

DAKE

**Aktivitetsplan  
2008-2009**



1. Indledning

2. KIFs formålsbestemmelser

3. Afgrænsning

4. Status og mål for de fire indsatsområder

- Udarbejdelse af kvalitetsindikatorer til brug i almen praksis
- Understøttelse af IT-anvendelse, herunder udbredelsen af datafangst og ICPC-kodning
- Udvikling af metoder til at sikre patientperspektivet og brugerinddragelse
- Kvalitetsudvikling af sammenhængende patientforløb mellem sygehusvæsenet og almen praksis

5. Øvrige aktiviteter i DAK-E

6. Oversigt over indsatsområder og økonomi i perioden 2008-2009

## **1. Indledning**

Samarbejdsaftalen fra 2006 mellem overenskomstens parter (PLO og SFU) om kvalitetsudvikling i almen praksis beskriver fire indsatsområder som kernen i DAK-Es aktiviteter:

- Udarbejdelse af kvalitetsindikatorer til brug i almen praksis.
- Understøttelse af IT-anvendelse, herunder udbredelsen af datafangst og ICPC-kodning.
- Udvikling af metoder til at sikre patientperspektivet og brugerinddragelse.
- Kvalitetsudvikling af sammenhængende patientforløb mellem sygehusvæsenet og almen praksis.

Aktivitetsplanen 2008/2009 tager ligesom den oprindelige Mål og Handleplan udgangspunkt i disse fire indsatsområder og beskriver derudover de aktiviteter, der støtter op omkring indsatsområderne.

Aktivitetsplanen 2008/2009 er for de fire indsatsområder inddelt i følgende afsnit:

Målsætningen fra "Samarbejdsaftalen".  
Status - December 2007.  
Mål for 2008 og 2009.  
Ressourcer i 2008 og 2009.  
Organisation.

Aktivitetsplanen omfatter perioden 1/1 2008-1/4 2009. Budgettet omfatter dog kun 2008.

Af Samarbejdsaftalen fremgår, at DAK-Es aktivitetsplan bør indeholde følgende elementer:

- Udarbejdelse af en implementeringsstrategi for de færdigudviklede metoder og redskaber.
- Udformning af organisatoriske rammer – centralt og decentralt – for implementering og nye udviklingsinitiativer samt for det kommende samarbejde med f.eks. IKAS.
- Udarbejdelse af implementeringsmodeller over for den enkelt deltagende læge.

Der er derfor primært lagt vægt på aktiviteter der er i drift eller står over for at skulle i drift. Vi har desuden beskrevet samarbejdet med andre instanser og organisationer såvel nationalt som internationalt. Disse relationer er forudsætningen for at skabe ejerskab og et forpligtigende samarbejde omkring såvel eksisterende som nye udviklingsinitiativer.

Som følge af strukturreformen har regioner og kommuner været præget af organisationstilpasninger i 2007. Det har derfor været udfordrende at sætte initiativerne i drift, og derfor bliver 2008-2009 en spændende periode, hvor vi yderligere skal forankre og udbrede DAK-E initiativerne, idet organisationsstrukturerne i regionerne nu er ved at være på plads.

## **2. KIFs formålsbestemmelse**

Af samarbejdsaftalen mellem PLO og SFU om kvalitetsudvikling i almen praksis fra januar 2006 fremgår følgende:

”§ 12 B. Den centrale fond for kvalitetsudvikling og informatik.

Stk.1. Fonden tager i sit arbejde udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet (IKAS) samt det nationale arbejde for kvalitet i sundhedsvæsenet, der arbejdes med i andre fora. Fonden har som formål at understøtte kvalitetsudvikling i almen praksis. Fonden støtter herudover andre kvalitetsinitiativer med særlig relevans for almen praksis og for et sammenhængende sundhedsvæsen – bl.a. initiativer som fremmer udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel.

Stk.2. Fonden har endvidere til opgave at understøtte IT-anvendelsen i almen praksis og den elektroniske kommunikation i forhold til det øvrige sundhedsvæsen samt patienter.”

