



Akkreditering af almen praksis i Danmark - resultater efter eksternt survey og efter opfølgning

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS)

Telefon: +45 8745 0050

Email: info@ikas.dk

Hjemmeside: www.ikas.dk

Introduktion




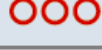
Jf. Overenskomsten for almen praksis, er praktiserende læger siden januar 2016 blevet akkrediteret i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

I løbet af 2016-2018 besøges alle klinikker (ydernumre) og i perioden januar 2016 til 15. oktober 2018 er 1293 almen praksis blevet akkrediteret. Ved udgangen af 2018 vil knap 1600 praksis have haft survey. Det svarer til 90 % af alle almen praksis i Danmark.

1. version af DDKM for almen praksis består af nedenstående 16 standarder, der er opdelt i yderligere 64 indikatorer.

Standardtitel
1.1 Den faglige kvalitet
1.2 Anvendelse af god klinisk praksis
1.3 Utsigtede hændelser
1.4 Patientevalueringer
2.1 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter
2.2 Lægemedelordination og receptfornyelse
2.3 Parakliniske undersøgelser
2.4 Akutberedskab og hjertestop
2.5 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed
3.1 Tilgængelighed
3.2 Henvi sning
3.3 Koordinering af patientforløb
3.4 Anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier medicin/vaccine
4.1 Hygiejne
4.2 Ledelse og drift
4.3 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling

De 64 indikatorer vurderes i henhold til nedenstående firepunktsskala:

	Helt opfyldt:	Alt er til stede.
	Betydelig grad opfyldt:	Noget er til stede, og manglerne er ikke en betydelig del af indikatorkravet.
	Nogen grad opfyldt:	Noget er til stede, og manglerne er en betydelig del af indikatorkravet.
	Ikke opfyldt:	Intet er til stede, eller der foreligger kun planer.

Hvis alle indikatorer er vurderet helt opfyldt eller i betydelig grad opfyldt bliver praksis umiddelbart akkrediteret. Hvis ikke får praksis mulighed for at forbedre sig inden for 3-6 måneder før den endelige status tildeles i Akkrediteringsnævnet. Hvis der stadig er indikatorer, der er vurderet i nogen grad opfyldt eller ikke opfyldt, vurderer Akkrediteringsnævnet, om der kan tildeles akkreditering eller ej.

