



**Handleplan 2007**  
**- for implementering af samarbejdsaftalen**  
**om**  
**kvalitetsudvikling i almen praksis<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> På basis af samarbejdsaftalen mellem P.L.O. og SFU om kvalitetsudvikling i almen praksis, januar 2006 – bilag 6 til den samlede Forhandlingsaftale januar 2006: Ændringer i Landsoverenskomst om almen lægegerning.

## **Indhold:**

### **Baggrund**

#### **Den nye overenskomst**

**Opbygningen af handleplanen**

#### **Elementer der skal i drift**

**Datafangstmodulet og Databasen.**

**Kodning med ICPC**

**Indikator udvikling**

**Patientevaluering**

**Patientforløb – Kroniske patienter**

#### **Organisatoriske rammer**

**Centrale/regionale elementer**

#### **Implementeringsstrategi**

**Implementering af færdigudviklede redskaber og metoder**

**Implementeringsmodeller overfor den enkelte praktiserende læge**

#### **Offentliggørelse af data**

#### **Informationsstrategi for DAK-E**

#### **Igangsætning af andre initiativer**

## Baggrund

Det er vigtigt, at almen praksis fortsætter kvalitetsarbejdet efter principperne i "Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet".

Modellen fra august 2003 beskriver, hvordan kvalitetsudvikling skal sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænser, udvikle et dansk sæt af generiske og sygdomsspecifikke standarder og indikatorer, inddrage viden og materiale fra eksisterende kvalitetsudviklingsprojekter i arbejdet og videreudvikle forskellige evalueringssystemer.

Arbejdet med "Den Danske Model" baseres helt overordnet på måling, læring og dermed på kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt – DAK-projektet 2003 – 2006 tog udgangspunkt i "Den Danske Kvalitets Model".

Igennem de sidste år er der desuden kommet yderligere fokus på de kroniske sygdomme, bl.a. gennem "Kronikerrapporten" fra Sundhedsstyrelsen. Heri fokuseres også på det sammenhængende patientforløb, på almen praksis som tovholder og på en mere proaktiv behandlerrolle. DAK-projektet har efterfølgende deltaget i arbejdet i Sundhedsstyrelsens regi omkring udarbejdelse af forløbsprogrammer. Der udarbejdes programmer for de kroniske sygdomme med henblik på tværsektoriel implementering, både i almen praksis, i kommunerne og på sygehusene.

Patientevaluering var væsentlig for DAK-projektet, og der foreligger nu solid viden og dokumentation vedrørende det spørgeskema til patienter i almen praksis, der er udviklet af DanPEP på basis af et europæisk forlæg (Europep). Desuden findes der anbefalinger for det fremtidige arbejde på området. Patientevaluering skal udvikles med både kvantitative og kvalitative elementer.

Det er op til overenskomstens parter at tage stilling til, på hvilket niveau data skal offentliggøres. DanPEP resultater kan, i lighed med resultater af patienttilfredshedsmålinger offentliggøres på såvel aggregeret som individuelt niveau.

I DAK-projektets første år var fokus på kvalitetsudvikling af den kliniske faglighed. I de seneste år har der i amterne/regionerne været stor interesse for organisatoriske og personalemæssige forhold i almen praksis. Den udvikling er sandsynligvis forstærket af, at mange praksis gennem de sidste år har ansat yderligere personale (overvejende sygeplejersker). DAK projektet<sup>2</sup> har forsøgt at koordinere disse aktiviteter. Der er spændende pilotprojekter i gang i flere regioner, beskrevet i DAK-O (Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt – overgangsprojektet) rapporten<sup>3</sup>. DAK-E (Den Almenmedicinske Kvalitets Enhed) vil også fremover være metodeudvikler og koordinator på disse områder.

En af de inspirationskilder, vi har haft i DAK arbejdet, har været kontakten til de europæiske almenmedicinske kolleger, der arbejder med kvalitetsudvikling. Specielt kollegaerne i UK, Holland og i de nordiske lande, der har almen praksis systemer, der minder om vores, har givet inspiration. Disse gensidige kontakter er også vigtige fremover.

Fra danske regioners inspirationskonference: Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen – 10. oktober 2006 ved vi, at dansk almen praksis ligger i europæisk topklasse på de fleste kvalitetsparametre. Et af de forhold der dog trænger til udvikling, er kommunikationen og samarbejdet med kommunerne<sup>4</sup>.

Flere europæiske lande har modeller for, hvordan samarbejde med kommunerne kan forbedres.

---

<sup>2</sup> Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt – DAK projektet september 2003 – november 2006

Den Almenmedicinske Kvalitetsenhed – DAK-E oprettet december 2006.

<sup>3</sup> Se hjemmesiden [www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk)

<sup>4</sup> Almen praksis i et europæisk perspektiv ved seniorforsker Wienke Boerma, The Netherlands Institute for Health Services Research.

## Den nye overenskomst

Samarbejdsaftalen mellem P.L.O. (Praktiserende Lægers Organisation) og SFU (Sygesikringens Forhandlingsudvalg) om Kvalitetsudvikling i almen praksis angiver at:

*Parterne er enige om, at det i DAK-projektet er lykkedes at udvikle sundhedsfaglige redskaber, der fremover kan understøtte kvalitetsudviklingen i almen praksis og samtidig, at der via disse redskaber – og DAK-projektet som helhed – er sat yderligere skub i den generelle kvalitetsudvikling i almen praksis.*

*Sekretariaterne er enige om, at de næste skridt bl.a. består i at få udbredt og implementeret de redskaber, som er udviklet, og at dette arbejde skal fungere som omdrejningspunktet for den fortsatte proces. Der er samtidig enighed om, at den fortsatte udvikling overordnet set har følgende områder:*

- 1. Udarbejdelse af en implementeringsstrategi for de færdigudviklede metoder og redskaber.*
- 2. Udformning af organisatoriske rammer – centralt og decentralt – for implementering og nye udviklingsinitiativer, samt for det kommende samarbejde med f.eks. IKAS - Institut for Kvalitet og Akkreditering i sundhedsvæsenet.*
- 3. Udarbejdelse af implementeringsmodeller over for den enkelte delta-gende læge.*

## Opbygningen af handleplanen

I samarbejdsaftalen om kvalitetsudvikling i almen praksis er der beskrevet nogle initiativer og mål omkring de **"elementer der skal i drift"**, fra DAK-projektet (datafangst og database, ICPC-kodning, indikatorudvikling og systematisk inddragelse af patientperspektivet (patientevaluering)).

I handleplanen beskrives DAK-projektets status 1. januar 2007, samt målene for henholdsvis 2007 og 2008 – 2009.

I samarbejdsaftalen beskrives **de organisatoriske rammer** og den økonomi – centralt og decentralt - der skal til for, at de opgaver, der er beskrevet ovenfor, kan implementeres.

Derefter oplystes overenskomstens parterers forventninger til DAK-E's **samarbejde** med de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg, IKAS og Fagligt Udvalg. Omdrejningspunktet for dette samarbejde bliver Kvalitetsfagligt Udvalg, hvor både IKAS, regionerne og Fagligt Udvalg er repræsenteret.

Det er vigtigt, at de redskaber der udvikles, kan bruges af den enkelte praktiserende læge i den daglige klinik, og derfor er implementeringsstrategien overfor den enkelte læge/lægehus væsentlig. I handleplanen beskrives DAK-E's **implementeringsstrategi**, som forløber i to niveauer; dels i samarbejdet mellem DAK-E og de enkelte regioner og dels implementeringsmodeller i forhold til de enkelte praktiserende læge/lægehus.

Desuden beskriver samarbejdsaftalen initiativer og mål for **offentliggørelse af data**, og der skal udvikles en fælles **informationsstrategi** baseret på hjemmesiden.

Parterne er enige om, at der i overenskomstperioden kan være behov for at **igangsætte andre initiativer** f.eks. i relation til patientsikkerhed, understøttelse af IT-udvikling (udover implementeringen af datafangstmodulet) og arbejdet med praksis- og kvalitetsdeklarationer samt servicemål. Disse opgaver skal prioriteres indenfor den økonomiske ramme, der er afsat.

Offentliggørelse af patientdata omfatter 2 problemstillinger: Offentliggørelse af den enkelte patients egne data til eget brug, f.eks. på Sundhed.dk og en anonymiseret offentliggørelse af praktiserende lægers "patientdata".

[www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk)

# Elementer der skal i drift

## Datafangstmodul og database

### ***Uddrag af samarbejdsaftalen:***

***Initiativer og mål*** i den kommende periode vedr. datafangst og databaser vil være:

- *Videreudvikling af datafangstmodulet med udbredelse til samtlige lægesystemer.*
- *Etablering af en almen medicinsk database i sundhedsvæsenets IT-landskab.*
- *Sikre koblingen mellem datafangstmodulet og den almenmedicinske database og evt. andre databaser.*
- *Retningslinier for hvordan datafangstmodulet kan bringes i anvendelse i relation til kvalitetsudvikling, forskning mv. og på hvilke vilkår i den enkelte læges praksis.*
- *IT-konsulenter i amterne bistår læger med IT-relaterede problemstillinger i relation til datafangst.*

### **Datafangstmodulet**

#### **Status:**

I alt 11 praksissystemer ønsker at kunne anvende datafangstmodulet, dækkende 95 % af de praktiserende lægers IT systemer.

To er pilottestet foråret 2006 og både validitet og kompletthed af de indrapporterede data er gode.

