



Referat fra APOs internat om kvalitetsudvikling og audit den 30.-31. oktober 2015 på Hotel Vejlefjord

Indlæg fredag formiddag

Anders Munck, APO bød velkommen og gav en kort historisk gennemgang af APOs virke gennem de sidste 25 år. Kunne oplyse, at Jesper Lykkegaard er blevet faglig leder siden 1. januar 2015 og Henrik Prinds Rasmussen IT chef.

Jesper Lykkegaard, APO fortalte om visionerne for fremtidens arbejde med audit. Kort vej fra god idé til et færdigt projekt. Samarbejde med andre lande er god reklame for dansk almen medicin. Argumenterer for at det stadig er bedst med bevidst papir-registrering af patienterne i stedet for den automatiske opsamling vha. It-systemer. Idé om at gøre små audit til en del af alle kurser for at gøre udbyttet bedre og mere relevant for de praktiserende læger der deltagere.

Henrik Rasmussen, APO fortalte om mulighederne for IT-registrering, når DAK-E kommer op at køre igen. Introducerede principperne i et nyt sentinel system. Kan tændes og slukkes aktivt. Det er muligt at slette noget af sin lokale database. Det er muligt at gemme pop-up relateret data lokalt. Det er vigtigt at lægerne er trygge ved registreringerne og synes at det er klinisk relevant. Det skal styres decentralt af lægernes egne idéer fx udsprunget efter møder i 12 mandsgrupper. Der skal stadig være muligt at lave nationale projekter som er relevante for alle læger, men der skal også være mere afgrænsede grupper af audits, som styres af lokale interesser. Det kan evt. formidles via et projektkatalog, hvor der er mulighed for at tilmelde sig specifikke audit projekter.

Christian Freitag – formand for PLO

APO er vigtigt for PLO. Vi skal udvikle almen praksis og øge ambitionerne og her er kvalitetsudvikling et vigtigt redskab. Det skal være en del af processen. Tiltrække nye læger (faglige udfordringer, udvikling), samfundets krav er at vi udvikler os og bliver dygtigere. Kvalitetsarbejdet skal ofte gå forud for udviklingen. PLO og APO skal være enige om arbejdet så vi bevæger os i samme retning. Hvorfor er kvalitetsudvikling helt afgørende for PLO og de praktiserende læger?

- 1) en del af vores jobtilfredshed.
- 2) En del af vores ansvar.
- 3) En del af vores berettigelse.

Hvad er så kvalitet? Ifølge akkreditering: 1) ICPC diagnosekodning. 2) diagnosekodning. 3) Lægemiddelstatistik og ordinationsmønster. Det er gode værktøjer til at øge vores egen kvalitet men kvalitet er langt mere end det. Vi har en forpligtelse til at definere hvad der er kvalitet, så det ikke kun er indikatorer man måles på. PLO's ønskeliste til jer der arbejder med praktisk kvalitetsudvikling og forskning:

- 1) hvordan kan vi vise at kvalitet er mere og andet end indberetning af indikatorer.
- 2) Hvordan kan vi vise hvad LEON i primærsektoren er værd for samfundet?
- 3) Hvordan kan vi vise værdien af at lægen og patienten kender hinanden?

Det skal vi bruge for at adskille os fra dem vi potentielt kommer til at konkurrere med, så det ikke bare bliver et spørgsmål om opfyldelse af indikatorer. PLO's ønskeliste til jer der arbejder med ledelsen af kvalitetsudviklingen: Hjælp til at 1) Udpege de områder hvor kvalitetsarbejde betaler sig. 2) Hjælpe klinikkerne og lægerne til at forbedre kvaliteten, der hvor de har behov for hjælp. 3) Dokumentere kvaliteten – især den del der kræver en dygtig praktiserende læge (hvornår er der behov for speciallæger i almen medicin og hvornår er der behov for andre speciallæger).

Anders Beich- formand for DSAM

Så gerne man i højere grad lavede kvalitetssikring af det personcentrerede arbejde. Fx gennem måling af patienttilfredshed, værdighed og medfølelse, patient aktivering (engagement), personcentreret kommunikation, patienternes mestringsevne og patientinddragelse. Hvordan måler man på det? Måske ved hjælp af spørgeskemaer eller compliance-mål.

