
- 6) Udnævnelse af ekstern kontrolinstans og uddannelse af stab.

- 7) Pilottest i 30 praksis.
- 8) Evaluering.
 - a) Kvalitativ og kvantitativ evaluering af proces og udbytte.
 - b) Evaluering af anvendte ressourcer og tidsforbrug.
 - c) Rapport og formidling.

Økonomi og ressourcer i pilotfase

I perioden indtil igangsættelsen af pilotprojektet i de mindst 30 praksis samt i den treårige pilotfase, må man regne med at skulle finansiere følgende:

Projektledelse
Sekretariatsudgifter
Organisering og mødebudget*
Oversættelse og tilpasning af standarder og indikatorer
IT-udvikling
Uddannelse af facilitatorer
Bidrag til ekstern kontrol
Databearbejdning
Refusion og godtgørelse til de deltagende praksis
Internationale møder og konferencer
Evaluering

Derefter vil man kunne vurdere ressourceforbruget i en egentlig drift, organisation, uddannelse af facilitatorer, tidsforbrug i praksis og et evt. økonomisk incitament til lægerne.

Organisering

Der etableres en overordnet styregruppe til pilotafprøvningen af den danske kvalitetsmodel for almen praksis. Såfremt overenskomstens parter ønsker dette, kan styregruppen tillige fungere som koordinationsgruppe for forskellige tilgrænsende regionale projekter, der omhandler akkreditering og organisationsudvikling.

Styregruppen kan bestå af repræsentanter fra de fem regioner, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Danske Regioner, Institut for Kvalitet i Sundhedsvæsenet (IKAS) og evalueringsinstanser, herunder f.eks. de almenmedicinske forskningsmiljøer og Dansk Institut for Sundhedsvæsen (DSI). Herudover inviteres Kommunernes Landsforening (KL), Sundhedsstyrelsen (SST), Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sekretariatsfunktionen kan varetages af DAK-E.

Det er især vigtigt at sikre et meget tæt samarbejde med regionerne, så der kan skabes lokalt ejerskab og så ideer kan udveksles.

Der sikres international forankring gennem et tæt samarbejde med EQuiP og TOPAS/EPA, og der nedsættes en international støttegruppe, se senere.

Sekretariat

DAK-E kan tilføres midler, således at sekretariatsfunktionen kan varetages der. Sekretariatet vil være tovholder og ansvarlig for udvikling og pilotafprøvning af kvalitetsmodellen. Sekretariatet har ansvaret for den faglige arbejdsproces og bidrager med koordinering, bl.a. af de forskellige fællesregionale kvalitetsprojekter.

Arbejdet gennemføres i et nært samarbejde med regionerne og deres faglige miljøer.

Regional koordination

Hver af de fem regioner sørger for, at der etableres en planlægnings- og koordineringsfunktion på området for praksisudvikling i tæt tilknytning til Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalgene. Gruppen har til opgave at følge arbejdsprocessen og bidrage til planlægning og koordinering. Gruppens deltagere er bindeled mellem sekretariatet og de fem regioner.

Formålet med den regionale koordinationsgruppe er at inddrage regionale kvalitetsudviklingsmiljøer i udvikling og pilotafprøvning af modellen og at sikre, at erfaringerne fra de regionale udviklingsprojekter på området integreres.

Samarbejde med IKAS

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS er repræsenteret i projektets styregruppe.

Desuden deltager IKAS i udvælgelse og beskrivelse af standarder og indikatorer for almen praksis, således at disse er i overensstemmelse med dem, der anvendes i det øvrige sundhedsvæsen.

IKAS indgår i samarbejdet med af uddanne facilitatorer.

Rammerne for indsamling af data efter de tre år skal udvikles i samarbejde med IKAS.

Faglige arbejdsgrupper

Der nedsættes faglige arbejdsgrupper til at understøtte udviklingen af 1) de kvalitetsmål/standarder, der skal indgå i modellen og 2) faciliteringsmodellen for de treårige udviklingscykli. De faglige arbejdsgrupper får til opgave at bidrage med faglig viden og indsigt fra kvalitetsudvikling, forskning og fra praksis.

Det foreslås desuden, at relevante videnskabelige forsknings- og vidensmiljøer tilknyttes arbejdet, såvel danske, hvor forsknings og kvalitetsmiljøerne og DSI er mulige hovedsamarbejdspartnere, og internationalt med basis i EQuiP.

Der fastsættes på forhånd et antal møder i de nedsatte arbejdsgrupper og en deadline for færdiggørelse af arbejdet. Arbejdsgrupperne har rådgivende status i forhold til

sekretariatet, der har den konkrete opgave med formulering af kvalitetsmål/standarder og indikatorer under endeligt ansvar over for styregruppen.

