



**DAK -**

**Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt**

Afsluttende rapport 2005 - Del 1

**Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg**  
for almen praksis

## Forord

Hermed foreligger slutrapporten fra Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt, DAK-projektet. Rapporten er primært skrevet med henblik på at informere DAK's styregruppe (CKI-udvalget) og de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg, men er offentligt tilgængelig.

Fokus for DAK-projektets fire delprojekter er valgt af overenskomstens parter, blandt andet med henblik på at disse projekter siden kan indgå i Den Nationale Kvalitetsmodel. Projektet sigter ikke mod at omfatte alle aspekter af kvalitetsudviklingsarbejdet i almen praksis.

DAK-projektet er tidsbegrænset til en 2-årig projektperiode fra september 2003 til september 2005. Projektets syv deltagere er i projektperioden ansat en dag om ugen.

Udgangspunktet for de fire delprojekter var forskelligt, idet nogle delprojekter byggede på udviklingsarbejde, der har været i gang i mange år, mens andre i højere grad var udtryk for nye initiativer på de pågældende områder.

Slutrapporten består af to dele:

**Første del** omhandler de mere generelle forhold. Indledningsvist resumeres hele DAK-projektet ultrakort (Kap.2). Derpå ridses baggrunden op (Kap.3), og de organisatoriske rammer og betingelser for kvalitetsarbejdet i almen praksis beskrives (Kap.4). Derefter følger en omtale af DAK-projektets samlede anbefalinger og bud på fremtidig organisation på de områder, som DAK har beskæftiget sig med (Kap.5).

Efter et kapitel om DAK-projektets informationsmodel (Kap.6) følger et grundigere resumé af hvert af de fire delprojekter (Kap.7-10) og en omtale af området utilsigtede hændelser (Kap.11).

**Anden del** består af en grundig beskrivelse af de fire delprojekter, hvor pilotprojekter og litteraturgennemgang findes som bilag.

Der er i DAK-regi desuden udarbejdet en rapport omhandlende utilsigtede hændelser.

Tina Eriksson er hovedforfatter til den generelle del af slutrapporten og har gennemskrevet delprojekterne.

Anja Thormann, stud. med., har læst korrektur på rapporten og kommenteret teksten.

DAK projektet – den 13. september 2005

**Poul Brix**, projektleder projekt A – Indikatorer

**Henrik Schroll**, projektleder projekt B – IT

**Peder Olesgaard**, projektleder projekt C – Patientperspektivet

**Lars Rytter**, projektleder projekt D – Patientforløbet

**Jesper Lundh**, kvalitetsudviklingskonsulent - CKI

**Tina Eriksson**, projektkonsulent - DAK

**Søren Friberg**, samlet projektleder - DAK

# Indholdsfortegnelse

<b>1.</b>	<b>KORTFATTET RESUMÉ AF DAK PROJEKTET</b> .....	<b>5</b>
1.1	FORMÅL, FORLØB OG ANBEFALINGER .....	5
1.2	A • UDARBEJDELSE AF KVALITETSINDIKATORER .....	5
1.3	B • UNDERSTØTTELSE AF IT-ANVENDELSE .....	7
1.4	C • PATIENTPERSPEKTIV OG BRUGERINDDRAGELSE.....	8
1.5	D • SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB - SHARED CARE .....	9
1.6	SAMARBEJDSRELATIONER .....	10
1.7	GENERELLE ANBEFALINGER FOR PROJEKTET .....	10
<b>2.</b>	<b>BAGGRUND</b> .....	<b>12</b>
2.1	DEN DANSKE KVALITETSMODEL FOR SUNDHEDSVÆSENET .....	12
2.2	DE FIRE INDSATSOMRÅDER .....	12
<b>3.</b>	<b>MÅL- OG HANDLEPLANENS UDMØNTNING</b> .....	<b>14</b>
3.1	LEDERGRUPPENS SAMMENSÆTNING OG FUNKTION.....	14
3.2	PROJEKTGRUPPERNE OG BAGGRUNDSGRUPPEN.....	14
3.3	SAMARBEJDSRELATIONER .....	14
3.3.1	Samarbejde på tværs af DAK-projektgrupperne .....	15
3.3.2	Samarbejde med de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg.....	15
3.3.3	Samarbejde med de almenmedicinske miljøer.....	15
3.3.4	Samarbejde med de øvrige aktører i Den Danske Model .....	16
3.3.5	Samarbejde med internationale aktører .....	16
3.4	PROCESEVALUERING AF DAK-PROJEKTET .....	16
3.5	DAK-PROJEKTETS ØKONOMI .....	17
<b>4.</b>	<b>ANBEFALINGER</b> .....	<b>20</b>
4.1	DAK-PROJEKTETS OVERORDNEDE ORGANISATION.....	20
4.2	INDIKATOROMRÅDET .....	22
4.2.1	Udvikling af kliniske indikatorer .....	22
4.2.2	Udvikling af generelle indikatorer .....	22
4.2.3	Organisation af indikatorområdet .....	23
4.3	IT-OMRÅDET.....	24
4.3.1	ICPC-kodning .....	24
4.3.2	Linkmodulet og amtslige/regionale og kliniske data .....	24
4.3.3	Datafangstmodulet .....	25
4.4	DEN ALMENMEDICINSKE DATABASE.....	25
4.5	AUDIT PROJEKT ODENSE (APO) .....	26
4.6	PRAKSISDEKLARATION, PRAKSISUDVIKLING OG AKKREDITERING .....	26
4.7	DANPEP-PROJEKTET .....	26
4.8	PRAKSISKONSULENTORDNINGEN (PKO) .....	27
4.9	PATIENTER MED KRONISK SYGDOM OG SHARED CARE .....	27
4.9.1	Den proaktive praktiserende læge .....	27
4.10	IMPLEMENTERING.....	28
4.11	UTILSIGTEDE HÆNDELSER.....	28
<b>5.</b>	<b>INFORMATIONSMODEL FOR DAK PROJEKTET</b> .....	<b>30</b>

5.1	HJEMMESIDEN .....	30
5.2	FAGPRESSEN: UGESKRIFTET, PRACTICUS OG DAGENS MEDICIN.....	31
5.3	LÆGEDAGE.....	31
5.4	INTERNATIONALE ORGANISATIONER OG PUBLIKATIONER .....	31
5.5	CKIS TEMADAGE .....	31
5.6	ØVRIGE AKTIVITETER .....	32
<b>6.</b>	<b>RESUMÉ DELPROJEKT A • INDIKATORER .....</b>	<b>33</b>
6.1	ANVENDTE DEFINITIONER AF STANDARDER OG INDIKATORER .....	34
6.2	KLINISKE INDIKATORER .....	35
6.3	GENERELLE INDIKATORER.....	36
6.3.1	Generelle indikatorer for kvaliteten i den enkelte praksis .....	36
6.3.2	Indikatorer for det gode samarbejde mellem sektorerne.....	37
6.3.3	Fællesnordiske indikatorer for den primære sektor .....	38
<b>7.</b>	<b>RESUMÉ DELPROJEKT B • IT-UDVIKLING.....</b>	<b>39</b>
7.1	ICPC-KODENETVÆRKET.....	39
7.2	LINKPORTALEN .....	40
7.3	DATAFANGSTMODULET .....	40
8.1	DANPEP.....	42
8.2	KVALITATIVE METODER OG PATIENTPERSPEKTIVET .....	42
8.3	ERFARINGER FRA DET SEKUNDÆRE SUNDHEDSVÆSEN .....	43
8.4	FACILITATORORDNINGER.....	44
8.5	PRAKSISDEKLARATION .....	44
8.5.1	Tilgængelighed .....	45
8.5.2	Praksisudvikling og akkreditering .....	45
8.6	PILOTPROJEKT OM EN PRAKSIS' HJEMMESIDE .....	47
8.7	PATIENTERS INVOLVERING I ALMEN PRAKSIS.....	47
9.1	PRAKSISKONSULENTORDNINGEN (PKO) .....	49
9.2	TVÆRSEKTORIELLE PATIENTFORLØB.....	49
9.2.1	Den gode kvalitet af tværsektorielle patientforløb .....	49
9.2.2	Metoder til forbedring af kvaliteten af patientforløb.....	49
9.3	SAMARBEJDE OMKRING PATIENTER MED KRONISK SYGDOM.....	51
<b>10.</b>	<b>UTILSIGTEDE HÆNDELSER.....</b>	<b>53</b>
<b>11.</b>	<b>BILAG.....</b>	<b>55</b>

# 1. Kortfattet resumé af DAK projektet

## 1.1 Formål, forløb og anbefalinger

DAK projektet har i perioden september 2003 – september 2005 beskæftiget sig med fire udvalgte kvalitetsudviklingsopgaver, udpeget af overenskomstens parter (P.L.O. og Sygesikringens Forhandlingsudvalg).

De fire udvalgte områder:

- A. Udarbejdelse af kvalitetsindikatorer til brug i almen praksis
- B. Understøttelse af IT-anvendelsen.
- C. Udvikling af metoder til at sikre patientperspektiv og brugerinddragelse.
- D. Kvalitetsudvikling af sammenhængende patientforløb mellem sygehusvæsenet og almen praksis.

Til hver projektgruppe ansatte man en delprojektleder i otte timer ugentligt i to år, svarende til knapt fem måneders fuldtidsansættelse.

Desuden blev der ansat en samlet projektleder og to projektkonsulenter - ligeledes hver otte timer ugentligt i de to år.

I det følgende vil vi for hvert enkelt delprojekt resumere:

- Formålet, dvs. uddrag fra mål- og handleplanen
- Fremgangsmåden (metoden) i projektet
- Status - hvor langt nåede vi?
- Anbefalinger

Derpå følger et resumé af anbefalinger for projektet som et hele. Dermed vil vi søge at beskrive den organisation, der skønnes nødvendig for at sikre fastholdelsen og forankringen af kvalitetsudviklingstiltagene.

Informationsmodellen og økonomiafsnittet er ikke resumeret, der henvises til de respektive kapitler.

## 1.2 A • Udarbejdelse af kvalitetsindikatorer

### **Formål:**

- 1) at udvælge/udvikle standarder og indikatorer - både generelle og sygdomsspecifikke, der kan bruges i almen praksis. I starten er det vigtigt, at gruppen beskriver en metode til at udvælge klinisk relevante indikatorer,
- 2) at knytte klinisk anvendelige indikatorer til de "Kliniske vejledninger" fra DSAM,
- 3) at samarbejde med IT-gruppen om beskrivelsen af de logistiske forhold ved indsamling, opbevaring og brug af indikatorer.

### **Fremgangsmåde:**

Der er beskrevet en metode til udvikling af indikatorer (en modifikation af Manchestergruppens metode). De udviklede indikatorer opleves som klinisk relevante og praktiske at anvende. Metoden er let at gennemføre inden for en rimelig tid og med et overkommeligt ressourceforbrug. Den kan anvendes til udvikling af indikatorer

uanset genstandsområde (til sygdoms- og symptomspecifikke indikatorer samt til generelle indikatorer).

### **Status:**

På diabetesområdet er der udviklet et sæt sygdomsspecifikke indikatorer med udgangspunkt i DSAM's nye evidensbaserede vejledning om type 2 diabetes. Indikatorerne er netop nu ved at blive pilottestet i almen praksis ved hjælp af datafangstmodulet.

Et foreløbigt sæt symptomspecifikke indikatorer på symptomet hoste er udviklet.

Der er set på generelle indikatorer i forhold til DanPEP og hyppige brugere. Desuden er der i samarbejde med delprojekt D, DGMA og PKO udviklet og afprøvet et generelt indikatorsæt for henvisninger og epikriser.

I perioden fra 1. oktober 2005 til 1. april 2006 udarbejdes endnu et sæt symptomindikatorer på området blødningsforstyrrelser i relation til en kommende DSAM-vejledning. Desuden vil samarbejdet med gruppe D fortsætte med udarbejdelse af endnu et indikatorsæt for en kronisk sygdom.

### **Anbefalinger:**

DAK-projektgruppen vurderer, at det er en praktisk forudsætning for en meningsfuld anvendelse af indikatorer, at praktiserende læger ICPC-koder på en ensartet måde, og at datafangstmodulet fungerer. Udviklingen af datafangstmodulet og ICPC-kodning er derfor en forudsætning for brug af kvalitetsindikatorer.

DAK-projektet anbefaler vedrørende brugen af indikatorer:

- at hovedvægten fortsat lægges på læringsaspektet i almen praksis,
- at man sikrer gode implementeringsredskaber,
- at man inddrager de allerede eksisterende smågrupper, (fx 12-mandsforeninger) i almen praksis og facilitatorordningerne i amterne og samordner området med de praktiserende lægers efteruddannelse, herunder de personlige læreplaner.

Udviklingen af generelle indikatorer bør omfatte tre områder: 1) Praksisdrift og management, 2) patientperspektivet og 3) samarbejde (shared care) med hospitaler, speciallæger og kommuner.

Der bør oprettes en national driftsorganisation til udvikling af indikatorer. Denne kan være en del af en større organisation for kvalitetsudvikling af almen praksis og bør omfatte en faglig styregruppe, der kan udpege relevante indikatorområder og sikre, at det faglige niveau er højt. Organisationen bør arbejde tæt sammen med den gruppe, der står for udgivelsen af de kliniske vejledninger i almen medicin.

Til organisationen skal nogle kompetencer være tilknyttede eller tilgængelige. Det drejer sig om daglig ledelse, sekretariatsbistand, dokumentation, metodemæssig videnskabelig ekspertise (fx epidemiologi, farmakologi) samt IT- og database-ekspertise (datafangstmodulet).

Driftsorganisationen skal arbejde sammen med regionale kvalitetsenheder og med andre lægelige kvalitetsudviklingsorganisationer som fx Den Nationale Kvalitetsmodel, DGMA og NIP.

## 1.3 B • Understøttelse af IT-anvendelse

### Formål:

- 1) Understøttelse af anvendelse af ICPC-klassifikationssystemet i almen praksis.
- 2) Anvendelse af ICPC-kodning som indgang til de informationssystemer, der er knyttet til almen praksis: udvikling af linkmodulet<sup>1</sup>.
- 3) Udvikling af et datafangstmodul, der kan bruges både til indsamling af data i forbindelse med elektronisk audit og til sentinel<sup>2</sup>-overvågning.
- 4) Udvikling af andre løsninger, der kan understøtte kvalitetsudviklingen, fx systematisering af amtslige/regionale informationer, evidensbaserede lægelige informationer til støtte for kliniske beslutninger og patientinformation.
- 5) En beskrivelse af, hvordan indsamlede data hensigtsmæssigt lagres og bruges.

### Fremgangsmåde:

Etableringen af ICPC-kodenetværket, strukturering af den nødvendige information og opbyggelse af en databaseløsning er primært organisatoriske opgaver; der er dog anvendt gængse forskningsmetodikker til undersøgelse af barrierer for ICPC-kodning.

Link- og datafangstmodulerne er softwareprogrammer, der udvikles i samarbejde med private aktører på området. Linkmodulet er brugertestet med anvendelse af gængs forskningsmetodik.

### Status:

ICPC-kodenetværksgruppen er veletableret, men det er krævende at udbrede ICPC-kodning blandt praktiserende læger.

Linkmodulet er udviklet, implementeret i samtlige lægesystemer, evalueret og afleveret til Sundhed.dk. I pilotprojektet blev den Norske Elektroniske Lægehåndbog (NEL) brugt som kilde til klinisk information. DAK-gruppe B har understøttet en systematisk ICPC-kodning af den amtslige information, således at den kan findes i linkmodulet

Programmeringen af datafangstmodulet er afsluttet og implementeret i to praksissystemer. I august 2005 starter pilotafprøvningen - dels med indsamling af data fra diabetes-indikatorsættet udviklet af projektgruppe A, dels med en elektronisk audit på infektionsområdet. Data indsamles til en database i den almenmedicinske forskningsenhed i Odense. Der er planlagt en MTV-vurdering af datafangstmodulet.

Der forestår dog en løsning af legale og organisatoriske opgaver, hvis datafangst skal overgå i en driftsfase.

---

<sup>1</sup> Linkmodulet er et stykke IT-software, der gør det muligt at "linke" til amtslig og klinisk information med udgangspunkt i ICPC-diagnosen i den praktiserende læges elektroniske journal.

<sup>2</sup> Sentinelregistrering: Sentinel betyder egentlig "Fyrtårn". Sentinelregistrering henviser til rutinemæssig (sygdoms)overvågning. Her betyder det en automatisk elektronisk registrering af de aktiviteter, der sker i en praksis.

## **Anbefalinger:**

Det er nødvendigt at fremme de forhold, der kan motivere praktiserende læger til at kode omhyggeligt.

Det er en forudsætning for et generelt kvalitetsløft, at IT-journaliseringssystemerne opnår en ensartet opbygning på de vigtigste områder, især mht. ICPC kodning. DAK-projektet anbefaler, at de centrale faglige aktører sender klare udmeldinger til systemhusene derom. ICPC-kodenetværket bør fortsætte sit arbejde.

Det arbejde, der pågår med videreudvikling af ICPC1 til ICPC2, bør fortsætte, således at ICPC2 er velintegreret i edb-systemerne, før datafangstmodulet overgår i en egentlig driftsfase.

Omskrivning og ICPC-kodning af de amtslige informationsdokumenter bør foregå efter fælles retningslinier, således at de kan bruges i linkmodulet. Opgaven med at omskrive de amtslige dokumenter kan fremmes og koordineres af PKO.

Skal datafangst-projektet i driftsfase, er det afgørende, at databaseproblematikken er løst.

Datafangstmodulet bør fortsætte i en driftsfase i et samarbejde med APO og Protap. Implementering af datafangstmodulet i de øvrige lægesystemer bør ske hurtigst muligt.