## **3. Afgrænsning**

Aktivitetsplanen for 2008/2009 beskriver ikke aktiviteter med udgangspunkt i patientsikkerhed, lægemiddelområdet, servicedeclarationer og servicemål. DAK-E afventer, at overenskomstens parter tager stilling til initiativer på disse områder.

## **4. Status og mål for de fire indsatsområder i 2008 og 2009**

### **4.1 INDSATSOMRÅDE 1: Udarbejdelse af kvalitetsindikatorer til brug i almen praksis**

#### **Målsætning fra samarbejdsaftalen**

- Det udviklede indikatorsæt for type 2 diabetes implementeres i almen praksis via de aktiviteter som er aftalt i protokollat om forløbsydelse for diabetespatienter i almen praksis i Landsoverenskomsten.
- Udvikling og aftestning af nye sygdomsspecifikke indikatorsæt for større kroniske sygdomsgrupper efter en aftalt prioritering.
- Udvikling og aftestning af nye generelle indikatorer efter en aftalt prioritering.
- Koordinering med indsamling af tilsvarende data fra sygehussektoren, så patientforløbet også kan følges.

**Status – december 2007**

Der er udviklet indikatorer for DM, KOL og rygsmerter. Der er opsamlet erfaringer med anvendelse af indikatorer og stratificering for diabetes. Disse erfaringer skal evalueres og med dette udgangspunkt bør stratificeringskonceptet revurderes.

**Mål for 2008 og 2009**

Hovedopgaven er i første omgang at implementere de udviklede indikatorsæt for diabetes. Da diabetesindikatorerne og metoden til risikostratificering er en integreret del af datafangstmodulet, vil implementeringen af disse elementer gennemføres samtidig med udbredelsen af datafangstmodulet.

Indikatorer for kroniske hjertesygdomme er i høring og processen omkring udviklingen af indikatorer for hjerterinsufficiens er startet. Hypertension vil blive den næste kroniske sygdom, hvor der vil blive udviklet indikatorer. På den måde er der udviklet indikatorer for "de kroniske storkarsygdomme".

For at forankre indikatorerne for KOL vil der blive afholdt en temadag i foråret 2008. Som input til denne dag vil der i en tre måneders periode blive indsamlet KOL data i tre praksis i Region Sjælland ved hjælp af datafangstmodulet og en pop-up skærm udviklet til KOL-indikatorerne. Formålet med dataindsamlingen er at få et grundlag til at evaluere indikatorerne for KOL samt input til drøftelse af det meningsfulde i at stratificere KOL-området.

Området koordineres med de indikatoraktiviteter der foregår i IKAS regi. Flere af DAK-E konsulenterne har deltaget i relevante temagrupper i IKAS.

**Ressourcer i 2008 og 2009**

Der foreslås ikke ressourceændringer i den kommende periode.

**Organisation**

- Der er tæt sammenhæng mellem udvikling af indikatorer og monitorering af patientforløb specielt i forhold til kroniske patienter. Derfor vil der blive nedsat en fælles baggrundsgruppe for disse to områder. Denne gruppe er beskrevet under afsnittet om patientforløb på side 13.

**4.2 INDSATSOMRÅDE 2:  
Understøttelse af IT-anvendelse, herunder udbredelsen af ICPC-kodning**

**Dette indsatsområde er opdelt i tre dele:**

1. **Datafangst**
2. **Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD)**
3. **ICPC-kodning**

#### 4.2.1 Datafangst

##### Målsætning fra samarbejdsaftalen

Initiativer og mål i den kommende periode vedrørende datafangst og databaser omfatter:

- Sikring og videreudvikling af datafangstmodulet.
- Udbredelse af datafangstmodulet til samtlige lægesystemer.
- Kobling mellem datafangstmodulet og klinisk database.
- Retningslinjer for hvordan datafangstmodulet kan bringes i anvendelse i relation til kvalitetsudvikling, forskning mv. og på hvilke vilkår i den enkelte læges praksis.
- At IT-konsulenterne i regionerne bistår læger med IT-relaterede problemstillinger i relation til datafangst.