Implementeringen i og certificeringen af de øvrige 9 systemer er aftalt med ACURE, den består i:

- 1) En "Kick off" dag, hvor det enkelte systemhus og ACURE afklarer tekniske barrierer og problemer i forbindelse med udviklingen af kommunikationsdelen mellem systemet og Datafangstmodulet.
- 2) To dages "Code camp", hvor det enkelte systems programmører i samarbejde med ACURE udvikler kommunikationsprogrammet, og endelig
- 3) To dage til "Certificering", hvor systemerne testes i forhold til validitet og kompletthed af de data der sendes til databasen.

1. januar 2007 er 5 af de resterende systemer certificeret. De 4 sidste forventes certificeret januar/marts 2007.

Version 2.0 af datafangstmodulet er færdigudviklet, men mangler aftestning. Den enkelte læge kan herefter omkring 1. april tilmelde sig forløbsydelsen for diabetespatienter og få installeret datafangstmodulet, og ca. 1. maj starte med indrapportering af data.

Det er aftalen, at de læger, der deltager i forløbsydelsen, får egne data tilbage sammen med en opgørelse over andres data i anonymiseret form ca. hver 4 måned.

I første omgang tilbagesendes data på en CD, men i løbet af et års tid vil data kunne præsenteres online på Sundhed.dk. Først for den praktiserende læge, men senere også for patienter således, at de har mulighed for at se egne data.

Systemhusene har ansvaret for, at datafangstmodulerne fungerer og er opdaterede i de enkelte lægesystemer.

DAK-E IT har ansvar for tilbagemelding af data til den enkelte læge eller lægehus og sammen med kompetencecenter Syd for udarbejdelse af årsrapporter og videregivelse af data i anonymiseret form til f.eks. NIP.

For at kunne beregne hyppigheder af f.eks. diabetespatienter i en given praksis, er det vigtigt at få en kvartalsvis oversigt over antal tilmeldte pr. ydernummer. CSC laver allerede en sådan liste til Sundhed.dk.

Der skal fastsættes et honorar for at få udleveret data fra Dansk Almen-Medicinsk Database (DAMD), bortset fra indrapportering og tilbagemeldingen af data vedr. forløbsydelsen for diabetespatienter. Honoraret skal beregnes ud fra det "oparbejdningsniveau" af data, som rekvirenten ønsker.

Det er DAMD's fagudvalg (Kvalitets- og Forskningsudvalg) der bestemmer, hvilke projekter, der skal kunne trække data fra DAMD ud fra de retningslinier som styregruppen for DAMD og KIF har fastsat.

Forventede engangsudgifter i 2006/2007:

Version 1.1	kr.	275.000
Version 2.0	kr.	1.450.000
Certificering af 9 systemer	kr.	900.000
Evt. yderligere udgift til support	kr.	135.000
Ny router og server	kr.	150.000
Online tilslutning til Sundhed.dk	kr.	100.000
Uforudsete udgifter	kr.	100.000
<u>CSC – til programmering tilmeldte pr. ydernr.</u>	<u>kr.</u>	<u>150.000</u>

**I alt** **kr. 3.240.000**

## **Mål 2007**

### For implementering

- At Datafangstmodulet er installeret i de 11 praksis systemer, og at indrapportering og tilbagemelding omkring indikatorer og risikostratificering for forløbsydelsen fungerer med en tilfredsstillende datavaliditet og kompletthed, dvs. størrelsen af datatabet må ikke overskride 1%.

- At opkoblingen til Sundhedsdatanettet fungerer tilfredsstillende.
- At mindst 200 – 400 praktiserende læger har tilmeldt sig forløbsydelsen.
  - At tilmeldingen er ligelig fordelt mellem regionerne.
  - At 6000-8000 diabetespatienter er registreret i DAMD ved årsskiftet 2007/8, dvs. 50% af diabetes patienterne i tilmeldte praksis.
  - At der 1½ år efter at praksis er tilmeldt forløbsydelsen er registreret 90% af praksis diabetespatienter , dvs. ca. 12-14.000 patienter.

*(procenterne estimeres ud fra registerdata dels i den landsdækkende diabetesdatabase dels i Århus amts diabetes register)*

- At de første data til efteråret tilbagesendes til de praktiserende læger på en CD. Dels med egne data og dels med data fra andre læger i anonymiseret form.
- At data senest 1. maj 2008 vil kunne præsenteres online på Sundhed.dk. Først for den praktiserende læge, men senere også for patienter således, at de har mulighed for at se egne data.

#### For videreudvikling

- At indrapporteringen til NIP er gjort klar i samarbejde med Kompetencecenter Syd.
- At Datafangstmodulet bliver brugt til elektronisk audit og sentinel registrering samt til kvalitets- og forskningsopgaver i overensstemmelse med bl.a. regionernes behov.
- Forberedelse af version 3.0 ud fra de indvundne erfaringer med implementering af Datafangstmodulet.
- Forberedelse af online service på Sundhed.dk for data fra DM forløbsydelsen.

#### **Mål i 2008 og 2009**

- Et stigende antal praktiserende læger er tilsluttet forløbsydelsen for DM.

- Datafangstmodulet er en integreret del af almen medicinsk kvalitetsudvikling og forskning både regionalt og svarende til det enkelte lægehus.
- Der er udviklet nye tilbagemeldingssystemer sammen med de enkelte regioners efteruddannelsesvejledere, kvalitetsudviklings- og praksiskonsulenter, der yderligere styrker kvalitetsudviklingen.
- At de store datamængder i DAMD lagres og bruges på en hensigtsmæssig måde, og at databasens validitet og kompletthed løbende bedømmes.
- At udarbejde og afprøve metoder for kontrol og behandling af patienter, der lider af flere kroniske sygdomme (f.eks. både DM og KOL). I dette arbejde inddrages internationale erfaringer.
- At lægerne kan tilslutte sig KOL kvalitetsindikatorer og stratificering – således at regionale pilotprojekter kan gennemføres.

### **Ressourcer i 2007**

- DAK-E IT leder (4/5 del stilling)
- Fuldtids IT medarbejder
- Deltids sekretær (30 timer)

### **Ressourcer i 2008 og 2009**

Yderligere ansættelse af en edb medarbejder.

### **Baggrundsgruppe for datafangstmodulet**

Datafangst gruppen i DAK-E forslår, at fagudvalget (kvalitets- og forskningsudvalget), der ifølge KIF's vedtægter skal nedsættes i relation til Dansk Almen Medicinsk Database, fungerer som baggrundsgruppe for datafangstmodulet.

Fagudvalget's (Kvalitets- og forskningsudvalgets) opgaver:

- At behandle ansøgninger om anvendelse af data til kvalitetsudviklings- og forskningsformål.

- At sikre, at offentliggørelse af data sker efter de retningslinier, som bestyrelsen for Kvalitets- og Informatikfonden har besluttet.
- At sikre, at data anvendes til de efter vedtægterne besluttede formål.
- At tilse, at data opbevares forsvarligt og efter gældende lov.
- Ud fra rapporter at påpege indsatsområder.

Som baggrundsgruppe for datafangstmodulet får fagudvalget yderligere til opave at sikre udbredelsen og implementeringen af datafangstmodulet i de enkelte regioner.

## **Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD)**

### **Status**

Vedtægterne til DAMD er godkendt af Kvalitets- og Informatikfonden december 2006.

DAMD opfylder basiskravene for kliniske kvalitetsdatabaser og er under godkendelse som specialespecifik klinisk kvalitetsdatabase i Sundhedsstyrelsen.

DAMD er godkendt af datatilsynet.

Udover registrering af indikatorer på diabetesområdet (sygdomsspecifikke), skal databasen bruges til indsamling af data for andre indikatorer og kriterier for risikostratificering både sygdoms- og symptomspecifikke. Desuden til sentinelregistrering og til indsamling af data i forbindelse med elektroniske audits.

I vedtægterne er de organisatoriske forhold med et fagudvalg (Kvalitets- og Forskningsudvalg) og en styregruppe for DAMD beskrevet.

### **Ressourcer i 2007**

Årlige udgifter til Kompetencecenter Syd	kr.	500.000
Årlige udgifter til CSC for 4 kørsler af "ptt. pr. ydernr.	kr.	115.000

## Kodning med ICPC

### **Uddrag af samarbejdsaftalen:**

**Initiativer og mål** i den kommende overenskomstperiode vil være:

- *Fortsat videreudvikling og vedligeholdelse af ICPC-klassifikationen, således at ICPC2 kan være velintegreret i lægesystemerne i takt med, at datafangst skal anvendes.*
- *Dokumentation af metoden, fortolkninger m.v. således at det sikres, at der kan stilles relevant viden til rådighed for alle praktiserende læger om kodningen for hermed at fremme interessen blandt de praktiserende læger for at ICPC-kode.*
- *Melding fra parterne til systemhusene om, at det anses som en del af kravet til almen praksis lægesystemer, at der skal være adgang til opdaterede versioner af ICPC-klassifikationen.*
- *Drøftelse og evt. aftale med Sundhedsstyrelsen vedr. den langsigtede sikring af ICPC-klassifikationens udvikling og vedligeholdelse, amtslig/regional forankring af ICPC kodenetværk og uddannelsesaktiviteter.*

### **Status**

Der har gennem de sidste år været etableret et kodenetværk mellem DAK-projektet og de enkelte amter med to ICPC interesserede praktiserende læger og en datakonsulent fra hvert amt.

Kodenetværkets opgaver har været at udbrede ICPC anvendelsen i de enkelte amter og at standardisere ICPC redskabet. Netværket mødtes 2 – 4 gange årligt for at drøfte konkrete kodeproblemer og udveksle erfaringer omkring afholdelse af lokale kodekurser.