Undersøgelsens målsætninger

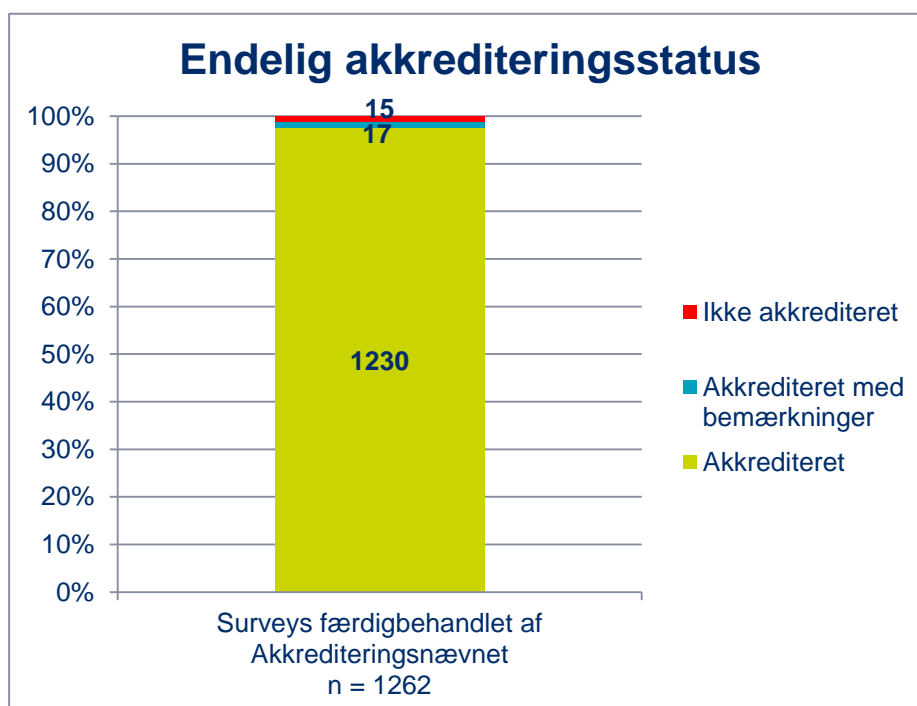
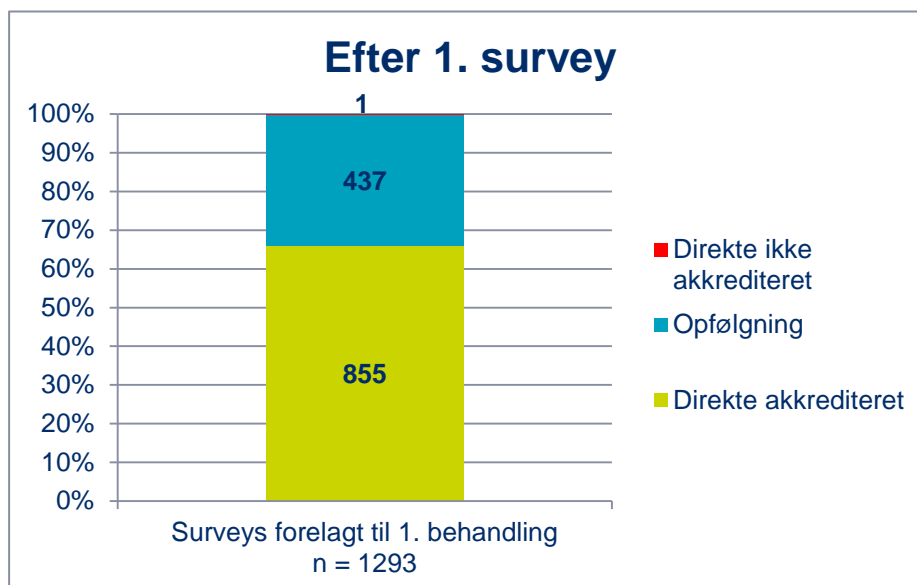
- At vurdere og analysere i hvilken grad standarder og dertilhørende indikatorer ikke er tilstrækkeligt opfyldt, og vurdere de forbedringer der opnås efter opfølgning.
- At undersøge hvilke indikatorer der har flest i nogen grad og ikke opfyldt vurderinger.
- At undersøge indflydelsen af variationer på tværs af køn og alder¹ hos lægerne, praksistyper (solopraksis, kompagniskabspraksis, samarbejdspraksis), geografisk placering af praksis (fem regioner) og surveytidspunktet på opfyldelsen af de indikatorer, hvor der er flest i nogen grad og ikke opfyldt vurderinger.

I denne undersøgelse indgår følgende praksistyper: solopraksis (n = 384), kompagniskabspraksis (n = 690) og samarbejdspraksis (n = 206). Antallet af netværkspraksis (n = 13) er så lavt, at de ikke indgår i den efterfølgende analyse.

Første målsætning

I 66 % af de 1263 almen praksis fandt surveyerne et eller flere forhold, der ikke opfyldte kravene i indikatorerne (herunder lovmæssige krav). Disse praksis havde mulighed for at forbedre opfyldelsen af indikatorerne inden for 3-6 måneder. På undersøgelsestidspunktet afventer 31 almen praksis, der ikke opfyldte kravene ved det første survey, afslutning på opfølgningen. Efter muligheden for at forbedre opfyldelsen blev 97,5 % (svarende til 1230 praksis) akkrediteret uden bemærkninger. Af de resterende 2,5 % blev 1,3 % (svarende til 17 praksis) akkrediteret med bemærkninger og 1,2 % (svarende til 15 praksis) blev ikke akkrediteret. Se diagram 1 og 2 nedenfor:

¹ Variationerne køn og alder undersøges kun i forhold til solopraksis.



Resultat

Den høje procentsats af praksis, der opfylder kravene ved det første survey og ikke mindst efter opfølgning, indikerer, at kvaliteten højnes ved at arbejde med standarderne og de dertilhørende indikatorer. Et fortsat fokus også efter det første survey viser sig herved at have en positiv effekt på forbedring af kvaliteten.