##### Status – januar 2008

Der er tilmeldt 407 læger fra 200 praksis til diabetesforløbsydelsen. Målet for det første år var 400 læger og 200 praksis. 160 af de 200 praksis er koblet til Sundhedsdatanettet og 160 af klinikkerne indleverer data til databasen. 5.318 DM patienter er registreret i DAMD, ud af en samlet population på 316.694 patienter. Det betyder, at 1,4% af de patienter, som er registreret i DAMD, har diagnosen DM. Denne procentdel skal dog korrigeres, fordi nogle læger kun har indberettet data i en kortere periode, og det må forventes, at denne procentdel bliver højere. For de læger, som har indberettet i mere end et år, er andelen af DM patienter 2,5%, hvilket svarer til den forventede forekomst af DM på landsplan.

Der har været en del "børnesygdomme" undervejs i indkøringen af modulet. Ultimo oktober 2007 frigav vi en tilrettet version, som løser de problemer, der er identificeret på nuværende tidspunkt. I de lægesystemer, hvor datafangst er installeret, fungerer datafangstmodulet med en næsten 100% opfyldelse af målene for sikker drift. I de 56 lægepraksis, der er tilmeldt, men endnu ikke koblet til datafangst, skyldes dette for de flestes vedkommende, at praksis selv har ønsket at udskyde opkoblingen af forskellige årsager. Den væsentligste årsag er de økonomiske barrierer. Lægehusene skal investere i nyt hardware og finansiere afledede driftsomkostninger. Endelig er der enkelte lægesystemer med få brugere der endnu ikke er certificeret (Novax, Myclinic, Emar). Certificering forventes gennemført snarest.

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

Overordnet set er der to faser i udbredelsen af datafangstmodulet:

##### *Første fase*

I første fase er datafangstmodulet udbredt til en højt motiveret deltagerkreds. Disse praksis har været indstillet på at bidrage til at afhjælpe børnesygdommene samt til at være ambassadører for datafangstmodulet.

Der er nu blandt denne gruppe ansat praktiserende læger som superbrugere i de største systemer til at vejlede lægehuse og datakonsulenter i installation af datafangstmodulet.

## Anden fase

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

Første møde er afholdt med Sundhed.dk for at forberede on-line præsentation af DM data både for lægepraksis og for diabetespatienter af egne data på Sundhed.dk.

## Barrierer for udbredelse

I samarbejde med Fagligt Udvalg er der iværksat en evaluering af forløbsydelsen og datafangstmodulet. Midtvejsevalueringen vil være klar i maj måned 2008. På nuværende tidspunkt kan det dog allerede konstateres, at der er såvel IT-mæssige, økonomiske som holdningsmæssige barrierer for udbredelsen af forløbsydelsen. For eksempel skal en del praksis udskifte forældet IT-udstyr og investere i nyere software, hvis det skal være muligt at installere datafangstmodulet.

DAK-E ser det som sin primære opgave at arbejde målrettet på at eliminere de barrierer, der er relateret til IT-funktionaliteten.

### Mål for 2008 og 2009 for udbredelse af datafangstmodulet

	2008	2009
Antal tilmeldte læger	800	1200
Antal tilmeldte praksis	400	600

Disse mål nås sandsynligvis kun, hvis der er en mindre stram binding mellem datafangst og forløbsydelsen. Datafangst vil i så fald kunne bruges til elektronisk auditprojekter og større kvalitets- og forskningsprojekter.

Det er regionernes ansvar at anvende de data, der indsamles via datafangst til kvalitetsudvikling.

### Mål for videreudvikling:

- Klargøring af indrapporteringen til NIP i samarbejde med Kompetencecenter Syd.
- Anvendelse af datafangstmodulet til elektronisk audit og Sentinelregistrering 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.

## Ressourcer i 2008 og 2009

Det er af stor betydning, at de tilmeldte læger oplever, at eventuelle problemer kan løses hurtigt og effektivt. Det er derfor nødvendigt at tilføre IT-organisationen i Odense flere ressourcer til support og til monitorering af datatrafikken og datakvaliteten til

DAMD. Der er i dag kun ansat én IT-medarbejder til dette arbejde og det er en for sårbar konstruktion. Derfor bør området styrkes med ét årsværk.

