



Søren Friberg

Dogme 2

Kvalitetsudvikling og

Tekst Søren Friberg, chef for DAK-E / s.friberg@dak-e.dk

Forfatterens hovedbrud

Det er altid spændende, men ikke nødvendigvis lette opgaver, man "får kastet i hovedet" af redaktøren. – men redaktøren har jo ret: Kvalitetsudviklingen har gennem de sidste 25 år været et omdrejningspunkt i almen praksis i starten for de få og siden hen for en stadig større del af de praktiserende læger, og Poul har gennem alle årene været et af de centrale omdrejningspunkter.

Poul så tidligt en række paradokser og udviklingsmuligheder i kvalitetsarbejdet i almen praksis:

- Det er væsentligt at måle kvalitet i almen praksis, også selvom kvalitet ikke kan beskrives entydigt.
- Det er vigtigt at starte kvalitetsarbejdet decentralt for senere at kunne vurdere, hvad det er væsentligt at tage op centralt.
- Skal man være en troværdig samarbejdspartner i kvalitetsarbejdet i forhold til sygehusvæsenet, skal man have et tæt internationalt samarbejde med almenmedicinske kvalitetsudviklere i andre lande.
- Kvalitetsudvikling "har ingen gang på jorden" uden den tættest mulige sammenhæng med forskning og efteruddannelse.
- Og til sidst, noget af det Poul beskæftigede sig meget med i de sidste måneder, nemlig: Bevidstheden om, at vi i det moderne sundhedsvæsen befinder os i et "komplekst adaptivt system" (se senere i artiklen).

Kvalitet som begreb

Kvaliteten i almen praksis kan ikke entydigt defineres, men består af flere elementer:

- Vurderingen af den biomedicinske lægeydelse.
- De interpersonelle relationer mellem patienterne og lægen/personalet i lægehuset.
- Organiseringen i almen praksis.
- Evnen til at levere "kerneydelse" omkostningseffektivt.

Decentrale/centrale aktiviteter

Skal man starte kvalitetsarbejdet, er det naturligt nok at tage udgangspunkt i de biomedicinske ydelser, og derfor startede Poul KLAP-projektet (Kvalitets-sikring af Lægemedellordinationerne i Almen Praksis) i 1980'erne i Storstrøms Amt omkring lægemiddelordinationen og senere FUAP (Faglig Udvikling i Almen Praksis) med en bred vifte af kvalitetsudviklings- og efteruddannelsestiltag for praktiserende læger og personalet i almen praksis. Den decentrale udvikling blev så senere støttet overenskomstmæssigt af de amtslige kvalitetsudviklingsmidler. Det var først ved overenskomsten i 2003 og specielt i 2006, at man startede med centrale initiativer på området via arbejdet i DAK-projektet (Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt) og ved sidste overenskomst med DAK-enheden. En udvikling Poul også deltog overordentlig aktivt i som konsulent på indikatorområdet samtidig med, at han var formand for Fagligt Udvalg (det ud-

DAK-E

valg overenskomstens parter har nedsat for at monitorere overenskomsten og for at pege på nye indsatsområder).

Det at starte kvalitetsudviklingen decentralt, og det at knytte denne udvikling og overenskomsten tæt sammen er et unikt dansk fænomen, som gør legitimiteten hos den enkelte praktiserende læge stor.

Troværdigheden i samarbejdet med sygehussektoren

Troværdigheden bestod i to aspekter, dels udsynet og inspirationen fra almen praksis i de andre dele af Europa gennem samarbejdet i EQuIP (European Association for Quality in General Practice), og dels den hjemlige PKO-organisation (praksiskonsulent) opbygget til samarbejdet med sygehussektoren.

Poul var gennem adskillige år et af to danske medlemmer af EQuIP og fik (og gav), specielt gennem samarbejdet med UK, Holland og de skandinaviske lande, mange ideer til udviklingen i Danmark. PKO-ordningen, som Per Grinsted dannede i slutningen af 80'erne, blev den organisation, som blev omdrejningspunktet for samarbejdet med sygehusvæsenet og senere omdrejningspunktet til patientforløbene på tværs af sektorerne. Poul var her, som direktør i DSAM, "tovholder" for styregruppen for PKO-ordningen.

Treenigheden (forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse)

Kvalitetsudvikling skal medføre bedre

kvalitet i almen praksis og skal opleves som meningsfuld for praksis og ikke blot legitimere populistiske krav. Derfor er det væsentligt, at de forskningsresultater, der giver bedre kvalitet, så hurtigt som muligt implementeres. Poul så præcist denne sammenhæng og var med i udviklingen af de tre fonde, der understøtter denne udvikling (Forskningsfonden, Kvalitets- og Informatikfonden og Efteruddannelsesfonden) og i, at DSAM satte dagsordenen ved bl.a. at være omdrejningspunktet for udarbejdelsen af kliniske vejledninger på det almenmedicinske område. Den måde at organisere området på (med fondene) er internationalt unikt.

Poul så fra starten også samarbejdet med sundhedsøkonomer som centralt – han var en af de første almenmedicinere, der tog det daværende omfattende diplomkursus i sundhedsøkonomi (1989).

Almen praksis skal kunne levere "kerneydelserne" omkostningseffektivt – det der senere blev til LEON-princippet (Lavest Effektive Omsorgs Niveau) en af de få forkortelser, Poul ikke brød sig om, fordi begrebet så let kan misforstås derhen, at bare omkostningerne er lave, så er alt godt. Forudsætningen er selvfølgelig højeste faglige kvalitet.

Det komplekse adaptive system (KAS)

Primærsektoren, og dermed almen praksis, må betegnes som et komplekst system med et net af relationer blandt

mange aktører og kræfter både internt og eksternt. Denne påvirkning medfører konstante forandringer, tilpasninger af systemet på en uforudsigelig og non-lineær måde. Ændringer i systemet kan ikke trumfes igennem ved en top-down politik – de må tilpasses systemet. Innovation og fremskridt i et sådant system kan opstå ved selvorganisering og simple lokalt anvendte regler. Viden om KAS gør det lettere at forstå den praktiserende læges rolle i primærsektorens selvorganiserede netværk.

Sammenfatning

Det var gennem de sidste års arbejde i DAK-projektet og i DAK-enheden, at vi oplevede den sammenhæng, som Poul så omkring kvalitetsudviklingen og det klinisk arbejde – med den dybe respekt for det arbejde, der foregår i almen praksis.

Vi var enige om, at kvalitetsbegrebet gennem de senere år har ændret karakter (som Peter Dahler-Larsen udtrykker det i sin nye bog: Kvalitetens beskaffenhed.)

Kvaliteten er blevet allestedsnærværende, offentlig og organisatorisk – men sættes den ikke ind i en forstandig klinisk sammenhæng, giver det ingen mening.