

DAKE

**Aktivitetsplan
2007**

Indhold

Baggrund

Mål for 2007

Datafangstmodulet og Databasen

Kodning med ICPC

Indikatorudvikling/Patientforløb

Patientevaluering

Implementeringsstrategi

Implementering af færdigudviklede redskaber og metoder

Implementeringsmodeller overfor den enkelte praktiserende læge

Baggrund

Overordnet udgør arbejdet i DAK-E 3 hovedområder, som er indbyrdes relaterede:

1. *Implementering og videreudvikling* af de indsatser, som blev udviklet i DAK's projektperiode fra 2003 til 2006.
2. *Koordinering* af kvalitetsudviklingen i almen praksis – herunder udvikling af samarbejdet mellem DAK-E og de enkelte regioner, samt på tværs af regionerne.
3. *Internationalt samarbejde* med almenmedicinere i andre europæiske lande - omdrejningspunktet for dette samarbejde er EQUIP.

DAK-E har i 2007 specifikt fokus 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

Aktivitetsplanen indeholder, med afsæt i "Handleplanen for samarbejdsaftalen om kvalitetsudvikling i almen praksis", en konkretisering af DAK-E's **mål for 2007** samt beskrivelse af **implementeringsstrategi**.

Mål for 2007

Datafangstmodul

Version 2.0 af datafangstmodulet er færdigudviklet og testet. Datafangstmodulet og forløbsydelsen er startet fra hhv. 1. april og 1. maj 2007 og seneste status fra 17. august er, at 319 læger og 162 klinikker er tilmeldt:

Fordelingen af tilmeldte ydernumre

Region	Procent ydernr. tilmeldt	Antal ydernr. tilmeldt	Ydernr. i alt	Antal læger tilmeldt
Region Hovedstaden	8,3%	66	795	123
Region Midtjylland	8,7%	39	447	84
Region Syddanmark	4,4%	20	431	37
Region Sjælland	7,9%	24	305	48
Region Nordjylland	6,1%	13	214	25
Ialt	7,3%	162	2192	319

Fordelingen pr. lægesystem

System	Antal ydernr. tilmeldt	Procent ydernr. tilmeldt
Medwin	59	36.4%
Æskulap	35	21.6%
Darwin	22	13.6%
Medicare	12	7.4%
PLC	11	6.8%
Ganglion	10	6.2%
Novax	9	5.6%
PC-Praksis	2	1.2%
MyClinic	1	0.6%
EMAR	1	0.6%
Multimed	0	0.0%
Docbase	0	0.0%
Ialt	162	100%

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 6.000 – 8.000 diabetespatienter er registreret i DAMD ved årsskiftet 2007/08, dvs. 50 % af diabetespatienterne 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.

Kodning med ICPC

Overenskomstens parter anser det for et krav til almen praksis lægesystemer, at der er adgang til opdaterede versioner af ICPC.

ICPC-2 er færdigudviklet og vil blive implementeret i første halvdel af 2008. Kodekvaliteten forventes at blive større med ICPC 2, da denne bl.a. har inklusions- og eksklusionskriterier.

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 % af praksis at kode korrekt og ensartet 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.

Indikatorudvikling & patientforløb

Det sygdomsspecifikke område

Der er udarbejdet indikatorsæt for type 2 DM, KOL og lænderygsmerter.

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.

Før en endelig prioritering finder sted, vil den prioriterede liste blive diskuteret med **Kvalitetsfagligt Udvalg** samt i **baggrundsgruppen**. Ligesom bestyrelsen vil blive orienteret, før der træffes en endelig beslutning, jf. "Handleplan vedr. DAK-E's begrundelse for prioritering af indicatorsæt".

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". DAK-E anbefaler, at PKO-netværket tager udgangspunkt i dette materiale ved monitorering af kvaliteten af henvisninger og epikriser.

DAK-E tager forslaget med til regionerne i besøgsrunden efteråret 2007.

Mål 2007

For implementering

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

For videreudvikling

- Udvikling af nye indicatorsæt for hypertension og kardiovaskulære sygdomme.
- Fokus på et forbedret samarbejde omkring ældre samt kronisk syge.
 - Samarbejdet med DSAM/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.