Det første sæt data på diabetesområdet er sendt tilbage til praksis. Opfølgningen og tid til bearbejdning af data ligger i de enkelte regioners regi, men DAK-E påtager sig koordineringen af de enkelte diabeteskonsulenters arbejde i form af fælles temadage m.m.

## **Organisation**

IT-området er opbygget omkring en fast stab af medarbejdere, der alle har deres daglige arbejdsplads i det Almenmedicinske Hus i Odense.

## **4.2.2 Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD)**

### **Målsætning fra samarbejdsaftalen**

”Etablering af en almen medicinsk database i sundhedsvæsenets IT-landskab.”

### **Status – december 2007**

DAMD er etableret og sikkerhedsforskrifter udarbejdet. Der er ifølge vedtægterne for DAMD etableret en styregruppe og en baggrundsgruppe (kvalitets- og forskningsudvalget).

Styregruppen tager sig af de sikkerhedsmæssige forhold og baggrundsgruppen behandler dels ansøgninger om udtræk af data til kvalitetsudviklings- og forskningsformål, dels påpeger de nye indsatsområder for datafangstmodulet og DAMD. Den daglige driftsansvarlige for DAMD er lederen af DAK-E IT.

Der er udarbejdet forslag til et fælles ansøgnings-skema og tilhørende vejledning til udtræk fra DAMD. Der arbejdes med retningslinier for, hvordan specielle arbejdsopgaver i forbindelse med kvalitetsudvikling og forskningsprojekter skal honoreres. Det kan f.eks. dreje sig om særlige dataudtræk, udarbejdelse af nye pop-up-vinduer og test af disse.

Det er DAK-E og Kvalitetsfagligt Udvalg der sammen med de enkelte regioners kvalitetsudviklingsorganisationer sikrer, at de indsamlede data bruges til kvalitetsudvikling.

Tilsvarende er det DAK-E og Fagligt Udvalg der opstiller rettigheder og forpligtelser i samarbejdet med databasens stab og de læger, som indrapporterer.

### **Mål for 2008 og 2009**

I løbet af foråret 2008 skal det være muligt for hver praksis (ydernummer) og for patienter online at hente data via Sundhed.dk.

Fortsat videreudvikling af modulet for tilbagemelding.

Aftale om offentliggørelse af data på aggregeret niveau.

### Ressourcer i 2008 og 2009

Der bør afsættes ressourcer til en medarbejder med statistiske kompetencer svarende til 1/5 årsværk. Med mulighed for at disse kompetencer evt. købes af kompetencecenter Syd.

### Organisation

Organisationen er beskrevet under status.

### 4.2.3 Kodning med ICPC

#### Målsætning fra samarbejdsaftalen

Initiativerne i den kommende overenskomstperiode vil være:

- Videreudvikling og udbredelse af klassifikationen blandt praktiserende læger.
- Dokumentation af metoden, fortolkninger m.v. således at det sikres, at der kan stilles relevant viden til rådighed for alle praktiserende læger om kodningen.
- 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 eventuel aftale med Sundhedsstyrelsen vedrørende den langsigtede sikring af ICPC-klassifikationens udvikling og vedligeholdelse.
- Regional forankring af ICPC kodenetværk og uddannelsesaktiviteter.

### Status

Udvidet dansk ICPC bliver i 2008 afløst af ICPC-2. Funktionaliteten vil sandsynligvis kunne tilbydes systemhusene i løbet af foråret 2008.

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

#### Mål for 2008 og 2009

	2008	2009
Antal læger, der koder kroniske sygdomme	70%	80%

Fortsat videreudvikling og vedligeholdelse af ICPC-klassifikationen, således at ICPC-2 kan være velintegreret og certificeret i de enkelte lægesystemer.

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 til systemhusene om, at ICPC-2 skal implementeres efter kravspecifikation og at klassifikationen fremover skal være opdateret til nyeste version.

Udvikling af et E-learningprogram, der har til formål at øge udbredelsen af ICPC kodningen og at understøtte validiteten af data ved at registreringspraksis er ens i lægehuse.

Afholdelse af internat med deltagelse af datakonsulenter, superbrugere og AC-

medarbejder fra de enkelte regioner og desuden ICPC-kodenetværket og DAK-E. Formålet er, at koordinere ICPC-2 implementeringen samt at få lagt rammer for den regionale support til datafangstmodulet.