## **1.4 C • Patientperspektiv og brugerinddragelse**

### **Formål:**

- 1) Udvikling af valide metoder til beskrivelse af patienters vurdering og involvering med vægt på vurderingen af den lægefaglige ydelse, læge-patientforholdet, den overbragte informationen, tilgængeligheden og organiseringen af ydelsen. Resultaterne skal i samarbejde med de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg afprøves i almen praksis.
- 2) Beskrivelse af deklARATIONER, der beskriver kvaliteten i almen praksis.

### **Fremgangsmåde:**

Med udgangspunkt i DanPEP<sup>3</sup> har gruppen iværksat a) en undersøgelse af kvalitative undersøgelsesmetoder (fokusgrupper og telefoninterviews) til belysning af patientperspektivet og b) undersøgelse af måder, hvorpå man kan hjælpe læger til at tolke DanPEP-resultaterne fra egen praksis og omsætte dem i konkrete ændringer.

Desuden blev der iværksat et mindre pilotprojekt med det sigte at facilitere resultaterne af DanPEP til en gruppe praktiserende læger.

PraksisdeklARATIONER er lægernes oplysning til patienter og borgere om deres virksomhed; det fandtes naturligt at lægge arbejdet med praksisdeklARATIONER under gruppe C. Der blev nedsat en særlig gruppe til at gennemføre en undersøgelse og beskrivelse af praksisdeklARATIONER, se DAK-rapportens 2. del, afsnit 4 eller [bilag 8.2](#).

---

<sup>3</sup> DanPEP er en stor, overvejende kvantitativ, spørgeskemaundersøgelse af patienttilfredsheden i almen praksis, som gennem de senere år er gennemført i Danmark. DanPEP er den danske udgave af en tilsvarende europæisk undersøgelse, Europep.

## **Status:**

De to kvalitative undersøgelser er gennemført, og begge metoder viste sig brugbare. Faciliteringen af DanPEP-resultaterne til praktiserende læger har givet gunstige resultater og bevirker, at lægerne ændrer daglig praksis.

Deklarationsrapporten udkom maj 2005. Rapporten beskriver metoder til praksisudvikling og akkreditering, herunder det danske KISS-projekt og to europæiske praksisudviklingsystemer: European Practice Assessment (EPA) og Maturity Matrix (MM). Desuden beskriver rapporten forhold vedrørende tilgængelighed i almen praksis.

## **Anbefalinger:**

Det anbefales, at DanPEP overgår i en driftsfase. Desuden anbefales det, at der inddrages kvalitative undersøgelsesmetoder i DanPEP-undersøgelsen, og at man fortsætter arbejdet med etablering af facilitatorordninger, der kan hjælpe praksis med at omsætte resultaterne i konkrete ændringer.

Der bør afsættes ressourcer til uddannelse og evaluering af forskellige facilitatorroller bl.a. i relation til de pilotafprøvninger af MM og EPA, der planlægges i flere amter.

Der bør iværksættes undersøgelser af, hvilke informationer om praksis patienterne ønsker skal være tilgængelige.

Der bør afsættes ressourcer til at vurdere tilgængeligheden i almen praksis. Det anbefales dog at den enkelte læge/praksis får mulighed for at kommentere data vedrørende tilgængelighed, inden de offentliggøres.

## **1.5 D • Sammenhængende patientforløb - shared care**

### **Formål:**

- 1) Beskrivelse af forudsætningerne for et godt samarbejde i patientforløbet.
- 2) Beskrivelse af forskellige former for samarbejde.
- 3) Udvikling af tværsektorielle audits af patientforløb.
- 4) Forslag til systematisk opsamling af data og viden på 'shared care'-området.
- 5) Forslag til 'shared care'-modeller inden for få sygdomsområder.

### **Fremgangsmåde:**

Forudsætningerne for og de forskellige former for samarbejde i patientforløbet er beskrevet.

Kvaliteten i det tværsektorielle patientforløb er beskrevet i projektet "Standarder og indikatorer for det tværsektorielle patientforløb".

Der er udført en evaluering af alle gennemførte tværfaglige audits af patientforløb (TAP).

Der er uden for DAK-projektet udviklet et elektronisk modul til registrering af patientforløb (Protap).

Der er i samarbejde med projekt A og DGMA udviklet indikatorer og standarder for kvaliteten af henvisninger og epikriser.

I POPS-projektet (Patienternes Oplevelse af overgangen mellem Primær- og Sekundærsektoren) afprøves indikatorerne for det tværsektorielle forløb. Samtidig udvikles et redskab til forbedring af det sammenhængende patientforløb med udgangspunkt i patienternes oplevelser og konkrete ønsker.

#### **Status:**

Alle de nævnte projekter er afsluttede, bortset fra POPS-projektet.

Fra 1. oktober 2005 til 1. april 2006 vil projektlederen i samarbejde med delprojekt A og praksiskonsulentordningen udarbejde kliniske og generelle indikatorer for patientforløbet vedrørende kronisk sygdom.

#### **Anbefalinger:**

Det anbefales, at der etableres en koordinering af praksiskonsulentordningen på landsplan.

Et landsdækkende initiativ til TAP-audits af udvalgte diagnosegrupper med benchmarking kan varetages af praksiskonsulentordningen. Der er brug for yderligere udvikling og dokumentation for så vidt angår ressourceforbrug og effekt af ProTAP.

Det anbefales, at praksispersonalet inddrages i kvalitetsudviklingen.

## **1.6 Samarbejdsrelationer**

DAK-projektet har i hele perioden været præget af et tæt samarbejde på tværs af projektgrupperne, med de almenmedicinske miljøer ligesom alle amter har været repræsenteret i en eller flere projektgrupper.

Nationalt har der været et godt samarbejde med Den Danske Model hvor projektleder Thomas Schiøler har deltaget som observatør i projektgruppen om indikatorer.

Vi har sammen med det Nationale Indikator Projekt (NIP) diskuteret fælles berøringsflader og Poul Brix (projektleder for gruppe A, indikatorer) har deltaget i NIP arbejdet om indikatorer på diabetes området.

DAK har samarbejdet med Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) på adskillige planer.

Vi har i hele perioden haft et tæt samarbejde med andre europæiske kvalitetsudviklere i almen praksis gennem EQUIP samarbejdet, hvor Tina Eriksson og Jesper Lund fra den centrale DAK-gruppe repræsenterede Danmark i projektperioden.

## **1.7 Generelle anbefalinger for projektet**

Vi anbefaler, at den fremtidige organisation fortsat får karakter af en paraplyorganisation for alle de igangværende kvalitetsudviklingsaktiviteter i almen praksis. Et evt. DAK2 kan bidrage med både koordination og drift af eksisterende tiltag, udvikling af nye projekter samt varetage kontakten til andre centrale kvalitetsudviklingsenheder.

DAK2 kunne bidrage med koordinering af:

- En enhed for patientperspektivet og praksisudvikling (herunder DanPEP, evt. MM, EPA-aktiviteter og Center for Praksisudvikling (CPU)).
- En enhed for kliniske indikatorer og kliniske vejledninger.
- En enhed for koordinering af kvalitetsarbejde på medicinområdet (ALKE mv).

- En IT-enhed med datafangst/ICPC-kodenetværk og en almen medicinsk database.
- Audit Projekt Odense.
- Et sekretariat for praksiskonsulenterne.

DAK-projektet forestiller sig et evt. DAK2 bestående af en koordinationsgruppe (sammensat af en person fra hver af de ovenfor nævnte små centrale kvalitetsudviklingsenheder), en kvalitetsudviklingskonsulent fra hver af de fem regioner og en til to personer fra et DAK2-sekretariat. Der kan også indgå repræsentanter fra andre organisationer.

Bag DAK2-gruppen kunne der, ligesom i DGMA, dannes et fagligt forum, der mødes en til to gange om året for sammen med koordinationsudvalget at inspirere til fremtidige initiativer og koordinering.

Der bør i CKI fortsat være midler til nye initiativer på kvalitetsudviklingsområdet, og DAK2-sekretariatet kunne her være rådgivende.

DAK2's naturlige samarbejdspartnere ud over medlemmerne i koordinationsudvalget er:

- De almenmedicinske miljøer;
  - o Fagligt Udvalg
  - o Efteruddannelsesfolket
  - o Forskningsmiljøerne
  - o Organisationen omkring utilsigtede hændelser
- Tværsektorielle organisationer;
  - o Den danske model for kvalitetsudvikling
  - o NIP
  - o DGMA

Af hensyn til evalueringen af kvalitetsudviklingstiltagene såvel nu som i fremtiden, må man overveje at sikre midler til forskningsaktiviteter der er relaterede til kvalitetsudvikling. Dette kan fx ske ved at finansiere forskningsevalueringer gennem centrale og decentrale kvalitetsudviklingsmidler og/eller ved dannelse af en forskningsfond til dette formål.

## 2. Baggrund

Ved overenskomstforhandlingerne i 1995 mellem Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O.) og Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) blev kvalitetsudviklingsprojekter for praktiserende læger tilført midler gennem amtslige puljer. Denne satsning er internationalt set unik, idet den har været decentral – uden forsøg på styring eller koordinering fra centralt hold. Denne satsning har medført en betydelig lokal aktivitet.

Ved fornyelsen af Landsoverenskomsten i 2003 blev det aftalt at afsætte ressourcer til en koordinering på en række centrale områder. Det Centrale Kvalitets og Informatikudvalg, CKI<sup>4</sup>, fik derfor tilført ekstra midler i en 2-årig periode.

Det almenmedicinske kvalitetsprojekt (DAK-projektet) startede i september 2003 og slutter september 2005. Disse datoer er valgt, så projektets resultater kan bruges ved de næste forhandlinger om landsoverenskomsten, som skal være afsluttet efteråret 2005.

### 2.1 Den danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet

Det er i overenskomsten fastlagt, at DAK-projektet skal tage udgangspunkt i "Den nationale strategi for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet" udgivet i 2002, i principperne bag "Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet", som de er skitseret i notatet "En landsdækkende dansk kvalitetsmodel - en skitse" af 24. maj 2002, samt i modelskrivelsen af august 2003.

Heraf følger, at kvalitetsudviklingen skal sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænser, udvikle et dansk sæt af generelle og sygdomsspecifikke standarder og indikatorer, inddrage viden og materiale fra eksisterende kvalitetsudviklingsprojekter og etablere et evalueringssystem. Desuden skal arbejdet baseres på læring og kontinuerlig kvalitetsforbedring.

### 2.2 De fire indsatsområder

I overenskomsten, der trådte i kraft 1. april 2003, beskrev parterne fire områder, hvor central koordinering og udvikling er ønskelig. Det er netop disse fire områder, som DAK skal beskæftige sig med:

- A) Udarbejdelse af kvalitetsindikatorer til brug i almen praksis.
- B) Understøttelse af IT-anvendelse, herunder udbredelsen af ICPC-kodning.
- C) Udvikling af metoder, der sikrer patientperspektivet og brugerinddragelse i kvalitetsudviklingsarbejdet.
- D) Kvalitetsudvikling af sammenhængende patientforløb mellem sygehusvæsenet og almen praksis.

Praksisdeklaration blev behandlet af en særlig gruppe, der formelt hørte under gruppe C, men som arbejdede uafhængigt. Der foreligger en særskilt rapport om praksisdeklaration ved Frans Boch Waldorff og Tina Eriksson

---

<sup>4</sup> CKI er et overenskomstnedsat udvalg med repræsentanter for Sygesikringens Forhandlingsudvalg, P.L.O., DSAM, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet

I mål- og handleplanen var indføjet en passus om, at DAK-projektet skulle have et fokus på fejl og utilsigtede hændelser. Derfor har Tina Eriksson beskrevet danske og udenlandske erfaringer med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i almen praksis.

### **3. Mål- og handleplanens udmøntning**

Bilag 3.1 Mål- og handlingsplan for DAK-projektet. CKI juli 2003

Projektgruppen opbyggede en overordnet organisation for DAK-projektet i overensstemmelse med mål- og handleplanen.

Den overordnede projektgruppe beskæftigede sig desuden med områder, der går på tværs af delprojekterne.

#### **3.1 Ledergruppens sammensætning og funktion**

Søren Friberg, næstformand i CKI, blev udpeget som leder for projektet, og Jesper Lundh, konsulent i CKI, blev udpeget til at varetage DAK-projektets informationsstrategi, særligt med henblik på at varetage CKIs og DAK-projektets hjemmesider. De øvrige medlemmer af ledergruppen blev ansat efter stillingsopslag og har alle et mangeårigt kendskab til deres delområder. Tina Erikssons opgaver var at indgå i DAKs ledergruppe, formidle kontakt til de almenmedicinske forskningsmiljøer og bistå med metodemæssig fremdrift i projektet som helhed.

#### **3.2 Projektgrupperne og baggrundsgruppen**

I overensstemmelse med mål- og handleplanen udpegede de respektive projektledere en projektgruppe inden for hvert af de fire prioriterede områder. Projektgruppernes sammensætning og de enkelte projektlederes motivation derfor fremgår af omtalen af de enkelte projekter.

Projektlederne mødte velvilje og interesse, og det har ikke været svært at engagere en lang række kvalificerede personer til at indgå i projekterne og lægge et stort arbejde deri.

Det blev desuden besluttet at danne en fælles baggrundsgruppe for hele projektet, hvor medlemmerne af de fire projektgrupper indgik suppleret med de kvalitetsudviklingskonsulenter, der ikke i forvejen indgik i projektgrupperne, således at geografiske og tilknytningmæssige forhold blev tilgodeset. Med henblik på at drøfte de fire delprojekters mange fælles berøringsflader mødtes baggrundsgruppen ca. en gang hvert halve år.

Projektgruppernes sammensætning, kommissorier og aktiviteter er beskrevet i de enkelte delrapporter.

#### **3.3 Samarbejdsrelationer**

DAK-projektet er i sin natur et netværksprojekt og har i hele forløbet prioriteret samarbejdet med de decentrale kvalitetsudviklingsmiljøer, herunder kvalitetsudviklingskonsulenterne, datakonsulenterne, praksiskonsulenterne og i mindre grad efteruddannelsesvejlederne.

Der er etableret værdifulde samarbejdsrelationer med Den Gode Medicinske Afdeling, Den Danske Kvalitetsmodel og Sundhed.dk.

DAK-projektet har desuden et vigtigt samarbejde med en række forskellige aktører, der arbejder med at udvikle elektroniske journalsystemer på tværs af sektorerne.

### **3.3.1 Samarbejde på tværs af DAK-projektgrupperne**

Der viste sig tidligt i projektperioden flere områder, hvor det var oplagt at samarbejde på tværs af projektgrupperne. Der blev etableret en række samarbejdsprojekter, herunder:

- Et samarbejde mellem projektgruppe A og B og i øvrigt det Nationale Indikatorprojekt (NIP) om at anvende datafangst til indsamling af data vedrørende kliniske indikatorer, startende med indikatorer på diabetesområdet, se afsnit 7.2.
- Et projekt omhandlende indikatorer for det gode samarbejde mellem sektorerne i samarbejde mellem projektgrupperne A og D og i øvrigt DGMA og PKO, se afsnit 10.2.1.

Desuden kan nævnes, at arbejdet omkring håndteringen af kroniske lidelser, der indebærer mulig udvikling af en elektronisk vandrejournale, kliniske indikatorer og samarbejde på tværs af sektorer, også i fremtiden vil nødvendiggøre et intenst samarbejde på tværs af de oprindelige projektgrupper. Det samme gælder området organisationsudvikling og etablering og brug af facilitatorordninger i almen praksis.

### **3.3.2 Samarbejde med de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg**

DAK-projektet bygger på samarbejdet med de decentrale miljøer. Vi besluttede derfor tidligt at arrangere møder med de amtslige kvalitetsudviklere i landets tre regioner med henblik på gensidig information. De fleste kvalitetsudviklingskonsulenter har desuden deltaget i en eller flere projektgrupper. Desuden har DAK-projektets ledere deltaget i Q-nettets<sup>5</sup> møder.

De syv medlemmer i DAK-projektgruppen fik derudover hver en særlig tilknytning til kvalitetsudviklingskonsulenter i to amter med henblik på løbende kontakt og inspiration.

Generelt er det indtrykket i DAK-gruppen, at de amtslige udvalg har taget vel imod DAK-projektet og især i de sene faser af projektet har kunnet se værdien deraf.

### **3.3.3 Samarbejde med de almenmedicinske miljøer**

DAK-projektets tilknytning til de almenmedicinske forskningsmiljøer blev sikret, dels gennem projektets deltagere, hvor Søren Friberg og Henrik Schroll har en mangeårig tilknytning til forskningsmiljøet i Odense, Tina Eriksson er tilknyttet miljøet i København og Peder Olesgaard samarbejder tæt med forskningsmiljøet i Århus. Forskningsmiljøerne var repræsenteret i alle de fire projektgrupper gennem en række deltagere med tilknytning til de almenmedicinske miljøer. Audit Projekt Odense (APO) er desuden involveret i et pilotprojekt om elektronisk audit sammen med projektgruppe B.

I starten af projektperioden udarbejdede Tina Eriksson lister over igangværende almenmedicinske forskningsprojekter af relevans for de fire delprojekter for at undgå at overse relevante projekter.

---

<sup>5</sup> Q-nettet er et fortrinsvis e-baseret netværk for de amtslige kvalitetsudviklingskonsulenter, der afholder et til to årlige internatmøder.

### 3.3.4 Samarbejde med de øvrige aktører i Den Danske Model

Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet blev orienteret om DAK projektet februar 2004.

Projektleder for Den Danske Kvalitetsmodel, Th. Schiøler, har deltaget som observatør i projektgruppe A.

Poul Brix (projekt A) har deltaget i NIP-arbejdet om indikatorer på diabetesområdet.

DAK har sammen med NIP diskuteret fælles berøringsflader i forbindelse med indsamling, behandling og formidling af kvalitetsdata.

DAK har samarbejdet med DGMA på adskillige planer: gennem fællesprojektet om henvisninger og epikriser, ved DGMA's deltagelse i projektgruppe A og D og ved konferencer både i DGMA- og DAK-regi.

