

# **REFERAT Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg for almen praksis (KEU) d. 03-12-2019**

**Mødedato** Tirsdag d. 03. december 2019 kl. 17:00

**Mødested** Regionshuset Viborg, Konference 1 + 2

## Indholdsfortegnelse

Mødedeltagere.....	3
Gensidig orientering.....	4
Økonomi, status over udvalgets midler.....	5
Ansøgning - E-health og læge-assisteret program for vedvarende symptomer.....	6
Ansøgning - Koordineret forebyggelses- og behandlingstilbud for borgere med funktionelle lidelser	8
Ansøgning - Projekt om klinisk beslutningstagen.....	10
Ansøgning om midler til gruppeledertræf.....	13
Ansøgning om midler til konsulenttræf.....	15
Midler til afholdelse af kurser i afregning.....	17
Ansøgning om midler til personalekurser i Webreq og WebPatient.....	19
Ansøgning om midler til systemspecifikke kurser.....	20
Rapport fra Forskningsenheden om regionernes støtte til implementering af akkreditering i almen p	21

# Punkt 1: Mødedeltagere

1-01-72-9-18

## Sagsfremstilling

Region Midtjylland, Regionsrådet:  
Christian Møller-Nielsen, Regionsrådsmedlem, Regional Formand  
Susanne Buch Nielsen, Regionsrådsmedlem  
Else Kayser, Regionsrådsmedlem  
Annette Roed, Regionsrådsmedlem

Kommunekontaktrådet:  
Frank Heidemann, Byrådsmedlem Ikast-Brande Kommune  
Jan Kjær Madsen, Byrådsmedlem Syddjurs Kommune (Medlem af SU - observatør i KEU)  
Annette Mosegaard, Byrådsmedlem Ikast-Brande Kommune  
Karen Heebøll, På Tværs Direktør, Ikast-Brande Kommune

Lægeforeningen:  
Henrik Idriss Kise, Formand PLO-M, Med-formand  
Bruno Melgaard Jensen, Næstformand PLO-M  
Søren Svenningsen, Medlem PLO-M  
Poul Kraghede, Medlem PLO-M  
Jonas Hald, Medlem PLO-M  
Jakob Ravn, Medlem PLO-M  
Lise Høyer, Medlem PLO-M

Lægeforeningens sekretariat:  
Chefkonsulent Lisbeth Trøllund

Lægelige koordinatore for PKO, EUV og PUK:  
Tommy Stoltz Olsen, Lægelig koordinator for EUV og PUK (observatør)  
Svend Kier, Lægelig koordinator for PKO (observatør), afbud

Region Midtjylland, administrationen:  
Økonomidirektør Mette Jensen  
Vicedirektør Mette Kjølby, Koncern Kvalitet  
Kontorchef Jørgen Nørskov Nielsen, Koncernøkonomi  
Kontorchef Birgitte Haahr, Koncern Kvalitet  
Specialkonsulent Camilla Ulsøe, Koncernøkonomi

## Beslutning

Der var afbud fra:  
Svend Kier  
Susanne Buch  
Karen Heebøll  
Jakob Ravn

Følgende deltog ikke:  
Frank Heidemann  
Annette Mosegaard  
Lise Høyer

## **Punkt 2: Gensidig orientering**

1-01-72-9-18

### **Beslutning**

Ingen punkter til gensidig orientering.

## **Punkt 3: Økonomi, status over udvalgets midler**

1-22-5-08

### **Resume**

Der er udarbejdet en økonomisk oversigt over KEU- og EUV-midler, status pr. 21. november 2019.

### **Administrationen indstiller,**

at den økonomiske oversigt over KEU- og EUV-midler tages til orientering.

### **Sagsfremstilling**

Der er udarbejdet økonomisk oversigt, status pr. 21. november 2019, over Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalgets midler og EUV-midler samt de bevilgede projekter.

Der er 2.299.457 kr. tilbage i ikke forbrugte / ikke bevilgede midler i 2019, når de overførte projekter samt bevilgede projekter for 2019 er fratrukket.

Der er til dette møde søgt om projekter, som for 2019 udgør 89.500 kr. Hvis alle ansøgninger godkendes, er der 2.209.957 kr. tilbage i puljen for 2019. De ansøgte projekter udgør for 2020 1.535.195 kr. og for 2021 842.814 kr.

På mødet i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget den 23. september 2019 blev det besluttet, at administrationen i samarbejde med PLO-Midtjylland arbejder på at skabe bedre overblik og synliggøre uforbrugte og fremskrevne midler.

Overførte midler fra tidligere år samt et foreløbigt bud på beløbene, som afsættes iflg. Landsoverenskomsten er anført i kolonnerne 'Budget 2020, 2021, 2022' samt fodnoter.

Der vedlægges økonomisk oversigt for 2019, status pr. 21. november 2019. Der vedlægges desuden en oversigt over afsluttede KEU-projekter 2007-2019.

### **Beslutning**

Taget til orientering.

Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget var enige om, at der bør evalueres på større projekter, som ikke helt eller delvist gennemføres.

### **Bilag**

Økonomisk oversigt KEU og EUV 2019, status pr. 21. november 2019

Afsluttede KEU projekter 2007-2019

# Punkt 4: Ansøgning - E-health og læge-assisteret program for vedvarende symptomer

1-30-72-86-19

## Resume

Projektet vil implementere et læge-guidet internetbaseret selvhjælpsprogram til PPS patienter i almen praksis (eASY programmet).

## Administrationen indstiller,

at Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget ikke bevilger midler til projektet

## Sagsfremstilling

Ansøger er Forskningsenheden for Almen Praksis og Funktionelle lidelser, AUH.

Kort fortalt drejer projektet sig om implementering af et læge-guidet internetbaseret selvhjælpsprogram til PPS patienter i almen praksis (eASY programmet). PPS står for vedvarende fysiske symptomer. Selvhjælpsprogrammet skal fremme patienternes evne til selv at håndtere symptomerne. Succeskriterierne for projektet er:

- Udvikling af en evidensbaseret symptombehandlingsmodel, der integreres i et internetbaseret selvhjælpsprogram
- Udvikling af kurser til læger vedrørende symptombehandlingsmodellen inklusiv specifikke lægefaglige kompetencer efter standarder for praktiserende lægers efteruddannelse
- Test af den samlede pakke

Projektet blev behandlet på juni og september mødet i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget. Begge gange bad udvalget om flere oplysninger. Svarene på spørgsmålene er vedlagt som bilag.

Der søges om i alt 1.633.061 kr., fordelt med 790.247 kr. i 2020 og 842.814 kr. i 2021.