Anders Kühnau – formand for Regionernes Løn- og Takstnævn

Regionerne ønsker den model vi har for almen praksis bevaret. Vi skal være fælles om at vise det helt særlige som almen praksis kan. Kvalitetsudvikling har været et gennemgående tema i alt arbejdet med overenskomster i hele primærsektoren gennem de seneste par år. Mere sundhed for pengene, sikre høj og lige behandling af patienterne. Det skal bl.a. ske gennem implementering af den danske kvalitetsmodel som især er med til at udvikle en mere systematiseret tilgang. Der har været negative konsekvenser af akkreditering i sygehusvæsenet, bl.a. stort bureaukrati. Det er nu afskaffet idet det store arbejde med registrering ikke afspejles i den forventede effekt på kvaliteten. Akkreditering af almen praksis skal være målrettet forholdene i almen praksis. Viden om hvad der foregår i praksis og hvad der virker i praksis er en vigtig del af kvalitetsudviklingen. Data på aggregeret niveau skal være med til at belyse om der er områder som kræver særlig støtte og opmærksomhed og bruges til at skabe tværsektorielle sammenhængende patientforløb. DAMD-sagen må ikke gøre os dataforskrækkede, da der er behov for at vi har viden om patienterne og patienterne har en forventning om at vi har den viden. Men der skal naturligvis være høj sikkerhed.

Patientforløb skal ses som et partnerskab mellem eksperter, hvor patienterne er eksperter på sig selv og lægen på den faglige viden. Patientinddragelse og patientoplevelse kvalitet vil være fokusområder i fremtiden. Patienternes oplevelser af forløbene skal være en af målestokkene for kvaliteten af behandlingen.

Den systematiske efteruddannelse skal understøtte de faglige indsatsområder.

Frede Olesen – professor

Et velfungerende sundhedsvæsen skal have en stærk frontlinjefunktion med særligt uddannede læger og sygeplejersker, hvor en stor del skal udføres i praksislignende driftsenheder.

Hvis vores samlede fag kan dokumentere at de gør noget godt kan PLO sælge det dyrt. Derfor er APO og forskningsenhederne vigtige.

Er vi enige om kerneydelserne på tværs? Gennemgang af de praktiserende lægers kernopgaver med diagnosticering, kronikeromsorg, håndtering af symptomer, forebyggelse mv. med spørgsmålet om hvorvidt der er nogle af vores kerneydelser vi ikke ønsker at udføre og melde det klart ud.

Rejser spørgsmålet om hvor individuel den enkelte læges ydelser må være.

Det er vigtigt at vi holder fast i vores to kerneydelser og ikke diskuterer hvilken af dem, der er vigtigst – begge er lige vigtige.

Er den interne selvkontrol stærk nok? Er rekvirenten tryk ved vores selvkontrol?

Christina Svanholm, FYAM

Hvordan får vi implementeret noget mere kvalitetsundervisning både præ- og postgraduat. Postgraduat fx gennem workshops i kvalitetscirkler og Equip summerschool hvor man diskuterer konkrete projektidéer og hvordan de skal udføres i praksis. Equip kører lige nu et tema om teaching quality "Back to basics of quality". Et nyt koncept: NYGP – Nordic Young GP's 2015 hvis målgruppe er yngre almen medicinere i Norden i perioden indtil de får købt sig ind i praksis.

Gruppearbejder

Gruppe 1

Audit om lænderyg, et tværfagligt projekt.

I 2012 foretog de praktiserende læger, fysioterapeuter og kiropraktorer i Region Sjælland en audit af behandling af personer med lænderygproblemer. Auditten blev lavet i forlængelse af, at Region Sjælland havde udarbejdet et forløbsprogram for personer med rygproblemer. Formålet med denne audit var at få anbefalingerne fra forløbsprogrammet implementeret i praksissektoren.

I efteråret 2015 blev der nedsat en arbejdsgruppe under Region Sjællands ledelse, som skulle revidere forløbsprogrammet. Eftersom Region Sjælland er den eneste region, der har valgt at revidere forløbsprogrammet, fandt vi det naturligt, at foretage en ny audit og denne gang udvide auditten til to regioner, således, at man har mulighed for at se, om der er forskel i de behandlingstilbud borgerne bliver tilbudt alt efter om man er borger i Region Sjælland eller kontrolregionen.

Arbejdet med revideringen af forløbsprogrammet for personer med rygproblemer blev afsluttet i begyndelsen af december 2015 og skulle sendes i høring. Parallelt med revideringen af forløbsprogrammet for personer med rygproblemer, blev der også foretaget en revidering af forløbsprogrammerne for KOL og type2 diabetes. På grund af interne uenigheder i den overordnede styregruppe, er alle tre forløbsprogrammer udskudt på ubestemt tid, hvilket har den direkte konsekvens, at auditarbejdet ligeledes er udskudt på ubestemt tid. Gruppen forventer dog, der bliver mulighed for at gennemføre et projekt enten i slutningen af 2016 eller i 2017.