Projektleder for IT-delen af DAK-E mødtes oktober 2006 med de enkelte systemhuse i Medcom-regi og gav her en status på datafangstudviklingen

samt påpegede overfor systemhusene, at overenskomstens parter, som beskrevet ovenfor, anser det for et krav til almen praksis lægesystemer, at der skal være adgang til opdaterede versioner af ICPC

Der er 1. februar 2007 igen ansat en konsulent til vedligeholdelse og videreudvikling af ICPC.

ICPC-2 er færdigudviklet til implementering og vil blive implementeret, når datafangstmodulet er velintegreret i de enkelte systemer. Det vil sandsynligvis kunne ske 1. januar 2008.

Danmark har gennem årene deltaget aktivt i - Wonca's classification committee – denne aktivitet bør fortsætte.

### **Mål 2007**

- Forberedelse af implementering af ICPC2 i alle systemer: Kravspecifikationen for ICPC2, som er en forudsætning for implementering til alle systemhuse gennemføres efteråret 2007.
- Da ICPC1 kodningen ikke anvendes ud fra samme kriterier alle steder, er det ikke muligt at foretage en sammenlignelig måling af kodekvaliteten af ICPC 1.

### **Mål 2008/2009**

- At DAK-E i samarbejde med regionerne opnår god kodekvalitet: et år efter implementering af ICPC2 forventes 70 % korrekt og ensartet kodning i hvert tilfælde af kroniske patienter – svarende til de opnåede mål i det tidligere Frederiksborg Amt's benchmarking projekt.
- Øvrige mål vil blive aftales i ICPC baggrundsgruppen-

### **Ressourcer 2007**

- ICPC-konsulent 6 timer ugentligt pr. 1. februar
- Ressourcer til reetablering af kodenetværket.

## **Ressourcer 2008 og 2009**

Udviklingen af ICPC-3 skal startes i Wonca regi – Danmark bør være med i det arbejde, da vi via kodenetværket har flere forslag til forbedring. Det bør dreje sig om en ny ICPC-konsulent, der efter 2009 kan være med til at implementere ICPC-3.

## **Baggrundsgruppe**

Det er afgørende, at der i løbet af foråret 2007 genetableres en datafangst/ICPC-kode baggrundsgruppe på regionalt niveau til udbredelse og standardisering af ICPC redskabet.

Opgaven er imidlertid besværliggjort af, at adskillige datakonsulenter i forbindelse med strukturomlægningen har fået andet arbejde.

Deltagere:

- 5 datakonsulenter - én fra hver region.
- 5-10 praktiserende læger med interesse for IT og forløbs-ydelsen.
- Leder af projekt om tværsektoriel kommunikation, Region Syd.
- ICPC konsulent, DAK-E.
- Leder af DAK-E IT.

## **Indikatorudvikling**

### ***Uddrag af samarbejdsaftalen:***

***Initiativer og mål*** i den kommende periode vedr. indikatorer vil være:

- *At det udviklede indicatorsæt for type 2 diabetes implementeres i det størst mulige antal praksis via de aktiviteter som er aftalt omkring 'forløbsydelsen' i Landsoverenskomsten*
- *At samarbejdet med NIP om indberetning af de fælles diabetesindikatorer som en delmængde af de i øvrigt indsamlede indikatorer jfr. ovenfor*

- *Udvikling og testning af nye sygdomsspecifikke indikatorsæt for større kroniske sygdomsgrupper efter en aftalt prioritering*
- *Udvikling og testning af nye generelle indikatorer efter en aftalt prioritering*
- *Koordinering med indsamling af tilsvarende data fra sygehussektoren så patientforløbet også kan følges (delmængde)*
- *At samle dokumentationen af indikatormetoden og de enkelte indikatorer og stille disse til rådighed for alle praktiserende læger og*
- *At samarbejde med andre lægelige kvalitetsudviklingsorganisationer, som Den Nationale Kvalitetsmodel, DGMA og NIP om metoder og evt. fællesprojekter.*

### **Status og perspektiver**

Den metode til udvikling af indikatorer, der blev udarbejdet i DAK-projektet, er blevet afprøvet for diabetes, KOL og lænderygsmerter. Desuden er metoden anvendt ved udvikling af kriterier for risikostratificering i forbindelse med diabetes og KOL.

Metoden findes velegnet til brug i almen praksis, og udviklingen af indikatorer kan gennemføres indenfor relativ kort tid og med anvendelse af begrænsede ressourcer. Den kan derfor anbefales ved udvikling af indikatorer for andre områder og ved risikostratificering.

Det er samtidig væsentligt, at der sikres tæt samspil mellem indikatorudvikling og afprøvning. Udvikling af indikatorer kræver således et tæt samarbejde med personerne bag den kommende almenmedicinske database således, at dataindsamling og feedback optimeres.

Det er vigtigt, at indikatorudviklingen også dækker sygdomme og symptomer hos de 90 % af patienterne i almen praksis, der efter endt behandling, afsluttes uden at viderehenvises.

Tidligere udviklede indikatorer til vurdering af den tværsektorielle kommunikation (Den Gode Henvisning og Den Gode Epikrise) er blevet konkret afprøvet i en tværsektoriel audit med deltagelse af praksiskonsulenter og sygehusafdelinger overalt i landet<sup>5</sup>.

Tværsektoriel indikatorbaseret audit er blevet positivt evalueret som et redskab til kvalitetsudvikling<sup>6</sup>, og vil kunne fungere komplementært til eller som et supplement til akkreditering i sygehusvæsenet i forhold til tværsektorielle patientforløb.

Samarbejdet med andre specialer og sektorer skal etableres. Her tænkes ikke mindst på arbejdsfordelingen i forhold til såvel sygehusene som den kommunale sundhedsindsats. Formidling af aftaler herom lokalt er helt centrale i forhold til en implementering af indikatorer for risikostratificering.

Der er aktuelt et tæt samarbejde mellem formanden for Fagligt Udvalg, DAK-E lederen, lederen af DAK-E IT og lederen af indikatordelen om koordinering af den information og den feedback, der skal gives til praktiserende læger om den nye forløbsydelse og om datafangstmodulet før starten på datafangstmodulet og forløbsindberetningen maj 2007.

Som oplæg til det fremtidige samarbejde mellem gruppen om Kronisk sygdom/Patientforløb og Indikatorgruppen er udarbejdet et notat der omhandler:

- Sygdomsspecifikke indikatorer/risikostratificering
- Generiske patientforløbsaktiviteter (generelle for alle patienter)
- Implementeringen af "Kronikker modellen" i almen praksis bl.a. med beskrivelse af DAK-E's aktiviteter i DSAM's kronikker udvalg

---

<sup>5</sup> Den Gode Henvisning og den gode epikrise. Rapport, september 2005. kan downloades fra [www.dgma.dk](http://www.dgma.dk)

<sup>6</sup> jf artikel i Practicus 2006 (183:174-6)

På det sygdomsspecifikke område er der udarbejdet indikatorsæt for type 2 DM, KOL og lænderygsmerter – pilotafprøvningen af sættene på KOL og Lænderygsmerter er undervejs.

Som de højst prioriterede "nye sæt" er peget på:

- Kardiovaskulær sygdom – det er en væsentlig tværsektoriel problemstilling, og der er netop udkommet en revideret DSAM vejledning på området
- Hypertension – der mangler en DSAM vejledning. Det drejer sig i vid udstrækning om indikatorer, der går igen omkring diabetes og kardiovaskulær sygdom
- Hjertepumpesvigt (Hjerte insufficiens). Vigtig kronisk sygdom med dårlig prognose. Væsentlig tværsektoriel problemstilling. DSAM vejledning undervejs.

#### *Begrundelse for at prioritering af indikatorsæt for blodpropssygdomme*

Der er tale om et område, der dels fylder meget i almen praksis, og dels rummer store muligheder for kvalitetsudvikling. Der er endvidere udviklet konsensus om behandlingsmål - det såkaldte SCORE-system, der hviler på solid international evidens, og som aktuelt er publiceret i DSAM's røde vejledning. Udfordringen er at udvikle indikatorer, der støtter den praktiserende læges anvendelse af dette redskab i almen praksis. I denne implementeringsopgave kan der formentlig drages stor nytte af det allerede udviklede SENTINEL datafangst modul, som er implementeret på diabetesområdet. Ikke mindst fordi nogle af indikatorerne er sammenfaldende.

Før en endelig prioritering finder sted vil den prioriterede liste blive diskuteret med **Kvalitetsfagligt Udvalg** samt i **baggrundgruppen**. Ligesom **bestyrelsen** vil blive orienteret, før der træffes en endelig beslutning.

#### Det generiske område

DAK projektet og DGMA afprøvede i sin tid standarder og indikatorer for **henvisninger og epikriser**. Disse standarder og indikatorer er bragt med over i IKAS' høringsudkast til "Den Danske Model". Det anbefales, at PKO-netværket tager udgangspunkt i dette materiale ved monitorering af kvaliteten af henvisninger og epikriser som afsæt til at komme i dialog med de visitations- og epikriseansvarlige overlæger på den ene side og de nye regionale kvalitetsorganisationer på den anden. Således bliver det også en støtte til regionernes akkrediteringsforberedelse at indsamle disse data i en selvevalueringsproces.

## **Mål 2007**

### For implementering

- Implementering af diabetesindikatorer med indførelsen af forløbsydelsen/datafangst.
- Pilottestning af KOL-indikatorer i foråret 2007.

### For videreudvikling

- Udvikling af nye indicatorsæt for hypertension og kardiovaskulære sygdomme.
- Fokus på forebyggelsesydelsen og på et forbedret samarbejde omkring ældre samt kronisk syge
  - Samarbejdet med DSAM's/PLO's kronikerudvalg.
  - Implementering af forløbsprogrammer.
- Koordinering med IKAS og PKO – ordningen vedr. udvikling af kommunikationen mellem sektorerne med fokus på henvisninger og epikriser:
  - DAK-E indkalder til møde mellem DAK-E, PKO og IKAS i sept./okt. 2007 med deltagelse af bl.a praksiskoordinator Jens Rubak og Rikke Primdahl, AC-medarbejder, DAK-E.