Information

Det vil være helt afgørende for udvikling, udbredelse og implementering af kvalitetsmodellen, at der er en kontinuerlig god dialog med de regionale og landsdækkende faglige miljøer på det almenmedicinske område samt med kommuner, patientorganisationer, faglige organisationer og med de internationale miljøer. Desuden er det nødvendigt, at regionerne inddrages i den konkrete planlægning og gennemførelse af pilotprojektet og at de regionale konsulenter inddrages.

Det foreslås, at der i løbet af foråret 2009 og løbende i projektperioden iværksættes en regional informationsmødevirksomhed for at informere om kvalitetsmodellen. Her vil den direkte information og dialog om kvalitetsmodellen finde sted.

Videnscenter

Vi foreslår, at der i løbet af projektperioden opbygges en landsdækkende videnscenter, der kan stå for udarbejdelsen af materiale, indsamle data og deltage i uddannelsen af personer, der kan bistå praksis i processen med at indsamle data, vurdere egne data og sætte udviklingsmål i praksis osv. i en færdigudviklet model.

Forankring i europæisk model

Forskere og udviklere fra EPA er interesserede i et samarbejdet med Danmark omkring indsamling af danske EPA-data til internationale sammenligninger. Der er også mulighed for at udvikle nye indikatorer, der har speciel relevans for danske praksis i dette samarbejde.

Der er ikke nogen egentlig licens forbundet med anvendelsen af EPA, men man forventes at deltage i samarbejdet og levere anonymiserede data og knowhow til internationale sammenligninger.

Med hensyn til den skitserede akkrediterings- og opfølgingsmodel er udviklere fra det hollandske NPA interesserede i at bistå med know-how og konkret rådgivning og samarbejde omkring evaluering.

Evaluering

Projektet fortjener en grundig forskningsevaluering. Denne kan planlægges og udføres i samarbejde med de almenmedicinske forskningsmiljøer og Dansk SundhedsInstitut, DSI.

Evalueringen skal omfatte en vurdering af udbytte, barrierer og omfatte kvalitative såvel som kvantitative elementer og en vurdering af de nødvendige økonomiske og andre ressourcer ved en bredere implementering.

Alle elementerne i modellen skal belyses, dvs. den patientoplevede kvalitet, kvaliteten af kliniske behandlinger, og af praksis' organisation. Opfølgingsmodellen og praksis' udbytte heraf skal vurderes nøje.

Litteratur

1. Juul Jørgensen S. The New General Medical Services Contract. Kvalitetshonorering af praksissektoren i England. Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen 2008.
2. Meyer I. Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe. EUROPEAN COMMISSION - Information Society and Media Directorate General 2008.
3. McSweeney P. Total Quality Management 1997;8:243-53.
4. Olesen F. Fra patientcentreret til dialogcentreret medicin. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2004;4:457-64.
5. De Civita M, Dasgupta K. Using diffusion of innovations theory to guide diabetes management program development: an illustrative example. J Public Health (Oxf) 2007;29(3):263-8.
6. Mainz J, Krøll V, Abildgaard T. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS) 2003.
7. Miller WL, McDaniel RR, Jr., Crabtree BF, Stange KC. Practice jazz: understanding variation in family practices using complexity science. J Fam.Pract. 2001;50(10):872-8.
8. Sweeney KG, Mannion R. Complexity and clinical governance: using the insights to develop the strategy. Br.J Gen.Pract. 2002;52 Suppl:S4-S9.
9. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. JAMA 2006;296(4):427-40.
10. Ouwens MM, Hermens RR, Termeer RA, Vonk-Okhuijsen SY, Tjan-Heijnen VC, Verhagen AF et al. Quality of integrated care for patients with nonsmall cell lung cancer: variations and determinants of care. Cancer 2007;110(8):1782-90.
11. Gulliford MC, Ashworth M, Robotham D, Mohiddin A. Achievement of metabolic targets for diabetes by English primary care practices under a new system of incentives. Diabet.Med 2007;24(5):505-11.
12. Ram P, Grol R, Van den HP, Rethans JJ, Van d, V, Aretz K. Structure and process: the relationship between practice management and actual clinical performance in general practice. Fam.Pract. 1998;15(4):354-62.
13. Fisher A, Evans T, Palmer W, Chaterjee PCM. NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England. National Audit Office, Pres 2008;TSO (The Stationery Office).
14. Cave E, Nichols C. Clinical audit and reform of the UK research ethics review system. Theor.Med.Bioeth. 2007;28(3):181-203.
15. Pritchard P, Huges J. Shared Care. The Future Imperative. Royal Society og Medicine Press.London. 1995.