### 3.3.5 Samarbejde med internationale aktører

DAK-projektet har fra starten prioriteret samarbejdet i EQuIP<sup>6</sup> højt. Hele DAK gruppen har deltaget i EQuIPs konferencer i Heidelberg (2004) og Bryssels (2005) med flere indlæg, og Tina Eriksson har som en funktion af dette samarbejde arrangeret en konference i København februar 2005 om Maturity Matrix, hvor Glyn Elwyn, Richard Hibbs og Adrian Edwards fra Wales præsenterede Maturity Matrix. Desuden deltog Tina Eriksson og Frans Boch Waldorff i et møde om European Practice Assessment<sup>7</sup> i Berlin, januar 2005.

Tina Eriksson og Jesper Lundh var i projektperioden de danske deltagere i EQuIP-netværket, og Tina Eriksson varetog moderniseringen af [EQuIP's hjemmeside](#), som CKI har påtaget sig at vedligeholde i en to års periode.

På det nordiske plan har vi fået inspiration gennem de årlige kvalitetsudviklingsseminarer, som sædvanligvis holdes i tilknytning til de nordiske kongresser for almen medicin, sidste gang i juni 2005 i Stockholm.

Poul Brix har ledet et projekt om indikatorer i almen praksis i Nordisk Råds regi.

## 3.4 Procesevaluering af DAK-projektet

Samarbejdet i projektgruppen har været godt og givende. Der har været en god balance mellem kreativitet og hårdt arbejde. De enkelte projektgruppeledere har ud over arbejdet i deres egne projektgrupper også entusiastisk deltaget i fællesmøder og fælles samarbejdsprojekter.

Ud over arbejdet i projektgrupperne har DAK-projektet været præget af en betydelig møde- og konferenceaktivitet. Det er en nødvendighed i en projektorganisation, der samarbejder både decentralt med de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg (KU-udvalg) og centralt med de landsdækkende kvalitetsudviklingsaktiviteter. Det har bevirket, at ingen af projektdeltagerne har kunnet holde sig inden for de normerede otte timer om ugen svarende til knap fem måneders fuldtidsansættelse, som var

---

<sup>6</sup> European Association for Quality in General Practice - et europæisk netværk for kvalitetsudvikling i almen praksis (se <http://www.equip.ch>)

<sup>7</sup> European Practice Assessment - et europæisk akkrediterings projekt, beskrevet i deklaraationsrapporten (bilag 8.2).

ansættelsesbetingelserne for alle projektdeltagerne. Flere har brugt mellem to og tre dage om ugen på projektet.

Skal projektet fortsætte, er det nødvendigt at dimensionere det, så der bliver et mere realistisk forhold mellem ansættelse og arbejdsbelastning.

Vedrørende de økonomiske forhold blev det fra starten besluttet, at den amtslige deltagelse i de enkelte projektgrupper og deltagelsen i de pilotprojekter, der blev udmeldt fra DAK, skulle finansieres af de amtslige KU-udvalg. Det skulle give amtslig forankring, men det medførte også logistiske problemer, specielt omkring pilotprojekterne. Mødehyppigheden og organiseringen i de enkelte KU-udvalg er meget forskellig. I nogle amter går der op til tre måneder mellem de enkelte KU-møder, hvilket medfører, at afgørelser trækker ud.

Hvis man fremover vil gennemføre pilotprojekter med en meget kort tidshorisont, må man samtidig sikre central finansiering. Men principielt finder DAK-projektet en organisering med amtslig/regional finansiering og medinddragelse i pilotprojekter rigtig.

### 3.5 DAK-projektets økonomi

DAK projektet var finansieret via overenskomstmidler afsat til CKI (Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg).

I forhandlingsaftalen mellem overenskomstens parter, af 13. september 2002, blev det besluttet, at amterne skulle indbetale 0,60 kr. (grundbeløb) i 2004 og 0,95 kr. i 2005 og 2006 til CKI. For 2003 blev grundbeløbet sat til 0,25 kr. Indbetalingen beregnes på baggrund af antal gruppe-1 sikrede pr. 01-10 det foregående år. Pr. 01-10-2003 var der 4.254.260 gruppe-1 sikrede i Danmark.

**Tabel 1**

<b>DAK</b>	<b>Budget</b>	<b>Forbrug</b>
2003 (01-09-03 til 31-12-03)	800.000 kr.	582.000 kr.
2004	2.3 mil.	1.7 mil.
2005 (01-01-05 til 01-09-05)	1.9 mil.	1.0 mil.*
<b>I alt</b>	<b>5.0 mil.</b>	<b>3.282.000 kr. *</b>

\* Den endelige regnskab for perioden 01-01 til 01-09 2005 foreligger ikke færdigopgjort ved rapportens udgivelsestidspunkt.

Da DAK-projekt blev søsat i 2003 lød startbudget på 800.000 kr. I projektets første fase var de primære udgiftsposter aflønning af projektleder samt mødeaktiviteter og studieture. Disse udgiftsposter var i pæn overensstemmelse med det budgetterede.

I 2004 havde DAK-projektet et budget på 2.3 mil. Til hver af de fire delprojekter var der budgetteret med 345.000 kr. Da året var omme havde hvert delprojekt brugt fra 223.000 kr. til 251.000 kr.

**Tabel 2**

<b>Regnskabsperiode 01-01-04 til 31-12-04</b>	<b>Budget</b>	<b>Forbrug</b>
DAK-A (2004)	345.000 kr.	252.000 kr.
DAK-B (2004)	345.000 kr.	224.000 kr.
DAK-C (2004)	345.000 kr.	243.000 kr.
DAK-D (2004)	345.000 kr.	223.000 kr.
<b>I alt</b>	<b>1.380.000 kr.</b>	<b>942.000 kr.</b>

Udgiftsniveauet var således nogenlunde ensartet delprojekterne imellem, men alle delprojekter lå væsentligt under det budgetterede. En stor del af forklaringen på dette findes i ubrugte budgetterede midler knyttet til de enkelte delprojekter. For alle fire delprojekters vedkommende har der været afsat beløb til hhv. studieture, ekstern sekretariatsbetjening, IT, pilotprojekter og øvrige udgifter. I vid udstrækning er disse afsatte beløb forblevet ubrugte, og noget tyder på, at samme tendens går igen i regnskabsåret 2005. Ubalancen mellem det budgetterede og de reelle udgifter skyldes til dels en usikkerhed, i projektets opstartsfasen, omkring faktisk forventede udgifter.

CKI-støttede aktiviteter med direkte eller indirekte forbindelse til DAK-projektet:

**Tabel 3**

<b>2004</b>	<b>Beløb</b>	<b>DAK-relation</b>
ICPC / Linkmodul	300.000 kr.	DAK-B
ICPC / Log-funktion	50.000 kr.	DAK-B
ICPC / Kodenetværk	115.000 kr.	DAK-B
ICPC2 /Projektkonsulentløn (2003+2004)	260.000 kr.	DAK-B
DanPep (2003)	184.764 kr.	DAK-C
DanPep (2004 + 2005)	783.333 kr.	DAK-C
<b>I alt</b>	<b>1.693.097 kr.</b>	

**Tabel 3.1**

<b>2005</b>	<b>Beløb</b>	<b>DAK-relation</b>
Pilottest af kvalitative metoder	20.000 kr.	DAK-C
Pilotprojekt om coaching af læger	34.000 kr.	DAK-C
ICPC / alfabetisk indeks	20.000 kr.	DAK-B
Opnormering af ansættelse	85.500 kr.	DAK-B
Pilottest/audit af datafangstmodul	ca. 200.000 kr.*	DAK-B
<b>I alt</b>	<b>359.500 kr.</b>	
<b>Pilottest af kvalitative metoder</b>	<b>20.000 kr.</b>	<b>DAK-C</b>

\* Ved rapportens udgivelsestidspunkt er Datafangstmodulet fortsat i pilottest, hvorfor udgifterne ikke er præcist opgjort.

I CKI budgettet for 2004 er der afsat 665.000 kr. under posten 'projekt-støtte', mens regnskabet viser udgifter på 1.8 mil. Denne merudgift skyldes hovedsagligt DAK-relaterede omkostninger, såsom udvikling af software i forbindelse med brugen af ICPC, samt projekt-støtte til DanPep for hele DAK-perioden, se tabel 3.1.

Det daglige arbejde med at holde styr på bilag og små og store udgifter fra DAK's mange aktiviteter, er kyndigt blev varetaget af Mads Kristiansen og Karin Nordklint. Heidi Mortensen og tidligere PLO-medarbejder Jakob Legård stod for udarbejdelse af en detaljeret kontoplan og havde indtil starten af 2005 overblikket over DAK-projektets udgiftsprioriteringer. Sidstnævnte bliver i dag varetaget af PLO-medarbejder Thomas Bo Nielsen og Martin Bagger Brandt, CKI.

## 4. Anbefalinger

### 4.1 DAK-projektets overordnede organisation

Den decentralt forankrede udvikling på kvalitetsområdet i Danmark har medført, at nye landsdækkende initiativer opstod ved "knopskydning" snarere end ved en egentlig planlægning. Praksiskonsulentordningen (PKO) og Audit Projekt Odense (APO) er eksempler på denne form for udvikling.

Nye elektroniske muligheder, samarbejdet med den sekundære sektor og med de øvrige parter i Den Danske Kvalitetsmodel medfører, at nogle dele af kvalitetsarbejdet fremover bør koordineres centralt. Dette vil give mulighed for at støtte lokale initiativer og lokal dynamik bedst muligt.

En vigtig erfaring i DAK-projektet var de mange områder, hvor de enkelte projekter viste sig at have fælles berøringsflader. I løbet af projektperioden opstod gensidigt inspirerende samarbejde mellem forskellige projektgrupper, organisationer og på tværs af sektorer på trods af forskellig geografisk placering. Dette er baggrunden for, at vi anbefaler, at den fremtidige organisation af DAK-projektet, såfremt der bliver et "DAK2", fortsat får karakter af en paraplyorganisation for alle de igangværende kvalitetsudviklingsaktiviteter i almen praksis. Det sikrer desuden, at man kan bevare de kreative miljøer rundt omkring i landet.

En anden model kunne være et almenmedicinsk "kvalitetshus", hvor alle aktiviteter blev samlet. På den måde kan man sikre volumen, og ekspertisen kunne blive samlet ét sted. Ulempen er, at man flytter velfungerende aktiviteter og dynamik fra de almenmedicinske huse. I de almenmedicinske huse arbejder kvalitetsudviklere sammen med forskere, hvilket dels medfører, at der tilføres kvalitetsudviklingen metodemæssig stringens, og dels er med til at forankre den almenmedicinske organisationsforskning i den kliniske hverdag.

Hvis samarbejdet mellem kvalitetsudvikling og forskning skal blive så givende som muligt, er det nødvendigt, at der opbygges en selvstændig kvalitetsudviklingsorganisation. Tilgang og metoder er forskellige mellem kvalitetsudvikling og forskning, mens det overordnede mål om bedst mulig evidensbaseret faglig udvikling er fælles.

Det er vigtigt at slå fast, at det daglige kvalitetsudviklingsarbejde i almen praksis foregår i amterne/regionerne, men at nogle aktiviteter bedst udvikles og koordineres centralt med basis i en regional netværksdannelse.

Vi foreslår derfor, at arbejdet med en central koordinering af kvalitetsarbejdet skal videreføres i form af et murstensløst DAK2 organiseret af overenskomstens parter med enkeltfunktioner placeret ved de almenmedicinske huse i regionerne. Dermed kan de allerede fungerende enheder forblive, hvor de er, og nyudviklinger placeres, hvor der er lokale ressourcer og interesse. DAK2 kan således bidrage med kompetencer i forhold til koordination og drift af eksisterende tiltag, udvikling af nye projekter samt formidle kontakten til andre sundhedsfaglige nationale kvalitetsudviklingsenheder.

DAK2 kunne således bidrage med koordination af:

- Enhed for patientperspektivet og praksisudvikling (herunder DanPEP, evt. MM, EPA aktiviteter og CPU)

- Enhed for indikatorer og kliniske vejledninger
- Enhed for koordinering af ALK arbejdet
- IT-enhed med datafangst/ICPC kodenetværk og en almen medicinsk database
- APO-enheden
- PKO-sekretariat.

DAK2 kan bestå af en styre-/koordinationsgruppe sammensat af en person fra hver af de ovenfor nævnte små centrale kvalitetsudviklingsenheder, en kvalitetsudviklingskonsulent fra hver af de fem regioner og en til to personer fra et DAK2-sekretariat. Der kan også indgå repræsentanter fra andre organisationer. Styre-/koordinationsgruppen kan dels formidle beslutninger truffet af overenskomstens parter og rådgive disse vedrørende DAK2-projekter, dels sikre samarbejdet mellem de forskellige enheder for kvalitetsudvikling og koordinere indsatsen i relation til andre sundhedsprofessionelle kvalitetsudviklingsenheder.

Et DAK2-sekretariat skal være lille, men både DAK2-sekretariatet og andre dele af det centrale kvalitetsudviklingsarbejde (fx indikatorenheden) kan have brug for adgang til dokumentalist, IT-støtte, akademisk sekretærbistand, juridisk bistand, forskningsmæssig bistand, fx epidemiologi, statistik og sundhedsøkonomisk ekspertise.

Økonomi, overordnede indsatsområder og fordelingen af de enkelte elementer er op til overenskomstens parter, ligesom de er ansættende myndighed ved konsulentansættelse.

Bag DAK2-gruppen kunne, ligesom i DGMA, dannes et fagligt forum, der mødes en til to gange om året for sammen med koordinationsudvalget, at inspirere til fremtidige initiativer og koordinering.

DAK-gruppen foreslår, at ressourcer til udviklinger og stillinger gives i form af tidsbegrænsede bevillinger fx for perioder på 2-5 år. Det vil modvirke tendensen til, at man opslår sig som "livstidskonger" på egne udviklingsprojekter med ejerfølelser, der reelt modvirker samarbejde.

Der bør i CKI fortsat være midler til nye initiativer på kvalitetsudviklingsområdet.

DAK2's naturlige samarbejdspartnere ud over medlemmerne i koordinationsudvalget er:

- De almenmedicinske miljøer:
  - o Fagligt Udvalg.
  - o Efteruddannelsesfolket.
  - o Forskningsmiljøerne.
  - o Organisationen omkring utilsigtede hændelser.
- Tværsektorielle organisationer:
  - o Den danske model for kvalitetsudvikling.
  - o NIP.
  - o DGMA.

## 4.2 Indikatorområdet

DAK-projektgruppen vurderer, at det er en praktisk forudsætning for en meningsfuld anvendelse af indikatorer, at lægerne ICPC-koder på en ensartet måde, og at datafangstmodulet fungerer. Udviklingen af datafangstmodulet og ICPC-kodning er derfor en forudsætning for brug af kvalitetsindikatorer.

Udviklingen og anvendelsen af kliniske indikatorer for opsporing og behandling af kroniske sygdomme bør samordnes med andre aktører, primært det sekundære sundhedsvæsen og kommunerne.

Udvikling af generelle indikatorer bør omfatte følgende tre områder:

1. Praksisdrift og -management. Kan samordnes med brug af European Practice Assessment og Maturity Matrix.
2. Patientperspektivet.
3. Samarbejde (shared care) med sygehusvæsen og kommuner.

Såfremt indikatormålinger skal medføre et kvalitetsløft, skal de implementeres. Dette kan ske ved hjælp af understøttende aktiviteter, bl.a. facilitering og efteruddannelse. Dette er en opgave som bedst udføres regionalt.

### 4.2.1 Udvikling af kliniske indikatorer

Det foreslås, at arbejdet med at udvikle indikatorer fortsættes efter projektperiodens udløb.

Udvikling af indikatorer skønnes at kunne gennemføres indenfor en ret kort periode inden for større kroniske sygdomsgrupper som fx astma, KOL, depression etc.

Det vil være vanskeligere og mere tidskrævende at indsamle data ved hjælp af indikatorer på sygdomsområder med lav incidens og prævalens, men anvendelsen af indikatorer kan betyde et løft for kvaliteten på kliniske områder, som praktiserende læger sjældent møder.

Det vil formentlig være værdifuldt at fortsætte pionerarbejdet med at udvikle indikatorer for håndteringen af henvendelsesårsager som fx "hoste", fordi dette på længere sigt kan tænkes at medføre, at der kan skabes evidensbaserede retningslinier for håndteringen af forskellige henvendelsesårsager i almen praksis.

Arbejdsgruppen foreslår, at der udvikles indikatorsæt, primært for de store folkesygdomme og hyppigt forekommende symptomer og henvendelsesårsager.

DAK-projektet anbefaler, at et evt. DAK2 tager initiativ til udvikling af generelle indikatorer for kronisk sygdom i samarbejde med PKO og DGMA.

### 4.2.2 Udvikling af generelle indikatorer

Generelle indikatorer er i sigens natur tæt forbundet med en række andre områder, der ligeledes beskæftiger sig med generel eller organisatorisk kvalitet, fx akkreditering, organisationsudvikling, shared care, registrering af utilsigtede hændelser, farmakologisk behandling og patienternes vurdering af service og kvalitet.

I udviklingen af disse områder kan man sideløbende udvikle og afprøve generelle indikatorer.

### 4.2.3 Organisation af indikatorområdet

DAK-projektet anbefaler

- at hovedvægten fortsat lægges på læringsaspektet i almen praksis,
- at man sikrer gode implementeringsredskaber,
- at man inddrager de allerede eksisterende smågrupper i almen praksis og facilitatorordningerne i amterne,
- at man samordner området med de praktiserende lægers efteruddannelse, herunder de personlige læreplaner.

Der bør oprettes en national driftsorganisation for udvikling af indikatorer. Denne kan være en del af en større organisation for kvalitetsudvikling af almen praksis.