Ansøger er til dette møde blevet bedt om at svare på følgende supplerende spørgsmål:

### 1) Status på projektet

Af de hidtil fremsendte svar fremgår, at fase 1 og 2 er enten afsluttet eller påbegyndt, hvorved der vel må forventes snarligt at foreligge et udkast til det tiltænkt implementerede onlineværktøj. Vil det være muligt at se en demonstration af dette, altså, hvad er det konkret de deltagende læger skal foreslå deres patienter at påbegynde "egenbehandling" med?

### 2) Fase 3/pilottest

Der ansøges om midler til kursusdeltagelse, 1 dagskursus for 20 læger samt 6 timer til inklusion. Hvorledes er sidstnævnte tænkt udmøntet?

Er det indenfor disse 6 timer/læge, man skal tænke honorering for medgået tidsmerforbrug udover almindelig konsultation, som må forventes påkrævet ved ibrugtagning af ethvert nyt tiltag/værktøj?

### 3) Opfølgingskonsultationen

Vi mangler fortsat budgettering i projekt og ansøgning af medgået ekstra tidsforbrug til opfølgingskonsultation, idet vi ikke finder at overenskomsten rummer mulighed for den foreslåede enkeltstående samtale.

### 4) Fase 4/RCT

Vi kan ikke se den praktiske implementering i en travl praksishverdag med konsekutiv screening af alle fremmødte patienter, omend udført af projektsygeplejerske. Hvorledes tænkes dette at skulle foregå i praksis (antal dage, logistik, lokale mm)?

Om end det forskningsmæssigt utvivlsomt er relevant at undersøge forekomsten, vil en sådan baseline-screening være så indgribende i praksis, at vi vil forvente, det kan blive problematisk at rekruttere deltagerpraksis.

## Svar på spørgsmål

### Ad 1 - Status på projektet

Vi har netop afsluttet fase 1 i projektet dvs. afdækning og beskrivelse af brugernes (praktiserende lægers og patienternes) behov. Fase 2 blev påbegyndt sidst i september med en workshop med praktiserende læger, som skulle vurdere første udkast til indhold i programmet. De fik præsenteret wireframes, dvs. skriftlige udkast. Arbejdet med programmering, videoer, animationer osv. bliver først påbegyndt omkring årsskiftet. Vi kan demonstrere wireframes, men ikke et program på et KEU-møde.

I projektet indgår desuden et systematisk review af, hvordan man bedst udmønter en række forslag i programmet, f.eks. hvordan man skaber adfærdsændringer hos brugerne. Dette review er berammet til at blive afsluttet i januar 2020. Vi er således helt efter planen stadig ved at udvikle programmet. Dette ventes klar til test i sommeren 2020.

### **Ad. 2 Fase 3/pilottest**

Der ansøges om midler til tabt arbejdsfortjeneste. Tidsforbrug til et 1-dagskursus giver sig selv. Med hensyn til tidsforbrug i praksis i forbindelse med patientinklusion, har vi måttet lave et foreløbigt estimat. Det endelige tidsforbrug vil blive vurderet under pilottesten.

Baseret på tidligere, lignende projekter forventer vi at hver læge inkluderer patienter i 10 dage og ser ca. 20 - 25 patienter på en dag. Da vi kun inkluderer 18 - 65 årige og kun dem med forhøjet symptomscore, vil lægen skulle lave registrering på ca. 3 - 5 patienter pr. dag. I løbet af disse 10 inklusionsdage estimeres det, at man vil bruge ca. 3 timer på patientregistreringer. Hertil kommer en generel forstyrrelse af dagligdagen, hvorfor der kan blive behov for at reducere dagsskemaet eller forlænge arbejdsdagen en smule i løbet af de 2 uger. De 6 timers ekstra tidsforbrug hører udelukkende til i projektets evalueringsfase.

Vi forventer ikke, at der i en almindelig driftssituation vil skulle bruges ekstra tid på at introducere eASY-programmet. Man vil formentlig skulle introducere webpatient, hvorefter patienten får tilsendt et link, og programmet introducerer sig selv. Lægens 'henvisning' vil således svare til andre typer henvisninger.

### **Ad. 3 Opfølgingskonsultationen**

Der er ikke søgt penge hertil, fordi der kan peges på flere andre muligheder:

1. Opfølgning laves som almindelig 0101 - og altså uden ekstra tidsforbrug. Det vil være mindre optimalt end en forlænget konsultation.
2. En forlænget konsultation i form af samtaleyde. Det forudsætter, at der laves to opfølgninger, hvilket vi i givet fald vil anbefale, selv om man i nogle tilfælde formentlig kunne nøjes med én.
3. Der indgås en lokalaftale, der kun kan bruges i relation til projektet om, at man må afregne samtaleyde x 1.
  1. En sådan aftale vil ikke betyde merudgift, idet patienten ses i almindelig dagtid, og ydelsen således blot erstatter flere 0101-ydelser den samme dag.

I øvrigt omfatter opfølgningen udelukkende patienter henvist til eASY, og kun de, der vælger at komme til den. Projektet løber i et afgrænset tidsrum, og vi vil efter pilotprojektet kunne beskrive, hvor mange opfølgningssamtaler der reelt bliver tale om.

### **Ad. 4 RCT**

Med hensyn til inklusion af patienter er vi afsøgende i forhold til muligheder. Hidtil har det ikke været muligt at pege på andre muligheder end konsekutiv screening af 18 - 65 årige i praksis i ca. 10 arbejdsdage. Det er ikke muligt at lave valide udtræk på ICPC-diagnoser i alle journalsystemer, og vi har ingen mulighed for at tilgå denne type data uden at sidde i hver enkelt praksis, da der ikke findes nationale registreringer på symptomkoder. Deltagende læger vil naturligvis blive bedt om at vurdere screenede patienter, men vi ved fra anden forskning, at inklusion udelukkende via lægen resulterer i en skæv inklusion, fordi denne primært baserer sig på lægens personlige holdning. Det sidste er derfor ikke en forskningsmæssig mulighed.

Vi har tidligere gennemført store studier i Aarhus Amt og Vejle Amt med konsekutiv inklusion i praksis uden problemer. I disse studier hjalp personalet i praksis med at informere og screene. I dag ser venteværelset imidlertid anderledes ud, hvorfor vi har valgt at tilbyde praksis hjælp til denne proces. Vi gør opmærksomme på, at det naturligvis er helt op til praksis, om de vil modtage hjælp, eller om de vil foretrække selv at stå for patientinklusionen på samme måde som tidligere.

Vi mener, at en sygeplejerske og studentermedhjælper kan screene patienter i venteværelset. En screening der primært består i at besvare ca. 30 spørgsmål på Ipad. Samtidig gives information om projektet, så patienten kan takke nej eller give sit informerede samtykke i venteværelset frem for, at lægen skal indhente det i konsultationen.