Monitorering af implementering af ICPC-kodningen.

Drøftelse og eventuel aftale med Sundhedsstyrelsen vedrørende den langsigtede sikring af ICPC-klassifikationens udvikling og vedligeholdelse.

## Ressourcer i 2008 og 2009

Området bør styrkes ved, at der ansættes en datakonsulent svarende til 2/5 årsværk. Formålet med ansættelsen er at koordinere regional udbredelse af ICPC-2 og implementering af datafangstmodulet hos et stadig større antal praktiserende læger. Dette kan ske gennem en koordinerings- og undervisningsfunktion i forhold til de regionale datakonsulenter.

Ressourcer til certificering af de enkelte systemhuse og Medcom i forbindelse med certificering af ICPC-2.

ICPC-konsulentens timetal foreslås forøget fra 6 til 8 timer ugentligt.

## Organisation

Baggrundsgruppen for ICPC har til opgave at udbrede ICPC-anvendelsen i de enkelte regioner og at standardisere redskabet. Samtidig skal gruppen sikre, at kodekvaliteten er optimal, dvs., at de praktiserende læger koder rigtigt og ensartet. Gruppen skal derfor i samarbejde med de regionale deltagere etablere kodekurser for alle praktiserende læger i regionerne.

Der er nedsat en lille arbejdsgruppe der ser på kravspecifikationerne til de enkelte systemhuse og som står for kontakten til Medcom i forbindelse med certificering af de enkelte systemhuse til ICPC-2.

## 4.3 INDSATSOMRÅDE 3: Udvikling af metoder til at sikre patientperspektivet og brugerinddragelse

### Målsætning fra samarbejdsaftalen

Udvikling af metoder til at sikre patientperspektivet og brugerinddragelse.

### Status

DAK-E/DanPEP gennemfører patientevalueringer af praktiserende læger med DanPEP-spørgeskemaet. Pga. strukturreformen og deraf forsinkede beslutningsprocesser blev arbejdet i 2007 præget af at sikre, at patientperspektivet kom på dagsordenen i de nye kvalitets- og efteruddannelsesudvalg. Region Midtjylland og Region Syddanmark har i efteråret igangsat projekter, der indeholder patientevalueringer med DanPEP-spørgeskemaet, og Region Hovedstaden og Region Sjælland forventes at starte i 2008. I Region Nordjylland er der p.t. ikke konkrete planer.

I 2007 er der i samarbejde med DanPEPs baggrundsgruppe gennemført en revision af DanPEP-spørgeskemaet og efterfølgende pilottest har vist, at det reviderede skema kan anbefales.

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 til formålet udarbejdede spørgeskema blev pilottestet i december 2007. Resultatet heraf forventes i januar 2008.

Begge ovennævnte pilottests er gennemført i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus.

### Mål for 2008 og 2009

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 baggrundsgruppen nye temaer og spørgsmål, der kan indgå i patientspørgeskemaet.

Foranalyse af, hvorledes data i det nuværende set-up kan anvendes på et aggregeret niveau, f.eks. på nationalt plan.

### Ressourcer i 2008 og 2009

Området bør styrkes med en lægelig konsulent svarene til et 1/5 årsværk.

(En konsulentfunktion der tidligere er stillet til rådighed fra Forskningsenheden for almen praksis i Århus via et post doc. stipendiat. Stipendiatet udløber ved udgangen af 2007).

### Organisation

DAK-E/DanPEP har lokale hos Praksisenheden i Århus. Materialer, distribution, scanning samt assistance til udviklingsopgaver købes hos Center for Kvalitetsudvikling. Baggrundsgruppen er med til at sikre udvikling og implementering af patient-evalueringerne. De regionale repræsentanter i baggrundsgruppen er tovholdere for de regionale projekter, hvori DanPEP-evalueringer indgår. Tovholderne støttes i dette arbejde af regionale konsulenter på praksisområdet og de bør tilbydes regional sekretariatshjælp.