## **Mål 2008**

- Pilottest af indikatorer for lænderygsmerter.
- Beskrivelse for udvikling af nye indicatorsæt på det generiske område.

- Koordination og samarbejde med IKAS vedr. udvikling af indikatorer på det generiske område.

### **Ressourcer 2007**

Der er pr. 1. februar 2007 ansat en leder (Jørgen Steen Andersen) på indikatorområdet, 8 timer ugentligt, til videreførelse af det arbejde med indikatorer i DAK-projektet, der sluttede 1. september 2006.

### **Ressourcer 2008 og 2009**

Sandsynligvis er der brug for, at konsulenten på indikatorområdet ansættes yderligere 8 timer – der er samtidig brug for epidemiologisk og statistisk ekspertise til bearbejdning af indkomne data på indikator- og risikostratificeringsområdet. Hertil kommer, at indikatorkonsulenten vil kunne bidrage til DAK-E's samarbejde med IKAS.

### **Baggrundsgruppe**

Der foreslås nedsat en fælles baggrundsgruppe for kronisk sygdom og udvikling af indikatorer med mødehyppighed 2 gange årligt.

Formål:

- At komme med forslag til implementering og videreudvikling af resultaterne fra opsamling af data omkring indikatorer og risikostratificeringen
- At pege på nye områder, hvor der skal udvikles indikatorer efter indstilling fra regionerne
- At komme med ideer til implementeringen af de forløbsprogrammer, som Sundhedsstyrelsen er ved at udarbejde

Deltagere:

- En praksiskoordinator fra hver af de 5 regioner
- En overlæge/speciallæge fra hver region med interesse for tværsektorielt samarbejde

- En deltager fra hver af de tre almenmedicinske miljøer (Århus, Odense, København)
- En repræsentant fra NIP
- Formanden for Fagligt Udvalg
- DAK-E (Lars Rytter, Jørgen Sten Andersen og Søren Friborg)

Ved udarbejdelse af nye indikatorsæt nedsættes, som i DAK-projektet, ad hoc arbejdsgrupper med det formål at udvikle de nye indikatorer.

## **Patientevaluering**

### ***Uddrag af samarbejdsaftalen:***

#### ***Initiativer og mål:***

- *Fastholdelse af patientperspektivet og*
- *Udvikle modeller for systematisk inddragelse af patientperspektivet, der baserer sig på erfaringerne med DANPEP - evt. i regional sammenhæng*
- *Der arbejdes videre med metoder til offentliggørelse af patientoplevelset kvalitet i almen praksis*

### **Status og forslag til fremtidig udvikling**

Der foreligger nu en omfattende rapport fra projektet: Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis (DanPEP).

I rapporten er der et afsnit om den fremtidige udvikling af DanPEP samt et koncept for permanent drift af DanPEP<sup>7</sup>.

Det er vigtigt, at det samarbejde, der i den første DAK/DanPEP periode har været med LUP (Den Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser) og Århus amts kvalitetsafdeling fortsætter.

---

<sup>7</sup> DanPEP Danske Patienter Evaluerer Almen Praksis – Projektafrapportering dec.2002 – marts 2006.

På baggrund af rapporten har der været nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra DanPEP, Praksisenheden i Århus og DAK-E med henblik på at beskrive den fremtidige udvikling af DanPEP.

Der foreligger nu en *model for drift af DAK-E/DanPEP*. Med henblik på at anvende DanPEP-instrumentet som indikator for den patientoplevede kvalitet af praksis anbefales udvikling af følgende model.

### Organisation

DAK-DanPEP etableres som en del af DAK-E. Der oprettes et sekretariat med en sekretariatsleder som eneste faste medarbejder. Sekretariatet får lokaler og indgår i miljøet på Praksisenheden i Århus. Opdrag og beslutningskompetence ligger hos chefen for DAK-E rådgivet af Kvalitetsfagligt Udvalg samt af den baggrundsgruppe, der nedsættes til udvikling og implementering af DanPEP. Drift og implementering af overordnede beslutninger varetages af DAK-E DanPEP's sekretariatsleder. Distribution og scanning af spørgeskemaer placeres i det omfang, det er hensigtsmæssigt, hos Kvalitetsafdelingen, der har lokaler samme sted som Praksisenheden.

### Metode

Det antages, at 500 læger årligt gennemfører DanPEP-evaluering. Hver deltagende læge udleverer 125 spørgeskemaer til sine patienter i forbindelse med konsultationen. Der udsendes ikke påmindelser.

Deltagelse i DanPEP er frivillig. Rekrutteringen foregår i samarbejde med kontaktpersoner fra de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg (KE-udvalg). Der holdes et orienteringsmøde for grupper af interesserede deltagere før evalueringen og et afrapporteringsmøde efter evalueringen, hvor deltagerne får deres personlige rapport. Kontaktpersonen deltager i begge møder. De regionale KE-udvalg står for bistand til lægerne i forbindelse med evt. efterfølgende udviklingsarbejde på baggrund af evalueringerne.

### Offentliggørelse af data fra evalueringerne

Data, der kan henføres til en bestemt læge eller praksis, må ikke offentliggøres. Data kan offentliggøres på aggregeret niveau. Forskningsenhederne for Almen Praksis kan benytte data til forskning og udvikling af konceptet.

### Økonomi

Faste udgifter afholdes som hovedregel af DAK-E. Variable udgifter, dvs. udgifter forbundet med evalueringen af den enkelte læge, afholdes de regionale kvalitetsudvalg

### Udviklingsopgaver

Der arbejdes med følgende udviklingsområder:

- Om nødvendigt at revidere ordlyden af de enkelte spørgsmål
- Komme med forslag til manglende spørgsmål
- Gennemføre en psykometrisk analyse på europæiske data
- Udfærdige vejledning i scoring af spørgeskemaet
- Udvikle en protokol for præsentation af resultaterne til lægerne

Hanne Heje har fået midler til at arbejde videre med de mange patientkommentarer med henblik på at identificere nye spørgsmål af betydning patienttilfredsheden.

Den rapport, som lægerne modtager med resultatet af evalueringen udvikles med henblik på i højere grad at indeholde grafik og fremadrettet information.

Der etableres et fast samarbejde med regionale kvalitetsprojekter, hvori den patientoplevede kvalitet indgår eller kan indgå.

Der udvikles et koncept til evaluering af de læger, der allerede har gennemført en DanPEP-evaluering og ønsker en ny evaluering.

Der udvikles en hjemmeside til DanPEP, som en del af DAK-E's hjemmeside. Den primære målgruppe er praktiserende læger og personalet i almen praksis.

DanPEP forventes klar i drift i april 2007 og ideen er, at DanPEP i starten tilbydes både de praktiserende læger, der tidligere har deltaget samt nye læger.

### **Mål 2007**

- At 500 praktiserende læger gennemfører en DANPEP evaluering med udlevering af 125 spørgeskemaer:
  - Evalueringen vil gennemføres med 100 praktiserende læger ad gangen med ca. 1 mds interval og med start 1/9 2007.
  - De første resultater forventes at foreligge i december 2007.
- Skemaet skal udbygges i overensstemmelse med baggrundsgruppen, som har første møde 23/5 2007:
  - Om nødvendigt at revidere ordlyden af de enkelte spørgsmål.
  - Forslag til manglende spørgsmål.
  - Evt. spørgsmål vedr. kronisk sygdom.

### Yderligere udviklingsopgaver

- At udvikle en protokol for præsentation af resultaterne til lægerne.
- Rapporten laves således, at der dels skabes større mulighed for benchmarking.

### **Ressourcer 2007**

- Der er pr. 1. januar 2007 ansat en leder, 30 timer ugentligt, (Gitte Hove) til gennemførelse af patientevalueringer hos ca. 500 praktiserende læger årligt.
- Deltids HK ansættelse
- Lokaler mm.

Det forudsættes her, at de enkelte regioner betaler de variable udgifter ved DanPEP-forløbet, bl.a. de udgifter der har med opfølgningen af DanPEP undersøgelsen at gøre.

### **Ressourcer 2008 og 2009**

Udover ressourcerne i 2007 VIP konsulentbistand til udvikling af konceptet

### **Baggrundsgruppe**

Der foreslås etableret en baggrundsgruppe.

Formål:

- At fastholde patientperspektivet
- At udvikle og implementere DanPEP-instrumentet i regionerne.

Deltagere:

- En kontaktperson fra hver af de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg.
- En repræsentant fra Praksisafdelingen i Århus.
- To repræsentanter fra Forskningsenheden i Århus.
- En repræsentant fra LUP i Glostrup og en fra kvalitetsafdelingen i Århus.
- DAK-E.

### **Patientforløb – Kroniske patienter**

Gennem arbejdet i DAK-projektet og samarbejdet med DGMA (Den Gode Medicinske Afdeling) samt deltagelse i Sundhedsstyrelsen, i arbejdsgruppen bag rapporten om "Kronisk sygdom", har Lars Rytter som leder af DAK-projektet vedrørende "shared care" fået en betydelig viden og erfaring omkring samarbejdet mellem almen praksis og sygehusvæsenet om kroniske patienter. Det arbejde videreføres nu i de arbejdsgrupper, der er nedsat med henblik på implementering af rapportens anbefalinger bl.a. via udbyggede forløbsprogrammer for patienter med kroniske sygdomme.