16. Ravnholt MM, Jensen PB, Rytter L, Rubak J, Andersen JS. Den gode henvisning og den gode epikrise - en indikatorbaseret auditundersøgelse. Den Gode Medicinsk Afdeling, DGMA 2005.
17. Hjelholt Pedersen V. Hvordan skabes forandringer i praksis? Dansk Sundhedsinstitut - DSI 2008;2008-6.
18. Holm T, Lassen JF, Genefke J, Melciorsen H, Hybel U, Sørensen J. Tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og hospital - shared care belyst ved antikoagulationsbehandling som eksempel - en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen 2006;Medicinsk Teknologivurdering - Puljeprojekter(2006-2).
19. Neel Jakobsen H, Rytter L, Rønholt F, Hammer AV, Helms Andreassen A, Nissen Å et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus - en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen 2007;Enhed for Medicinsk Teknologivurdering(7 (4)).
20. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund: Forudsætninger for det gode forløb. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
21. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. I. Generisk model. 2. Forløbsprogram for diabetes. Sundhedsstyrelsen 2008.
22. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. I. Generisk model. 2. Forløbsprogram for diabetes. Sundhedsstyrelsen 2008.
23. Berit Lassen, Jørgen Andersen HM. Erfaringer med brug af stratificeringsværktøj i almen praksis. Månedsskrift for praktisk lægegering 2007;85:513-27.
24. Sadauskiene L, Jorgensen UL, Pedersen J, Moller CC, Grodum E, Gjessing HJ. [Quality of diabetes education and shared care between family practice and the diabetes clinic]. Ugeskr Laeger 2008;170(21):1805-8.
25. Lassen B, Andersen HM. Erfaringer med brug af stratificeringsværktøj i almen praksis. Månedsskrift for Praktisk Lægegering 2007(85):513-27.
26. Wetzels R, Van Weel C, Grol R, Wensing M. Family practice nurses supporting self-management in older patients with mild osteoarthritis: a randomized trial. BMC.Fam.Pract. 2008;9:7.
27. Gutkin C. Family physician shortages: are nurses the answer? Can.Fam.Physician 2008;54(3):479, 480.
28. Albers-Heitner P, Berghmans B, Joore M, Lagro-Janssen T, Severens J, Nieman F et al. The effects of involving a nurse practitioner in primary care for adult patients with urinary incontinence: the PromoCon study (Promoting Continence). BMC.Health Serv.Res 2008;8:84.
29. Ohman-Strickland PA, Orzano AJ, Hudson SV, Solberg LI, DiCiccio-Bloom B, O'Malley D et al. Quality of diabetes care in family medicine practices: influence of nurse-practitioners and physician's assistants. Ann.Fam.Med 2008;6(1):14-22.
30. Saxena S, Car J, Eldred D, Soljak M, Majeed A. Practice size, caseload, deprivation and quality of care of patients with coronary heart disease, hypertension and stroke in primary care: national cross-sectional study. BMC.Health Serv.Res 2007;7:96.

31. Sutton M, McLean G. Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract: cross sectional study. *BMJ* 2006;332(7538):389-90.
32. Wang Y, O'Donnell CA, Mackay DF, Watt GC. Practice size and quality attainment under the new GMS contract: a cross-sectional analysis. *Br.J.Gen.Pract.* 2006;56(532):830-5.
33. Wensing M, Van den HP, Akkermans R, van Doremalen J, Grol R. Physician workload in primary care: what is the optimal size of practices? A cross-sectional study. *Health Policy* 2006;77(3):260-7.
34. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *Br.J.Gen.Pract.* 2001;51(469):644-50.
35. Campbell JL. The reported availability of general practitioners and the influence of practice list size. *Br.J.Gen.Pract.* 1996;46(409):465-8.
36. Groenewegen PP, Hutten JB, Van d, V. List size, composition of practice and general practitioners' workload in The Netherlands. *Soc.Sci.Med.* 1992;34(3):263-70.
37. Mollmann KM, Pedersen PA. [Evaluation of the size of the basic population in studies in general practice]. *Ugeskr.Laeger* 1980;142(30):1920-4.
38. Kürstein Kjellberg P, Sandberg Buch M, Rose Olsen M, Hauschildt Juhl H. Små og store lægehuse – et komparativt casestudie. *Dansk Sundhedsinstitut - DSI* 2008;2008-3.
39. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice. *BMC.Health Serv.Res* 2007;7:46.
40. Kvamme OJ, Sandvik L, Hjortdahl P. [Practice patterns, physicians' characteristics and patient-evaluated quality of general practice in Norway]. *Tidsskr.Nor Laegeforen.* 2000;120(21):2499-502.
41. Van den HP, Engels Y, van den HH, van Doremalen J, Van Den BW, Grol R. Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? *Fam.Pract.* 2005;22(1):20-7.
42. APO. Recepten II - en audit om praksispersonalets medvirken ved ordination af lægemidler i almen praksis 2005. 2006.
43. Hellebek A, Knudsen P, Fonnesbæk L, Herborg H. Patientsikkerhed i primærsektoren - Forebyggelse af medicineringsfejl i samarbejde mellem apoteker og praktiserende læger. Hillerød: Pharmacon; 2005.
44. Gilsaa DG, Eriksson T, Toft B, Schæfer K, Damsgaard J, Munck A. Audit efter APO-metoden. Principper for registrering og ideer til opfølgingsaktiviteter. Odense: Audit Project Odense; 2005.
45. APO. Recepten I - en audit om praksispersonalets medvirken ved ordination af lægemidler i almen praksis 2004. Report 2004.
46. Eriksson T. Utilisgtede hændelser i almen praksis. Amtsrådsforeningen; 2004.
47. Sørensen PT. Utilisgtede hændelser i almen praksis. En rapport med konklusioner og anbefalinger fra en arbejdsgruppe nedsat af PLO og DSAM i samarbejde med DAK og DSPS. Dansk selskab for almen medicin og Praktiserende Lægers Organisation 2006.