## 4.4 INDSATSOMRÅDE 4: Kvalitetsudvikling af sammenhængende patientforløb mellem sygehusvæsenet og almen praksis

### Målsætning fra samarbejdsaftalen

Af KIFs formålsbestemmelse fremgår det, at fonden støtter kvalitetsinitiativer med særlig relevans for almen praksis og for et sammenhængende sundhedsvæsen.

## Status

Med datafangst monitoreres diabetespatienter i almen praksis via indsamling af indikatorer og samtidig risikostratificering.

Der arbejdes i samarbejde med DAK-E indikatorgruppen på udvikling af indikatorer med henblik på datafangst for flere kroniske sygdomme. Der er øget fokus på den praktiserende læges tovholderfunktion og proaktive rolle generelt.

DAK-E har et tæt samarbejde med DSAMs kronikerudvalg vedrørende videreudviklingen og implementeringen af arbejdet med at øge kvaliteten i patientforløb for patienter med kronisk sygdom.

DAK-Es rolle er afgrænset til den faglige koordinering og opfølgning.

### Mål for 2008 og 2009

Fortsat udvikling af nye indikatorer og stratificering af kroniske sygdomme i samarbejde med DAK-E Indikator og DAK-E IT.

- Videreudvikle samarbejdet med kommunerne vedrørende kroniske patienter og ældre, f.eks. i form af struktureret, tværfaglig opfølgning efter udskrivning, jf. OpBS-rapporten og struktureret samarbejde omkring ældre generelt, hvor der er fokus på plejehjem og ældrepleje. Det sker i et samspil med Fagligt Udvalg.
- Understøtte koordinering af retningslinier for patientforløb, f.eks. patientforløbsprogrammer – tæt koordineret med det arbejde, der foregår i regionerne.
- Understøtte udvikling af praksiskonsulentordninger såvel i kommuner som i regionerne. Praksiskonsulenterne vil i fremtiden være det praktiske omdrejningspunkt mellem de tre parter.

### Ressourcer i 2008 og 2009

Området styrkes ved, at der nedsættes en baggrundsgruppe på området. Til det formål bør der allokeres konsulentmidler svarende til 1/10 årsværk.

### Organisation

I 2008 etableres der en baggrundsgruppe, der har til formål at koordinere og følge op på initiativer, der skaber sammenhæng i patientforløbene på tværs af sektorerne.

Baggrundsgruppen skal desuden pege på nye områder for indikatorudvikling og iværksætte pilottest af nye indikatorer.

Gruppen sammensættes med repræsentanter fra sygehuse, kommunerne og almen praksis.

- Understøtte udvikling af praksiskonsulentordninger såvel i kommuner som i regionerne. Praksiskonsulenterne vil i fremtiden være det praktiske omdrejningspunkt mellem de tre parter.
- Bidrage med forslag til implementering og videreudvikling af resultaterne fra opsamling af data omkring indikatorer og risikostratificeringen.
- Pege på nye områder, hvor der skal udvikles indikatorer efter indstilling fra regionerne i samarbejde med IKAS.

- Understøtte koordinering af retningslinier for patientforløb, f.eks. patientforløbsprogrammer – tæt koordineret med det arbejde, der foregår i regionerne og i Sundhedsstyrelsen.

## **5. Øvrige aktiviteter i DAK-E**

### **Samarbejdsrelationer**

Af samarbejdsaftalen fremgår følgende:

”Det er vigtigt, at der etableres et godt samarbejde med såvel det regionale niveau, som de i sundhedsvæsenet værende institutioner og myndigheder, der er involveret i kvalitetsarbejdet for sundhedsvæsenet – specielt aktiviteterne i og omkring IKAS.”

### **Status**

#### *Samarbejde med faglige udvalg og andre instanser på nationalt plan*

Kvalitetsfagligt Udvalg (KFU) udgør en central sparringspartner for DAK-E. I dette forum er det muligt at drøfte og finde belæg for problemstillinger, der bør løftes op til KIF bestyrelsen.

Samarbejdet med Fagligt Udvalg sikres ved, at formanden for Fagligt Udvalg også er en del af DAK-E gruppen, og at chefen for DAK-E er tilforordnet Fagligt Udvalg.

IKAS er repræsenteret i Kvalitetsfagligt Udvalg og er løbende en vigtig sparringspartner, når der formuleres nye mål.