Arbejdet omfatter også konkretisering af kommunernes opgaver og samspil mellem hospitaler og almen praksis. I diabetesforløbsydelsen fokuseres både på en mere proaktiv behandlerrolle, på indberetning af kvalitetsindikatorer samt på risikostratificering. DSAM's nyetablerede arbejdsgruppe om patienter med kronisk sygdom må også forventes at kunne komme med væsentlige forslag til den fortsatte udvikling.

I DAK Enheden er det vigtigt, at dette arbejde fortsætter. Decentralt bliver hovedopgaven at være med til at implementere de allerede udviklede indikatorer omkring kroniske sygdomme (DM og KOL). Dette skal ske i tæt samarbejde med de regionale KE-udvalg, med DAK-E projektlederen for indikatorer, med DSAM's udvalg for kronisk sygdom og relevante kommunale aktører f.eks. kommunale praksiskonsulenter.

Praksiskonsulentordningen vil både lokalt i kommuner og i regioner kunne udgøre et praktisk omdrejningspunkt mellem de tre parter. Dette vil dog kræve en udvidelse af ordningen med indførelse af et tilstrækkeligt antal kommunale praksiskonsulenter og praksiskonsulenter i relation til koordinerende opgaver med patientforløb.

### **Ressourcer 2007**

Der er pr. 1. februar 2007 ansat en konsulent, 1 dag ugentlig (Lars Rytter).

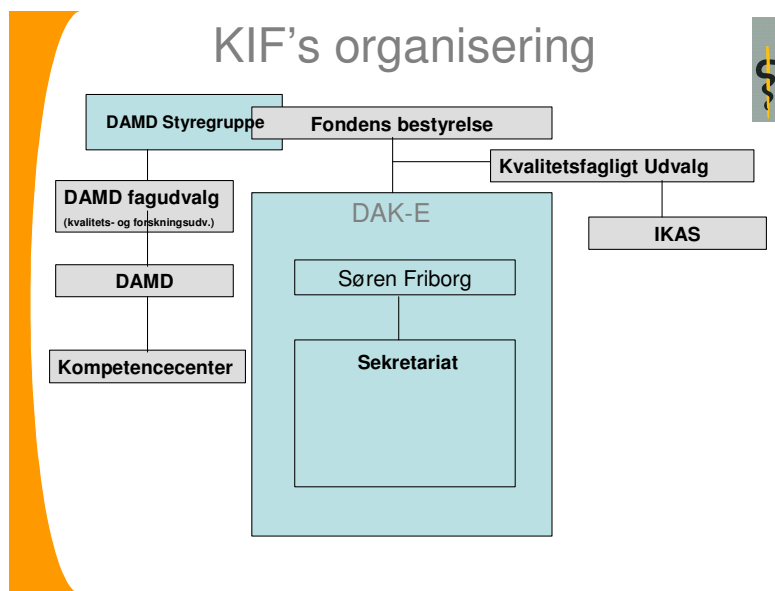
### **Ressourcer 2008 – 2009**

- Ansættelse 4/5 tid konsulenten på kronikerområdet
- Møder og transport

**Baggrundsgruppen** er den samme for indikatorer.

## **Organisatoriske rammer**

**Modellen for DAK-E er beskrevet i Samarbejdsaftalen for kvalitetsudvikling i almen praksis.**



## **Bestyrelsen for Kvalitets- og Informatik Fonden (KIF)**

### **Den består af:**

Formand: Kristian Ebbensgaard, Regionsformand, Region Sjælland

Næstformand: Henrik Dibbern, Næstformand, P.L.O.

Klaus Friis Andersen, bestyrelsesmedlem P.L.O.

Bjarne Jørgensen, bestyrelsesmedlem DSAM

Johannes Flensted-Jensen, Region Midtjylland

Jens Elkjær, Regionssundhedsdirektør, Region Syddanmark

### **Formål:**

- Fonden har som sit formål at understøtte kvalitetsudviklingen i almen praksis med henblik på at forbedre kvaliteten i almen praksis
- Fonden tager i sit arbejde udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet (IKAS)

Der foreligger vedtægter og forretningsorden for KIF.

## **DAK-Enheden**

- Søren Friberg ansat som chef (på 4/5 tid)
- Henrik Schroll, som leder af DAK-E IT (også på 4/5 tid)
- Gitte Hove, som leder af DAK-E DanPEP 30 timer ugentligt
- Rikke Primdahl, som fuldtids AC medarbejder
- Finn Svanberg Nielsen, som fuldtids IT medarbejder
- Lone Østerhaab, som 30 timers sekretær
- Jørgen Steen Andersen, som konsulent, 8 timer ugentligt, med ansvar for indikator udviklingen
- Lars Rytter, som konsulent, 8 timer ugentligt, med ansvar for patientforløb/kroniske patienter
- Tina Eriksson, som konsulent, 8 timer ugentlig med ansvar for samarbejdet med de almenmedicinske miljøer og det internationale samarbejde
- Erik Falkø, som konsulent, 6 timer ugentligt, med ansvar for ICPC udviklingen

## **Arbejdsområder**

Af udkastet til vedtægter for KIF fonden samt af Samarbejdsaftalen mellem SFU og P.L.O. fremgår at:

DAK enhedens hovedarbejdsområde er drift af:

- Datafangstmodulet, Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD)
- Indikatorområdet
- Patientperspektivet (DanPEP)
- Det tværsektorielle patientforløb, herunder med videreudviklingen af "kronikermodellen"

## **Desuden**

- Sekretariatsfunktion for:
  - KIF fonden (Kvalitetsfonden sekretariatsbetjenes af P.L.O. og i Regionernes Lønnings- og Takstnævn i samarbejde med DAK-E.)
  - Det Kvalitetsfaglige Udvalg

- Styregruppen og Fagudvalget (Kvalitets og Forskningsudvalget) for DAMD
- Koordinering af kvalitetsarbejdet til regionerne, til Fagligt Udvalg og centralt til IKAS og NIP – således at samarbejdet både til regioner og IKAS udbygges
- Dokumentation af det kvalitetsfaglige arbejde
- Igangsættelse og gennemførelse af initiativer og projekter som fondsbestyrelsens måtte ønske iværksat inden for fondens formål og økonomi

## **Kvalitetsfagligt Udvalg**

### **Udvalget består af:**

- To repræsentanter (en fra henholdsvis læge- og embedsmandsside) fra hvert af de fem regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg
- En repræsentant fra Lønnings og Takstnævnet
- En repræsentant fra P.L.O.
- En repræsentant fra IKAS
- En repræsentant fra DSAM

### **Med følgende tilforordnede:**

- En repræsentant for Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- En repræsentant for Sundhedsstyrelsen
- Formanden for Fagligt Udvalg
- En repræsentant fra de tre forskningsenheder/APO

De tilforordnede deltager i møderne uden stemmeret.

Formanden for Det Kvalitetsfaglige Udvalg udpeges af Praktiserende Lægers Organisation og Lønnings- og Takstnævnet i fællesskab. Formanden skal have et godt fagligt kendskab til almen praksis samt have indsigt i forsknings- og kvalitetsmæssige forhold. Til formand har parterne udpeget praktiserende læge og praksiskoordinator Jens Rubak, Århus.

Kvalitetsfondens sekretariat udarbejder en forretningsorden for Det Kvalitetsfaglige Udvalg, som godkendes af fondens bestyrelse.

Det Kvalitetsfaglige Udvalg sekretariatsbetjenes af DAK-E

## **Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD)**

Bekendtgørelsen om kvalitetsdatabaser giver i dag mulighed for at godkende specialespecifikke databaser.

Der foreligger vedtagne vedtægter for DAMD (for Styregruppen og Fagudvalget (Kvalitets og Forskningsudvalget)).

Der foreligger tilladelse fra Datatilsynet til at drive DAMD, og DAMD opfylder DaRe's databasesekretariats basisbetingelser for kliniske kvalitetsdatabaser for så vidt angår sygdommen diabetes. Det vil sige, at databasen opfylder de generelle krav, som DaRe stiller til kliniske kvalitetsdatabaser for så vidt angår sikkerhed (med de sikkerhedskrav, der er opstillet i samarbejde med kompetencecentre), afrapportering mm.

### **Vedtægter**

I henhold til DAMD's vedtægter har KIF's bestyrelse følgende opgaver:

- At sikre, at Dansk AlmenMedicinsk Database lever op til målsætningen
- Overordnet økonomisk, juridisk og driftsmæssigt ansvar
- At videreudvikle Dansk Almenmedicinsk Database i henhold til formålet
- At offentliggørelse af data sker efter de regler, der er aftalt i bestyrelsen for Kvalitets- og Informatikfonden
- At indgå aftale med Kompetencecenter Region Syd
- At godkende databaselederen i databasens sekretariat

Bestyrelsen kan dog uddelegere kompetencer til Styregruppen for DAMD og Kvalitets- og Forskningsudvalget.

Databasalederen og dennes stab varetager den daglige drift af databasen og Databasalederen fungerer desuden sammen med DAK- E's sekretariat som sekretariat dels for styregruppen for DAMD og for Fagudvalget (Kvalitets- og Forskningsudvalget). Databasalederen er observatør dels i DAMD's styregruppen dels i Fagudvalget (Kvalitets- og Forskningsudvalget).