Gruppe 2

Elektronisk kvalitetsudvikling i almen praksis

Almen praksis er i en brydningstid, hvor tidligere anvendte værktøjer til elektronisk kvalitetsudvikling, er under revision og nye metoder overvejes. Der har primært været arbejdet med at udvikle en ny elektronisk platform, der både juridisk og fagpolitisk, sikrer den dataansvarlige læge, optimale muligheder for at arbejde med kvalitetsudvikling i egen praksis. Som resultat af dette har DAK-E udviklet en ny Sentinel klient der er godkendt af PLO's bestyrelse til indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser og som ligeledes kan anvendes til kvalitetsudviklingsprojekter. Der er tale om en model der giver den dataansvarlige læge mulighed for at tænde/slukke for Sentinel, slette lokaldatabase, tilmelde/afmelde projekter, levere data til kliniske kvalitetsdatabaser og overvåge transport af data. Således lever den nye tekniske løsning op til de juridiske og fagpolitiske krav, der gør det muligt at arbejde videre med elektronisk kvalitetsudvikling i almen praksis.

Tidligere har værktøjer til kvalitetsudvikling været udviklet af DAK-E med udgangspunkt i kliniske vejledninger og ønsker fra almen praksis. Hvis de værktøjer der fremadrettet stilles til rådighed for almen praksis skal tages i anvendelse, kræver det at de tager udgangspunkt i de behov der udspringer fra almen praksis. Praktiserende læger arbejder forskelligt og forskellige værktøjer giver mening i forskellige kliniske situationer. For at afdække hvilke behov der faktisk opleves i den kliniske hverdag, er det tanken at udvikle en pop-up der giver lægen mulighed for at svare på, hvad der kunne forbedre kvaliteten i forhold til kontakt med forskellige patienttyper.

Konkret er det tanken at udvikle en pop-up der udløses ved hver 5. patient med afkrydsningsmuligheder for konkrete tiltag og et fritekstfelt hvor lægen har mulighed for at foreslå alternative tiltag. Forslag til afkrydsningsmuligheder:

Pop-up med beslutningsstøtte jf. klinisk vejledning:

Patientpopulationsoverblik:

Undervisning i praksis:

Undervisning regionalt:

Patientinformation til udlevering:

Ingen behov:

Forslag:

Tanken er at projektet udarbejdes som et APO projekt med et informationsmøde, en testperiode og et efterfølgende opsamlingsmøde. Ved opsamlingsmødet er det intentionen at resultater fra testen fremlægges og repræsentanter fra Regionen, PLO, DSAM og FYAM beskriver hvilke muligheder der er for at indgå i kvalitetsarbejde fremadrettet, ligesom der vil være mulighed for diskussion og ideudvikling. Ud over at bidrage til deltagerens egen kvalitetsudvikling, kan resultatet af arbejdet give inspiration til hvilke områder der med fordel kan prioriteres regionalt og nationalt inden for området.

Planen er at nedsætte en arbejdsgruppe med deltagelse af PLO repræsentant, DSAM repræsentant, FYAM repræsentant og DAK-E repræsentant. I denne arbejdsgruppe udvikles projekt og ansøgning til KEU.

Gruppe 3

Undgå at blive stresset af dine stressede patienter

-et auditbaseret kvalitetsudviklingsprojekt i almen praksis udført i samarbejde med arbejdsmedicinsk klinik

Formål: Projektet har til formål, at undersøge variationen i behandling af patienter med stress i almen praksis og i hvorledes de praktiserende læger belastes af håndteringen af disse patienter. Derudover har projektet til formål at give praktiserende læger større sikkerhed i håndteringen af stressramte patienter, og derved mindske risikoen for, at lægerne selv bliver stressede af at arbejde med patienter med stress.