Hvordan det helt konkret skal foregå, vil blive afprøvet i pilottesten. Der er desuden planer om at lave fokusgruppeinterviews med praktiserende læger om, hvordan patientinklusionen kan foregå, så det bliver mindst muligt indgribende for praksis.

## **Beslutning**

Vedtaget som indstillet.

## **Bilag**

Bilag - Svar på tidligere spørgsmål

Svar på spørgsmål KEU 5. dec

# Punkt 5: Ansøgning - Koordineret forebyggelses- og behandlingstilbud for borgere med funktionelle lidelser

1-30-72-185-19

## Resume

Projektet ønsker at teste et samordnet forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med funktionelle lidelser.

## Administrationen indstiller,

at Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget ikke bevilger midler til projektet

## Sagsfremstilling

Ansøger til projektet er Holstebro Kommune.

Jobcentrene oplever, at borgere med funktionelle lidelser kan være vanskelige at hjælpe tilbage til arbejdsmarkedet. Ofte har disse borgere været lang tid på offentlig forsørgelse, og ganske mange ender med at få tildelt varig offentlig forsørgelse. Samtidig er det en borgergruppe, som i stor udstrækning er i kontakt med de praktiserende læger og hospitalerne. Det vurderes, at der ved Jobcenter Holstebro er ca. 100 borgere med funktionelle lidelser, som aktuelt er på midlertidige ydelser. Udover det menneskelige aspekt er der derfor rent samfundsøkonomisk en god grund til at hjælpe denne gruppe tilbage på arbejdsmarkedet.

I regi af Fokusgruppen Sundhed og Beskæftigelse har en arbejdsgruppe derfor set på mulighederne for en stepped-care-model, hvor lokalmiljøet for borgeren med funktionel lidelse er første step: Hvad kan lægepraksis sammen med lokale sundheds- og beskæftigelsesaktører levere sammen for at undgå unødigt ventetid og rejsetid. Mestringsforløbet består af edukation, mindfulness og gradueret træning i jobfunktioner på en virksomhed, der matcher borgeren. Forebyggelsesdelen ligner mestringsforløbet, men har fokus på at undgå, at borgernes symptomer progredierer til moderate eller svære diagnosticerede funktionelle lidelser. Målgruppen er ikke nødvendigvis diagnosticeret med en funktionel lidelse, men vil være i rising risk-gruppen.

Modellen beror på en fælles visitation, hvor praksislæge og kommunens forebyggelses/mestringskonsulent i dialog afstemmer, om borgeren er kandidat til forløbet.

Den der får mistanken kan tage kontakt til den anden part med henblik på en drøftelse af, hvorvidt denne konkrete borger kunne være et emne til at inkludere i projektet. Drøftelsen kan ske ved en telefonsamtale eller evt. ved en drøftelse på de tilbagevendende samarbejds møder. I Holstebro kommune er der løbende samarbejde med de praktiserende læger, som på skift kommer til møder i Jobcentret. Hver enkelt lægepraksis er således til møde på Jobcentret ca. en gang i kvartalet. Til disse møder kan både de praktiserende læger og Jobcentret sætte borgere på dagsordenen, som man ønsker en drøftelse om.

Hvis praktiserende læge og Jobcenter er enige om, at patient/borger skal forsøges inkluderet i projektet, tages der initiativ til, at der bestilles en dobbelttid hos praktiserende læge, hvor borger, praktiserende læge og Jobcentret deltager. På dette møde aftales så vidt muligt en koordineret indsats – dels i forhold til smertebehandling, øvrige lægelige tiltag (yderligere udredning, henvisning til fysioterapi eller psykolog m.v.) og eventuelle indsatser i form af mestringsstilbud og/eller iværksættelse af udvikling af arbejdsevnen som leveres af kommunen. Hensigten med mødet er, at borger så vidt muligt tager ansvar i forhold til egen situation, og i et samarbejde med læge og Jobcenter tager stilling til og aftaler relevante indsatser.

Er der tale om en situation, hvor den praktiserende læge efterfølgende har behov for sparring med Smerteklinikken i Silkeborg, tager praktiserende læge initiativ til dette. Sparringen foregår ved telefonisk kontakt mellem praktiserende læge og Smerteklinikken.

Bliver der behov for det, kan både praktiserende læge og Jobcenter efterfølgende tage initiativ til igen at foreslå et samlet møde mellem borger, praktiserende læge og Jobcenter.

## Økonomi

Der søges om i alt 89.500 kr. til honorering af praktiserende lægers deltagelse i et kursus samt sparring med Smerteklinikken i Silkeborg.

Lægerne bliver honoreret efter gældende konsulenttakst, som pt er på 941,47 kr.

## Deltagelse i kursus

Der er kalkuleret med, at 40 læger vil deltage i kurset, som er af 2 timers varighed. I alt 75.318 kr.

## Sparring

Der er kalkuleret med, at der vil deltage 45 borgere i projektet. For hver borger vil der i gennemsnit være brug for 2 x 10 minutters sparring, svarende til 15 timer. I alt 14.122 kr.

### **Faglig indstilling fra Det Regionale Kvalitetsteam**

Formålet er at forbedre kvaliteten af lokale tværsektorielle tilbud til borgere med funktionelle lidelser ved at se på, hvad almen praksis sammen med lokale sundheds- og beskæftigelsesaktører kan levere for at undgå unødvendig ventetid til patienter, der er henvist til klinikken for funktionelle lidelser.

Jobcentrene oplever, at borgere med funktionelle lidelser kan være vanskelige at hjælpe tilbage til arbejdsmarkedet. Samtidig er det en borgergruppe, som også i stor udstrækning er i kontakt med praktiserende læger og hospitaler. Alene ved Jobcenter Holstebro vurderes at være ca. 100 borgere med funktionelle lidelser, som aktuelt er på midlertidige ydelser. Der vil således være god samfundsøkonomi i at gøre, hvad der er muligt for at hjælpe denne gruppe i gang på arbejdsmarkedet igen.

Ansøger vil implementere en metode, hvor man laver en tværfaglig indsats overfor borgere med funktionelle lidelser. Smerteklinikken i Silkeborg og Klinik for Funktionelle lidelser involveres, og man laver et lokalt forankret oplæg i forhold til mestring og forebyggelse.

Projektet er spændende og der er nogle gode perspektiver for håndteringen af en udsat patientgruppe. Øget grad af tværfaglighed, når man skal arbejde med de mest udsatte, giver god mening.