## **Styregruppen for DAMD**

Gruppen skal ifølge de generelle retningslinier for kliniske kvalitetsdatabaser bestå af:

- En uvildig repræsentant for databasens værtsregion, dvs. Region Syddanmark. Kvalitetschef Lisbeth Rasmussen Region Syddanmark er villig til at indtræde i styregruppen
- En repræsentant for det kompetencecenter der "huser" databasen, dvs. Kompetencecenter Syd. Faglig chef Anders Green er villig til at indtræde i styregruppen
- En repræsentant for det omhandlende videnskabelige selskab dvs. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). Bjarne Søgaard Jørgensen fra KIF's og DSAM's bestyrelse er villig til at indtræde
- Herudover består styregruppen af Jens Elkær og Henrik Dibbern fra KIF's bestyrelse
- Styregruppen konstituerer sig med formand i forbindelse med første møde

### ***Uddrag af samarbejdsaftalen:***

*Initiativer vil derfor være:*

- *Databasestyrelsen (Styregruppen) skal sikre, at der udarbejdes en metode til offentliggørelse af data i den almen medicinske database gennem årsrapporten, der overholder disse hensyn*

*Mål vedr. offentlighed er:*

- *Data offentliggøres således, at der gives indsigt i kvaliteten i almen praksis, men uden at det er muligt at identificere enkeltlæger*

- *Den enkelte læge, der indberetter, får adgang til at kommentere data inden offentliggørelsen*
- *Data fra den almen medicinske database offentliggøres i forbindelse med en årsrapport*
- *Evt. data indberettet til NIP fra almen medicin offentliggøres først efter fastlæggelsen af en model, der imødekommer ovennævnte hensyn*

## **Fagudvalget (Kvalitets og Forskningsudvalget)**

Består af:

- En kvalitetsudviklingskonsulent fra hver region
- En repræsentant fra hver af de almenmedicinske miljøer
- En repræsentant fra henholdsvis P.L.O. og RF

## **Fagudvalgets (Kvalitets- og forskningsudvalgets) opgaver**

**er:**

- At behandle ansøgninger om anvendelse af data til kvalitetsudviklings- og forskningsformål
- At sikre, at offentliggørelse af data sker efter de retningslinier, som Bestyrelsen for Kvalitets- og Informatikfonden har besluttet
- At sikre, at data anvendes til de efter vedtægterne besluttede formål
- At tilse, at data opbevares forsvarligt og efter gældende lov
- Ud fra rapporter at påpege indsatsområder

Fagudvalget træffer beslutninger i enighed. Ved uenighed skal denne forelægges Styregruppen for DAMD, og evt. tvist afgøres i Kvalitets og Informatik Fonden.

Det er samtidig hensigtsmæssigt, hvis gruppen kan bruges som rådgiver for DAK-E IT med hensyn til implementering af datafangstmodulet i regionerne samt til optimering af tilbagemelding til regionerne på flere niveauer (den enkelte praksis, smågrupper, dele af eller hele regionen).

Databasalederen og dennes stab varetager den daglige drift af databasen og databasalederen fungerer desuden sammen med DAK-E's sekretariat som sekretariat dels for styregruppen for DAMD og for Kvalitets- og Forskningsudvalget. Databasalederen er observatør dels i DAMD's styregruppen, dels i kvalitets- og Forskningsudvalget.

## **Samarbejde**

### **Mellem de regionale Kvalitets og Efteruddannelses udvalg og KIF/DAK-E**

I den nye overenskomst er der lagt op til et tættere forpligtende samarbejde og koordinering mellem de regionale KE-udvalg og KIF/DAK-E, dels gennem bestyrelsen for fonden, der lægger de overordnede linier for samarbejdet og dels gennem oprettelsen af det Kvalitetsfaglige Udvalg som inddrager regionerne.

#### **1. Kvalitetsfagligt Udvalg**

De regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg inddrages gennem Kvalitetsfagligt Udvalg i KIF's arbejde for på den måde at sikre en koordinering af kvalitetsarbejdet på landsplan

KE-udvalgene orienterer gennem Kvalitetsfagligt Udvalg om:

- Regionale kvalitets – og efteruddannelses aktiviteter
- Formidler initiativer og projekter igangsat af det regionale udvalg selv eller af KIF/DAK-E.
- Støtter arbejdsmæssigt og gennem anvendelsen af lokale midler op om KIF/DAK-E's arbejdet.

#### **2. Baggrundsgupper**

DAK-E foreslår, at der på udvalgte områder nedsættes baggrundsgupper med repræsentation fra hver af de 5 regioner. Baggrundsgruppernes funktion er udvikling, koordinering og implementering af de elementer DAK-E har i drift.

Baggrundsgruppernes arbejde refereres og diskuteres i kvalitetsfagligt udvalg.

Det vil dreje sig om følgende baggrundsgupper:

- Datafangst (her foreslås det, at fagudvalget til DAMD fungerer som baggrundsgruppe)
- ICPC kodenetværket bl.a. med en datakonsulent fra hver region
- Patientevalueringer

- Kronisk sygdom/indikatorudviklingen

### **3. Møder mellem de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg og DAK-E**

Dak-E vil foreslå møder i de fem regioner mellem DAK-E og de enkelte Samarbejds- eller Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg.

Møderne skal være gensidigt informerende og fokusere på konkrete samarbejds-relationer.

Møderne tænkes afholdt i april – juni 2007.

### **Samarbejdet mellem overenskomstens parter og DAK-E**

Der er gennem den fælles sekretariatsfunktion i forhold til KIF sikret et tæt samarbejde mellem overenskomstens parter og DAK-E.

### **Samarbejdet mellem IKAS og DAK-E**

DAK-E tager i sit arbejde udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet og dermed også i det arbejde der laves i IKAS.

Almen praksis' struktur med mange små enheder gør, at udviklingsarbejdet i almen praksis bliver anderledes end på sygehusene, selvom målene beskrevet i Den Danske Kvalitetsmodel er de samme. Kontaktmønsteret og sygdomsprofilen er dog meget forskellig i almen praksis og i sygehusvæsenet.

90 % af de patienter, der henvender sig i almen praksis med symptomer og sygdomme afsluttes der uden viderehenvisning. Organiseringen i de mange små enheder i almen praksis giver udfordringer med hensyn til implementering og koordinering, men giver også fordele i form af hurtige, ubureaukratiske beslutninger, f.eks. på IT området.

Der foreligger et forslag oprettelse af et koordinationsudvalg mellem IKAS og DAK-E med det formål at koordinere og i relevant omfang at samtænke aktiviteterne i DAK-E og IKAS.

### **Samarbejdet mellem Fagligt Udvalg og DAK-E**

Fagligt Udvalg skal understøtte den faglige udvikling i almen praksis, som den afspejles i landsoverenskomsten eller andre aftaler mellem parterne. I forbindelse med analyse og belysning af et fagligt område kan udvalget stille forslag om optagelse af nye ydelser, bortfald af eller ændring af eksisterende ydelser.

Fagligt Udvalg har desuden nedsat et laboratorieudvalg.

DSAM's kliniske vejledninger støttes og finansieres gennem Fagligt Udvalg.

I grundlaget for både DAK-E og Fagligt Udvalgs arbejde indgår nye forskningsresultater, kvalitetssikringsresultater, kliniske vejledninger, desuden den ændret arbejdsfordeling mellem primær- og sekundærsektoren samt overvejelser om behov for ændring af arbejdsdelingen mellem alment praktiserende læger og deres klinikpersonale.

Der er således fælles berøringsflader mellem DAK-E og Fagligt Udvalg og et samarbejde er derfor væsentligt og nødvendigt.

### **Samarbejdsstruktur**

Fagligt Udvalg er tilforordnet Kvalitetsfagligt Udvalg.

For at imødekomme et gensidigt informationsbehov aftales derudover mindst kvartalsvise orienteringsmøder mellem formanden for Fagligt Udvalg og chefen for DAK-E.

Fagligt Udvalg fremsender dagsorden inklusiv bilag for dets møder til chefen for DAK-E, der ligeledes ad hoc kan deltage i Fagligt Udvalgs møder.

DAK-E kan fremsende motiverede forslag til ændring i landsoverenskomsten til Fagligt Udvalg.

Fagligt Udvalg kan anmode DAK-E om vurderinger på kvalitetsudviklingsområdet og oplysninger fra DAMD til brug for sit arbejde. Direkte omkostninger forbundet hermed skal udredes af Fagligt Udvalg.

DAK-E sekretariatet tilforordnes møderne i Laboratorieudvalget under Fagligt Udvalg.

### **Samarbejdet mellem Forskningsenhederne for Almen Praxis samt APO og DAK-E**

Flere af de centrale områder som DAK-E arbejder med er startet som forskningsprojekter. Det gælder bl.a. udviklingen af datafangstmodulet og DanPEP projektet.

Findes der ikke en tæt kontakt mellem forskning og kvalitetsudvikling, får man ikke synergien mellem klinisk arbejde og forskning og dermed ikke den kliniske udvikling. Ved udarbejdelsen af de evidensbaserede kliniske vejledninger, som DSAM har stået for, har forskningsenhederne ligeledes haft stor betydning.

I over 10 år har Audit Projekt Odense (APO) stået for en række eksterne audits efterfulgt af en målrettet efteruddannelse. Stort set alle praktiserende læger i landet har deltaget i en eller flere audits. APO har gennem årene haft et vel-fungerende net af kontaktpersoner i de fleste amter. Den erfaring og det netværk APO har skal indtænkes nu, hvor audit vha. datafangstmodulet skal foregå elektronisk.

### **Samarbejdsstrukturen**

Forskningsenhederne/APO er repræsenterede i Kvalitetsfagligt Udvalg.

Hver enkelt forskningsenhed er repræsenteret i fagudvalget (Kvalitets- og Forskningsudvalget) for DAMD.

Forskningsenhederne indgår i de baggrundsgrupper DAK-E foreslår nedsat. Både forskningsenhederne og DAK-E er repræsenteret i det evalueringsudvalg, der er nedsat af Fagligt Udvalg til evaluering af forløbsydelsen samt til evaluering af DM-indikatorerne og risikostratificeringen.