Der bør oprettes en faglig styregruppe, der kan udpege relevante indikatorområder og sikre, at det faglige niveau er højt. Organisationen bør arbejde tæt sammen med den gruppe der står for udgivelsen af de kliniske vejledninger i almen medicin. Til organisationen skal nogle kompetencer være tilknyttede eller tilgængelige. Det drejer sig om daglig ledelse, sekretariatsbistand, dokumentation, metodemæssig videnskabelig ekspertise (fx epidemiologi, farmakologi) samt IT- og database-ekspertise (datafangstmodulet). Driftsorganisationen kan samarbejde med regionale kvalitetsenheder og med andre lægelige kvalitetsudviklingsorganisationer som fx Den Nationale Kvalitetsmodel, DGMA og NIP.

Hvor mange indikatorer, der årligt kan udvikles, må afhænge af de disponible ressourcer (humane og økonomiske) samt omfanget af de kompetencer, som organisationen kan "trække på". Antallet af indikatorsæt man søger at udvikle, bør også være bestemt af, hvad man realistisk kan forvente at kunne implementere.

Det er vigtigt, at man allerede i planlægningsfasen af en driftsorganisation for indikatorer beslutter, hvordan implementeringen skal gennemføres. Selve implementeringen foregår som nævnt bedst regionalt. Regionale organisationer, med ansatte facilitatorer og efteruddannelsesvejledere, kan sikre uddannelse af de praktiserende læger til at anvende indikatorer. Det skal endvidere sikres, at deltagende praktiserende læger er tilknyttet en kollegial "læringsgruppe".

Det er en fordel, hvis de regionale kvalitetskonsulenter har interesse for og viden om indikatorer og kan samarbejde med "indikatororganisationen".

Når datafangstmodulet kan udbydes til de praktiserende læger, anbefaler projektgruppen, at man starter med at afprøve diabetesindikatorerne.

DAK-gruppe A har ikke taget stilling til muligheden for at anvende økonomiske incitamenter i forbindelse med anvendelse af kliniske indikatorer. Økonomiske incitamenter anvendes i udlandet (England) og kan overvejes, men DAK-gruppen anbefaler, at man afventer resultaterne af egne afprøvninger og evaluering af det engelske system.

## 4.3 IT-området

IT-udvikling er tids- og ressourcetrækkende, men nødvendig. DAK projektgruppen vurderer, at ICPC-kodning og datafangst er en forudsætning for en lang række af de øvrige tiltag på kvalitetsområdet.

Det er centralt for fremtidig udvikling af IT-området, at Sundhed.dk fungerer optimalt med hensyn til fx hurtighed og opbygning, da Sundhed.dk skal fungere som den overordnede ramme for IT-udviklinger i sundhedssektoren. I vort regi er det især afgørende i forhold til udvikling af Linkportalen og i den fremtidige udvikling af en elektronisk fællesjournal på tværs af sektorgrænserne. Derfor bør Sundhed.dk også i fremtiden sikres de nødvendige ressourcer til nyudvikling. Vi vurderer, at det vil være vigtigt for sammenhængskraften i sundhedsvæsenet, at alle sundhedsdata samles i Sundhed.dk og organiseres, så de er lette at finde ved hjælp af linkmodulet.

### 4.3.1 ICPC-kodning

Organisationen af Kodenetværksgruppen er veletableret og opfattes som brugbar, men udbredelsen af kodningen går langsomt. Af hensyn til den videre udbredelse af diagnosekodning bør kodenetværksgruppen fortsætte, idet den kvalitetsforbedring, som kodenetværksarbejdet kan give, er en forudsætning for, at diagnosekodning kan bruges til kvalitetsudvikling og forskning.

Ikke alle amter er kommet i gang med at udbyde kurser i diagnosekodning, og der mangler desuden viden om, hvordan man bedst formidler viden derom. Det er muligt, at et facilitatorordning også på dette område kan bidrage til implementeringen. Det er nødvendigt at fremme forhold, der kan motivere lægen til at kode. Den dårlige integration af ICPC-kodemulighederne i flere edb-systemer fremhæves af mange læger som en væsentlig barriere. Muligheden for at udtrække data til lægens egen kvalitetsovervågning vil fremme brug af kodning. Linkmodulet fremhæves som et middel til at få flere til at diagnosekode, idet det giver lægen fordele med hensyn til informationssøgning.

Det er en forudsætning for et generelt kvalitetsløft, at IT-journaliseringssystemerne opnår en ensartet opbygning på de vigtigste områder, især mht. ICPC-kodning. DAK-projektet anbefaler, at de centrale faglige aktører sender klare udmeldinger til systemhusene derom.

Overenskomstens parter bør overveje, hvorledes man kan fremme god og konsistent diagnosekodning.

Videreudvikling af ICPC1 til ICPC2 pågår og bør fortsætte, således at ICPC2 er velintegreret i edb-systemerne, før datafangstmodulet skal i overgå i en egentlig driftsfase. Det er i den forbindelse vigtigt, at vi er med til at præge det arbejde med videreudviklingen af ICPCs klassifikationssystem.

### 4.3.2 Linkmodulet og amtslige/regionale og kliniske data

Linkmodulet er færdigudviklet og afleveret til Sundhed.dk.

Praksiskonsulentordningen (PKO) er interesseret i at fremme omskrivningen af de amtslige informationsdokumenter, således at de kan indgå i linkmodulet og sikre lægerne let adgang til information om det lokale sundhedssystem. DAK-projektet går ind for, at dette arbejde støttes.

Evalueringen af Linkportalen viser, at der er behov for et lægeleksikon til brug i den kliniske situation. Den Norske Elektroniske Lægehåndbog (NEL) er evidensbaseret og fungerer godt i afprøvningen af linkmodulet. Fra september 2005 har lægerne gennem Sundhed.dk adgang til NEL via linkmodulet. DAK-projektet anbefaler, at man arbejder på at få en dansk udgave af NEL – DEL.

### 4.3.3 Datafangstmodulet

Pilottestningen af datafangstmodulet startede i slutningen af juli 2005.

Der forestår:

- Evaluering af, hvordan modulet teknisk fungerer
- Evaluering af, hvordan det opleves af lægerne
- Udvikling og udbydelse af kurser, der kan ruste lægerne til at kode og anvende modulet hensigtsmæssigt
- Etablering af datahusning til bearbejdelse, tilbagemelding og rapportering, og hvortil lægerne er trygge ved at levere data
- Afklaring af legale og etiske spørgsmål.

Der er planlagt en medicinsk teknologivurdering (MTV), som forhåbentlig vil give svar på disse spørgsmål.

Det er en forudsætning, at der kan opnås tilladelse til at indsamle data uden patienternes samtykke, idet det er praktisk umuligt at indhente samtykke fra alle patienter. En sådan tilladelse er givet til det Nationale Indikatorprojekt (NIP). I pilottestningen af datafangstmodulet har det taget lang tid at opnå en sådan tilladelse.

Hvis datafangstmodulet skal fungere i en driftsfase (efter en MTV-vurdering, en løsning af de legale problemer og en databaseafklaring), er det afgørende, at man tilføjer en evt. kommende datafangstenhed så mange ressourcer, både mht. manpower og økonomi, at den kan sikre den nødvendige forskning og kvalitetsudvikling. Projektlederen bør have en lægelig baggrund og viden om modulet og dets muligheder. Der er behov for læger med forskningskvalifikationer og et grundigt kendskab til forskning i kliniske databaser og samkøring med eksterne forskningsdatabaser og desuden edb-medarbejder- og sekretariatsbistand.

Endelig vil der i den første fase være et behov for økonomi til tilretninger og videreudvikling af modulet. Senere vil videreudviklingen delvist blive finansieret af interessenterne bag de projekter, der efterspørger data, fx regionerne.

Iværksættelsen af pilotprojekter på basis af datafangstmodulet skal ikke nødvendigvis afvente resultatet af MTV-rapporten.

## 4.4 Den almenmedicinske database

Skal indikatormålinger ved hjælp af datafangst i driftsfase, er det afgørende, at databaseproblematikken er løst.

Det skønnes at være afgørende for datas kvalitet, at den enkelte læge oplever, at data kan bruges. Lægen skal have nytte af det merarbejde, som en registrering kræver. Brug af diagnosekodning medfører, at lægen har lettere ved at finde rundt i

sin journal. Linkmodulet giver genvej til information om det regionale sundhedsvæsen og kliniske data. Disse fordele skønnes at medføre, at de fleste læger gerne vil levere data til en enhed, der kan bearbejde data og levere dem tilbage i anonymiseret form. Især hvis den enhed, der bearbejder data, er bekendt med arbejdsforholdene i almen praksis. Det drejer sig om at opnå den rette balance mellem kontrol og tillid. Data fra almen praksis skal ikke blot bruges til kvalitetsudvikling og til elektroniske audits, men også til forskning og til beskrivelse af sygdomsforløb.

Almen praksis skal naturligvis også deltage i den almindelige kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet i form af indberetninger til NIP. Derfor vil det være naturligt at sende relevante data fra de opbyggede forsknings- og kvalitetssikringsdatabaser til NIP-databaserne. NIPs erfaringer med at melde tilbage til fx afdelinger kan formentlig tilpasses almen praksis.

Det er derimod teknisk umuligt og uhensigtsmæssigt, at de enkelte praktiserende læger skal indberette direkte til adskillige forskellige databaser med data vedrørende kroniske patienter.

DAK-projektet forstiller sig en løsning med en database knyttet til et af de almenmedicinske huse, hvor ejerskabet og indflydelsen deles i paritet mellem repræsentanter fra det offentlige og praktiserende læger, ligesom det er tilfældet i organiseringen af CKI og forskningsenhederne.

## 4.5 Audit Projekt Odense (APO)

I de kommende år er det særligt væsentligt, at der sker en tæt koordinering mellem datafangstmodulet og APO - især i forbindelse med udvikling af elektronisk audit og den elektroniske registrering af patientforløb (Protap). Dette vil forhåbentlig betyde et godt og nært samarbejde mellem APO og et evt. DAK2

## 4.6 Praksisdeklaration, praksisudvikling og akkreditering

Deklarationsgruppen foreslår, at der iværksættes undersøgelser af, hvilke informationer om praksis, patienterne ønsker, at deres læge skal gøre tilgængelige, og om disse opleves som fair af lægerne.

DanPEP indeholder spørgsmål om patienternes oplevelse af tilgængelighed (patientperspektivet). Men også den reelle tilgængelighed bør afdækkes. Telefontilgængelighed kan fx objektiviseres gennem data fra telefonselskaberne. Det bør i denne forbindelse være muligt for den enkelte læge/praksis at kommentere data om tilgængelighed, inden de offentliggøres. Der bør afsættes ressourcer til at vurdere tilgængeligheden i almen praksis.

Desuden foreslår gruppen, at der afsættes ressourcer til at foretage en pilotafprøvning og evaluering af praksisorganisationsredskabet Maturity Matrix og af European Practice Assessment (EPA) i Danmark.

## 4.7 DanPEP-projektet

DAK-projektgruppen anbefaler, at DanPEP overgår til en driftsfase.

Samtidig anbefaler DAK-gruppen, at der inddrages kvalitative undersøgelsesmetoder i DanPEP-undersøgelsen, og at der fortsat arbejdes med udvikling af facilitatorordninger for at fastholde ønsker om ændringer i de deltagende praksis.

DanPEP-gruppen har lavet et overslag, som indebærer, at DanPEP tilbydes til 500 praktiserende læger pr. år.

## 4.8 Praksiskonsulentordningen (PKO)

[Bilag 4.1](#) DSAMs beskrivelse af et landsdækkende sekretariat for Praksiskonsulentordningen

Praksiskonsulentordningens omfattende netværk med 2-300 aktive praktiserende læger har behov for en landsdækkende organisation, der kan støtte følgende opgaver:

- Koordination og udbredelse af "best practice".
- Landsdækkende audits med benchmarking.
- Deltagelse i udviklingsarbejde på tværs af sektorerne.

Dette bør foregå i samarbejde med øvrige dele af kvalitetsudviklingsarbejdet i almen praksis og med relevante nationale organisationer, DGMA og Sundhed.dk, NIP og Enheden for brugerundersøgelser.

Et landsdækkende initiativ til TAP audits af udvalgte diagnosegrupper med benchmarking kunne varetages af PKO – gerne i form af elektronisk audit (ProTAP). Der er dog her brug for yderligere udvikling og dokumentation af ressourceforbrug og effekt.

Der er således behov for såvel lokal konsulentbistand som et landsdækkende sekretariat. Forslag til et sådant sekretariat er tidligere beskrevet af DSAM.

## 4.9 Patienter med kronisk sygdom og shared care

Kroniske patienters omsorg er en meget omfattende problemstilling, som kan få grundlæggende konsekvenser for ressourcer og aktivitet i primærsektoren, såfremt samarbejdet med sekundærsektoren skal udbygges, og almen praksis fortsat skal overtage opgaver derfra.

Vi anbefaler inddragelse af praksispersonale og efteruddannelse, hvor RIV8-netværket med fordel kan inddrages. DAK-projektet anbefaler, at overenskomstens parter overvejer at understøtte RIV-netværket og sikre, at praksispersonalet inddrages i kvalitetsudvikling.

Der bør arbejdes systematisk med kvalitetssikring af omsorgen. Der er behov for at gøre indsatsen målbar, så den enkelte praksis kan få et overblik over kvalitet og behov for målrettet indsats på forskellige områder.

DAK-projektet anbefaler, at DAK2 i samarbejde med PKO og DGMA tager initiativ til udvikling af generelle indikatorer for kronisk sygdom. Der skal samtidig sikres en organisation, som befordrer en hensigtsmæssig reaktion på dataindsamlingsarbejdet - en opgave for de lokale kvalitetssikringsudvalg og praksiskonsulentordninger.

### 4.9.1 Den proaktive praktiserende læge

I forbindelse med omsorgen for svage patientgrupper har praktiserende læger behov for at få ret til at handle uafhængigt af patienternes initiativ i visse situationer. Dette rummer flere elementer, der ændrer den praktiserende læges rolle, herunder:

- Aktiv indkaldelse af kroniske patienter til kontrol (evt. med reminderfunktion).

---

<sup>8</sup> RIV: Ringe I Vandet – praksispersonalets faglige netværk

- Forventning til praktiserende læger om aktiv handling ved patologiske parakliniske fund.
- Uopfordret kontakt til patienter med forudsigelige behov for hjælp, fx terminale patienter og skrøbelige ældre med komplekse problemer.

Denne ændring vil være et afgørende paradigmeskift for almen praksis.

#### 4.10 Implementering

Det anbefales at organisere facilitatorordninger. De eksisterende ordninger er organiseret af amterne, fx i Københavns og Århus amter, og det er, oplagt at disse ordninger bør forblive i et decentralt/regionalt regi, hvilket netop giver de bedste muligheder for at påvirke de organisatoriske og administrative arbejdsgange i almen praksis. Formålet er at omsætte resultater af kvalitetsmålinger til gunstige praktiske ændringer og at sikre, at disse vedligeholdes.

Ordnningen kan facilitere implementering af kliniske vejledninger og hjælpe til at omsætte fx indikatormålinger, patientvurderinger og organisatoriske praksisudviklingsredskaber til praktiske ændringer. Desuden kan facilitatorordningen koordineres med de personlige efteruddannelsesbesøg. Facilitatorerne skal i den forbindelse være trænedede og have særlige kompetencer tilpasset de forskellige opgaver. Evaluering og afholdelse af færdighedskurser kan udbydes centralt af de forskellige landsdækkende kvalitetsudviklingsorganisationer som fx DanPEP.

Facilitatorordninger kan anvendes i forbindelse med:

- Kliniske indikatormålinger
- ICPC-kodning
- DanPEP
- Maturity Matrix
- European Practice Assessment.

Den sværeste og mest tidskrævende proces i forbindelse med kvalitetsudvikling i den enkelte praksis er analysen af egne data, at omsætte resultaterne til konkrete forbedringer og at opretholde disse forbedringer. I nogle amter har man via de decentrale kvalitetsudviklingsmidler givet mulighed for, at praksis kan holde lukket fx en halv dag og arbejde målrettet med forbedring af egen praksis. DAK-projektet foreslår, at der indføres ordninger, der kan fremme omsættelse af måleresultater til konkrete forbedringer i den enkelte praksis. Besøg af facilitatorer og personlige efteruddannelsesvejledere kan med fordel understøttes økonomisk.

#### 4.11 Utilsigtede hændelser

I opbygningen af et system til registrering af utilsigtede hændelser er det vigtigt at tage hensyn til de særlige forhold i almen praksis (en struktur med mange små enheder, patientkontakter præget af tidsmæssigt udstrakte forløb og uselekterede henvendelser). Det er desuden vigtigt at fastholde, at sigtet med registreringen er læring, såvel i den enkelte praksis som i sektoren som helhed. Derfor skal det sikres, at den viden, der opnås gennem registrering af utilsigtede hændelser, omsættes til regulære ændringer, blandt andet gennem et tæt samarbejde med de øvrige tiltag på kvalitetsudviklingsområdet. I den forbindelse må i særlig grad medicinområdet

inddrages, idet alt tyder på, at mange utilsigtede hændelser i almen praksis vedrører medicinudskrivning.

## 5. Informationsmodel for DAK projektet

Informationsmodellens sigte er at skabe åbenhed om projektet og skabe et netværk for erfaringsudveksling, debat og ideer.

I den første periode var det afgørende at orientere om etableringen af DAK-projektet gennem møder og information til de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg, og samtidigt blev CKI/DAKs hjemmeside moderniseret.

Vi ønskede at få omtale af DAK-projektet i faglige medier, som eksempelvis Ugeskrift For Læger, Dagens Medicin og Mandat, men også gerne i dagblade, lokalaviser etc. Herigennem kunne vi informere praktiserende læger, personer beskæftiget med kvalitetsudvikling i amter og kommuner samt beslutningstagere om DAK-projektets proces, resultater og erfaringer. Gennem det sidste år har journalist og læge Jan Andreasen været tilknyttet projektet som journalistisk konsulent og har bidraget væsentligt til omtalen af DAK.