48. Mikkelsen T, Sokolowski I, Olesen F. General practitioners' attitudes toward reporting and learning from adverse events - results from a survey. *Scand.J Prim.Health Care* 2006(In press).
49. Thorsen, T. Utilsigtede hændelser - evaluering af et kvalitetsprojekt i almen praksis. 1-10-2004.

Ref Type: Report

50. Lundh J, Saxild T, Hellebek T. Rapportering af utilsigtede hændelser ved sektorskifte. Evaluering af projekter i almen praksis i Region Hovedstaden. Rapport fra KVeU i Region Hovedstaden 2007.
51. Saxild T, Eriksson T. Pilotundersøgelse af indberetning af utilsigtede hændelser i H:S. *Practicus* 2006;178:9-11.
52. Eriksson T, Friberg S. Debatoplæg: Organisatorisk udvikling i almen praksis. *Danske Regioner* 2007.
53. Waldorff FB, Eriksson T. Måling af kvalitet i almen praksis. *Practicus* 2005;176:36-8.
54. Waldorff FB, Eriksson T. Praksisdeklaration. *Amtsrådsforeningen*: 2004.
55. Grinsted P, Moltke A, Frederiksen H. Center for PraksisUdvikling - en fremtidssikring af almen praksis. *Ugeskr Læger* 2007;169(22):2136.
56. Grinsted P. Lean og almen praksis. *Ugeskr Læger* 2008;170(20):1762-3.
57. Jansen U. Akkreditering i almen praksis - utopi eller virkelighed? *Practicus* 2005.
58. Jansen U. Kvalitetsudvikling i almen praksis i Sønderjylland. Et akkrediteringsprojekt. *Sønderjyllands Amt* 2005.
59. Møller HC, Hjortkjær Petersen H, Koch T, Hagild K. Praksismanager - trussel eller mulighed. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 2008;2008(5):616-24.
60. Rosendal M, Dalsgaard T. Facilitatorordningen i Vejle Amt. udredning og behandling af demens i almen praksis. *Kvalitetsudviklingsudvalget for almen praksis i Vejle amt* 2006.
61. Wensing M, Broge B. European Practice Assessment - EPA. Easy to use and scientifically developed quality management for general practice. *TOPAS-Europe* 2008:1-12.
62. Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H. *Quality Management in Primary Care. European Practice Assessment*. Bielefeld (Berlin): Verlag Bertelsmann Stiftung Gütersloh; 2005.
63. Grol R, Wensing M. Measuring performance quality in general practice: is international harmonization desirable? *Br.J Gen.Pract.* 2007;57(542):691-2.
64. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Boffin N, Marshall M et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam.Pract.* 2006;23(1):137-47.
65. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, Van den HP, Brinkmann H, Szecsenyi J et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam.Pract.* 2005;22(2):215-22.

66. Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H. Quality Management in Primary Care. Bielefeld (Berlin): Verlag BertelsmannStiftung; 2004.
67. Eriksson T. Praksis Matrix - udvikling i praksis fordrer kommunikation og samarbejde. *Practicus* 2007;184:12-4.
68. Van den HP, Grol R, van den Hoogen HJ, van den Bosch WJ. Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility. *Qual. Health Care* 1999;8(3):167-71.
69. Van den HP, Grol R, van den Hoogen HJ, van den Bosch WJ. Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers. *Qual. Health Care* 1999;8(3):161-6.
70. Ashworth M, Seed P, Armstrong D, Durbaba S, Jones R. The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework. *Br.J Gen Pract.* 2007;57(539):441-8.
71. McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ* 2007;334(7608):1357.
72. Thomsen L, Søndergård J, Eriksson T, Sahl J, Schroll H. Datafangst og sentinelregistrering i almen praksis – en bedre måde at fremme kvalitet og forskning? *Practicus* 2004;161:76-8.
73. Ham C. Competition and integration in the English National Health Service. *BMJ* 2008;336(7648):805-7.