IKAS og DAK-E holder halvårlige møder. Der er kontakt omkring samarbejde vedrørende datafangst og indberetning af data. En konsulent fra DAK-E deltager i den kommende survey-uddannelse som observatør. En medarbejder fra IKAS deltager i baggrundsgruppen for patientforløb.

DAK-E har afholdt møder med bl.a. de almen medicinske forskningsmiljøer i København, Århus og Odense samt med DSI og IKAS. Møderne med forskningsinstitutionerne og DSI har medført, at der er nedsat en arbejdsgruppe med henblik på at formalisere et samarbejde omkring forskning og kvalitetsudvikling i almen praksis og DSI.

#### *Regionalt samarbejde*

DAK-E har i efteråret 2007 besøgt de fem regioner og aftalt samarbejdsstrategier med hver enkel region.

#### *Koordinering af initiativer på uddannelsesområdet*

På det uddannelsesmæssige område søger DAK-E at støtte regionerne ved at stille DAK-Es kompetencer til rådighed. DAK-E har en rolle at spille i denne sammenhæng, bl.a. ved at sikre, at der i regionerne udvikles programmer, der kan sikre, at kvalitetsdata anvendes til læring. Dette vil kræve et godt samarbejde mellem efteruddannelsesvejledere, kvalitetsudviklere og praksiskonsulenter og andre aktører i regionerne og skal koordineres af DAK-E.

Tværgående fortolkning af og anvendelse af data fra såvel DAMD databasen og fra DanPEP databasen forudsætter en national koordinator. Dette behov vil blive endnu mere centralt i forbindelse med de forestående aktiviteter med aggregering af data fra såvel DAMD databasen som fra DanPEP databasen.

Endelig anvendes der en del ressourcer til planlægning og afvikling af temadage for kvalitetsudviklingskonsulenter m.fl.

Ressourcer: Til dette formål allokeres midler svarende til 1/10 del årsværk.

### *Organisationsudvikling i almen praksis*

Efter temadag om ovennævnte emne er der udarbejdet et debatoplæg om emnet. Flere regioner har taget initiativ på området. DAK-E deltager med henblik på koordinering af indsatsen.

### *Internationalt samarbejde*

Det er muligt at hente inspiration til udvikling af indikatorer, Sentinel-registrering og patientforløbsområdet i andre europæiske lande. Det er derfor vigtigt, at DAK-E er repræsenteret i relevante internationale regier. DAK-E har i flere år samarbejdet med EQuIP (den europæiske kvalitetsudviklingsorganisation for almen praksis). Således er den kommende præsident for EQuIP, Tina Eriksson, en del af DAK-E enheden. Desuden deltager DAK-E i forberedelsen af den kommende ISQua-konference i København.

### *Øvrige projekter*

De DAK-E medarbejdere, der er deltidsansatte, er aktive i flere projekter og initiativer, der ikke er en del af DAK-E. Dette er med til at give DAK-E yderligere perspektiv og bibringer til DAK-Es samlede viden og netværk. Det drejer sig bl.a. om projektet om opsøgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden og praksisudviklingsprojektet Praksis Matrix.

## **Ekstern kommunikation**

For at løfte de fire indsatsområder er det vigtigt, at interessenterne kender til initiativerne i DAK-E. På lægedagene i 2007 kunne det konstateres, at DAK-Es eksistens og formål bør spredes ud til en større gruppe. Derfor ønsker DAK-E at styrke den eksterne kommunikation i 2008 og 2009. Til dette formål bør der afsættes ressourcer til ekstern bistand samt afsættes ressourcer til en studentermedhjælp, som kan vedligeholde DAK-Es hjemmeside og den kommende database over kvalitetsudviklingsprojekter, der afholdes af KEU-midlerne.

Hjemmesiden skal udbygges med en platform for de kommunale praksiskoordinatorer og hospitalernes praksiskoordinatorer. Hjemmesiden skal også fungere som en fælles platform for kvalitetsudviklingskonsulenterne.