Patientevaluering – DanPEP

Ideen er, at DanPEP tilbydes både de læger, der tidligere har deltaget samt "nye læger". Der etableres et fast samarbejde med regionale kvalitetsprojekter, hvori den patientoplevede kvalitet indgår eller kan indgå.

Mål 2007

- At 500 praktiserende læger gennemfører en DanPEP-evaluering i perioden fra september 2007 til marts 2008 med udlevering af 125 spørgeskemaer:
 - Evalueringen vil blive gennemført med 100 praktiserende læger ad gangen med ca. 1 md's interval.
 - 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

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

Aktiviteter og implementering

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:

DAK-E har på dette niveau ansvar på at sætte rammerne for et godt samarbejde omkring implementeringen af indsatsområderne i almen praksis.

DAK-E skal inspirere til, at regionerne sætter øget fokus på specifikke indsatsområder, og vil understøtte implementeringen i almen praksis i det omfang regionerne ønsker det.

2. *Udarbejdelse af implementeringsmodeller overfor den enkelte praktiserende læge*, som er regionernes udfordring og ansvar:

DAK-E ligger op til, at regionerne forpligter sig til dels at efterleve DAK-E's målsætning for 2007 og dels at afholde kurser. De regionale Kvalitets- og efteruddannelsesudvalg udpeger desuden de personer (PKO'er, kvalitetsudviklingsvejledere, facilitatorer, efteruddannelsesvejledere), der skal stå for implementeringen i almen praksis. Implementeringen på dette niveau kræver således, at regionerne afsætter ressourcer hertil. DAK-E vil fungere som sparringspartner for regionerne i f.eks. uddannelsen af konsulenter og facilitatorer.

Det har stor betydning for en vellykket implementeringsproces, at implementeringen forløber koordineret med det øvrige kvalitetsarbejde i regionerne samt i overensstemmelse med strukturen i de enkelte regioner. Da implementeringen i almen praksis derfor er baseret på et samarbejde mellem DAK-E og regionerne vil en mere detaljeret strategi for implementeringen først kunne beskrives, når de første møder med de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg er afholdt. Og når de enkelte baggrundsgrupper har diskuteret målsætning og plan for implementering.

Implementering af færdigudviklede redskaber og metoder

Samarbejdet mellem DAK-E og regionerne om implementering af DAK-E's indsatsområder finder sted indenfor tre niveauer:

1. Samarbejdet i Kvalitetsfagligt Udvalg (KFU).

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. 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, f.eks.:
 - Prioritering af indsatsområder.
 - Relevante samarbejdsudvalg, konsulenter, facilitatorer ect.
 - Baggrundsgruppernes sammensætning og funktion.
 - 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. 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:

- 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

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/indsatområder implementeres i regionerne. Desuden 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

I løbet af 2007 genetableres en datafangst/ICPC-kode baggrundsgruppe til udbredelse og standardisering af ICPC redskabet. I lighed med kodenetværket i DAK's projektperiode.

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.

Datafangstgruppen

Fagudvalget (Kvalitets- og Forskningsudvalget), der er nedsat i relation til Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD), fungerer som baggrundsgruppe for datafangstmodulet. Som baggrundsgruppe for datafangstmodulet får fagudvalget til opgave at sikre udbredelsen og implementeringen af datafangstmodulet i de enkelte regioner.

Baggrundsgruppen for datafangstmodulet har første møde den 29. august.

Det er systemhusene, der har ansvaret for, at datafangstmodulerne fungerer og er opdaterede i de enkelte lægesystemer.

Baggrundsgruppen for Kronisk sygdomme/Indikatorer

Der nedsættes 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.

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

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/PLO's Kronikerudvalg samt 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.

Implementeringen af indikatorer for KOL vil prioriteres som det næste. Den indledende pilottest af KOL-indikatorerne er påbegyndt i foråret 2007. Pop-up skærmen i lighed med den for diabetes bliver lavet i efteråret 2007.

DanPEP baggrundsgruppen:

Formål:

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

Baggrundsgruppen har første møde den 23. maj.

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 konsulenter. Det overordnede for-

mål 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 diabetesforløbsydelsen – 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. F.eks. vil DAK-E i samarbejde med regionerne stå for en del uddannelsen af praksiskonsulenter og facilitatorer.