Anden målsætning

Vi undersøgte, hvilke områder der havde de fleste negative fund, dvs. de fleste vurderinger på de to laveste niveauer (i nogen grad opfyldt og ikke opfyldt). Resultaterne tyder på, at områderne vedrørende forebyggelse af identitetsforveksling af patienter, håndtering af parakliniske undersøgelser, patientjournalen og hygiejne er de vanskeligste områder for praksis at opfylde.

De specifikke standarder og dertilhørende indikatorer, der har de fleste vurderinger på de to laveste niveauer, er:

- 2.1 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter
Indikator 1 om patientidentifikation
- 2.3 Parakliniske undersøgelser
Indikator 3 om opfølgning på prøvesvar
- 2.5 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed
Indikator 5 om journalaudit ift indhold af journaler
- 4.1 Hygiejne
Indikator 2 om rengøring og opbevaring af udstyr og instrumenter til flergangsbrug

Tredje målsætning

Vi kiggede på følgende variabler og undersøgte, hvordan variablerne influerede på opfyldelsen af de fire ovennævnte indikatorer (helt opfyldt/i betydelig grad opfyldt eller i nogen grad opfyldt/ikke opfyldt):

- Køn (solopraksis)
- Alder (solopraksis)
- Praksistype (solopraksis, kompagniskabspraksis, samarbejdspraksis)
- Geografisk placering af praksis (fem regioner)
- Tidspunktet for survey

For at kunne undersøge sammenhængen mellem variabler og indikatoropfyldelse yderligere har vi opstillet følgende hypoteser, som vi vil teste i undersøgelsen. Hypoteserne er baseret på de data, vi havde til rådighed den 15. oktober 2018.

Hypoteser

- **Køn og alder**

På baggrund af resultater fra AKIAP-projektet, hvor man fandt, at især mandlige, ældre læger på forhånd var negativt indstillede overfor akkreditering, forventes disse at performe relativt dårligt i forbindelse med akkreditering

- **Praksistype**

Kompagniskabspraksis formodes at medføre et større lærings- og vidensdelingsmiljø end hos især solopraksis, og det forventes, at dette slår igennem i forbindelse med survey.

- **Geografisk placering af praksis (fem regioner)**

Da rådgivning af praksis forud for survey var placeret hos de regionale kvalitetskontorer forventes det, at disses forskellige tilgang til opgaven ville give sig udtryk i forskellig performance hos deres "kunder".

- **Tidspunktet for survey**

Det formodes, at klinikkerne taler med og lærer af hinanden, således at klinikker, der har survey sent i forløbet, vil performe bedre end øvrige.

Metode

Denne undersøgelse omfattede 1293 almen praksis placeret i en af de fem regioner (Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark) og fordelt på en af følgende tre praksistyper (solopraksis, kompagniskabspraksis, samarbejdspraksis)

Se fordelingen i tabel 1 nedenfor.

Tabel 1

Region	Praksistype		
	N = 1293		
	Solopraksis	Kompagniskabspraksis	Samarbejdspraksis
Region Hovedstaden	70	81	34
Region Midtjylland	29	79	15
Region Nordjylland	16	26	6