Det Regionale Kvalitetsteam mener dog ikke, at projektet skal finansieres af midler fra KEU, som mere er målrettet kvalitetsudvikling i almen praksis, hvor dette projekt mere drejer sig om at udvikle behandlingstilbud for borgere med funktionelle lidelser eller rising risk. Det anbefales derfor, at der søges midler andre steder.

### **Beslutning**

Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget besluttede at bevilge midler til projektet.

Der var i udvalget enighed om, at begrebet "dobbelttid" ikke er omfattet af gældende overenskomst, men at man i dette projekt kan anvende ydelserne for socialmedicinsk samarbejde.

### **Bilag**

Samlet ansøgning

# Punkt 6: Ansøgning - Projekt om klinisk beslutningstagen

1-30-72-186-19

## Resume

Projektet handler om klinisk beslutningstagen, hvor praktiserende lægers tillid til egen diagnostik og diagnostiske fejl vil blive undersøgt.

## Administrationen indstiller,

at Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget bevilger midler til projektet

## Sagsfremstilling

Ansøger er Forskningsenheden for Almen Praksis og Institut for Klinisk Medicin.

Det er en diagnostisk udfordring blandt praktiserende læger at finde de sjældne, alvorlige diagnoser blandt de mange godartede tilstande, som ofte præsenterer sig i almen praksis. Det er populært sagt svært at få øje på zebraen blandt de mange heste.

Menneskelige fejlurderinger er den vigtigste kilde til fejldiagnostik. Praktiserende læger anvender i høj grad type 1 kognition karakteriseret ved at være baseret på intuitiv mønstergenkendelse. Kognition af type 1 er velegnet og effektiv for langt hovedparten af problemstillingerne i almen praksis, men for et fåtal af sjældnere sygdomme vil der være risiko for sen diagnostik.

En amerikansk undersøgelse har vist, at hospitalslægers tillid til rigtigheden af egen diagnose ser ud til at være afhængig af den diagnostiske sværhedsgrad.

Projektet ønsker at undersøge, hvorvidt uoverensstemmelser mellem tilliden til rigtigheden af egen diagnose og den faktiske rigtighed ses hos de danske praktiserende læger, der i højere grad end de amerikanske fungerer som gatekeepers.

Målet er at inkludere ca. 400 praktiserende læger med både lang og kort erfaring. Lægerne skal via deres pc forholde sig til fire elektroniske sygdomshistorier, som de skal diagnosticere. To af historierne er svære og to er lette, dette fremgår ikke af beskrivelserne. Lægerne skal i forbindelse med diagnosen angive, hvor sikre de er på diagnosernes rigtighed, det er ikke muligt at gå tilbage og ændre ens svar.

Litteraturen dokumenterer, at diagnostiske fejl i almen praksis har konsekvenser for patientsikkerheden, sundhedsøkonomien, sundheden m.m. Hvis dette studie viser, at der er uoverensstemmelse mellem lægernes tillid til egen rigtighed af egen diagnose og den faktiske rigtighed, vil det understrege vigtigheden af at indføre brugervenlige, digitale støtteværktøjer i den diagnostiske proces.

Det Regionale Kvalitetsteam stillede på deres møde flere spørgsmål til projektet, som ansøger er blevet bedt om at svare på inden KEU mødet:

1. I projektbeskrivelsen står der, at det er en diagnostisk udfordring af finde sjældne, alvorlige diagnoser - Er det nogle bestemte diagnoser som der tænkes på? Og har ansøger en fornemmelse af, hvor mange procent det drejer sig om, hvor der er tale om fejldiagnostik?
2. Hvorfor er tallet 400 læger?
3. Får de læger, der deltager, en tilbagemelding på deres resultater og i givet fald hvordan? (Udover at få formidlet de rigtige svar)
4. Er der taget stilling til, at der er forskel på at skulle give en diagnose ud fra papir og på at sidde fysisk over for en patient? Hvilke overvejelser har ansøger gjort sig?
5. I forhold til konklusionen om, at der er et behov for udvikling af brugervenlige digitale beslutningsstøtteværktøjer, hvis det viser sig at der er stor uoverensstemmelse mellem lægernes tillid til egen diagnose og den faktiske rigtighed. Hvordan er ansøger kommet frem til den konklusion? Hvor er linket mellem det der bliver undersøgt, og konklusionen om hvad der skal til for at forbedre resultatet?

## Svar på spørgsmål

### Ad. 1

Der tænkes ikke på bestemte diagnoser, men på diagnoser, som er karakteriseret ved at være sjældne og alvorlige, i den forstand at patientens livskvalitet, arbejdsevne, fysiske helbred og/eller eventuelt forventet levetid er reduceret. I overensstemmelse hermed dækker de cases, som indgår i undersøgelsen, et bredt spektrum af sygdomme.

Fejldiagnostik i almen praksis er ikke velundersøgt og bl.a. registerstudier til kortlægning af omfang er vanskelige at udføre, idet ikke-diagnosticerede patienter i sagens natur ikke er registrerede. Kroniske, non-progressive sygdomme, som ikke diagnosticeres, er et mørketal, da manglende diagnostik ofte ikke har konsekvenser for patientsikkerheden, men "kun" for patientens livskvalitet. En nylig svensk undersøgelse konkluderede, at "Diagnostic errors are a major patient safety concern in primary healthcare and emergency care." (*Fernholm et al. Diagnostic errors reported in primary healthcare and emergency departments. European Journal of General Practice* 2019; 25: 128 - 135)

Undersøgelsen anvendte to nationale registre og identificerede 1936 tilfælde af fejldiagnostik med patientskade i almen praksis over en 5-års periode fra 2011 til 2016. I almen praksis udgjorde oversete cancersygdomme, oversete frakturer og oversete hjerte-kar-sygdomme størstedelen af fejldiagnoserne (4 - 37 %). En amerikansk undersøgelse har vist, at de hyppigste oversete diagnoser i almen praksis er akut nyresvigt (5 % af fejldiagnostik-cases), pneumoni (5 %), cancer (4 %) og hjertesvigt (4 %) (*Singh et al. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. JAMA Intern Med.* 2013; 173: 418-425)

#### **Ad. 2**

Formålet med den beskrevne undersøgelse er at undersøge forholdet mellem diagnostisk tillid og diagnostisk nøjagtighed som en funktion af bl.a. casens sværhedsgrad og lægens anciennitet. Fra en tidligere undersøgelse, som inkluderede 118 interne medicinere, ved vi, at diagnostisk nøjagtighed er 0,553 for de lettere cases og 0,057 for de vanskeligere cases, og kalibrering er hhv. 0,31 og 0,45 for lette og svære cases (jo lavere score des bedre overensstemmelse mellem tillid og nøjagtighed) (*Meyer et al. Physicians' diagnostic accuracy, confidence and resource requests. JAMA Intern Med.* 2013; 173: 1952-1959). Forskellen var signifikant og svarende til en stor til meget stor effektstørrelse ( $d=1,14$ ).