Informationsindsatsen havde desuden til formål at formidle DAK-projektets initiativer og resultater til befolkningen, i det omfang brugere af de praktiserende lægers ydelser er interesserede i kvalitetsudvikling i almen praksis.

Vi ønskede at formidle DAK-projektet på en sådan måde, at perspektiverne for den enkelte læge/patients hverdag blev belyst, og desuden give basis for dialog og inspiration.

Medierne efterspurgte konkrete resultater/konklusioner og var i mindre grad interesseret i DAK-projekts proces og mål, hvilket i starten var en barriere. Med afslutningsrapporten håber vi, at det bliver nemmere at trænge igennem over for medierne. I løbet af efteråret 2005 vil resultaterne af DAK-projektet blive formidlet, og vi afslutter med en dags undervisning på Lægedage i november 2005.

### 5.1 Hjemmesiden

I 2004 skete der en forbedring af CKI/DAK-hjemmesidens opbygning.

På hjemmesiden offentliggøres DAK-projektets kommissorier, projektplaner og mødereferater samt nyhedsbreve og rapporter.

Der er foretaget en emne kategorisering af kvalitetsudviklingsprojekterne fra amterne, således at man kan søge efter projekter i følgende kategorier: kvalitetsindikatorer, IT-udvikling, patientperspektivet, patientforløbet, utilsigtede hændelser, forebyggelse, lægemidler og decentrale aktiviteter. Samtidig er projekterne så vidt muligt blevet ICPC-diagnosekodet, så de kan søges gennem linkmodulet.

Vi har oprettet rubrikken "spydspidsprojekter", hvori vi fremhæver et specielt interessant kvalitetsudviklingsprojekt, som ændres seks til otte gange årligt.

Der er skabt mulighed for at tilmelde sig et elektronisk nyhedsbrev, der udsendes fire til seks gange årligt, og som indeholder information om nye dokumenter på siden.

I forbindelse med offentliggørelsen af afslutningsrapporten vil der ske endnu en nyredigering af hjemmesiden.

## 5.2 Fagpressen: Ugeskriftet, Practicus og Dagens Medicin

Ugeskrift for Læger blev allerede ved starten orienteret om projektet og har siden bragt to artikler af journalist Anna Steenhøj:

- Et interview 2. august 2004 med projektleder Søren Friberg: Tillid og IT frem for kontrol
- Et interview med projektleder Henrik Schroll 7. marts 2005 om linkprojektet med overskriften: Tre tryk fra tastehimlen.

Desuden har Dagens Medicin bragt flere små artikler om forskellige delemner i DAK-projektet, sidst om datafangstmodulet.

Det første nummer af Practicus i 2004 rummede en artikel om DAK-projektet som helhed af Tina Eriksson. Artiklen er senere fulgt op af artikler omhandlende de enkelte delprojekter:

- Patientperspektivet – et projekt under det almenmedicinske kvalitetsudviklingsprojekt, Practicus juni 2004 af projektleder Peder Olesgaard
- Kvaliteten af henvisninger og epikriser, Practicus 2005 af Lars Rytter et al.
- Måling af kvalitet i almen praksis, Practicus marts 2005 af Tina Eriksson og Frans Waldorff.

## 5.3 Lægedage

På Lægedage 2003 blev holdt et orienteringsmøde om DAK-projektet, hvor alle delprojektledere deltog.

I 2004 afholdt vi en mere deltagerorienteret seance om DAK-projektets konkrete kvalitetsudviklingsmuligheder.

Lægedage 2005 indeholder en gennemgang af hele DAK-projektet, undervisning i patientforløb, patientperspektiv samt deltageraktivitet med demonstration af linkmodulet og datafangst.

## 5.4 Internationale organisationer og publikationer

DAK-projektet deltog på WONCA kongressen i juni 2004 i Amsterdam med to abstracts omhandlende linkprojektet og DAK-projektet som helhed.

Indlæg på EQuIP konferencerne i Heidelberg (2004) og Bryssels (2005).

Wonca 2003 i Slovenien.

Nordisk kongres 2003 i Helsingfors med indlæg.

Nordisk kongres 2005 i Stockholm med postere og indlæg.

## 5.5 CKIs temadage

I 2004 var det overordnede emne på temadagen "tilsigtede og utilsigtede virkninger af evalueringsprocesser", og eftermiddagens workshops rummede oplæg fra en række lokale amtsslige projekter med tilknytning til de fire delprojekter i DAK.

I 2005 var formiddagens tema engelske erfaringer med patientforløb (shared care) og de foreløbige resultater med honorering af kvalitetstiltag i almen praksis i England.

Eftermiddagens workshops indeholdt igen lokale og centrale projekter i relation til de enkelte delprojekter i DAK.

## 5.6 Øvrige aktiviteter

[Bilag 5.1](#) DAK-projektet. Samlet liste over møder og aktiviteter

Der har ud over de ovenfor omtalte aktiviteter været en betydelig møde- og kongresaktivitet – i de fleste tilfælde med indlæg om kvalitetsudvikling i almen praksis, herunder om DAK-projektet.

## 6. Resumé delprojekt A • Indikatorer

### Projektleder: Poul Brix

[Bilag 6.1](#) DAK-projektet. Delprojekt A - Standarder og indikatorer - Projektleder Poul Brix Jensen. Rapport 2005. DAK-rapportens 2. del, afsnit 1

Det grundlæggende formål med at udvikle standarder og tilhørende indikatorer for god behandling i almen praksis er at måle, dokumentere og forbedre kvaliteten af behandlingen til fordel for patienterne, for lægerne og for offentligheden. Dette kan dog i praksis udføres på mange forskellige måder. Indikatorer kan anvendes i en offentlig kontrol eller i en egenkontrol af arbejdet, som led i en læringsproces for den enkelte praktiserende læge, som en information til den praktiserende læge eller som oplysning til borgeren. Den sammenhæng, som indikatorerne skal indgå i, påvirker udformningen af standarder og indikatorer. En indikator, der er udviklet til ét formål, kan ikke ukritisk anvendes til et andet formål.

Uanset, hvor mange indikatorer man har på et givet område eller for en given sygdom, vil de ikke kunne beskrive den samlede kvalitet af det faglige arbejde. Et fagligt arbejde består af så mange delelementer, at det ikke kan beskrives alene i standarder og indikatorer. En indikator beskæftiger sig kun med målbare elementer og er således en kvantitativ størrelse. Sundhedsprofessionelt arbejde har mange andre aspekter, fx empati, omhu, omsorg og respekt. Det er vigtigt at fastholde, at kvalitetsstandarder og -indikatorer, som ordene siger, indikerer noget om kvalitet, men at der ikke findes en gylden standard.

Såfremt brugen af indikatorer skal vinde udbredelse i almen praksis, skal dataindsamlingen ske elektronisk, således at den så vidt muligt kan ske automatisk. Værktøjet hertil (datafangstmodulet) er under udvikling i DAK-projekt B.

Indikatorer kan bruges som et af flere værktøjer i kvalitetsudviklingen, men man skal være opmærksom på, at en ensidig fokusering på standarder og indikatorer kan have utilsigtede virkninger. Der er risiko for, at den vundne kvalitetsforbedring tabes på andre områder, hvor der enten ikke bliver målt eller ikke kan måles.

DAK A-arbejdsgruppen besluttede, at formålet i dette projekt skulle være at give eksempler på og anvise metoder til udvikling af indikatorer på forskellige områder. Disse indikatorer skal så kunne anvendes af den enkelte praktiserende læge eller praksis til at vurdere og forbedre kvaliteten af arbejdet i almen praksis - også ved at sammenligne sig med andre. Indikatormålinger har kun effekt, hvis de medfører forbedrede rutiner i praksis, og dette har størst chance for at ske, hvis vurdering og diskussion foregår i en læringsgruppe, og/eller hvis der tilbydes moderation. Måling uden opfølgning vil formentlig ikke medføre nævneværdige ændringer. Valget af læring som det væsentligste aspekt falder godt i tråd med, at læringsaspektet er en af de overordnede målsætninger i "Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet".

Der er inden for projektperioden udviklet eksempler på såvel generelle som sygdomsspecifikke standarder og indikatorer, der kan bruges i almen praksis. Med disse som eksempler beskrives det, hvordan kvalitetsindikatorer kan udvikles i praksis.

Grundet projektets begrænsede tidshorisont har gruppen valgt at fokusere på nogle få områder. På disse områder har gruppen udarbejdet en metodebeskrivelse for udvikling og afprøvning af standarder og indikatorer i almen praksis.

Projektet har i udvælgelsen af indikatorer samarbejdet med DSAMs kliniske vejledninger, Den Gode Medicinsk Afdeling, det Nationale Indikatorprojekt, almen medicinske forskere og forskningsinstitutioner samt med de tre øvrige delprojekter i DAK-projektet.

Den her anvendte metode til udvikling af diabetesindikatorer er en modifikation af Manchestergruppens metode og synes velegnet til udvikling af andre sygdomsspecifikke indikatorsæt på områder, hvor der ikke i forvejen foreligger nationalt udviklede og accepterede indikatorer. Metoden er beskrevet i DAK A-rapporten og baserer sig på en udviklings- og udvælgelsesprocedure, der tager sigte på, at de valgte indikatorer skal opleves som relevante og praktiske at anvende af praktiserende læger og af professionen som helhed. Metoden er desuden let at gennemføre inden for en rimelig tid og med et overkommeligt ressourceforbrug. Det er projektgruppens opfattelse, at den også kan anvendes ved udvikling af symptomspecifikke og generelle indikatorer.

Der er yderligere en lang række andre aspekter ved et givet sæt af kvalitetsindikatorer, som det kan være relevant at få belyst, herunder om:

- de enkelte indikatorer på et område faktisk måler forskellige ting eller er indbyrdes afhængige (diskriminationsevne)
- indikatorsættet giver mulighed for at sammenligne kvaliteten i forskellige praksis
- de er dækkende, således at de kan udgøre en "huskeliste" i almen praksis
- resultaterne inspirerer til gode diskussioner i en læringsgruppe
- de stimulerer til opnåelse af "best practice"
- anvendelsen af indikatorsættet medfører uønskede konsekvenser, fx i form af overdreven fokusering på målbare elementer eller forskellige former for forsøg på at pynte på egne målinger.
- resultaterne er egnede til offentliggørelse – og i så fald på læge-/praksisniveau eller på aggregeret niveau
- indikatorerne er egnede til kontrol af minimumsstandarder af kvalitet

Disse forhold er kun i nogen grad belyst for de indikatorsæt, der er udviklet i DAK-projektets regi.

## 6.1 Anvendte definitioner af standarder og indikatorer

En standard defineres her som det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet.

Eksempel på en standard: "diabetespatienter skal årligt have foretaget en fodundersøgelse".

DAK-projektets indikatorgruppe forestiller sig, at det tilstræbes, at flest muligt opnår standarden (best practice), idet det vel er utopisk, at alle får foretaget fx fodundersøgelse.

**Formålet** med at sætte standarder i denne sammenhæng er at skabe et arbejdsredskab for den enkelte praktiserende læge til at forbedre sin kliniske praksis.

En **kvalitetsindikator** defineres som en målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten.

En indikator er per definition kvantitativ og består af en tæller, oftest det antal patienter, der opfylder standarden, og en nævner, oftest det antal patienter, der indgår i kvalitetsvurderingen.

**Eksempel på en indikator**, der modsvarer ovenstående standard:

Tæller: Antal registrerede diabetespatienter i praksis, der årligt har fået foretaget en fodundersøgelse.

Nævner: antal registrerede diabetespatienter i alt i praksis.

**Formålet** med at udvikle indikatorer er i denne sammenhæng at måle, i hvor høj grad den enkelte praktiserende læges praksis lever op til den definerede standard.

**Metoder:** For sygdoms- og symptomspecifikke indikatorer er der anvendt en modifikation af Manchestergruppens metode. Denne metode synes velegnet og er ikke for ressourcekrævende. For generelle indikatorer er anvendt modifikationer af eksisterende indikatorer. Til pilotafprøvning er benyttet dataindsamling, fokusgrupper og spørgeskemaer.

## 6.2 Kliniske indikatorer

Det er lettere at udvikle og anvende indikatorer for god håndtering af hyppige end sjældne sygdomme, især når projektperioden er kort, som tilfældet var i DAK-projektet.

Desuden er det lettere at udvikle indikatorer for kontrol af kroniske lidelser end for udredninger, idet udredninger indebærer flere ubekendte og mere varierende forhold end klinisk kontrol af en kronisk lidelse.

Projektgruppen valgte i første omgang at udvikle indikatorer for god behandling på to kliniske områder, hvoraf det ene har høj og det andet lav incidens og prævalens, nemlig diabetes og demens.

Projektgruppen udviklede et indicatorsæt på diabetesområdet bestående af 12 indikatorer, hvoraf de ni er fælles med sekundærvæsenets diabetesindicatorsæt og udvalgt i samarbejde med det Nationale Indikator Projekt (NIP). Dette indicatorsæt er under afprøvning i en række praksis.

Derimod viste det sig vanskeligt at udvikle indikatorer på demensområdet.

Jo lavere incidens og prævalens en sygdom har, jo længere projektperioder vil være nødvendige. Det gælder både, når indikatorerne skal afprøves, og når den enkelte læge skal samle data til sammenligning med andre praksis med henblik på kvalitetsudvikling.

På den anden side kan kvalitetsindikatorer på sjældne sygdomsområder – understøttet af datafangst og elektroniske opslagsværker – formentlig forbedre kvaliteten af udredning og behandling af sygdomme, som de praktiserende læger, netop fordi de er sjældne, ikke har present på samme måde som de hyppigere lidelser.

Projektgruppen opgav at udvikle indikatorer på demensområdet, primært fordi det ville være svært at nå indenfor projektperioden.

Diagnosticeringen af de tidlige stadier af demens udgør et mindst lige så stort problem som håndteringen af kendte demente patienter. Derfor overvejede projektgruppen, om det i grunden ville være mere relevant at udvikle indikatorer for håndteringen af henvendelsesårsagen "kognitiv forstyrrelse".

Almen praksis modtager i modsætning til sekundærsektoren usorterede helbredsproblemer – symptomer – som henvendelsesårsag. Projektgruppen overvejede derfor, om denne forskel i forhold til sekundærsektoren bør give sig udslag i valget af indikatorområder.

Projektgruppen påbegyndte et arbejde med at udvikle indikatorer for håndteringen af den hyppigste henvendelsesårsag i almen praksis, nemlig symptomet "hoste". Der er udviklet et præliminært indikatorsæt bestående af otte indikatorer, men det har ikke været muligt at nå at teste disse i løbet af projektperioden.

### 6.3 Generelle indikatorer

Projektgruppen valgte at definere og udvælge generelle indikatorer, som allerede har været eller er i brug i andre sammenhænge i almen praksis. Herefter blev indikatorerne testet for relevans og validitet, det vil sige "face validity" – lægernes umiddelbare vurdering af brugbarhed og relevans.

De testede generelle indikatorer stammer dels fra DanPEP-projektet, fra Peter Vedsteds ph.d.-arbejde omhandlende hyppige brugere af almen praksis, fra Kirsten Rasmussens ph.d. om farmakologiske kvalitetsindikatorer, fra DAK D-projektet, hvorfra standarder og indikatorer for det gode patientforløb og akutte uhensigtsmæssige indlæggelser er hentet, og fra et fællesnordisk projekt om indikatorer for primærsektoren.

#### 6.3.1 Generelle indikatorer for kvaliteten i den enkelte praksis

Blandt de 23 **DanPEP-indikatorer** har Vedsted et al på baggrund af en statistisk analyse udvalgt 14, hvis resultater angiveligt kan give svar på, hvorledes patienterne vurderer deres lægers "empati", "håndtering af kerneydelsen" og "tilgængelighed".

Disse indikatorer indgik i en mindre undersøgelse, hvor lægerne skulle tage stilling til brugbarhed og relevans.

De deltagende praktiserende læger var ikke positive i deres vurdering. Indikatorerne blev ikke anset for egnede, idet lægerne fandt, at "lægens empati" i for høj grad bliver en vurdering af lægen som person og ikke giver anvisninger på forbedringsmuligheder. "Håndtering af kerneydelsen" blev anset som værende for bred i sin definition, således at der heller ikke her kunne opstilles forbedringsmål. "Lægens tilgængelighed" var det område, som de deltagende praktiserende læger fandt mest anvendeligt.

De praktiserende læger gik dog ind for udviklingen af indikatorer, der også inddrager patientperspektivet, men anbefaler, at de skal være mindre afhængige af lægens personlige karakteristika og mere præcist angive, hvor og hvorledes kvaliteten kan forbedres. De mente desuden, at DanPEP-projektet bør fortsætte.

Ideen om at anvende andelen af **hyppige brugere** blandt en praktiserende læges patienter som en generel indikator for kvalitet baseres på en tese om, at hyppig brug af almen praksis er sammenhængende med mangler i omsorgen for patienter, som

det i nogen grad underbygges af Peter Vedstedes ph.d.-afhandling. Under alle omstændigheder modtager hyppige brugere en relativ stor andel af den almenmedicinske omsorg, og derfor vil det også være hos hyppige brugere, at man med størst sandsynlighed finder kvalitetsbrud.

Der blev foretaget et lille pilotprojekt, hvor man identificerede nogle hyppige brugere og derved henledte lægens opmærksomhed på, at han hos disse patienter kunne yde en særlig indsats fx med hensyn til en række forhold såsom diagnostik, farmakologisk behandling og kontrol. Formålet var at undersøge, hvorvidt oplysninger til den praktiserende læge om hans hyppige brugere er relevante og anvendelige i almen praksis som en generel kvalitetsindikator.