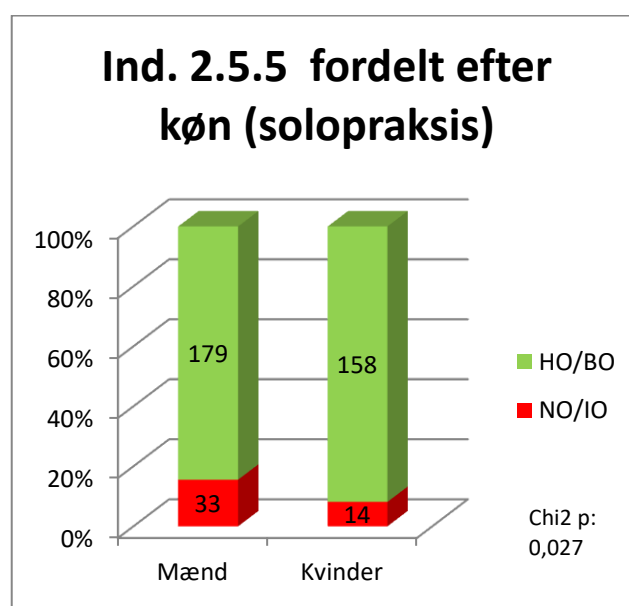
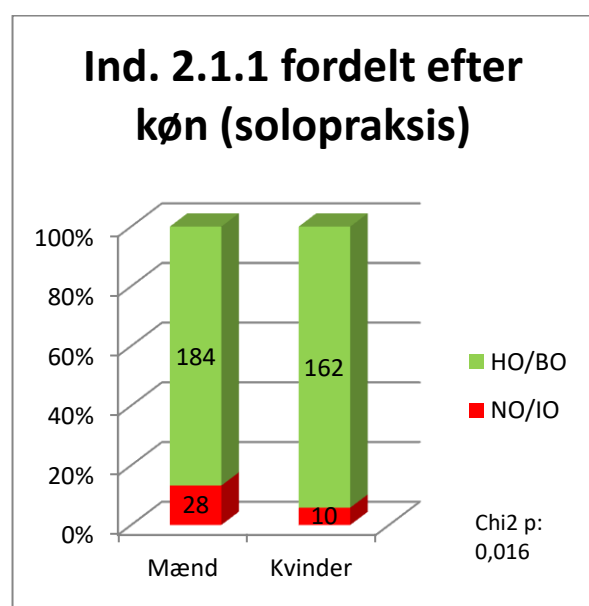
Region Sjælland	25	38	9
Region Syddanmark	22	74	17
Total	162	298	81

På grundlag af data fra 1293 almen praksis vedrørende variablerne ovenfor gennemførte vi en multivariabel analyse for at undersøge, om disse specifikke variabler påvirker opfyldelsen af de fire udvalgte indikatorer.

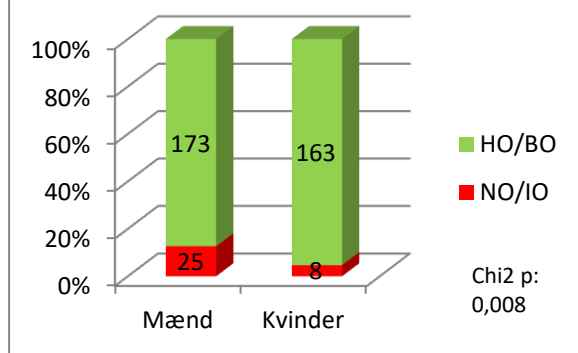
Resultater

Køn

For de tre viste indikatorer nedenfor er der en signifikant sammenhæng mellem køn og performance, idet solopraxis med kvindelige læger performer bedre end solopraxis med mandlige læger. For den sidste indikator (2.3.3 om opfølgning på prøvesvar) er der en stærk, men ikke signifikant sammenhæng (p: 0.08)). Derimod kan der ikke påvises nogen betydning af alder.



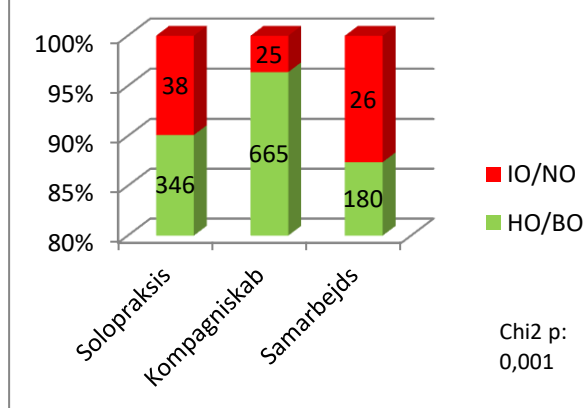
Ind. 2.4.1 fordelt efter køn (solopraksis)