Så vidt vi ved, har betydningen af lægens anciennitet som en modererende faktor for graden af kalibrering ikke tidligere været undersøgt, men relativt svage sammenhænge er påvist mellem anciennitet og hhv. diagnostisk nøjagtighed og diagnostisk tillid. Vi har derfor afprøvet forskellige scenarier i teststyrkeberegninger, både på baggrund af en skønnet konservativ modererende effekt af anciennitet og på baggrund af det maksimale antal deltagere, som vi forventer at kunne rekruttere. Hvis vi antager at den ændring i nøjagtighed pr. års anciennitet, vi finder, er mindre end 2,5 % med en statistisk styrke på 80 % og med 5 % som signifikansniveau vil det kræve i underkanten af 400 læger at finde en statistisk signifikant forskel på sammenhængen mellem tillid og nøjagtighed som en funktion af anciennitet. I underkanten af 400 læger er således det nødvendige antal læger for at vise en signifikant forskel på sammenhængen mellem tillid og nøjagtighed som en funktion af anciennitet med et ret konservativt estimat af effekten af anciennitet.

#### **Ad. 3**

Forskergruppen er af den opfattelse, at fuldstændig anonymitet er en forudsætning for rekruttering af deltagere til projektet. På den baggrund planlægges alene registrering af køn og år som praktiserende læge. Det betyder, at når deltageren har lukket sin besvarelse, har vi ikke registreret identifikation på deltageren såsom e-mail adresse, og vi har dermed ikke mulighed for efterfølgende at tage kontakt til den enkelte deltager.

Vi planlægger, at deltageren ved afslutningen af sin besvarelse får oplyst et link til en hjemmeside og datoen for, hvornår de korrekte diagnoser frigives her. På hjemmesiden planlægges også at oplyse, hvad de hyppigste diagnoseforslag var blandt deltagerne, og hvilke oplysninger i casen, som pegede i retning af den korrekte diagnose. Denne fremgangsmåde er dog ikke perfekt.

For det første kan deltageren i den mellemliggende periode glemme de diagnoser, som han/hun angav, og det pædagogiske potentiale i at blive oplyst de rigtige diagnoser vil således være tvivlsom. For det andet andet kan linket til hjemmesiden gå tabt for deltagerne, og for det tredje har vi ikke mulighed for at tjekke, om en praktiserende læge deltager flere gange. Vi arbejder på flere løsninger, f.eks. at deltageren ved afslutning af sin besvarelse får en side til udprint indeholdende information om de fire slutdiagnoser, hvor sikker deltageren er på diagnosen og webadressen til hjemmesiden med de korrekte diagnoser samt dato for frigivelsen af diagnoserne. IT-løsninger overvejes også, f.eks. om besvarelsen kan gemmes på deltagerens egen computer, og om brug af cookies gør det muligt at genkende computeren næste gang den besøger hjemmesiden. Denne fremgangsmåde kræver dog, at deltageren bruger samme computer ved besvarelse og ved tjek af de rigtige diagnoser, og at cookies ikke er slettet i mellemtiden, ligesom brug af onlineidentifikation kan stride imod den lovede anonymitet.

#### **Ad. 4**

På den ene side kan det anføres, at det at skulle give en diagnose ud fra papir er langt sværere end hvis lægen sad fysisk over for en patient, fordi lægen ud fra papiret ikke får mulighed for at afkode nonverbale tegn og patientens fysiske fremtoning. Med dette argument kan det hævdes, at vi med den valgte metode kommer til at underestimere chancen for en korrekt diagnose.

På den anden side kan det anføres, at det at skulle give en diagnose ud fra papir er nemmere end den virkelige, fysiske diagnostiske situation idet casens forfatter har foretaget en selektion af information med udgangspunkt i den korrekte diagnose. De nødvendige oplysninger er så at sige med garanti til stede i casen, dog sløret af et antal irrelevante cues.

Modsat dette er informationsmængden uendelig i den virkelige, fysiske diagnostiske situation, og lægen selekterer i informationen i bevidste og ubevidste kognitive processer med risiko for bortfiltrering af nødvendige oplysninger for at kunne stille den rigtige diagnose. Med dette argument kan det hævdes, at vi med den valgte metode kommer til at overestimere raten af korrekte diagnoser. Uanset risikoen for under- og overestimering er det dog vigtigt at betone, at det ikke er raten af korrekte diagnoser i sig selv, som har interesse, men forholdet mellem sikkerheden på diagnosen og den faktiske rigtighed set i forhold til casens objektive sværhedsgrad.

Forskergruppen medgiver, at der er forskel på at give en diagnose ud fra papir og på at sidde fysisk over for en patient, men har forsat tillid til, at beskrevne vignetter er et validt redskab til indblik i lægers kliniske beslutningstagen som også dokumenteret i en undersøgelse. Graden af generaliserbarhed til den fysiske diagnostiske situation vil naturligvis blive diskuteret, når resultaterne afrapporteres.

#### **Ad. 5**

Vi skriver i protokollens perspektivafsnit: "Såfremt resultaterne identificerer en høj grad af uoverensstemmelser mellem tilliden til rigtigheden af egen diagnose og den faktiske rigtighed, vil dette understrege behovet for udvikling af brugervenlige digitale beslutningsstøtteværktøjer i almen praksis."

Det er korrekt påpeget, at resultaterne af denne undersøgelse ikke vil vise, om digitale beslutningsstøtteværktøjer forbedrer diagnostik i almen praksis. Den beskrevne undersøgelse siger intet om brug af digitale beslutningsstøtteværktøjer. På baggrund af den beskrevne undersøgelse kommer vi til at kunne konkludere, hvorvidt graden af uoverensstemmelser mellem tilliden til rigtigheden af egen diagnose og den faktiske rigtighed er et problem i almen praksis. Skulle dette være tilfældet, kunne en perspektivering af undersøgelsen være at kigge på muligheden for udvikling af brugervenlige digitale beslutningsstøtteværktøjer i almen praksis for at reducere risikoen for fejldiagnostik. Anvendeligheden af en sådan intervention, skal så naturligvis undersøges i andre undersøgelser.

#### **Økonomi**

Der søges om i alt 342.048 kr. Midlerne skal bruges til honorering af de praktiserende lægers deltagelse i projektet.

Der honoreres for 6 moduler (10 minutter) á 134,45 kr. for 400 praktiserende læger. Svarende til 322.680 kr.

