

# Den praktiserende læge og DAK-enheden

DAK-E koordinerer, udvikler og implementerer redskaber til kvalitetsudvikling i almen praksis – og vi tager samtidig "Den Danske Kvalitetsmodel" højtidelig

## Hvad er det nu DAK-E er?

Det er den centrale enhed overenskomstens parter oprettede i forbindelse med sidste overenskomst til at koordinere, hvad der sker på kvalitetsudviklingsområdet i almen praksis. Desuden skal DAK-E bringe nogle af de "kvalitetsredskaber" i drift, der blev udviklet i DAK projektet fra 2003-2006. Samtidig dannede overenskomstens parter en Kvalitets og Informatik Fond med en bestyrelse til at tage sig af de overordnede beslutninger.

Kvalitetsområdet bliver på den måde organiseret som efteruddannelsen og forskningen med en central fond og med en bestyrelse paritetisk sammensat af PLO/DSAM og Danske Regioner.

## – Og hvad med forkortelsen?

DAK-E står for Den Almenmedicinske Kvalitetsenhed.

## Hvem er med?

De fleste er eller har været praktiserende læger.

Følgende er ansat 30 timer eller mere:

- **Søren Friberg**  
Chef for enheden – placeret i Danske Regioner i København (indtil 1. januar 2007 og gennem 25 år praktiserende læge i Glamsbjerg på Fyn).
- **Henrik Schroll**  
Leder af DAK-E IT i Odense (indtil 1. januar 2007, og gennem 25 år praktiserende læge i Odense). Henrik står for udviklingen af datafangstmodulet

og for opbygningen af Dansk Almen Medicinsk Database – DAMD (Det sted hvor de data indregistrerer i forbindelse med forløbsydelsen for DM og andre data fra almen praksis gemmes).

- **Gitte Hove**  
Leder af DAK-E/DanPEP i Praksisenheden i Århus. (Cand. scient. bibl. Gitte har gennem årene sammen med Hanne Heje stået for den praktiske og organisatoriske del af DanPEP projektet).
- **Rikke Primdahl**  
Fuldtids AC-medarbejder (Rikke er oprindelig sygeplejerske og senere kandidat fra RUC med speciale i kommunikation og International Udvikling, hun kommer fra en stilling i Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA)).

## Konsulenter ansat en dag ugentlig

- **Jørgen Steen Andersen**  
Står for indikatorudviklingen og evaluering af udviklede indikatorsæt. Jørgen kommer fra en stilling som overlæge i DGMA og er nu under "omskoling" til praktiserende læge (amanuensis med henblik på kompagniskab i en praksis i Skovlunde).
- **Erik Falkø**  
Står for udviklingen af ICPC og den konvertering der skal ske til ICPC2 omkring 1. januar 2008 (praktiserende læge i Ullerslev på Fyn).
- **Lars Rytter**  
Tager sig af især kroniske patientforløb og udvalgsarbejdet vedrørende

patientforløb i DSAM og Sundhedsstyrelsen (praktiserende læge i Albertslund).

- **Tina Eriksson**  
Er et af to danske medlemmer i Woncas europæiske organisation for kvalitetsudvikling i almen praksis (EQuIP) og giver og henter inspiration og ideer derfra. Samtidig har Tina en tæt kontakt til de almenmedicinske miljøer (speciallæge i almen medicin, ph.d.).
- **Lone Østerhaab**  
Sekretær i DAK-E. Lone har tidligere været sekretær i kvalitetsudviklingsudvalget på Fyn.
- **Finn Svanberg**  
Fuldtids ansat edb-medarbejder ved datafangstmodulet.

## Det kliniske lægearbejde

### – og kvalitetsudvikling

Vi har i Danmark bevidst, og i modsætning til de fleste andre europæiske lande, startet kvalitetsarbejdet i almen praksis decentralt i de enkelte amter. Det har betydet, at næsten alle praktiserende læger har været inddraget i lokale projekter, og det har givet megen spændende faglig udvikling og skabt mange velfungerende netværk.

Spørgsmålet er, om ikke al den snak om indikatorer, datafangst og måling tager fokus væk fra det egentlige – den gode samtale i mødet mellem lægen og patienten?

Vi har dog tillid til, at langt de fleste



Af Søren Friberg  
 Chef for DAK-E  
 s-friberg@dadlnet.dk



Henrik Schroll  
 Leder af DAK-E  
 IT.  
 h-schroll@dadlnet.dk



Tina Eriksson  
 Forskningskonsulent  
 i DAK-E  
 eriksson@dadlnet.dk

lægepraksis og praktiserende læger både kan rumme det meget fastlagte - og samtidig det uventede, den dybt personlige samtale og den sjældne hændelse i en patients liv, hvor lægen skal vise særlig omsorg.

Velbeskrevne opgaver, der er "lagt på skinner", kan med fordel for både patienter og læger uddelegeres til ansat personale.

Hvis vi ønsker at udfylde rollen som tovholder i forhold til kroniske patienter, er det vigtigt, at vi ændrer de daglige arbejdsgange i praksis; at vi sætter "mere på skinner", bliver mere proaktive og registrerer kvaliteten af den behandling, vi står for. På den måde indgår vi som kompetente samarbejdspartnere i de tværsektorielle forløb.

Vi har både i DAK-projektet og i DAK Enheden haft indgående diskussioner af, hvordan kvalitetsudvikling og kvalitetsmålinger kan udformes, så vi som praktiserende læger får mest mulig gavn af det, uden at det virker som et fremmedelement i hverdagen. I den forbindelse har vi formuleret nogle forudsætninger for god kvalitetsudvikling (se boksen).