Baggrund: Siden psykologisk stress i 1950'erne blev udbredt som begreb,¹ er antallet af personer, som formodes at have tilstanden og, som behandles og sygemeldes herfor, stødt stigende. Gennem det seneste årti er stress blevet den hyppigste tilstand, som undersøges og behandles i arbejdsmedicinen. Stress er en tilstand med fysiske, kognitive og adfærdsmæssige symptomer. Selvom tilstanden ikke kan diagnosticeres eller bekræftes med objektive undersøgelser oplever de praktiserende læger i de fleste tilfælde den som umiddelbart genkendelig. Patienter, som behandles for stress, viser sig sjældent at fejle noget andet. Men det sker ofte, at patienter, som behandles eller undersøges for noget andet, mere korrekt kunne karakteriseres som havende stress. Lægens arbejde med at hjælpe personer med stress kan for lægen være stressende, herunder at afgøre om en sygemelding er hensigtsmæssig og i hvilken grad patienten på et givent tidspunkt er i stand til at honorere systemets rehabiliteringsmæssige krav. Desuden skal lægen til stadighed afgøre, om patientens fysiske symptomer er tilstrækkeligt undersøgt og behandlet, og at sygdommen ikke i stedet f.eks. burde håndteres som en depression, der afhængig af sværhedsgrad kan behandles med medicin og, som giver ret til tilskud for behandlingen hos en psykolog. Helbredelsen ved stress kommer langsomt, og der er ikke evidens for nogen væsentlig effekt af den lægelige indsats. Dette kan give lægen en følelse af utilstrækkelighed, som oven i de nævnte krav til faglige afgørelser kan øge lægens risiko for selv at udvikle stress. Praktiserende læger er en af de grupper i samfundet, som har størst risiko for at udvikle stress og udbændthed. En nylig undersøgelse viste, at det typisk er de yngste praktiserende læger, som rammes af tilstanden og, at tilstanden blandt praktiserende læger er steget mere i hyppighed over det seneste årti end i den øvrige befolkning.

Metode: Projektet gennemføres som en journal audit, hvor hver praksis' stress-behandlede patienter gennem et halvt år identificeres ud fra diagnosekodede journalnotater. Region Syddanmarks DiTeam bidrager til identifikationsalgoritmen. KEU i Region Syddanmark har bevilget penge til projektet og audit gennemgøres primo april og resultatrapporten fremlægges 7. juni.

Gruppe 4

Defensiv medicin i almen praksis

Defensiv medicin er vanskeligt at definere udtømmende, men der er blandt andet tale om undersøgelser og behandlinger, som læger iværksætter motiveret af frygt for klager og utilfredse patienter, frygt for at overse en sygelig tilstand, samt for at imødegå eventuelle klager.

Der er således tale om diagnostik og behandling, der enten ikke er sundhedsfagligt indiceret eller af relevante prioriteringsmæssige årsager ikke burde udføres.

De færreste læger kan således sige sig fri for, at risikoen for klager, eller blot ubehaget ved ikke at imødekomme patientens forventninger, i visse tilfælde kan have betydning for hvornår der fx skal ordineres blodprøver eller henvises til billeddiagnostik.

Det vides dog ikke i hvilket omfang og hvordan defensiv medicin praktiseres i almen praksis og hvordan det påvirker den praktiserende læges arbejde og syn på egen rolle.

Formål

- At analysere omfanget af defensiv medicin i almen praksis.
- At analysere forskellige praktikker i forhold til defensiv adfærd; diagnostiske tests, henvisninger, opfølgninger, sygemeldinger, medicinordinationer.
- At planlægge og udføre efteruddannelse for praktiserende læger ud fra resultater fra undersøgelsen.

Metode

Primært registrering af defensiv adfærd i forbindelse med audit. Sidenhen fokusgruppeinterviews med praktiserende læger.

Projektet forventes påbegyndt i løbet af 2016.

Gruppe 5

Audit om luftvejsinfektioner

Audit om luftvejsinfektioner har været APOs kærneprodukt siden 1993. Er gennemført mange år i mange lande kulminerende med "HAPPY AUDIT", som var et EU-financieret projekt med deltagelse af 600 praktiserende læger fra 6 lande. Projektet fandt sted fra 2007 til 2010 og medførte en markant reduktion i de deltagende lægers antibiotikaudskrivning.

I Danmark og flere andre lande er udredning og behandling af luftvejsinfektioner i stigende grad delegeret ud til praksispersonalet. Audit kun med deltagelse af praktiserende læger giver derfor ikke et retvisende billede af almen praksis håndtering af disse sygdomme. På baggrund af dette har gruppen udarbejdet forslag til en audit, der kortlægger både lægernes og praksispersonalets involvering i arbejdet med denne patientgruppe. Audit søges pilottestet i et par regioner i foråret 2016 mhp et større projekt omfattende så mange regioner som muligt i vinteren 2016/2017

Gruppe 6

Multimorbiditet

Den sidste gruppe diskuterede mulighederne for at udarbejde en audit med fokus på multimorbiditet.

Der blev lavet en projektskitse og et skema, som der arbejdes videre med. Der forventes at skemaet pilottestes i Region Hovedstaden i løbet af 2016.