Der er hertil lagt et administrationsbidrag på 6 %, svarende til 19.368 kr.

#### **Faglig indstilling fra Det Regionale Kvalitetsteam**

Formålet med undersøgelsen er at undersøge graden af uoverensstemmelse mellem tilliden til rigtigheden af egen diagnostik og den faktiske rigtighed hos danske almen praktiserende læger og undersøge hvorvidt graden er relateret til erfaringsniveau og risikotolerance.

Det er dokumenteret, at diagnostiske fejl i almen praksis har konsekvenser for patientsikkerheden, sundhedsøkonomien og folkesundheden, og perspektiverne for dette studie er betydelige. Hvis hypotesen om tilliden til rigtigheden af egen diagnostik er stor, uanset sværhedsgraden af opgaven, kan det have betydning for, hvordan man implementerer beslutningsstøtte fremover.

Ansøger laver en undersøgelse, hvor 400 praktiserende læger med både lang og kort erfaring deltager fra egen kontorplads. De vil få adgang til fire elektroniske sygdomshistorier, som de anmodes om at diagnosticere. Det analyseres kvantitativt.

Selve emnet er af stor relevans for almen praksis og har i høj grad kvalitetsudviklende formål. At se nysgerrigt på effekten af det arbejde, der laves i almen praksis, har både betydning for patienter, samfundsøkonomi, det øvrige sundhedsvæsen og for arbejdsglæden hos praktiserende læger.

Ansøger har en forskningstung og international gruppe i ryggen, og der bliver publiceret i internationale tidsskrifter og udbredes i Danmark.

Det Regionale Kvalitetsteam anbefaler, at projektet støttes.

## **Beslutning**

Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget besluttede, at der ikke bevilges midler til projektet.

## **Bilag**

Klinisk beslutningstagen

## Punkt 7: Ansøgning om midler til gruppeledertræf

1-30-72-188-19

### Resume

I Region Midtjylland har der ikke været tradition for at afholde gruppeledertræf. Inspireret af Region Hovedstaden vil Efteruddannelsesvejlederteamet afholde en ½ dag med honorering som i Region Hovedstaden. Træffet er relevant i forhold til spredning af et nyt efteruddannelseskoncept efter skotsk model.

### Administrationen indstiller,

at Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget bevilger 140.000 kr.

### Sagsfremstilling

PLO-Efteruddannelse har indgået en aftale med NHS Education i Skotland om et udbud af de såkaldte PBSGL-moduler (Practice Based Small Group Learning). PBSGL-modulerne omhandler specifikke medicinske emner og udbydes som en del af den selvvalgte efteruddannelse.

Modulerne består af en række patienthistorier, informationssektion, spørgsmål til diskussion i grupperne og en referenceliste. For at gennemføre modulerne skal én i gruppen have gennemgået et facilitatorkursus. Det sikrer, at gruppen får mest mulig læring ud af modulerne.

PBSGL-modulerne kan gennemføres i en DGE-gruppe, supervisionsgruppe eller lignende, hvor man mødes 5-12 læger omkring faglig udvikling. Modulerne kan gennemføres på 3 timer.

Modulerne minder på mange områder om SGE-modulerne (Systematisk Gruppebaseret Efteruddannelse), men er mere specifikke i deres fokus og kan gennemføres på et enkelt gruppemøde. Følgende moduler er blevet tilgængelige per 1. september 2019:

- Anæmi hos ældre
- Allergi
- Inflammatorisk tarmsygdome
- Neurologi
- Thyroideasygdomme
- Antibiotika
- Diabetes i almen praksis

Efteruddannelsesvejlederne i Region Midtjylland ønsker, at indkalde gruppeledere i DGE grupperne til gruppeledertræf med henblik på, at

- Orienterer om efteruddannelsen
- Gruppelederne opnår certificering som facilitator af PBSGL, hvorefter de kan facilitere de 7 PBSGL moduler fra PLO-E i en DGE-gruppe

I Region Midtjylland har der ikke været tradition for at afholde gruppeledertræf. Inspireret af Region Hovedstaden vil Efteruddannelsesvejlederteamet afholde en ½ dag med honorering som i Region Hovedstaden. Gruppeledertræffet forventes afholdt 21. januar 2020.

Efteruddannelsesvejlederne udarbejder en kvalitativ og en kvantitativ evaluering. En kvalitativ evaluering på kursusledertræffet samt en kvantitativ evaluering ved et datatræk på antal gennemførte PBSGL moduler i DGE-grupper i Region Midt efter et år. På baggrund af evalueringen forelægger efteruddannelsesvejlederteamet en sag til drøftelse i det regionale kvalitetsteam og efterfølgende i KEU om det videre arbejde med PBSGL i DGE-grupperne.

### Økonomi

Der søges om i alt 140.000 kr. til afholdelse af træffet.

Honorering (30 gruppeledere x 4 timer af 941,47 kr.)	113.000 kr.
Kørselsgodtgørelse til gruppelederne anslået	5.000 kr.
Lokaleleje og forplejning (½ dagsmødet afholdes i Silkeborg med deltagelse af alle efteruddannelsesvejlederne)	22.000 kr.

**I alt**

**140.000  
kr.**

## **Beslutning**

Vedtaget som indstillet.

## **Bilag**

KEU ansøgning

## Punkt 8: Ansøgning om midler til konsulenttræf

1-30-72-201-19

### Resume

Administrationen ansøger om bevilling til at overflytte tildelte midler fra 2019 til 2020 til afholdelse af et kombineret konsulent- og klyngekoordinatortræf i 2020.

### Administrationen indstiller,

at KEU godkender overflytning af bevillingen fra 2019 til 2020 og bevilger ekstra 25.000 kr. til et kombineret konsulent- og klyngekoordinatortræf i 2020, så bevillingen samlet udgør 85.000 kr.

### Sagsfremstilling

KEU har tidligere finansieret konsulenttræf senest i 2019. Bevillingen til konsulenttræf på 60.000 kr. i 2019 er ikke udmøntet, da der i 2019 blev afholdt et landsdækkende konsulenttræf.

KIAP har p.t. afholdt 2 klyngekoordinatortræf. På det seneste træf den 8.-9. oktober 2019 var der en fælles sceance med klyngekoordinatorerne fra Region Midtjylland og repræsentanter fra regionens administration. Klyngekoordinatorerne fra Region Midtjylland gav bred opbakning til årligt at afholde et regionalt klyngekoordinatortræf. Administrationen finder det hensigtsmæssigt, at træffet afholdes i forlængelse af et konsulenttræf for MidtKraft, således at der kan etableres en tættere dialog med MidtKraft om støtte til kvalitetsarbejdet i klyngerne og den efterfølgende implementering i praksis. Der nedsættes en mindre arbejdsgruppe, som planlægger program for dagen.