Der er udarbejdet et notat vedrørende samarbejdet til Audit Projekt Odense (APO).

### **Samarbejdet mellem den europæiske kvalitetsorganisation for almen praksis (EQuIP) og DAK-E**

Konsulent i DAK-E Tina Eriksson er en af to danskere i EQuIP netværket.

Gennem årene har EQuIP netværket inspireret til mange både forsknings- og kvalitetsudviklingsinitiativer i Danmark. Således er DanPEP patientevalueringsprojektet en del af et større EuroPEP-projekt. Den metode, vi i Danmark har anvendt ved udvikling af indikatorer, er inspireret af den metode, man benytter i UK (Manchestergruppens arbejde) – i samme periode har vi i Danmark sandsynligvis inspireret nogle EQuIP medlemmer, bl.a. omkring den elektronisk udvikling i almen praksis, omkring praksiskonsulentordningen og i forbindelse med håndtering af kroniske patienter.

Også fremover er det europæiske samarbejde på kvalitetsudviklingsområdet i almen praksis helt centralt.

## **Implementeringsstrategi**

I samarbejdsaftalen om kvalitetsudvikling i almen praksis er der beskrevet to niveauer for implementering:

1. *Udarbejdelse af implementeringsstrategi for de færdigudviklede redskaber og metoder, som udgør niveauet mellem DAK-E og de enkelte regioner.*
2. *Udarbejdelse af implementeringsmodeller overfor den enkelte praktiserende læge, som er regionernes udfordring og ansvar. DAK-E vil fungere som sparringspartner på dette niveau, ex. i uddannelsen af konsulenter og facilitatorer.*

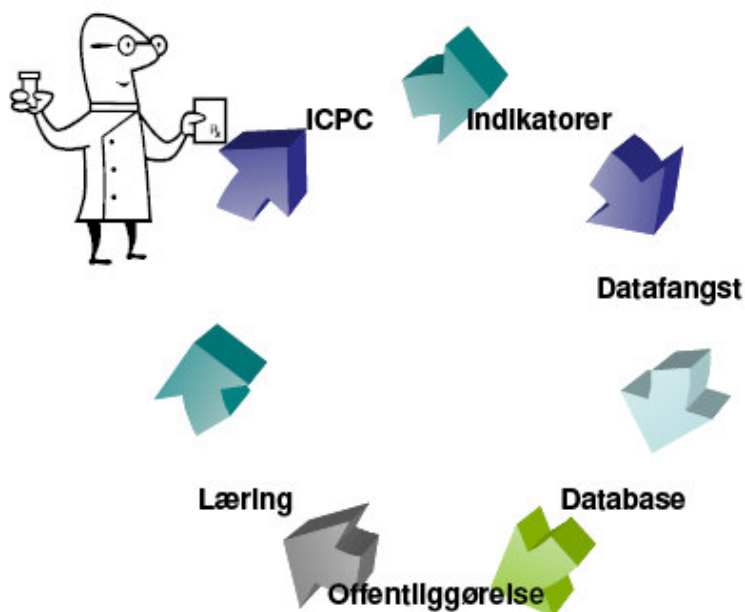
## **Implementering af færdigudviklede redskaber og metoder**

DAK-E har i 2007 fokus på implementeringen af følgende færdigudviklede redskaber og metoder til kvalitetsudvikling:

- Datafangstmodul version 2.0.
- ICPC - diagnosekodning.
- Diabetesindikatorer.
- Metode til risikostratificering (behandlingsniveau)
- Metode til evaluering af almen praksis ud fra patientperspektivet - DAN-PEP.

Således arbejdes der med at få implementeret de enkelte elementer i kvalitetsudvikling, som er beskrevet i samarbejdsaftalen mellem Sygesikringen og PLO, jvnf. fig. 1.

**Figur 1. Elementer i Implementering af kvalitetsudvikling.**



En af DAK-E's vigtigste opgaver i forbindelse med implementeringen af de metoder og redskaber til kvalitetsudvikling, som DAK-E har udviklet er, at etablere et tæt samarbejde mellem DAK-E og regionerne. DAK-E skal være med til at inspirere til at sætte øget fokus på specifikke indsatsområder og understøtte implementeringen i almen praksis i det omfang regionerne ønsker det. Samarbejdet mellem DAK-E og regionerne skal sikre en gensidig enighed vedr. prioriteringer, tidsrammer og strategier. En mere detaljeret strategi for implementeringen kan derfor først beskrives, når de første møder med de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg er afholdt.

### **Samarbejdet mellem DAK-E og regionerne finder sted indenfor tre niveauer:**

#### *1. Samarbejdet i Kvalitetsfagligt Udvalg (KFU).*

Hver region er repræsenteret med to personer i KFU (en praktiserende læge og en administrator). KFU mødes 4 gange årligt.

I KFU orienterer Regionernes Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg om:

- Regionale Kvalitets- og Efteruddannelses aktiviteter.
- Initiativer og projekter igangsat af de regionale udvalg eller af KIF/DAK-E.
- Strategi for understøttelse af arbejdet i KIF/DAK-E's – herunder diskuteres rammerne for implementeringen af DAK-E's indsatsområder, ex.:
  - i. Prioritering af indsatsområder.
  - ii. Relevante samarbejdsudvalg, konsulenter, facilitatorer ect.
  - iii. Baggrundsgruppernes sammensætning og funktion.
  - iv. Møder mellem DAK-E og de enkelte regioner.

### *2. Regelmæssige møder mellem de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg og DAK-E.*

DAK-E er sammen med de regionale Kvalitets- og efteruddannelsesudvalg ved at planlægge en besøgsrunde til regionerne, som vil blive afholdt i efteråret. Kvalitets- og Efteruddannelsen er først ved at blive etableret, hvorfor det ikke er muligt at afholde besøgsrunde på et tidligere tidspunkt. Møderne skal være gensidigt informerende og vil fokusere på konkrete samarbejdsinitiativer. Det tilstræbes, at der afholdes et møde årligt.

### *3. Samarbejdet i baggrundsgrupper :*

Baggrundsgrupperne er faglige grupper etableret i relation til hvert af DAK-E's indsatsområder.

Hver baggrundsgruppe har lægefaglig repræsentation fra hver af de fem regioner, fra DAK-E, fra personer med specialviden på de enkelte områder samt en repræsentant fra Danske Regioner og PLO. Baggrundsgrupperne er permanente grupper med afholdelse af møder 2-4 gange årligt. Kommissorium for samarbejdet i baggrundsgrupperne laves efter 1. møde i hver baggrundsgruppe.

Baggrundsgrupperne er *faglige* arbejdsgrupper, som har specifikt bud på, hvordan de enkelte initiativer/indsatsområder implementeres i regionerne. Des-

uden rådgiver baggrundsgrupperne omkring videreudviklingen af de enkelte elementer. Baggrundsgrupperne lægger således planer og strategier inden for de overordnede rammer og den retning for arbejdet, der er aftalt i KFU. Beslutninger, der tages i baggrundsgrupperne meldes derfor tilbage til KFU, hvor de regionale erfaringer og idéer vil blive udvekslet og diskuteret.

Baggrundsgrupperne og KFU er på den måde gensidig afhængige, idet baggrundsgrupperne er et led i, og en forudsætning for, af aftalte kvalitetsudviklingsinitiativer følges op og sættes i værk.

De regionale medlemmer i baggrundsgrupperne har ansvar for, at den regionale implementering beskrives og sættes i værk i samarbejde med andre regionale ressourcepersoner og med udgangspunkt i de regionale praksisenheder. De regionale Kvalitets- og efteruddannelsesudvalg udpeger selv de personer (PKO'er, kvalitetsudviklingskonsulenter, facilitatorer, efteruddannelsesvejledere), der skal stå for implementeringen i almen praksis i de enkelte regioner.

### **Baggrundsgruppernes funktion vedr. implementering**

- *ICPC baggrundsgruppen*

Gruppen har til opgave at udbrede ICPC anvendelsen i de enkelte regioner og at standardisere redskabet. Gruppen skal systematisk, og sammen med de regionale deltagere, etablere kodekurser for alle praktiserende læger i regionerne, således at kodeaktivitet i almen praksis øges. Der foreligger lovende piloterfaringer på området. Samtidig skal gruppen sikre, at kodekvaliteten er optimal, dvs. at de praktiserende læger koder rigtigt og ensartet. Kodekvaliteten forventes at blive større med ICPC 2, der indføres i 2008, da denne bl.a har inklusions- og eksklusionskriterier.

Der er planlagt møde 15. marts 2007 med systemhusene og datakonsulenter fra de 5 regioner omkring konkret implementering af datafangstmodul version 2.0. Første møde i ICPC kodenetværket bliver i april 2007.

- *Datafangst gruppen*

DAK-E forslår, at fagudvalget (kvalitets- og forskningsudvalget), der ifølge KIF's vedtægter skal nedsættes i relation til Dansk Almen Medicinsk Database, fungerer som baggrundsgruppe for datafangstmodulet.

Baggrundsgruppen for datafangstmodulet har til opgave at sikre udbredelsen og implementeringen af datafangstmodulet i de enkelte regioner.

- *Baggrundsgruppen for Kronisk sygdomme/Indikatorer*

Gruppen har til opgave at:

- I. Komme med forslag til implementering af resultaterne fra opsamling af data omkring indikatorer og risikostratificeringen.
- II. Komme med ideer til implementeringen af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer.