For at styrke kommunikationen og initiativerne omkring de fire indsatsområder vil der i 2008 være behov for at tilknytte en sekretær fuldtids i sekretariatet i København. I 2007 budgettet var der allerede afsat ressourcer til to sekretærer, og derfor er der ikke tale om yderligere resourceallokering.

## **Intern Organisering**

Der er 13 medarbejdere ansat i DAK-E ved udgangen af 2007. Yderligere oplysninger om hvem der er ansat og deres arbejdsområde henvises til DAK-Es hjemmeside.

DAK-E er fysisk placeret på tre matrikler. Det er derfor nødvendigt at prioritere hele arbejdsdage, hvor alle fra enheden kan drøfte mål og succeskriterier for de fire indsatsområder. Ambitionen er, at der hvert år afholdes et to-dages arbejdsseminar, hvor mission, vision og de kommende års mål drøftes. Derudover bør DAK-Es konsulenter samt den faste administrative stab afholde et møde én gang om måneden.

## 6. Overblik på indsatsområder og tilførsel af yderligere ressourcer

Indsatsområde		Ansvarlig	Periode	Status <sup>1</sup>
<b>1.</b>	<b>Kvalitetsindikatorer</b>	<b>J.S. Andersen</b>	<b>2008-2009</b>	
	Diabetes	J.S. Andersen	2008	Implementering og evaluering
	KOL	J.S. Andersen	2008	Test
	Kroniske hjertesygdomme (CVD)	J.S. Andersen	2008	Test
	Hjerteinsufficiens	J.S. Andersen	2008	Udvikling
	Hypertension	J.S. Andersen	2008	Planlægning
<b>2.</b>	<b>IT-understøttelse</b>	<b>Henrik Schroll</b>	<b>2008-2009</b>	
2.1.	Datafangst	Henrik Schroll	2008-2009	Implementering
2.2.	DAMD	Henrik Schroll	2008-2009	Implementering
2.2.1.	Offentliggørelse af data på aggregeret niveau	Henrik Schroll, Søren Friborg og Lene Grosen	2008	Foranalyse
2.3.	Kodning med ICPC-2	Erik Falkø	2008->2009	Implementering
<b>3.</b>	<b>Patientevaluering</b>	<b>Gitte Hove</b>	<b>2008-&gt;2009</b>	
3.1.	Konsolidering af udbredelse	Gitte Hove	2008-2009	Implementering
3.2.	Offentliggørelse af data på et aggregeret niveau	Gitte Hove, Søren Friborg og Lene Grosen	2008	Foranalyse
<b>4.</b>	<b>Patientforløb</b>	<b>Lars Rytter</b>	<b>2008-&gt;2009</b>	
4.1.	Opstart af processen	Lars Rytter	2008->2009	Udvikling
5.	Internationale aktiviteter	Tina Eriksson	2008-2009	Udvikling
6.	Uddannelse	Jesper Lundh	2008-2009	Implementering
<b>7.</b>	<b>Aktiviteter i pipeline:</b>			
	Monitorering af patientforløb ved hjælp af datafangstmodulet	Henrik Schroll og Søren Friborg	2008-2009	Foranalyse
	Samarbejde med DSI og forskningsenhederne vedr. praksisorganisering og patientforløb	Søren Friborg	2008-2009	Foranalyse

Indsatsområde/Aktiviteter		2008		
		Anlæg	Interne ressourcer	Eksterne ressourcer
<b>1.</b>	<b>Kvalitetsindikatorer</b>			
<b>2.</b>	<b>IT-understøttelse</b>			
	Datafangst	150.000	1 årsværk	
	ICPC	300.000	2/5 årsværk/Datakonsulent 1/20 årsværk/EF	
	DAMD		1/5 årsværk	
<b>3.</b>	<b>Patientevaluering</b>		1/5 årsværk	
<b>4.</b>	<b>Patientforløb</b>		1/10 årsværk/LR	
<b>5.</b>	<b>Øvrige aktiviteter</b>			
	Ekstern kommunikation og hjemmeside m.m.		Studertermedhjælp 10-15 timer om ugen	
	Uddannelse		1/10 årsværk/JL	
	Internationale område		Særskilt ansøgning	

1. Klassifikation af faser i projekter: foranalyse, planlægning, udvikling, test, implementering, evaluering

