



**Status og perspektiver for akkreditering på
praksisområdet**

Rådgivende udvalg for Nære Sundhedstilbud
4. oktober 2016

Disposition temadrøftelse

- Indledende – om perspektiver
- Rammer for akkreditering
- Status i Region Midtjylland
- Drøftelse af perspektiver

Rammer i overenskomsterne om akkreditering

- Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) - omdrejningspunktet for kvalitetsudviklingen i almen praksis
- Standardsæt udarbejdet med inddragelse af faglige organisation, regionerne og IKAS
- Implementeringsbidrag på 10.000 kr. pr. lægekapacitet ved start og 10.000 kr. ved akkreditering (kun 1 gang)
- Følgeforskning (de 3 forskningsenheder)

Mål

- at understøtte og fokusere på kvalitetsudvikling i den enkelte praksis
- at styrke kvaliteten og patientsikkerheden gennem arbejde med standarderne i DDKM og faglig sparring fra fagfæller
- **95% kvalitetsudvikling og 5% kontrol**
- Standarderne sætter rammerne – ikke hvordan man skal gøre i praksis

Støttefunktion almen praksis

- DAK-E:
 - opdatering af praksisoplysninger
 - skabeloner til retningslinjer og dokumenthåndtering
 - audithjælpeværktøjer
 - DanPEP

Konsulentstøtte

- Regionale praksiskvalitetsenheder (almen praksis)
 - MidtKraft (4 konsulenter+ datakonsulenter + lægemiddelkonsulenter + UTH-manager + 2 administrative medarbejdere)
 - DAK-E implementeringsgruppe tværregionalt
- E-KVIS (national kvalitetsenhed for speciallægepraksis)
- Nationale kvalitetsenheder (fysioterapi, kiropraktik)

Tilbud til akkreditering fra MidtKraft

- Kommunevise opstartsmøder med personale
 - 6 møder i 2015, 5 i 2016 , 6 i 2017
 - 50 – 120 deltagere pr. møde
- Workshops ca. 3 mdr. efter opstartsmøder (20 – 50 deltagere)
- Akkrediteringsnyt, foreløbigt 6 stk. udsendt

Tilbud til akkreditering fra MidtKraft

- Erindringsmail 3 mdr. før survey
- Tilbud om kontakt til konsulenter via mail, telefon og besøg
- Telefonisk kontakt til praksis med status "akkreditering pågår"

Akkrediteringstemaer

- Tema 1: Kvalitet og patientsikkerhed
- Tema 2: Patientsikkerhedskritiske standarder
- Tema 3: Det gode patientforløb
- Tema 4: Ledelse og organisation



2.2 Lægemiddelordination og receptfornyelse

- Deltagelse i regionale tiltag vedr. medicin håndtering
- Vurdering af medicinordination for kronikergrupper ved årskontroller
- Receptfornyelser – **Retningslinje**
- Lægemiddelbivirkninger
- Rationel farmakoterapi
- Tilbagemeldinger fra apoteker og læring heraf

4.2 Ledelse og drift

- Kvalitetsovervågning – Udarbejdelse af årshjul
 - Kontrol af laboratorieudstyr samt andet medicinsk udstyr (intern/ekstern)
 - Kontrol af rengøring samt udstyr til sterilisering
 - Kontrol af lægemidler/vacciner og utensilier (mængde, holdbarhed)
 - Kontrol af hjertestartere, uddannelse i basal hjerte-lungeredning
 - Journalaudit på 20 journaler årligt
 - Patienttilfredshed
 - Feedback vedrørende henvisninger og ordinationer
 - Datafangst og kvalitetsrapporter

Eksempel. 1 ydernummer og 2 læger

Program	Surveyor 1: Læge Surveyor 2: Praksispersonale
Adresse:	
12.00-12.20	Velkomst, præsentation og rundvisning
12.20-12.40	Gennemgang af retningslinjer og planer samt spørgsmål hertil
12.40-14.30	Interview af læge A Interview af læge B
14.30-15.15	Interview af praksispersonale og evt. uddannelseslæge
15.15-15.45	Opsamling i surveyteam
15.45-16.15	Tilbage melding til klinikken

Status for akkreditering AP pr. **30. september 2016**

Region	Akkrediteret	Midlertidig akkreditering	Akkreditering pågår	Ikke akkrediteret	Ialt
RH	49 (57%)	32 (37%)	4 (5 %)	1 (1 %)	86
RS	19 (50 %)	15 (39 %)	4 (11 %)		38
RSD	39 (70 %)	16 (28 %)	1 (2 %)		56
RM	33 (59 %)	21 (37 %)	2 (4 %)		56
RN	16 (67 %)	7 (29 %)	1 (4%)		24
Ialt	156 (60%)	91 (35 %)	12 (5 %)		260

Indikatorer vurderet "i nogen grad opfyldt" og "ikke opfyldt" for min. 10 praksis (1)

- Har ikke valgt en sårbar patientgruppe (24)
- Ikke gennemført patientevaluering (13)
- Primært ingen retningslinje/mangelfuld retningslinje – forebyggelse af identitetsforveksling(14)
- Ingen/mangelfuld retningslinje eller ingen procedure for opfølgning på prøvesvar (52)
- Ingen dokumentation for gennemført uddannelse i basal hjerte – lungeredning (11)
- ikke gennemført fyldestgørende journalaudit (40)

Indikatorer vurderet "i nogen grad opfyldt" og "ikke opfyldt" for min. 10 praksis (2)

- Ingen skriftlig retningslinje for håndtering af visitation af akutte/ikke-akutte patienter (18)
- ikke udført kontrol af utensiliers udløbsdato eller dokumenteret kontrollen (12)
- gør ikke rent på alle brugsdage (15)
- sterilisationsprocessen lever ikke op til national retningslinje (sporprøver, ovn)(33)
- mangelfuld/ingen plan for udvikling af klinikken (21)

Evaluering af akkrediteringen i almen praksis

Forskningsenhedernes fem delprojekter i AKIAP (Akkreditering i Almen Praksis) er:

1. Praktiserende lægers holdning og forventning til akkreditering
2. Implementeringsaktiviteterne i regionerne
3. Implementeringsprocesser i almen praksis
4. De kliniske, de patientoplevede, de organisatoriske og de økonomiske virkninger af akkreditering i almen praksis
5. Udvikling og afprøvning af interventioner, der skal støtte praksis i arbejdet med at forbedre kvaliteten på de områder, der er omfattet af akkrediteringen.

Perspektiver

- Løftet "bundniveau" i almen praksis
- Løftet samarbejdet i almen praksis om kvaliteten
- Et meningsfuldt "SKAL", der sikrer fokus på kvalitetsarbejdet – støttet af MidtKraft-konsulenter, ex stor stigning i rapporterede uth
- Ny runde med akkreditering af praksis i en ny OK - med et revideret standardsæt
- Arbejde med nye Nationale mål på sundhedsområdet også i almen praksis
- bl.a. nye bud på patienternes perspektiv, krav til FMK-ajourføring m.m.