Hovedopgaven er i første omgang at implementere de udviklede indikatorer for DM. Da diabetesindikatorerne og metoden til risikostratificering er en integreret del af datafangstmodulet vil implementeringen disse elementer forløbe samtidig med udbredelsen af datafangstmodulet. Ligeledes vil idéer til implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer foregå i tæt samarbejde med de regionale KE udvalg, DSAM's kronikerudvalg samt relevante kommunale aktører, ex. kommunale praksiskonsulenter. Praksiskonsulentordningen vil både lokalt i kommuner og i regioner kunne udgøre et praktisk omdrejningspunkt mellem de tre parter. Dette vil dog kræve en udvidelse af ordningen med indførelse af et tilstrækkeligt antal kommunale praksiskonsulenter og praksiskonsulenter i relation til koordinerende opgaver med patientforløb.

Implementeringen af indikatorer for KOL vil prioriteres som det næste. Den indledende pilottest af KOL-indikatorerne, med en pop-up skærm i lighed med den for diabetes, påbegyndes i løbet af efteråret 2007.

- *DANPEP baggrundsgruppen:*

Gruppens har til opgave at:

- I. Fastholde patientperspektivet
- II. Implementere DanPEP-instrumentet i regionerne.

### **Øvrige aktiviteter i DAK-E regi, der er med til at fremme implementeringen**

- *Kurser i forløbsydelsen*

Fagligt Udvalg og overenskomstens parter har fra januar til marts i år afholdt omkring 30 kurser i forløbsydelsen for praktiserende læger. DAK-E har deltaget i kurserne med introduktion til datafangstmodulet samt vejledning i installation og anvendelse.

- *Konsulenttræf*

DAK-E har i samarbejde med efteruddannelsesvejledere, kvalitetsudviklingsvejledere og praksiskonsulenter taget initiativ til et styrket samarbejde om kvalitetsudvikling på tværs af de forskellige kasketfolk. Det overordnede formål er at skabe større ensartethed og sammenhæng i det arbejde der laves, hvilket ligeledes vil styrke implementering af diverse initiativer.

- *Fælles evalueringsgruppe mellem fagligt udvalg og DAK-E*

Gruppen er nedsat med henblik på evaluering af diabetesforløbydelsen – herunder datafangstmodulet. Der vil blive foretaget forskellige typer evalueringer af forløbsydelsen og på forskellige tidspunkter, afhængig af hvornår det skønnes hensigtsmæssigt. Første led i evalueringen omhandler en implementeringsevaluering, som foretages til efteråret. På baggrund af resultaterne fra denne kan implementeringen af både forløbsydelsen og datafangstmodulet justeres og forbedres.

- *Uddannelse*

DAK-E vil, i det omfang det findes relevant og efterspørges, bidrage med støtte til uddannelse af konsulenter og til installering af programmer. Ex. vil DAK-E's konsulent Jesper Lund i samarbejde med regionerne stå for uddannelse af praksiskonsulenter og facilitatorer.

## **Implementeringsmodeller overfor den enkelte praktiserende læge**

Ingen initiativer virker, med mindre den enkelte læge og det enkelte lægehus accepterer disse og ændrer adfærd. Derfor er der brug for anvendelse af implementeringsmetoder. Forskningsresultater tyder på, at flerstrengede implementeringer, der er udbredt over tid og som iværksættes af instanser, som lægerne har tillid til, virker bedst. Der eksisterer efter alt at dømme ikke en enkelt overlegen implementeringsmodel. Implementeringsmodeller kan anvendes alene eller i kombination med andre og med positive incitamenter f. eks. i form af økonomi.

Metoderne kan f. eks. være:

1. Udgivelse af evidensbaserede kliniske vejledninger med forskellig former for introduktion og opfølgning
2. Andre former for faglig information, der er tilrettelagt til kliniske brug, i tilslutning til konsultationer (NEL; Linkmodul)
3. Undervisning
  - a. Forskellige former
  - b. Programlagt efteruddannelse
  - c. Recertificering
4. Opsøgende virksomhed, facilitatorer, efteruddannelsesvejledere, kliniske konsulenter mv.
5. Team-building, organisationsudvikling etc.
6. Måling af kliniske og/eller organisatoriske indikatorer, kliniske audits, feedback
7. Akkreditering

## Offentliggørelse af data

- A: Offentliggørelse af data for den enkelte patient f.eks. diabetespatientens årsstatus. En sådan offentliggørelse vil kunne ske på Sundhed.dk ved, at patienten selv med en digital signatur går ind på egne data
- B: En anonymiseret offentliggørelse af praktiserende lægers behandlingsresultater på aggregerede niveauer

Overenskomstens parter er enige om at arbejde videre med dette problemområde, således at det er muligt at offentliggøre data uden, at den enkelte læge kan identificeres.

### **Uddrag af samarbejdsaftalen:**

*(også medtaget som mål for styregruppen for DAMD samt for baggrundgruppen for DanPEP)*

*Initiativer vil derfor være:*

- *Databasebestyrelsen skal sikre, at der udarbejdes en metode til offentliggørelse af data i den almenmedicinske database gennem årsrapporten, der overholder disse hensyn*
- *Der arbejdes videre med metoder til offentliggørelse af patientoplevelt kvalitet i almen praksis*

*Mål vedr. offentlighed er:*

- *Data offentliggøres således, at der gives indsigt i kvaliteten i almen praksis, men uden at det er muligt at identificere enkeltlæger*
- *Den enkelte læge, der indberetter, får adgang til at kommentere data inden offentliggørelsen*
- *Data fra den almenmedicinske database offentliggøres i forbindelse med en årsrapport*
- *Evt. data indberettet til NIP fra almen medicin offentliggøres først efter fastlæggelsen af en model, der imødekommer ovennævnte hensyn*

## **Informationsstrategi DAK-E**

Der udvikles en fælles informationsmodel for DAK-E, baseret på hjemmesiden [www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk)

Hjemmesiden skal bruges til erfaringsudveksling omkring kvalitetsudvikling i almen praksis mellem de enkelte regioner og DAK-E.

Desuden til Nyhedsbreve og til annoncering af møder, konferencer og temadage. Hjemmesiden skal samtidig bruges til offentliggørelse af kvalitetsprojekter fra de enkelte regioner og fra DAK-E, som det tidligere er sket på CKI's hjemmeside. På hjemmesiden lægges også mødereferater og projektplaner.

Almen praksis skal tilmelde sig forløbsydelsen via DAK-E's hjemmeside, her findes desuden en interaktiv præsentation, hvor man kan udfylde pop-up skærmen for forløbsydelsen, og hvor man kan arbejde med tilbagemeldingsmuligheder.

Det er vigtigt, at kvalitetsarbejdet i almen praksis beskrives i de medier interessenterne henter information fra f.eks. Mandat, Ugeskrift for Læger, P.L.O. orientering og Practicus.

En detaljeret informationsstrategi fastlægges efter en temadag, hvor der specielt lægges vægt på, hvordan datafangstmodulet og forløbsydelsen kan implementeres til alle praktiserende læger.

## **Igangsætning af andre initiativer**

### ***Uddrag af samarbejdsaftale:***

*Parterne er enige om, at der i perioden kan være behov for at **igangsætte andre initiativer**, f.eks. i relation til patientsikkerhed, understøttelse af IT-udvikling og arbejdet med praksis- og kvalitetsdeklarationer og servicemål. Disse opgaver skal prioriteres inden for den økonomiske ramme, der er afsat.*

### **1. Utilsigtede hændelser (UTH)**

Utilsigtede hændelser er beskrevet i en delrapport i den afsluttende rapport fra DAK-projektet. I delrapporten beskrives dels danske dels udenlandske erfaringer med registreringen af UTH i almen praksis ligesom klassifikationen af UTH diskuteres.

Det er sandsynligvis ikke hensigtsmæssigt at udvikle et databasesystem alene til registrering af UTH i almen praksis. UTH kan registreres i DAMD og så eksporteres videre.

Delrapporten giver sammen med de pilotprojekter, der er i gang, et godt erfaringsgrundlag for det videre arbejde.

### **2. Lægemiddelområdet**

90 % af ordinerede lægemidler ordineres i almen praksis. Lægemiddelområdet indgår som en integreret del af et stort antal konsultationer i almen praksis. Samtidig udgør lægemiddelordinationer over halvdelen af de utilsigtede hændelser i almen praksis. Området har ikke fra starten været en del af DAK-projektet og vil også i fremtiden primært være en regional opgave, men der ligger en række landsdækkende opgaver med koordinering, som DAK-E meget gerne påtager sig, hvis parterne og regionerne er enige og afsætter ressourcer hertil.

### **3. Praksisorganisering/Deklarering**

Der har gennem de sidste år i amter/regioner været stor interesse for organisatoriske og personalemæssige forhold i almen praksis. I samme periode har mange praksis ansat mere personale (fortrinsvis sygeplejersker) – der sker derfor i disse år en betydelig omorganisering af arbejdet, dels på grund af nye opgaver til almen praksis, dels på grund af mangel på praktiserende læger. DAK-projektet har forsøgt at koordinere disse projekter, beskrevet i DAK-O rapporten ([www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk)). DAK-E vil også gerne fremover være metodeudvikler og koordinator på disse områder.

Ud fra de erfaringer der er beskrevet i rapporten Praksis – og kvalitetsdeklara-tioner og de pilotprojekter, der er i gang i flere regioner, bør der startes pilotprojekter om en sammenhængende model. På dette område kan der hentes inspiration i almen praksis i Holland, der har startet et sådan projekt.

### **4. Temadag i KIF regi**

Det foreslås, at der årligt holdes en temadag i KIF regi dels for regionale samarbejdspartnere, der arbejder med kvalitetsudvikling i almen praksis, men også for centrale aktører på området