Træffet afholdes den 12. maj 2020 med et 1/2 dags konsulenttræf med konsulenter fra MidtKraft og medarbejdere fra Kvalitet og Lægemedler og 1/2 dags klyngekoordinatortræf.

Det foreslås, at de 2 PLO-M repræsentanter fra det Regionale Kvalitetsteam inviteres med til hele træffet med honorering for deltagelse.

På baggrund af klyngekoordinatorernes tilkendegivelser inviteres 2 repræsentanter fra hver klynge til træffet med henblik på at sikre kontinuitet i forhold til evt. udskiftninger blandt koordinatorene.

Der vil ske en opsamling på træffet med henblik på evt. regional netværksdannelse samt ønsker fra klyngerne til MidtKraft.

### Økonomi

Kompensation for fravær fra praksis og kørselsgodtgørelse for klyngekoordinatorerne finansieres af egne klyngemedler.

Der budgetteres med 70.000 kr. til lokaler, forplejning, facilitator og indkøb af materialer. Træffet afholdes på Gl. Skovridergaard i Silkeborg.

Lokaleleje samt forplejning:

Konsulenttræf formiddag med deltagelse af 42 deltagere fra MidtKraft og Kvalitet og Lægemedler samt 2 medlemmer PLO-M	24.000 kr.
Klyngekoordinatortræf eftermiddag med 58 repræsentanter fra klyngerne i Region Midt 2 fra hver klynge samt deltagerne fra konsulenttræffet i alt 100 deltagere	30.000 kr.
Diverse (Facilitator, print, mapper, posters osv.)	16.000 kr.
Honorering af 2 repræsentanter fra PLO-M	15.000 kr.
I alt	85.000 kr.

## **Beslutning**

Vedtaget som indstillet.

## Punkt 9: Midler til afholdelse af kurser i afregning

1-10-72-263-19

### Resume

Praksisadministrationen har rettet henvendelse til MidtKraft med et forslag om, at MidtKraft i samarbejde med PLO-M og praksisadministrationen udbyder et kursus i afregning.

### Administrationen indstiller,

at Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget bevilger midler til kurser i afregning for praksispersonalet

### Sagsfremstilling

Praksisadministrationen har rettet henvendelse til MidtKraft med et forslag om, at MidtKraft i samarbejde med PLO-M og praksisadministrationen udbyder et kursus i afregning. Praksisadministrationen rådgiver dagligt personale, der ringer ind, fordi praksis har fået afvist regninger. Det koster tid i praksis at rette og genindsende regninger, og er ofte også forbundet med frustration hos personale og læger.

Praksisadministrationen oplever en stigende efterspørgsel fra praksispersonalet på kurser i afregning.

På temadag for nyledsatte læger er der et tilbagevendende oplæg om ydelser og afregning, som PLO-M og praksisadministrationen afholder i fællesskab. Det oplæg er særdeles populært.

Kvalitetsorganisationen NordKap i Region Nordjylland har i efteråret kørt et kursus i afregning til praksispersonale, som der har været en massiv efterspørgsel på.

På den baggrund foreslår administrationen, at der udvikles og udbydes et lignende kursuskoncept i Region Midtjylland med mulighed for deltagelse for både personale og læger.

Forslaget har været drøftet på det seneste møde i det Regionale Kvalitetsteam, hvor der var opbakning til at gå videre med udvikling af kurset.

Administrationen foreslår, at der udbydes 6 kurser á 4 timer i 2020 med et deltagerantal på maks 30 deltagere. Kurserne afholdes i regionshusene i Viborg, Aarhus, Horsens og Holstebro.

Under forudsætning af at PLO-E godkender, at kurset opfylder kriterierne for selvvalgt efteruddannelse, vil praktiserende læger kunne få udbetalt tabt arbejdsfortjeneste for 1/2 arbejdsdag samt få refunderet transportudgifter. Dette gælder ikke for praksispersonalet, da kurset ikke er en del af den systematiske efteruddannelse for praksispersonale.

### Model 1: Fuld finansiering af kurser med midler fra Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget

Honorering af PLO-M repræsentant for kursusledelse og medudvikling af kurser	57.000 kroner
Kørselsrefusion for kursusleder og undervisere	10.000 kroner
Forplejning til kursister	39.600 kroner
Kursusmateriale og sekretærbistand	19.800 kroner
Udgifter ialt	126.400 kroner
<b>Ialt ansøges der om, at Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget støtter med</b>	<b>126.400 kroner</b>

### Model 2 : Delvis finansiering af kurser med midler fra Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget

Honorering af PLO-M repræsentant for kursusledelse og medudvikling af kurser	57.000 kroner
--	---------------

Kørselsrefusion for kursusleder og undervisere	10.000 kroner
Forplejning til kursister	39.600 kroner
Kursusmateriale og sekretærbistand samt håndtering af fakturering til kursister	29.800 kroner
Udgifter ialt	136.400 kroner*
<b>Ialt ansøges der om, at Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget støtter med</b>	<b>57.000 kroner til dækning af honorering af PLO-M repræsentant</b>

\*De resterende udgifter dækkes ind ved en egenbetaling på 700 kroner pr. kursist. Et eventuelt overskud vil kunne anvendes til at dække udgifter ved en gentagelse af kursusrækken i 2020/2021, såfremt der er efterspørgsel.

## Beslutning

Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget besluttede, at der ikke bevilges midler til kurserne.

Der var enighed om, at kurser i afregning kan være med til at lette arbejdet i såvel almen praksis som i administrationen. PLO-Midtjylland og administrationen arbejder derfor videre med at udvikle kurser i afregning.

# Punkt 10: Ansøgning om midler til personalekurser i Webreq og WebPatient

1-30-72-189-19

## Resume

Datakonsulenterne ønsker i 2020 at afholde superbruger kurser i WebReq og WebPatient for praksispersonalet.

## Administrationen indstiller,

at Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget bevilger 18.000 kr.

## Sagsfremstilling

Datakonsulenterne ønsker i 2020 at afholde superbruger kurser i WebReq og WebPatient for praksispersonalet. Der er tidligere søgt om midler til afholdelse af disse kurser under MidtKraft som en rammebevilling.

Kurserne bliver afholdt på hospitalernes kursus-/mødelokaler og vil indeholde følgende emner:

- WebPatient
- klinikkens profiler
- egne analyser
- laboratoriesvarportalen
- seneste svar
- webreq servicesite
- nyheder
- tips og tricks

Det er planen, at der i alt skal afholdes 5 kurser i 2020 over hele regionen.