De deltagende læger fandt ikke, at udpegning af hyppige brugere var egnet til at skærpe opmærksomheden og heller ikke, at det højnede kvaliteten af behandlingen.

I Ph.d.-studerende Hanne Rasmussens arbejde med farmakologiske kvalitetsindikatorer (ikke en del af DAK-projektet) vurderer praktiserende læger validiteten af forskellige indikatorer for behandling med NSAID.

Der er udviklet en metode baseret på faktor-analyse til at sammenligne og skelne mellem registerbaserede indikatorer med henblik på at kunne udvælge et tilstrækkeligt antal indikatorer, der uden at overlappe hinanden dækker de relevante kvalitetsaspekter.

Hanne Rasmussen et al har publiceret en artikel omhandlende kvalitetsindikatorer for NSAID. Konklusionen er, at praktiserende læger ikke betragter simple indikatorer baseret på aggregerede data på praksisniveau som egnede til at evaluere kvaliteten af ordinationer, men foretrækker indikatorer, der beror på kliniske data på patientniveau.

### **6.3.2 Indikatorer for det gode samarbejde mellem sektorerne**

Testningen af to indikatorsæt udarbejdet i samarbejde med DAK-projektgruppe D, Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) og Praksiskonsulentordningen, forløb gunstigt. De to indikatorsæt var standarder og indikatorer for det gode patientforløb, der beskriver aspekter af samarbejdet mellem sygehusafdeling og almen praksis, og for akutte uhensigtsmæssige indlæggelser.

Formålet var at udvikle og afprøve standarder og indikatorer på områderne **skriftlig henvisning og epikrise**, idet de belyser væsentlige kvalitetsaspekter i samarbejdet mellem almen praksis og sygehusafdelinger. Afprøvningen havde til formål at vurdere kvaliteten af de meddelte data og at vurdere, hvorvidt resultaterne kan inducere kvalitetsforbedringer i samarbejdet mellem almen praksis og sygehus og give mulighed for sammenligning (benchmarking) med andres og egne tidligere resultater.

Projektgruppen tog udgangspunkt i tidligere udviklede krav til henvisning og epikrise i et samarbejde mellem DGMA og praksiskonsulentordningen.

Undersøgelsen inddrog 55 afdelinger og 55 praksiskonsulenter

De deltagende visiterende overlæger og praksiskonsulenter fandt de valgte indikatorer for henholdsvis henvisning og epikrise relevante og metoden overkommelig.

Desuden viste resultaterne, at indikatorerne diskriminerede godt og afslørede områder med forbedringspotentiale, især på områderne medicinstatus og oplysninger om information til patienten.

Der eksisterer en europæisk "Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)" med en række kriterier for **hensigtsmæssigheden af akutte indlæggelser**. Den benyttes i flere europæiske lande og er også testet i Danmark i 2004. Den samlede andel af patienter, der blev indlagt akut uden et eller flere opfyldte AEP-kriterier (= uhensigtsmæssige akutte indlæggelser), udgjorde 19%. Efter en lægelig vurdering i forbindelse med projektet kunne 5% af de medicinske patienter have undgået indlæggelse gennem anvendelsen af en alternativ løsning.

I dette regi har et antal praksiskonsulenter vurderet akutte uhensigtsmæssige indlæggelser (AUI) og efterfølgende diskuteret disse i en gruppesession. Der var enighed om, at AUI kan anvendes som en systemindikator, og det formodes, at registrering kan medføre reduktion i antallet af AUI.

### **6.3.3 Fællesnordiske indikatorer for den primære sektor**

Der er under Nordisk Ministerråd nedsat en nordisk arbejdsgruppe vedrørende fællesnordiske indikatorer for den primære sektor.

En række indikatorområder er præliminært valgt og vil blive vurderet nærmere. Kun nogle få af disse forventes at blive endeligt valgt. Den anvendte metode er en modifikation af den metode, der er beskrevet i DAK A-projektet.

Indikatorerne er valgt med henblik på offentliggørelse. Data vil være på nationalt niveau. For almen praksis vil det betyde, at man inden for udvalgte kvalitetsområder vil kunne sammenligne almen praksis i Norden. Men på grund af den forskellige organisation og kultur af primærsektoren i Norden vil det kun være muligt at finde få indikatorer.

## 7. Resumé delprojekt B • IT-udvikling

### Projektleder: Henrik Schroll

[Bilag 7.1](#) DAK-projektet. Delprojekt B - IT-udvikling – 2005. Projektleder Henrik Schroll. Se DAK-rapportens 2. del, afsnit 2

De tre IT-elementer i DAK-projektet – ICPC-kodenetværket, linkprojektet og datafangstmodulet - er centrale for DAK-projektet og bliver omdrejningspunkt for mange af fremtidens kvalitetsudviklingsaktiviteter i almen praksis.

I dag har alle praktiserende læger elektroniske patientjournaler. Der findes mange praksis-edb-systemer, men fælles Medcom-standarder<sup>9</sup> gør, at de enkelte systemer uden besvær kommunikerer med de øvrige dele af sundhedsvæsenet. Næsten al kommunikation mellem almen praksis og sygehusvæsenet er i dag elektronisk. Den store datamængde i lægernes egne elektroniske journaler og i den elektroniske kommunikation gør, at en ensartet ICPC-kodning bliver af afgørende betydning fremover både for systematikken i lægernes egne elektroniske journaler, men også i forbindelse med den fremtidige kvalitetsudvikling og forskning i almen praksis.

Brugerne efterspørger centrale udmeldinger til systemhusene om en forbedret funktionalitet med minimumskrav til ICPC-systemets implementering og krav om en løbende opdatering. Det sidste bliver også et krav i forbindelse med overgangen fra ICPC1 til ICPC2. Det er i den forbindelse vigtigt, at centrale faglige aktører i almen praksis påtager sig ansvaret for at sende klare udmeldinger til systemhusene.

DAK-projektets indsats inden for IT berører tre hovedområder:

1. At fremme brugen af diagnosekodning (ICPC-klassifikation) i almen praksis
2. At udvikle et søgemodul, der gennem anvendelse af ICPC-diagnoser kan skaffe en hurtigere, mere præcis adgang til information og et bedre overblik (Linkportalen) i den kliniske situation.
3. At udvikle et datafangstmodul, der kan indhente information fra lægernes edb-systemer til elektronisk audit, kvalitetsudvikling og generel information om aktiviteter (sentinelregistrering) samt data til forskning i almen praksis.

### 7.1 ICPC-kodenetværket

Der er etableret et ICPC-kodenetværk med repræsentation af samtlige amter. Kodenetværket inspirerer de amtslige kvalitetsudvalg til at holde kurser i diagnosekodning og arbejder på at skabe en høj standard i brug af ICPC-klassifikationen. I de amter, hvor aktiviteten er højest, foretager mere end 50% af lægerne diagnosekodning af alle deres patientkontakter. Kodenetværket hjælper amterne med den nødvendige diagnosekodning af de amtslige dokumenter, der skal lægges på Linkportalen.

Gruppen har gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt alle deltagere i ICPC-kodenetværksgruppen. Deltagerne blev spurgt om deres udbytte af at deltage i Kodenetværket og ikke mindst om, hvilke problemer de så i at holde lokale kurser for at få lægerne til at bruge ICPC-klassifikationen.

<sup>9</sup> Medcom-standarder er standarder definerede af MedCom-projektet: Det danske sundhedsdatanet. Et samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer med tilknytning til den danske sundhedssektor.

Svarprocenten blandt de deltagende lægelige repræsentanter var 57. I besvarelserne angav alle de lægelige deltagere at have haft glæde af kodenetværket. Mere end halvdelen havde brugt e-mailforummet eller kodemøderne til at få svar på mindst et kodespørgsmål, og andre angav, at de havde haft glæde af at se de andre deltageres spørgsmål og de efterfølgende svar. Kursusaktiviteten varierede mellem de forskellige amter: i et amt var afholdt fire amtslige kodekurser og 20 workshops inden for de forløbne to år, og andre amter var endnu ikke kommet i gang med kurserne. De fleste amter havde dog holdt enkelte kodekurser. Som barrierer for at komme i gang angav kodenetværksgruppen: 1) manglende interesse fra lægernes side, 2) at ICPC-diagnosesystemet var dårligt implementeret i lægens edb-system, 3) manglende manpower til at holde kurserne og 4) manglende økonomi.

På spørgsmålet om, hvad der kan fremme diagnosekodningen, svarer deltagerne: 1) At fx de centrale faglige organisationer presser lægesystemerne til en væsentligt bedre implementering. 2) At linkmodulet bliver implementeret og virker med flere, gode, strukturerede informationer. 3) Økonomisk kompensation for at kode 4) En ordentlig implementering af ICPC-registret i praksis' edb-system, således at data kan trækkes ud 5) Fortsættelse af det nuværende arbejde (kode-møder og den fælles side på "Groupcare" som bruges i ICPC-kodenetværket).

## 7.2 Linkportalen

Linkportalen er færdigudviklet og overdraget til Den fælles offentlige Sundhedsportal. Inden for de kommende to måneder vil stort set alle edb-systemer tilbyde deres brugere muligheden for at anvende Linkportalen.

En gennemført evaluering af Linkportalen viste desuden, at det er vigtigt at lægerne får relevant information, hver gang de starter en søgning. Ellers taber de hurtigt interessen for at starte en ny søgning en anden gang. Under pilottesten blev Norsk Elektronisk Lægehåndbog (NEL) stillet til rådighed. Testlægerne fandt, at lægehåndbogen var så vigtig en del af de tilgængelige informationer, at den var en forudsætning for den videre brug af Linkportalen. Evalueringen af Linkportalen har endvidere vist, at de informationer, som præsenteres, skal 1) være relevant ICPC-kodet, 2) være så ensartet opbygget, at lægen hurtigt kan finde, hvad han leder efter og 3) kunne læses på få sekunder.

Evalueringen af linkprojektet viser, at de deltagende læger brugte og fremover efterspørger et fagligt beslutningsstøtte-system. I pilotprojektet drejede det sig om den Norske Elektroniske Lægehåndbog (NEL).

## 7.3 Datafangstmodulet

Udviklingen af datafangstmodulet kom sent i gang, idet finansieringen først faldt på plads ultimo 2004. Indhentning af de nødvendige tilladelser har yderligere forsinket projektet.

Modulet er først for nylig taget i brug i en pilottestning. Det har taget lang tid at få tilladelse til at indsamle data uden patienternes samtykke og tilladelse til at levere data tilbage til lægerne i anonymiseret form – som man i dag gør det i det Nationale Indikatorprojekt (NIP-projektet)

Modulet bliver i første fase afprøvet i to praksis-edb-systemer (Patient Administrative System (PAS-system)) med en global aktivitetsregistrering (sentinelregistrering)

blandt 15 praksis på Fyn, i Nordjylland og i København. Fra Fyn udgår yderligere en testning af en elektronisk luftvejsaudit i samarbejde med Audit Projekt Odense (APO). Lægepraksis i resten af landet tester en elektronisk rapportering af årskontrol af diabetespatienter. Baggrunden for dette valg er, at fynske læger i forvejen indberetter deres diabetespatienter til den fynske diabetesdatabase, FDDB. En APO-registrering af luftvejsinfektioner med evaluering af registreringsmetoden kan bedst lade sig gøre i et geografisk afgrænset område.

De indledende erfaringer med test af datafangstmodulet i de to lægesystemer tyder på, at modulet virker tilfredsstillende. Men der forestår en reel validering i form af en Medicinsk Teknologivurdering af, hvad det betyder at indføre en så indgribende teknologi i daglig almen praksis. De data, som modulet giver mulighed for at opsamle, er meget detaljerede og går tæt på lægerne. Det er derfor afgørende for udbredelsen, at lægerne føler sig trygge ved at levere data, og at de føler, at de får noget igen til deres egen kvalitetsevaluering. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis kvalitets- og forskningsdatabasen bliver forankret et sted, hvor analysearbejdet og tilbagemeldingen til lægerne kan ske ud fra et alment medicinsk perspektiv. Der er behov for en afklaring af dette problem og for en vurdering af de legale aspekter, inden modulet kan gøres generelt tilgængeligt.

Skal datafangstprojektet i driftsfase, er det afgørende, at databaseproblematikken er løst. Afgørende for datas kvalitet er oplevelsen hos den enkelte læge af, at data kan bruges til noget, at han selv har nytte af det merarbejde, en registrering kræver. Kan lægen via diagnoseregistreringen få hjælp til bedre at finde rundt i sin journal, genvej til informationer og oplysninger til udbygningen af kvaliteten i sin patientbehandling, vil de fleste læger gerne levere data til et sted, hvor data bearbejdes og tilbageleveres i anonymiseret form, specielt hvis den instans, der bearbejder data, kender til arbejdet i almen medicin.

Data fra almen praksis skal ikke blot bruges til kvalitetsudvikling og til elektroniske audits, men også til forskning og til at beskrive sygdomsforløb. Derved adskiller forholdene sig fra sygehussektoren, hvor indberetning overvejende tjener kvalitetssikringsformål.

## 8. Resumé delprojekt C • Patientperspektivet

### Projektleder: Peder Olesgaard

[Bilag 8.1](#) Rapport DAK delprojekt C. Peder Olesgaard. Se DAK-rapportens 2. del, afsnit 3

Skønt de fleste patienter er tilfredse med deres praktiserende læge, kan såvel den enkelte læge som primærsektoren som helhed lære af at lytte til og inddrage patienternes mening.

Gennem de senere år er der i Danmark gennemført en stor spørgeskemaundersøgelse af patienttilfredsheden i almen praksis (DanPEP).

DAK C-gruppen har dels sat fokus på kvalitative undersøgelsesmetoder til belysning af patientperspektivet og dels på måder, hvorpå man kan hjælpe læger til at tolke DanPEP-resultaterne fra egen praksis og omsætte dem i konkrete ændringer.

Årsagen til, at gruppen har prioriteret disse to hovedmål, er primært erfaringer fra DanPEP-undersøgelsen. Gruppen har desuden inddraget erfaringer fra patienttilfredshedsmålinger fra det sekundære sundhedsvæsen.

Praksisdeklarationer er lægernes oplysning til patienter og borgere om deres virksomhed, og DAK projektets opdragsgivere fandt det naturligt at lægge arbejdet praksisdeklarationer under DAK C.

### 8.1 DanPEP

DanPEP er en dansk udgave af en europæisk undersøgelse, Europep, som måler patienternes tilfredshed med almen praksis på en række områder. Omtrent 25% af de praktiserende læger i 12 amter har deltaget i DanPEP inden for de senere år, og ca. 75–85% af de adspurgte patienter har svaret. De foreløbige resultater baserer sig således på meget store materialer. Generelt ligger patienternes vurdering af læge-patientrelationen, de lægefaglige ydelser, lægens evne til at informere og yde støtte samt organiseringen af ydelserne på et højt niveau, mens patienternes vurdering af lægens og praksis' tilgængelighed ligger noget lavere. DanPEP-undersøgelsen er således en succes, men der har vist sig to vigtige aspekter, som der ikke helt er taget højde for i det oprindelige projekt. For det første har en del læger oplevet sig betydeligt psykisk påvirket af at modtage resultatet af deres patientevaluering, og for det andet har de deltagende læger givet udtryk for, at de rent kvantitative resultater i DanPEP er svære at omsætte til konkrete forbedringer i praksis.

### 8.2 Kvalitative metoder og patientperspektivet

I DanPEP-undersøgelsen bliver patienterne til sidst i spørgeskemaet bedt om at give udtryk for, hvad de specielt er glade for hos deres praktiserende læge og omvendt, hvad de helst så ændret. I flere amter har deltagerne ønsket, at patienternes kvalitative udsagn skulle komme med i besvarelsen til lægen. Mange patienter fremkommer med meget nyttige oplysninger. Der er ofte tale om meget personlige oplysninger, og patientens identitet kan til tider let genkendes af lægen. Dette samt ressourcemæssige forhold har betydet, at det ikke har været muligt at give disse oplysninger videre til alle de deltagende læger.

Medens projektgruppen arbejdede, blev der på Fyn udført en kvalitativ analyse af disse udsagn af Beth Elverdam og Heidi Bøgelund Frederiksen. Lægerne var glade for

at få indsigt i patienternes opfattelser og meninger. Desuden har man i FynPEP interviewet nogle af de deltagende læger. Mange læger fremførte, at de følte sig "ladt i stikken" med resultaterne fra DanPEP, idet de gav udtryk for skuffelse og frustration, fordi resultaterne ikke levede op til deres forventninger. Flere gav udtryk for, at de syntes, det var rart at blive interviewet af en person bagefter og derved få mulighed for at tale om undersøgelsen. Konklusionen i FynPEP er således, at afrapporteringsmåden er vigtig, og at de kvalitative data bør udnyttes.

Med udgangspunkt i disse erfaringer besluttede DAK C-gruppen at iværksætte en undersøgelse af fokusgrupper og telefoninterviews som redskaber til at skaffe kvalitativ viden om patienternes perspektiv på almen praksis. Undersøgelsen blev udført af Hanne Dahlerup og Lars Rasmussen fra Kvalitetsafdelingen i Århus Amt, støttet af midler fra CKI.

Undersøgerne konkluderer, at begge metoder er brugbare i almen praksis. Lægerne vurderede fokusgruppemetoden som værende særligt relevant i forhold til at få mere detaljeret information om patienternes vurderinger, mere handlingsrettet information, mere viden om specifikke patientgrupper og emner. Problemerne i anvendelsen af fokusgruppemetoden er, ifølge lægerne, især udvælgelse af patienter (at undgå bias), og det faktum, at kun forholdsvis få patienter (ud af det samlede antal patienter i en praksis) deltager i en fokusgruppe. I og med at resultaterne af fokusgruppeinterviewene i høj grad svarer til resultaterne af DanPEP-undersøgelserne, vurderes det sidstnævnte dog som et mindre problem. Det viste sig vanskeligt at garantere patienterne fuld anonymitet, både over for hinanden og i forhold til lægen. De deltagende patienter fandt dog ikke dette problematisk.