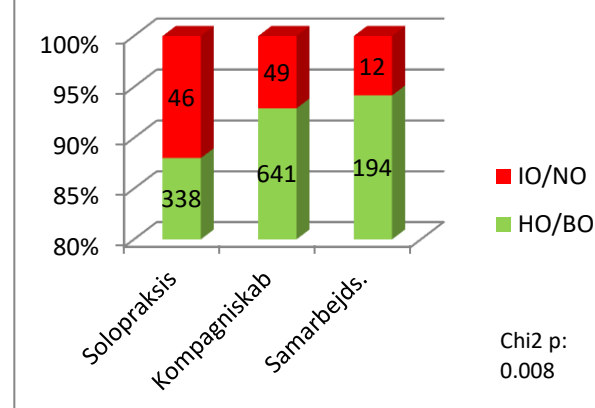
Praksistype

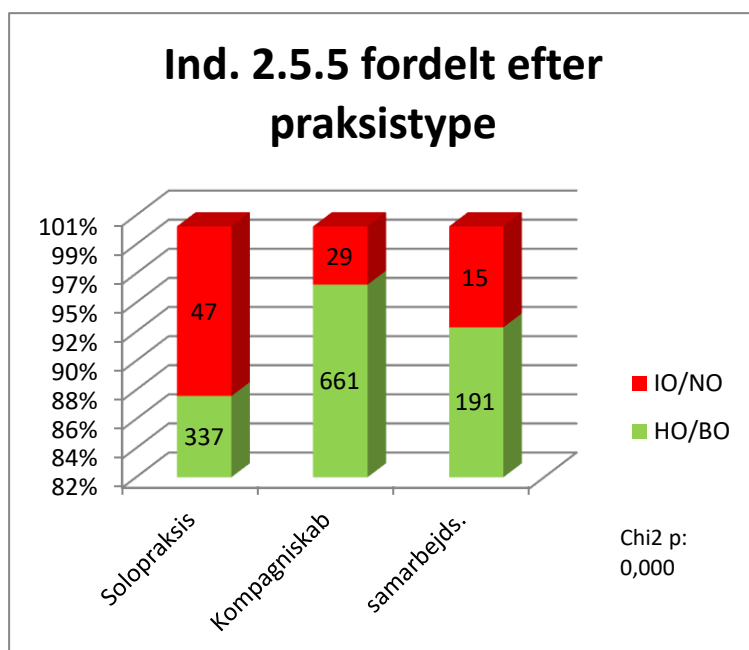
Der kan nedenfor ses en signifikant sammenhæng mellem praksistype og tre af indikatorerne, hvor solopraksis klarer sig dårligst. Generelt er kompagniskabspraksis den type, der klarer sig bedst.