Det er naturligvis klart, at principperne om ejerskab, patientinddragelse, brugervenlighed, integration og læring skal forstås som pejlemærker, vi sætter op for os selv. Og vi kan naturligvis ikke

## Forudsætninger for god kvalitetsudvikling i almen praksis

### Ejerskab

Vi ønsker, at kvalitetsudviklingsprogrammer skal føles meningsfulde for almen praksis. Almen praksis skal føle ejerskab overfor processen og samtidig føle, at programmerne rent faktisk gavner både patienter og læger i det kliniske arbejde.

### Brugervenlighed

Løsninger, der fungerer godt, hurtigt og brugervenligt – også i den kliniske hverdag - er en vigtig forudsætning for at fremme kvalitet i almen praksis.

### Integration

Det er vigtigt, at der er sammenhæng imellem de enkelte dele af DAK-projektet og kvalitetsudviklingen i regionerne. Almen praksis bør kunne mærke dette ved, at de enkelte elementer opleves som gennemtænkte og sammenhængende.

### Læring

**Det vigtigste overordnede formål med DAK-E's arbejde er at fremskaffe dokumentation, der på en god måde skaber og fremmer læring - og dermed udvikling i almen praksis.**

### Patientinddragelse

Patientinddragelse indgår i den enkelte konsultation, men også i både generelle og sygdomsspecifikke "uddannelser" og undervisning. Effekten af tiltagene kan vurderes gennem patientevalueringer – f.eks. i DanPEP.

garantere, at alle tiltag i alle faser lever fuldstændigt op til disse værdier på alle punkter - selvom vi gerne ville.

### Hvad arbejder DAK-E mest med lige nu?

Det er ret enkelt Datafangst og DanPEP. *Datafangstmodulet* er snart ved at være indbygget i de 12 lægesystemer, der ønskede det og lægesystemerne er ved at være certificerede til datafangst.

### Hvordan tilmelder man sig forløbsydelsen – og dermed også datafangst?

I løbet af april er det meningen, at hver enkelt praksis kan tilslutte sig forløbsydelsen og dermed også datafangstmodulet. Den enkelte lægepraksis laver først en aftale med sit systemhus om at få Sentinel Datafangstmodulet installeret i praksis. Derpå tilmelder man sig forløbsydelsen på DAK-E's hjemmeside [www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk) under fanebladet "forløbsydelse". Det er muligt at se, hvordan ydelsen rent teknisk fungerer ved at downloade en delvis interaktiv dummy af den pop-up skærm, der skal udfyldes. Samtidig vises en model for den tilbagemelding hvert enkelt lægehus vil få over diabetesbehandlingen af egne patienter (se også Practicus nr. 182).

Det skal være sådan, at hvert enkelt lægehus med tilbagemeldingen får et langt større overblik over de diabetespatienter, der ses i praksis og over patienternes regulering.

### Hvad sker der med mine data?

Data sendes ind til Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD), der ligger i det almenmedicinske hus i Odense. I databasen registreres, udover data fra forløbsydelsen, også data fra almenmedicinske kvalitets- og forskningsprojekter og fra elektroniske audit-projekter. Det er den enkelte praktiserende læge, der suverænt afgør, hvilke projekter han/hun vil deltage i. Til databasen er knyttet et fagudvalg, der afgør om de projekter, der ønsker at trække data ud af DAMD, er "gode nok". I fagudvalget sidder en kvalitetsudviklingskonsulent fra hver

region, et medlem fra hvert af de almenmedicinske miljøer i Århus, Odense og København og desuden en repræsentant fra hhv. PLO og Danske Regioner. Fagudvalget får på den måde større kompetencer end "Multipraksisudvalget".

Ved at indføre datafangstmodulet får vi mulighed for at systematisere vores informationer om kroniske patienter. Det skyldes bl.a., at vi i almen praksis har velfungerende IT-systemer. Og på den måde kan vi tage vores tovholderfunktion i forhold til kroniske patienter højtideligt.

Når man laver en central database vil "big brother" problematikken uværgeligt dukke op. Men det at hver enkelt praktiserende læge selv afgør, om hun/han vil tilsluttes, og det at fagudvalget afgør om projektet er godt nok, skaber en stor sikkerhed mod denne problematik.

*DanPEP* er i løbet af foråret igen klar til at "gå i luften" – i en moderniseret form. Vi glæder os til igen at tilbyde DanPEP til de godt 500 praktiserende læger, der har prøvet det, men også til nye. Knap halvdelen af de læger, der tidligere har deltaget i DanPEP, gennemførte en eller anden ændring i praksis efter at have deltaget.

Det har vist sig, at det er opfølgningen efter deltagelsen i DanPEP, der er afgørende for succes.

### Den Danske Kvalitets Model

Arbejdet med den "Danske Kvalitets Model" baseres helt overordnet på måling, læring og dermed på kontinuerlig kvalitetsforbedring. Det er den model, DAK-E vil udvikle "redskaber" til og være med til at koordinere.

### Vil du vide mere?

– Om det arbejde DAK-E laver, går du ind på DAK-E's hjemmeside [www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk). Her findes information om de enkelte projekter i DAK-E, DAK-E's handleplan og nyhedsbreve. På hjemmesiden ser du

også, hvad vi ellers beskæftiger os med, og hvilke samarbejdsrelationer vi har.