Der blev desuden gennemført en telefoninterviewundersøgelse blandt type 2-diabetespatienter i Århus Amt udvalgt blandt patienterne i hospitalernes diabetesambulatorier, idet man også ønskede at belyse samarbejdsrelationen mellem disse og almen praksis. I alt deltog 107 diabetespatienter. Blandt de påviste fordele ved telefoninterviews er, at der er mulighed for at stille uddybende spørgsmål, at få præciseret uklare svar og at få afklaret forståelsesproblemer. Desuden kan der som hovedregel opnås højere svarprocenter end i spørgeskemaundersøgelser. Telefoninterviews giver mulighed for overspring i spørgsmålene, for grundigere kommentarer og for at følge og supplere svarfordelingen undervejs. Undersøgelsesmetoderne kan kombineres.

### 8.3 Erfaringer fra det sekundære sundhedsvæsen

Erfaringer fra LUP, Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, viser, at patienterne på landets sygehuse generelt har et godt indtryk af deres indlæggelse. Resultaterne af LUP viser, at der er sket forbedringer af den patientoplevede kvalitet inden for nogle af de områder, der nationalt og lokalt er blevet udpeget som primære indsatsområder i tidligere målinger. Men målinger af patienternes vurderinger og erfaringer skaber ikke forandring i sig selv. Der er behov for lokal opfølgning som skal sikre læring og forandring. Nationalt og i amterne arbejdes der med initiativer, som skal sikre dette. Disse erfaringer understøtter således resultaterne fra DanPEP.

Erfaringer fra Århus Amts kvalitetsafdeling, hvor man siden 1999 har arbejdet med patienttilfredshedsundersøgelser, viser, at ni ud af 10 patienter er tilfredse med sundhedsvæsenet. Der er dog stor variation i afdelingerne imellem. Samtidig har man ved at fortsætte undersøgelserne i afdelingerne fundet en tendens til, at afdelinger

med dårlige evalueringer forbedrer sig over tid. Omvendt ser det desværre også ud til, at afdelinger, som fra starten får relativt gode evalueringer, hviler på laurbærrerne og over tid kan sakke lidt bagud. Patienterne efterlyser ofte sammenhæng og en rød tråd i undersøgelses- og behandlingsforløb. Flere og flere patienter bliver mere og mere vidende og stiller højere (men relevante) krav. Der er derfor behov for tiltag, der kan opretholde en god kvalitet i sekundærvæsenet og sikre en tæt sammenhæng mellem patienternes forventning og de ydelser, sundhedsvæsenet tilbyder. Det er ikke undersøgt, om der eksisterer tilsvarende fluktuationer i patienternes vurderinger af almen praksis.

## 8.4 Facilitatorordninger

Såvel resultater fra DanPEP som andre resultater af kvalitetsmålinger, fx kliniske eller organisatoriske indikatormålinger, skal omsættes til praktiske forbedringer for at medvirke til et kvalitetsløft. Målinger alene medfører ikke ændringer.

Både i Danmark og internationalt arbejdes der med forskellige typer af facilitatorordninger, der skal hjælpe lægerne i denne proces, der måske er den vanskeligste del af ethvert kvalitetsudviklingsprojekt.

Projektlederen og Birgit Toft har i den forbindelse i et mindre pilotprojekt faciliteret resultater af DanPEP til nogle læger i Ribe amt med et gunstigt resultat.

Desuden har Gitte Hove, cand. scient. bibl., refereret et studie, der omfatter en undersøgelse af praksisbesøg som opfølgning på deltagelse i SwissPEP (den schweiziske udgave af Europep). Den ene halvdel af de læger, der deltog i undersøgelsen, fik efterfølgende praksisbesøg af en læge, mens den anden halvdel fik besøg af en ikke-læge. Efter praksisbesøget blev målingerne gentaget. Det viste sig, at praksisbesøgene havde positiv effekt på de efterfølgende målinger med størst effekt hos de læger, der var blevet besøgt af en anden læge.

I Danmark har facilitatorordninger i almen praksis fokuseret på faglighed og ikke på organisationsforhold. Herudover har man erfaring med gensidige praksisbesøg.

## 8.5 Praksisdeklaration

[Bilag 8.2](#) Praksisdeklarationsrapport. DAK-projektet maj 2005. Frans Boch Waldorff og Tina Eriksson. Se DAK-rapportens 2. del, afsnit 4

Som led i overenskomsten mellem sygesikringen og P.L.O. blev det i 2002 besluttet at give borgerne et bedre grundlag for at træffe afgørelse ved valg af læge (§ 28 i Landsoverenskomsten). Derfor er organisationen og implementeringen af praksisdeklarationer allerede i dag gennemført. Spørgsmålet om, hvilken information om praksis, der kan/skal gøres tilgængelig for patienter og offentlighed, er primært en politisk afgørelse, som i dansk almen praksis træffes af overenskomstens parter. Det vil dog være hensigtsmæssigt at inddrage patientperspektivet i disse overvejelser.

Opdraget for DAK C omfattede som nævnt området praksisdeklaration. Der blev nedsat en arbejdsgruppe, forfattet et kommissorium og ansat en videnskabelig medarbejder (Frans B. Waldorff). Der foreligger en rapport ved Frans B. Waldorff og Tina Eriksson.

Rapporten gennemgår begreber i relation til praksisdeklarationer, kvalitetsdeklarationer, praksisudvikling og akkreditering. Danske og udenlandske erfaringer gennemgås på baggrund af litteratursøgninger og indlæg fra relevante

aktører på områderne tilgængelighed i almen praksis, praksisudvikling og akkreditering.

### 8.5.1 Tilgængelighed

Den gode kontakt og det gode patientforløb starter med, at patienterne kan komme i kontakt med egen læge. Det er vigtigt for opretholdelsen af gate-keeperfunktionen og listesystemet, og for at patienter, der skal henvises til eller udskrives fra sekundærvesenet, kan føle, at de er i gode hænder.

Telefontilgængelighed er bedre belyst end andre former for tilgængelighed, fx ved ferie eller efteruddannelse og i lægevagten. Telefontilgængeligheden beskrives generelt som god, men der er variationer, som ikke udelukkende kan forklares ved strukturelle forhold. Formentligt spiller interesse, serviceindstilling og holdninger en væsentlig rolle. Omkring 25% af de patienter, der blev spurgt om telefontilgængelighed, angiver at være meget utilfreds eller utilfreds. Patienter vægter generelt tilgængelighed højt ved akut sygdom og er ofte mest tilfreds med mindre praksis og med fuldtidspraktiserende læger. Svenske erfaringer tyder på, at lokale tiltag, der påvirker holdningen hos læger og praksispersonale kan have en positiv effekt på tilgængeligheden.

### 8.5.2 Praksisudvikling og akkreditering

**Projektet "Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen" (KISS)** var et samarbejdsprojekt mellem fire sygehuse i Sønderjyllands Amt, Aabenraa Kommune og ni almen praksis i Sønderjylland om akkreditering og udvikling af patientforløb på tværs af sektorer, som fandt sted i perioden 2001-2004. Formålet var at afprøve, om akkreditering er et brugbart instrument også i almen praksis. Et sæt af standarder for almen praksis (HQS: Primary Health Care teams) blev oversat til dansk, bearbejdet og tilpasset til danske forhold. Kun to ud af ni tilmeldte praksis (en solopraksis og en kompagniskabspraksis) gennemførte. De vigtigste grunde til at opgive akkrediteringen blev angivet at være stort tidsforbrug og manglende oplevet relevans. I den deltagende solopraksis vurderedes arbejdsmængden at være to timer dagligt over en længere periode til udarbejdelse af procedurer, møder, intern og ekstern vurdering. De praktiserende læger, der gennemførte projektet, anfører som fordele, at akkreditering fremmer patientsikkerhed både klinisk og organisatorisk. Trods en stor ressourceindsats opnåedes relativt begrænsede resultater, måske fordi systemet oprindeligt er udviklet til det sekundære sundhedsvæsen og ikke er tilpasset forholdene i almen praksis. Den samtidige akkreditering af såvel dele af den primære og den sekundære sektor i et amt skulle have gjort det muligt at fremme gode patientforløb. Denne målsætning blev ikke indfriet, idet akkrediteringsinstituttet ikke havde gode redskaber til at monitorere og fremme patientforløb.

**European Practice Assessment (EPA):** Der pågår aktuelt et europæisk udviklingsarbejde omkring en almen medicinsk akkrediteringsmodel (EPA-projektet). Formålet med EPA er at udvikle en europæisk model med kvalitetsindikatorer målrettet primærsektoren med henblik på at vurdere organisation og håndtering af ydelser. Seks lande har deltaget i udviklingen af EPA.

EPA består af ca. 178 "internationally researched indicators", hvoraf 100 er "core-indicators", der kan/skal bruges til internationale sammenligninger. Systemet er dog

fleksibelt, således at man selv kan tilføje ekstra indikatorer. Systemet indbefatter træning af facilitatorer, og der er udarbejdet materiale, som er oversat til dansk.

Data indhentes ved hjælp af spørgeskemaer til personale, læger og patienter. Der foregår ligeledes en inspektion/observation gennem et praksisbesøg ved en specielt uddannet person (i flere lande har det været medicinstuderende).

EPA er pilottestet i 270 udvalgte praksis i ni lande. Det overordnede indtryk af pilotundersøgelsen var, at vurderingen var gennemførlig og blev godt modtaget i de deltagende praksis. Det var dog vanskeligt at gennemføre EPA i travle praksis, og udviklingsgruppen foreslår ressourcekompensation som en mulig løsning.

Akkreditering kan have forskellige formål. Den kan betragtes som en kontrolforanstaltning eller som en formativ feedback, der genererer informationer til udvikling af praksis. Erfaringerne fra pilotundersøgelsen var, at det var nemmere at få praksis til at deltage i akkrediteringsprocessen, hvis formålet var formativ feedback.

**Maturity Matrix (MM):** MM er et redskab til organisationsudvikling i den enkelte almen praksis udviklet af en walisisk gruppe af forskere og praktiserende læger og omhandler en række organisatoriske aspekter af almen praksis.

Grundlæggende baserer konceptet sig på en antagelse af, at disse aspekter af praksis udvikler sig på en lineær måde. Matrix består af ovenstående aspekter på den ene led og en række beskrivelser af trin i en sådan praksisudvikling på den anden led.

Processen starter med, at alle ansatte i praksis vurderer egen praksis-performance på de ovenstående organisatoriske aspekter. Ved et møde mellem hele praksis og en facilitator drøfter man sig frem til enighed om praksis' placering og sætter sig mål for udvikling det næste år. Desuden kan man drøfte, hvilke interne og eksterne ressourcer man kan tage i brug for at nå disse mål.

Eftersom data vedrørende den enkelte praksis rapporteres ind til et benchmarkingcenter, er det muligt for praksis at sammenligne sig med andre praksis i regionen, i Danmark eller internationalt.

Udviklingspotentialer ligger primært i, at hele praksis mødes og diskuterer praksis' udvikling på de forskellige områder og beslutter sig for, hvor man ønsker at sætte ind. Amtet/regionen kan bistå med støtte vedrørende de aspekter af organisation, som praksis ønsker at udvikle. Her vil det være afgørende, at der er opbygget et Center for praksisudvikling med ressourcer og ekspertise til at støtte de enkelte praksis.

Maturity Matrix er afprøvet og vurderet i over 360 praksis i UK. Der er fundet høj face validity<sup>10</sup>, og praksis finder generelt processen udbytterig og desuden behagelig.

På et møde om Maturity Matrix, som blev afholdt i København januar 2005, aftalte Århus, Københavns og Frederiksborg amter, som allerede har eller planlægger at iværksætte facilitatorordninger, at samarbejde om en dansk pilottestning af Maturity Matrix. Dette med henblik på at undersøge, om MM med fordel kan implementeres i dansk almen praksis. Som et led i denne plan forventes uddannelsen af facilitatorer at starte i løbet af foråret 2006.

---

<sup>10</sup> Face validity henviser til hvorledes et instrument opfattes af brugeren

## 8.6 Pilotprojekt om en praksis' hjemmeside

Som et led i arbejdet med praksisdeklaration har praktiserende læge Jesper Lundh desuden iværksat et pilotprojekt i egen praksis, "En praksis hjemmeside. Hvilke ønsker og forventninger har patienterne til en hjemmeside?". 100 patienter deltog og besvarede 12 spørgsmål vedrørende praksis' service. Der var tilfredshed med e-baseret tidsbestilling, receptfornyelse og e-mailkonsultation. Patienterne gav udtryk for interesse i at få kendskab til praksis' ydelser (fx akupunktur samt om praksis deltog i undersøgelser, som havde til formål at bedre kvaliteten af patientbehandlingen). Der var mindre interesse for lægernes efteruddannelse samt for undersøgelser af telefontilgængeligheden. Flertallet fandt det uinteressant at have kendskab til praksisvejledninger.

## 8.7 Patienters involvering i almen praksis

De ovenfor resumerede arbejder beskriver en form for patientinvolvering. Man kan i en eventuel videreføring af DAK-projektet i et "DAK2" med fordel inddrage patienters egenomsorg som en meget vigtig dimension i behandlings- og forebyggelsesmæssige tilbud til patienterne.

## 9. Resumé delprojekt D • Patientforløb

**Projektleder: Lars Rytter**

[Bilag 9.1](#) Rapport DAK delprojekt D. Lars Rytter. Se DAK-rapportens 2. del, afsnit 5

Igennem de sidste tre årtier har en række udviklingstendenser i samfundet og sundhedsvæsenet øget behovet for at styrke samarbejdet mellem sundhedsvæsenets sektorer, så patienter, sundhedspersonale og offentlighed fortsat kan opleve sundhedssystemet som et sammenhængende hele.

I sekundærsektoren er indlæggelserne i de sidste 10-15 år blevet væsentligt kortere, aktiviteten er steget og en række nye behandlinger er indført. Den demografiske udvikling med flere ældre medborgere bidrager til denne udvikling. Dette medfører flere opgaver, der skal løses i fællesskab mellem sekundær- og primærsektoren. I den sammenhæng kan PKO få en vigtig rolle.

Dansk almen medicin færdigbehandler 90% af deres patientkontakter. Det er en samfundsøkonomisk fordel. Forudsætningen for, at dette er muligt, er en høj faglighed og ofte også en langvarig kontakt og et godt forhold mellem læge og patient.

I almen medicin har man i de senere år især fokuseret på egne kerneværdier, og således især på den del af patienterne, der færdigbehandles i almen praksis.

Mangel på sammenhæng og koordination er et væsentligt problem i dagens sundhedsvæsen. De beskrevne udviklingstendenser vil stille yderligere krav til samarbejdet. Et stort mindretal af patienter oplever deres behandlingsforløb som et orienteringsløb. Uklart politisk ansvar og kassetænkning bærer kun en del af skylden. Det handler mindst lige så meget om kulturelle barrierer og en stor kompleksitet. Den største barriere i tværsektorielt samarbejde kan være manglende gensidig faglig anerkendelse og respekt de forskellige lægegrupper imellem. Der synes at være behov for en kulturændring. Et eksempel på, hvor vanskeligt det kan være at gennemføre selv enkle tiltag, er J. Damgaards ph.d. fra 2001, som viste, at en informationspakke og en udvidet epikrise til de praktiserende læger samt en tilskyndelse til patienterne om at kontakte egen praktiserende læge ved problemer kunne forbedre kræftpatienters oplevelse og patientforløb. Trods dette blev interventionen opgivet efter studiets afslutning.

På den anden side er det danske sundhedsvæsen strukturelt velforberejdet til indførelse af tværsektorielle behandlingsprogrammer. Der er få betalingskilder i sundhedsvæsenet, samarbejdsinitiativer mellem den primære og sekundære sundhedssektor kan koordineres af PKO, og de praktiserende lægers efteruddannelsessystem kan sikre deltagelse i relevant undervisning.

I kommissoriet for DAK D-gruppen indgår at beskrive af forudsætningerne for et godt samarbejde om patientforløbet og forskellige former for samarbejde, forslag til systematisk dataindsamling på området, udvikling af tværsektorielle audits og konkrete forslag til "shared care"-modeller inden for få sygdomsområder.

Med udgangspunkt i en beskrivelse af den eksisterende viden og udvikling på området har projektlederen og projektgruppen gennemført en række projekter.

## 9.1 Praksiskonsulentordningen (PKO)

PKO startede som et forsøgsprojekt i 1991 på Fyn. PKO består af praktiserende læger ansat på de enkelte sygehusafdelinger et antal timer om måneden med henblik på at styrke samarbejdet mellem sygehusene og almen praksis. Ordningen har bredt sig til hele landet – dog med varierende organisation og normering.

Dokumentation af, hvorvidt målene med PKO opfyldes, og forskning i forskellige samarbejdsmodeller er sparsom. De eksisterende undersøgelser tyder på, at ordningen medfører en forbedret lægetilfredshed med kommunikation, nedbrydelse af barrierer, gensidig information og løsning af samarbejdsproblemer. De mere "hårde endpoints", som ændringer i antal indlæggelser, hensigtsmæssighed af indlæggelser, indlæggelsestidspunkt på døgnnet eller i antal genindlæggelser er endnu dårligt dokumenteret. Undersøgelser peger på fortsatte kulturelle barrierer for samarbejdet; fx manglende konsensus omkring fælles faglige vejledninger og problemer med at få de praktiserende læger til at følge kliniske vejledninger. Det er vigtigt at opstille specifikke og målbare succeskriterier for PKO, således at løbende evaluering og opfølgning bliver mulig. I den forbindelse skal det nævnes, at ønsket fra lægerne i PKO om et fælles, landsdækkende sekretariat ikke er blevet tilgodeset.