Ind. 2.1.1 fordelt efter praksistype



Ind. 2.3 3 fordelt efter praksistype



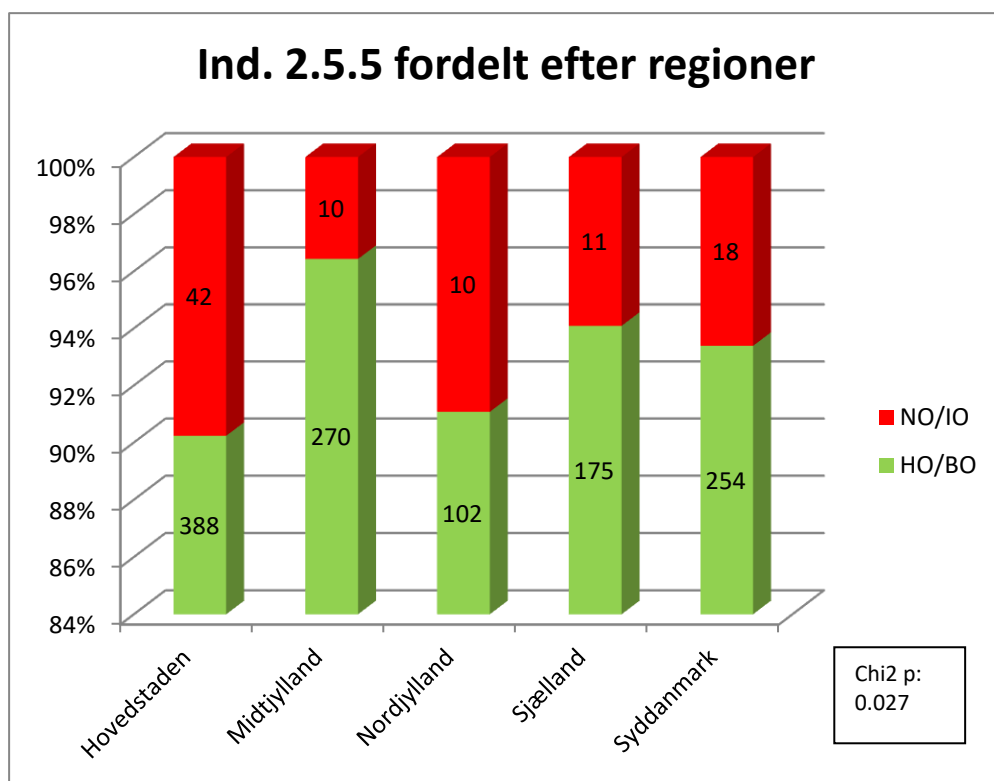


Regioner

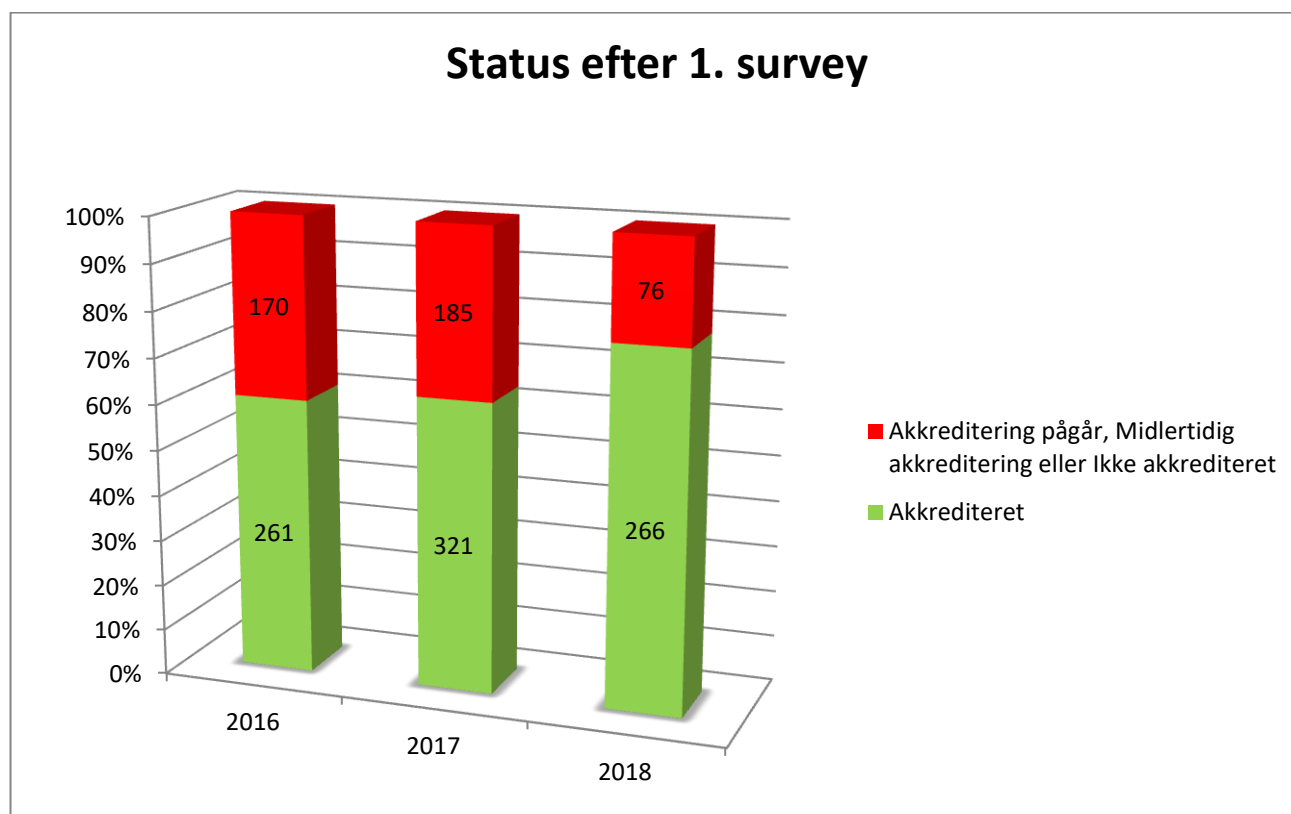
Regionsplacering er en signifikant faktor, når det gælder indikator 2.5.5 om journalaudit ift indhold af journaler. Praksis beliggende i Region Midtjylland klarer sig således signifikant bedre end praksis beliggende i de øvrige regioner. For de øvrige indikatorer ses der ingen signifikant sammenhæng.