## Økonomi

	<b>Budget</b>
5 kurser med 25 deltagere på hver á 3.000 kr.	15.000 kr.
Gaver til undervisere (inkluderet i hvert arrangement 5 x 150)	750 kr.
Administrationsbidrag (tilmelding, regnskab, datakonsulent)	2.250 kr.
<b>I alt</b>	<b>18.000 kr.</b>

## Beslutning

Vedtaget som indstillet.

## Punkt 11: Ansøgning om midler til systemspecifikke kurser

1-30-72-189-19

### Resume

Datakonsulenterne ønsker at afholde systemspecifikke kurser for praktiserende læger og deres personale i bl.a. FMK i 2020.

### Administrationen indstiller,

at Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget bevilger 93.500 kr.

### Sagsfremstilling

Datakonsulenterne ønsker at afholde systemspecifikke kurser for praktiserende læger og deres personale i 2020. Der er tidligere søgt om midler til afholdelse af disse kurser under MidtKraft som en rammebevilling.

Kurserne omhandler bl.a. FMK samt brugen af forløbsplaner og oversigt over egne patienter, indberetning til RKKP DM og KOL, dynamiske henvisninger samt vedhæftninger, arkiv af bilag, udtræk af polyfarmaci patienter m.m.

Det er planen at der skal afholdes 4 kurser.

### Økonomi

	<b>Budget</b>
4 kurser med 50 deltagere á 20.000 kr.	80.000 kr.
Gaver til undervisere (4 x 300 kr. Er inkluderet i hvert arrangement)	1.500 kr.
Administrationsbidrag (Tilmelding, regnskab, datakonsulent)	12.000 kr.
<b>I alt</b>	<b>93.500 kr.</b>

### Beslutning

Vedtaget som indstillet.

# Punkt 12: Rapport fra Forskningsenheden om regionernes støtte til implementering af akkreditering i almen praksis

1-30-72-218-14

## Resume

Regionerne har fra 2014 til ultimo juni 2019 understøttet praksis i implementering af akkreditering i almen praksis. Forskningsenheden har udarbejdet en rapport om "regional støtte til implementering af akkreditering i almen praksis" på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger.

## Administrationen indstiller,

at orienteringen tages til orientering.

## Sagsfremstilling

I samarbejde med PLO-Midtjylland blev det initialt i Region Midtjylland aftalt, at der i takt med en kommunebaseret udrulning af akkrediteringen blev afholdt stormøder i de respektive kommuner for praksis i området, ca. 1 år før praksis skulle akkrediteres af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). På stormøderne blev hele standardsættet på 16 standarder gennemgået af 3 lægelige konsulenter fra MidtKraft. Efterfølgende blev praksis tilbudt at deltage i en arbejdsworkshop, hvor praksis konkret kunne arbejde med standarder med bistand fra MidtKraft. De lægelige konsulenter tilbød herudover telefonisk rådgivning, men praksisbesøg af lægekonsulenter indgik ikke som et tilbud til praksis. Administrationen var ligeledes behjælpelig i forhold til at guide praksis det rigtige sted hen. I forbindelse med akkrediteringen var der et tilbud om praksisbesøg af en lægemiddelkonsulent eller datakonsulent.

Rapporten fra Forskningsenheden for almen praksis beskriver udbuddet af regional støtte, som varierede en del regionerne i mellem. Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt lægerne i de 5 regioner med en besvarelsesprocent på 74 %. Af besvarelsene havde 78 % af praksis deltaget i informationsmøder med en variation mellem regionerne. Af deltagerne vurderede 39% høj anvendelighed af møderne. 70 % af de deltagende praksis havde deltagelse fra både læger og praksispersonale. Der er nogen variation på tværs af regioner, hvilket kan ses i rapporten.

Den betydelige variation i de regionale tilbud ser ikke ud til at have haft væsentlig udslag i, hvor mange praksis, der uden opfølgning er gået igennem akkrediteringen. På baggrund af en status fra IKAS pr. 31. oktober 2019 har 457 klinikker fået tildelt status midlertidig akkreditering ud af de 537 klinikker, der har været til konkret vurdering i Akkrediteringsnævnet. Det vil sige akkreditering med bemærkninger men med mulighed for forbedring. 77 klinikker har fået tildelt status akkreditering pågår. Det vil sige ikke akkrediteret på det foreliggende grundlag men med mulighed for en ny vurdering. Tre klinikker har fået status ikke akkrediteret ved første behandling i Akkrediteringsnævnet.

10 ud af de klinikker, som ved første behandling i Akkrediteringsnævnet fik status "akkreditering pågår", har efterfølgende fået tildelt status "ikke akkrediteret", da de bevidst har fravalgt at gennemføre opfølgning.

Herudover er der 5 tilfælde, hvor surveyerne opgav at gennemføre survey, idet der ikke var udsigt til, at survey kunne gennemføres på fornuftig vis. I sådanne tilfælde sendes en redegørelse til den relevante region/samarbejdsudvalg.

IKAS har oplyst aktuel status, hvor 4 praksis afventer endelig opfølgning. IKAS har supplerende oplyst, at der er 2 praksis i Region Midtjylland som ikke er akkrediteret. Disse behandles særskilt i Samarbejdsudvalget.

Region	Akkrediteret	Midlertidig akkreditering	Akkreditering pågår	Ikke akkrediteret	I alt
Hovedstaden	368 (66 %)	152 (27,3 %)	35 (6,3 %)	2 (0,4 %)	557
Midtjylland	234 (67,4 %)	104 (30 %)	8 (2,3 %)	1 (0,3 %)	347
Nordjylland	95 (66,4 %)	42 (29,4 %)	6 (4,2 %)		143
Sjælland	150 (66,7 %)	63 (28 %)	12 (5,3 %)		225
Syddanmark	223 (66,6 %)	96 (28,6 %)	16 (4,8 %)		335
<b>I alt</b>	<b>1070 (66,6 %)</b>	<b>457 (28,4 %)</b>	<b>77 (4,8 %)</b>	<b>3 (0,2 %)</b>	<b>1607</b>

Som det ses af tabellen har variationen i regionernes tilbud ikke haft nævneværdig indflydelse på, i hvilken udstrækning praksis er blevet akkrediteret eller midlertidig akkrediteret. Region Midtjyllands tilbud har eksempelvis ikke omfattet praksisbesøg af en lægelig konsulent. Til gengæld har lægemiddelkonsulenterne på deres praksisbesøg medtaget standarderne i forhold til medicin.

## **Beslutning**

Taget til orientering.

## **Bilag**

Rapport om akkreditering i almen praksis