Det var hensigten i samarbejde med koordinationsgruppen for praksiskonsulentordningen at indsamle gode erfaringer og løsninger fra ordningens mange aktiviteter. Der er indkommet sparsomt med ideer. PKO mangler et sekretariat til at sætte kraft bag dette arbejde.

## 9.2 Tværsektorielle patientforløb

### 9.2.1 Den gode kvalitet af tværsektorielle patientforløb

Kvalitet af tværsektorielle patientforløb er beskrevet konkret med projektet "**Standarder og indikatorer for det tværsektorielle patientforløb**". Modellen er primært udviklet i Københavns Amt med inspiration fra Joint Commissions og DGMAs standarder og inspireret af erfaringerne fra PKO.

Modellen har været anvendt som del af en omfattende forberedelse til akkreditering af alle kliniske afdelinger i Københavns amt. Indikatorerne blev først testet ved selvevaluering i november 2004 og siden i maj-juni 2005 gennem interne audits på alle kliniske afdelinger i Københavns amt. Personalet fandt gennemgående, at standarderne og indikatorerne er anvendelige og meningsfyldte.

Modellen er blevet justeret på baggrund af de praktiske erfaringer fra Københavns amt. Modellens elementer bør indtænkes i andre sammenhænge, hvor det samlede og sammenhængende patientforløb er i fokus.

### 9.2.2 Metoder til forbedring af kvaliteten af patientforløb

Et projekt omhandlede **tværsektorielle kliniske audits (TAP, tværsektorielle audits af patientforløb)** beskriver de audits, der allerede har fundet sted i Danmark og deltageres erfaringer med og holdninger til metoden.

Metoden er enkel og tager udgangspunkt i ønsket om at analysere et tværsektorielt og tværfagligt patientforløb i et amt eller en region, fx behandlingen af patienter med rygsmerter eller en bestemt kræftsygdom. Relevante data fra almen praksis og sygehuset (evt. flere sygehuse i samme audit) på et mindre antal patienter (typisk

15) indsamles og gennemgås ved en fire timers fælles audit, hvor alle ansvarlige aktører er til stede. Der udarbejdes en fælles implementeringsplan for forbedringer på området. Metoden har været anvendt i praksiskonsulentordningen siden 1999.

Der er udført en evaluering af alle beskrevne tværfaglige audits af patientforløb (TAP) og indsamlet oplysninger fra 21 audits fra fem amter. Over halvdelen af de gennemførte TAP-undersøgelser har medført væsentlige kvalitetsforbedringer, og deltagerne finder at metoden er barrierenedbrydende, idet den giver gensidig indsigt i og kendskab til de to sektors arbejdsgange og rutiner og fremmer dialog. Det største problem er tidsforbruget. På trods heraf finder 95% af respondenterne metoden egnet eller meget egnet og 81% vil ubetinget anbefale metoden til kolleger.

### **Protap - prospektiv elektronisk registrering af forløbsdata.**

I Fyns amt arbejder en gruppe med udvikling af prospektiv elektronisk registrering af nøgledata omkring patientforløbet – Protap.

Protap består af en organisation, som tilbyder hjælp til projektudformning, til praktisk gennemførelse af dataindsamling, forløbsundersøgelser og audits samt til præsentation af materialet. Desuden er der i Protap udviklet en vejledning, en kort indføring i metodologi, et datahåndteringsprogram og en klinisk database.

Konceptet kan anvendes til alle typer af undersøgelser – fx en lille kohorte med det formål at identificere problemer, eller større kohorter, hvor man på basis af atypiske procesparametre vælger at følge op med nærmere analyse og audits af enkelte forløb. Endelig kan data gemmes og bruges til senere opfølgning og sammenligning med tidligere undersøgelser. Kontinuerlig overvågning af forløb vil også være en mulighed. Der forestår yderligere udvikling og dokumentation, især hvad angår ressourceforbrug og impact.

### **Udvikling af et instrument til måling af kvalitet af henvisninger og epikriser**

Projektet er udviklet i samarbejde med DAK-projektgruppe A (indikatorgruppen), koordinationsgruppen for PKO og DGMA<sup>11</sup>.

Formålet var at udvikle og afprøve standarder og indikatorer på områderne skriftlig henvisning og epikrise, idet de belyser væsentlige kvalitetsaspekter i samarbejdet mellem almen praksis og sygehusafdelinger. Afprøvningen havde til formål at vurdere kvaliteten af de meddelte data, hvorvidt indsatsen kan inducere kvalitetsforbedringer i samarbejdet mellem almen praksis og sygehus – alt med mulighed for sammenligning (benchmarking) med andres resultater.

Projektgruppen tog udgangspunkt i tidligere udviklede krav til henvisning og epikrise i et samarbejde mellem DGMA og praksiskonsulentordningen. Undersøgelsen inddrog 55 afdelinger og 55 praksiskonsulenter. De deltagende visiterende overlæger og praksiskonsulenter fandt de valgte indikatorer for henholdsvis henvisning og epikrise relevante og metoden overkommelig.

Desuden viste resultaterne, at indikatorerne diskriminerede godt og afslørede områder med forbedringspotentiale, især på områderne medicinstatus og oplysninger om information til patienten.

---

<sup>11</sup> DGMA: Den Gode Medicinske Afdeling

## **POPS: Patienternes Oplevelse af overgangen mellem Primær- og Sekundærsektoren**

Formålet med dette igangværende projekt er at udvikle et instrument til kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenets indsats i overgangen mellem sektorerne med udgangspunkt i patienternes oplevelser og ideer. Desuden er det at udvikle et samlet koncept til identificering af problemområder, bearbejdning af data, opfølgning og implementering af løsningsforslag. Konceptet tænkes anvendt som overbygning på amtslige patienttilfredshedsundersøgelser til mobilisering af ideer til forandring. Et tredje mål er at validere og afprøve anvendeligheden af de patientindikatorer, der er udviklet i DAK-regi og i Københavns Amts akkrediteringsforberedelser (indikatorernes relevans, evne til at identificere problemområder m.v.), idet der er udviklet et spørgeskema med udgangspunkt i disse indikatorer.

Projektet er realiseret på tre afdelinger i Københavns amt i samarbejde med Enheden for brugerundersøgelser. Projektet er finansieret af lokale kvalitetsudviklingsmidler.

Dataindsamling er gennemført. I løbet af sommeren 2005 arbejdes med konkretisering af en handlingsplan, som efterfølgende skal implementeres. En midtvejsrapport er udarbejdet. Projektet vil i foråret 2006 blive fulgt op med en effektmåling via de samme spørgeskemaer.

### **Den elektroniske vandrejournal**

Der arbejdes med elektronisk vandrejournal i en række sammenhænge i øjeblikket. En fælles journal for aftalte data for de patienter, som har et forløb i flere sektorer, kunne være en mulig løsning på et historisk kommunikationsproblem.

Alle, som arbejder med disse emner, vil på et tidspunkt løbe ind i nogle tunge generelle problemer som fx berøringsfladen til egen journal, dataejerskab og den mulige kobling til Sundhed.dk. Der er brug for at udveksle ideer og visioner på området.

DAK-projektet afholdt juni 2004 et seminar med repræsentation fra alle de kendte vandrejournal-projekter. Almen praksis var repræsenteret ved PLO og DAK, sygehusvæsenet ved DGMA. Desuden var softwareleverandørerne repræsenteret.

Udveksling af data på enkeltperson-niveau kan ske gennem elektroniske vandrejournaler, mens udveksling af data på gruppe-niveau kræver databaseløsninger. Sundhed.dk's struktur og sikkerhedssystemer bør anvendes i den videre udvikling af systemerne.

Læger i almen praksis og på sygehusene ønsker at skrive i egen kendt journal. De komplekse forhold vedrørende indberetninger/videresendelse af data løses med et system (datafangstmodulet), som automatisk henter aftalte data uden tidskrævende registreringer.

Problemer med overførsel af data vedrørende medicinering bør løses i andet regi. Man kan forestille sig fælles medicinkort koordineret med den personlige elektroniske medicinprofil (PEM). Ingen af parterne ønsker, at der indføres nye journalsystemer.

## **9.3 Samarbejde omkring patienter med kronisk sygdom**

Kroniske patientforløb, med intermitterende kontakter med almen praksis og sygehusvæsenet/speciallæger kræver en særlig koordinering. Det har været drøftet i gruppen, hvordan denne komplekse opgave kan løses. Patientforløbene vil typisk

være lange og have flere ansvarlige. Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe om dette emne, hvori projektlederen deltager, og der ventes en rapport efteråret 2005.

Projektgruppen påpeger, at følgende elementer med hensyn til arbejdet med kronisk sygdom er væsentlige:

**Patientinddragelse:** Har den enkelte praksis en politik for håndtering af de store kroniske sygdomme? Er den nedskrevet, og kender patienterne til den? Inddrages patienterne som "medansvarlige" for, at sundhedsvæsenets tilbud udnyttes? Udnyttes patienternes egne observationer systematisk (måling af fx blodtryk, peak flow og blodsukker i eget hjem)? Kan visse enkle titreringer med fordel udlægges til velinstruerede patienter, fx INR måling med dosering i forbindelse med antikoagulationsbehandling? Hvad med den veldokumenterede effekt af motion og rehabilitering, som det fx er dokumenteret i forbindelse med KOL?

**"Close the GAP":** Behandlingsmål, hvis effekt er dokumenteret i videnskabelige undersøgelser, opfyldes langt fra altid i klinikken. Bedre behandlingskontrol nedsætter risikoen for alvorlige og dyre komplikationer – fx ved diabetes. Opnåelse af dette kræver kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af arbejdet i almen praksis, fx gennem diagnosekodning og datafangst, hvilket gør det muligt at finde og fokusere på de mest syge og de dårligst kontrollerede patienter.

**"Proaktive" praktiserende læger:** Hermed menes at praktiserende læger ikke afventer, at patienterne henvender sig, men får mulighed for at handle uafhængigt af patienternes initiativ, herunder at indkalde kroniske patienter til kontrol (evt. med reminderfunktion), at praktiserende læger handler ved patologiske parakliniske fund eller uopfordret kontakter patienter med forudsigelige behov for hjælp, fx terminale patienter og skrøbelige ældre.

**Nye samarbejdsformer i forhold til sygehusene og incitamentsstrukturer:** I PKO søges opgaverne løst på laveste effektive omkostningsniveau, hvilket indebærer afslutning af patienterne til almen praksis og bedre udnyttelse af speciallæger fx gennem telefonisk rådgivning til almenlægen, hvorved henvisning måske kan undgås. Et eksempel fra udlandet er coaching, som det praktiseres i Canada. I stedet for henvisning vurderes patienten ved en fælleskonsultation med en speciallæge og den praktiserende læge. Efteruddannelse af praksispersonalet kan aflaste lægen.

Organisatoriske forbedringer af denne art understøttes ikke af det eksisterende incitamentssystem, som er orienteret mod klinisk aktivitet og ikke mod sundhedsvæsenets funktion som en helhed. Incitamentet knyttet til klinisk aktivitet, som er velkendt fra almen praksis, forstærkes også ved sygehusenes ressourcetildeling (kr. eller DRG point pr. indlæggelse/ operation mm.) – dette fremmer ikke udviklingen af gode samarbejdsformer på tværs af sektorerne.

**Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM) arbejdsgruppe om organisatorisk udvikling af de medicinske afdelinger:** Projektet er organiseret med en styregruppe med repræsentation fra en lang række organisationer. Der er nedsat en række underarbejdsgrupper, hvoraf flere er relevante for almen praksis. Projektlederen deltager i styregruppen samt i arbejdsgrupperne om det tværsektorielle samarbejde og om kronisk sygdom. Slutteligt udarbejdes en rapport med anbefalinger til den fremtidige organisering af indsatsen.

## 10. Utilsigtede hændelser

- [Bilag 10.1](#) Utilsigtede hændelser - evaluering af et kvalitetsprojekt i almen praksis. 1-10-2004. Rapport. Thorkil Thorsen
- [Bilag 10.2](#) Muligheder for kvalitetssikring i almen praksis gennem arbejdet med utilsigtede hændelser. Ugeskrift for Læger 2004; 166(19):1770-1774. Thorbjørn Hougaard Mikkelsen, Jens Rubak, Frede Olesen
- [Bilag 10.3](#) Praktiserende lægers holdninger til rapportering og læring fra utilsigtede hændelser - erfaringer fra fokusgruppeinterview. Ugeskrift for Læger 2004; 166(19):1766-1769. Thorbjørn Hougaard Mikkelsen, Jens Rubak, Frede Olesen
- [Bilag 10.4](#) Utilsigtede hændelser I almen praksis. Rapport. Amtsrådsforeningen Oktober 2004. Tina Eriksson. Se DAK-rapportens 2. del, afsnit 6
- [Bilag 10.5](#) Kommissorium for DSAMs og P.L.O.s udvalg vedr. Utilsigtede hændelser juni 2005

Registrering og analyse af utilsigtede hændelser bliver internationalt anvendt som et redskab til kvalitetsudvikling inden for almen praksis, men området er nyt. Arbejdet med utilsigtede hændelser er inspireret af risikoindustrier, bl.a. flyindustrien, og har internationalt vundet indpas inden for sundhedssektoren i de senere år.

I dansk almen praksis har den "Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet", der indførte en indrapporteringspligt i sygehusvæsenet med udgangen af 2003, stimuleret interessen for området.

I bemærkningerne til loven fremgår det, at der skal foretages en vurdering af rapporteringssystemet, når dette har været i drift i to år, blandt andet med henblik på vurdering af en inddragelse af den primære sundhedssektor., Desuden kan ministeren fastsætte afvigelser fra lovens bestemmelser, som særlige forhold i den primære sundhedssektor måtte begrunde. Almen praksis må således forberede sig på, at der kan indføres en indrapporteringspligt, der omfatter almen praksis, med udgangen af 2005.

Indtil videre findes to danske undersøgelser, der belyser utilsigtede hændelser i almen praksis. Det drejer sig dels om et kvalitetsudviklingsprojekt på området i en række amter ([bilag 10.1](#)). Dels er Thorbjørn Hougaard Mikkelsen, Århus, ved at færdiggøre en ph.d. om emnet; han har skrevet en dansksproget oversigtsartikel ([bilag 10.2](#)) og beskrevet en fokusgruppeundersøgelse af praktiserende lægers holdninger til at registrere utilsigtede hændelser ([bilag 10.3](#)). I DAK-projektets regi er den internationale litteratur gennemgået ([bilag 10.4](#)).

Interesserede praktiserende læger har i 2004 startet en interessegruppe i DSAMs regi om UTH. Gruppen arrangerede den 6. juni 2005 en temadag om utilsigtede hændelser i almen praksis, med deltagelse af interesserede praktiserende læger og almen medicinske forskere, DSAM, P.L.O., ARF og aktører med interesse for patientsikkerhed fra det sekundære sundhedsvæsen.

Kort tid derefter nedsatte P.L.O. og DSAM et udvalg for utilsigtede hændelser, hvori Dansk Selskab for Patientsikkerhed er repræsenteret Derigennem sikres det, at erfaringerne fra det sekundære sundhedsvæsen inddrages. Overenskomstens parter

har bevilget midler til at ansætte Thorbjørn Hougaard Mikkelsen som akademisk sekretær.

Formålet med arbejdet er at foreslå retningslinier for registrering af utilsigtede hændelser i almen praksis i forbindelse med den kommende revision af Lov om patientsikkerhed/Sundhedsloven. Udvalgets skriftlige retningslinier skal være færdige ved udgangen af november 2005 (udvalgets kommissorium – [bilag 10.5](#)).

## 11. Bilag

- [Bilag 3.1](#) Mål- og handlingsplan for DAK-projektet. CKI juli 2003
- [Bilag 4.1](#) DSAMs beskrivelse af et landsdækkende sekretariat for Praksiskonsulentordningen
- [Bilag 5.1](#) DAK-projektet. Samlet liste over møder og aktiviteter
- [Bilag 6.1](#) DAK-projektet. Delprojekt A - Standarder og indikatorer - Projektleder Poul Brix Jensen. Rapport 2005. Se DAK-rapportens 2. del, afsnit 1
- [Bilag 7.1](#) DAK-projektet. Delprojekt B - IT-udvikling – 2005. Projektleder Henrik Schroll. Se DAK-rapportens 2. del, afsnit 2
- [Bilag 8.1](#) Rapport DAK-delprojekt C. Peder Olesgaard. . Se DAK-rapportens 2. del, afsnit 3
- [Bilag 8.2](#) Praksisdeklarationsrapport. DAK-projektet maj 2005. Frans Boch Waldorff og Tina Eriksson. Se DAK-rapportens 2. del, afsnit 4
- [Bilag 9.1](#) Rapport DAK-delprojekt D. Lars Rytter. Se DAK-rapportens 2. del, afsnit 5
- [Bilag 10.1](#) Utilsigtede hændelser - evaluering af et kvalitetsprojekt i almen praksis. 1-10-2004. Rapport. Thorkil Thorsen
- [Bilag 10.2](#) Muligheder for kvalitetssikring i almen praksis gennem arbejdet med utilsigtede hændelser. Ugeskrift for Læger 2004; 166(19):1770-1774. Thorbjørn Hougaard Mikkelsen, Jens Rubak, Frede Olesen
- [Bilag 10.3](#) Praktiserende lægers holdninger til rapportering og læring fra utilsigtede hændelser - erfaringer fra fokusgruppeinterview. Ugeskrift for Læger 2004; 166(19):1766-1769. Thorbjørn Hougaard Mikkelsen, Jens Rubak, Frede Olesen
- [Bilag 10.4](#) Utilsigtede hændelser I almen praksis. Rapport. Amtsrådsforeningen Oktober 2004. Tina Eriksson. Se DAK-rapportens 2. del, afsnit 6
- [Bilag 10.5](#) Kommissorium for DSAMs og P.L.O.s udvalg vedr. Utilsigtede hændelser juni 2005