Regionsplacering er således ikke en generel forklarende variabel, men den signifikante sammenhæng, når det gælder journalaudit, kan muligvis forklares ved, at Region Midtjyllands kvalitetskonsulenter har fokuseret særligt meget på dette emne.

Ind. 2.5.5 fordelt efter regioner



Tidspunkt for survey



Det ses klart, at andelen af praksis, der bliver umiddelbart akkrediteret, stiger jo senere i forløbet deres survey er placeret. Den samme tendens ses for de fire undersøgte indikatorer, hvor antal fund bliver lavere jo senere i forløbet survey er gennemført.

Konklusioner

Akkreditering virker! Det kan udledes af undersøgelses første målsætning. Vi kan konkludere, at når der fastlægges krav i form af en standard og praksis surveyes på baggrund af denne standard, stiger opfyldelsen af kravene i standarden. Hvis almen praksis ikke opfylder kravene, når vi starter akkrediteringsprocessen, gør de det, når vi er færdige med processen. Akkreditering er således en effektiv måde at sikre implementeringen af krav vedr. kvalitet e.l. i praksis.

Køn og praksistype har signifikant indflydelse på opfyldelsen af kravene beskrevet i DDKM. Den geografiske placering af praksis har også indflydelse i forhold til en af de udvalgte indikatorer, og tidspunktet for survey har også indflydelse. Alder har derimod ingen indflydelse.

Bilag 1

Probit-modellen er en simpel regression, hvor den afhængige variabel antager to forskellige værdier. I dette tilfælde *NO/IO* eller *HO/BO*.

Den følgende model estimeres

$$ind_1 = \beta_0 + \beta_1 \text{samarbejdspraksis} + \beta_2 \text{kompagniskabspraksis} + \sum_{i=1}^4 \beta_i \text{region}_i + \varepsilon$$

$$\text{Hvor } ind_1 = \begin{cases} 1 & HO/BO \\ 0 & NO/IO \end{cases}, \text{ kompagniskabspraksis} = \begin{cases} 1 & \text{hvis kompagniskabspraksis} \\ 0 & \text{ellers} \end{cases}$$

Basisgruppen 'solopraksis' udelades og dermed måler koefficienten nedenfor indikatorvurderingen for kompagniskabspraksis relativt til solopraksis. Koefficienten er signifikant positiv og det tyder dermed på, at kompagniskabspraksis scorer højere end solopraksis.

Indikator 1.1.2	Koefficient	$P > z $
Kompagniskabspraksis (relativt til solopraksis)	0.5529	0.003

På samme vis estimeres regressionen med samarbejdspraksis som basisgruppe.

$$ind_1 = \beta_0 + \beta_1 \text{solopraksis} + \beta_2 \text{kompagniskabspraksis} + \sum_{i=1}^4 \beta_i \text{region}_i + \varepsilon$$

Indikator 1.1.2	Koefficient	$P > z $
Kompagniskabspraksis (relativt til samarbejdspraksis)	0.4108	0.059

Koefficienten er signifikant positiv, hvorfor kompagniskabspraksis scorer højere end samarbejdspraksis.

For indikatoreren 2.2.3 fås, at kompagniskabspraksis scorer højere end solopraksis, jævnfør nedenstående tabel.

Indikator 2.2.3	Koefficient	$P > z $
Kompagniskabspraksis (relativt til solopraksis)	0.9194	0.002

