



**DAK -**

**Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt**

Afsluttende rapport 2005 - Del 2

# **Praksis- og kvalitetsdeklarationer**

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

## Forord

Da den nye overenskomst trådte i kraft den 1. april 2003, havde overenskomstens parter beskrevet fire områder, som CKI skulle beskæftige sig med. Et af disse områder var patientperspektivet, der også skulle omfatte praksisdeklarationer.

Med baggrund i dette er denne rapport udarbejdet af almen praktiserende læge Frans Boch Waldorff med støtte fra den øvrige praksisdeklarationsgruppe. Tina Eriksson har bistået med rapportens endelige udformning.

Det grundlæggende mål med at deklarere kvaliteten i almen praksis er at sikre patienterne adgang til information om deres egen alment praktiserende læges klinik, både hvad angår kvaliteten af organisation og funktion. Oplysningerne skal være relevante for patienterne og fair for de praktiserende læger.

En kvalitetsdeklaration kan ses som "et åbent vindue" til offentligheden og falder naturligt i to hovedområder. En selvdeklarationsdel, også kaldet præsentationsdelen, som orienterer offentligheden om den enkelte praksis' behandlingstilbud og en dokumentationsdel, der synliggør praksis' kontinuerlige kvalitetsudviklingsproces. Der forestår et udviklingsarbejde med at undersøge, hvilke ønsker patienter og offentlighed har med hensyn til indholdet i disse to dele af en kvalitetsdeklaration og at afklare, hvilke hensyn der skal tages til den enkelte læge.

Rapporten beskriver grænsefladerne til de øvrige delprojekter under DAK-projektet og indeholder en begrebsafklaring mellem praksisdeklarationer og kvalitetsdeklarationer. Herudover gennemgås danske og udenlandske erfaringer med tilgængelighed i almen praksis, praksisudvikling og akkreditering på baggrund af litteratursøgninger og indlæg fra relevante aktører.

Kvalitetsmåling medfører på godt og ondt fokus på det der kan måles. Tidligere baserede forholdet mellem læge og patient sig næsten udelukkende på gensidig tillid. Med måling af behandlingskvalitet tilkommer et element af kontrol. Det bør være muligt at opretholde tillidsforholdet mellem læge og patient og mellem lægestanden og samfundet og samtidig indføre kontrol af behandlingskvalitet på forskellige områder i almen praksis. Det er håbet, at denne rapport kan være med til at skabe et fundament for det fremtidige arbejde på området.

Jesper Lundh den 26. maj 2005

# Indholdsfortegnelse

<b>1. BAGGRUND .....</b>	<b>4</b>
1.1. FORMÅL .....	4
1.2. PRAKSISDEKLARATIONSGRUPPENS SAMMENSÆTNING .....	5
1.3. ARBEJDSMETODER OG MØDEAKTIVITET .....	5
1.4. METODE VED ERFARINGSINDSAMLING .....	6
<b>2. GRÆNSEFLADER TIL DAK-PROJEKTETS ØVRIGE DELPROJEKTER 6</b>	
2.1. PROJEKTGRUPPE A: INDIKATORER .....	6
2.2. PROJEKTGRUPPE B: IT-OMRÅDET .....	7
2.3. PROJEKTGRUPPE C: PATIENTPERSPEKTIV & BRUGERINDDRAGELSE .....	8
2.4. PROJEKTGRUPPE D: PATIENTFORLØB .....	8
<b>3. BEGREBSAFKLARING .....</b>	<b>9</b>
3.1. PRÆSTATIONS MÅL – FORDELE OG ULEMPER .....	9
3.2. PRÆSTATIONS MÅL - SAMMENFATNING .....	10
3.3. DEFINITION AF PRAKSIS DEKLARATION .....	10
3.4. DEFINITION AF KVALITETSDEKLARATION .....	10
<b>4. TILGÆNGELIGHED I ALMEN PRAKSIS .....</b>	<b>11</b>
4.1 TILGÆNGELIGHED I ALMEN PRAKSIS - SAMMENFATNING .....	12
<b>5. UDVIKLING AF PRAKSISORGANISATION .....</b>	<b>12</b>
5.1 CENTER FOR PRAKSISUDVIKLING .....	13
5.2. AUDIT I RECEPTFORNYELSE .....	13
5.3. MATURITY MATRIX .....	13
5.4. ERFARINGER MED PRAKSISUDVIKLING – SAMMENFATNING .....	14
<b>6. AKKREDITERING .....</b>	<b>15</b>
6.1. BAGGRUND .....	15
6.2. DEFINITIONER PÅ AKKREDITERING .....	16
6.3 KVALITET I SØNDERJYLLANDS SUNDHEDSVÆSEN (KISS) .....	16
6.4. EUROPEAN PRACTICE ASSESSMENT (EPA) .....	17
6.5 AKKREDITERING - SAMMENFATNING .....	18
<b>7. PERSPEKTIVERING .....</b>	<b>19</b>
<b>8. KONKLUSION &amp; ANBEFALINGER .....</b>	<b>20</b>
<b>9. BILAG .....</b>	<b>22</b>
9.1 ARTIKEL FRA PRACTICUS .....	22
9.2 PUBMED SØGNINGER .....	25

# 1. Baggrund

Baggrunden for nedsættelsen af praksisdeklarationsgruppen er en erkendelse af et ønske om øget gennemsigtighed i sundhedssektoren. Sundhedsstyrelsen har gennem en årrække arbejdet med kvalitetsdeklarationer på sygehusområdet (1). I slutningen af 2003 udsendte regeringen et debatoplæg med ønsket om at sætte fokus og tempo på processen med at offentliggøre og formidle informationer om kvaliteten i sygehusvæsenet – en proces, der senere skal udbredes til hele sundhedsvæsenet (2). Derfor må man forvente at efterspørgslen efter og behovet for information om kvaliteten af sundhedsydelserne i almen praksis vil være stigende.

Praksisdeklarationsgruppen blev nedsat i efteråret 2004 som led i DAK-projektet<sup>1</sup>. Formelt er arbejdsgruppen en undergruppe under DAK-projektets delprojekt C, som beskæftiger sig med patientperspektiver og brugerinddragelse.

Hensigten med gruppens arbejde er at danne grundlag for udvikling af en dansk almenmedicinsk kvalitetsdeklaration, således at almen praksis kan indgå på lige fod med andre dele af sundhedsvæsenet i Den Danske Kvalitetsmodel.

Den primære målgruppe for praksisdeklarationsgruppens arbejde er patienterne i almen praksis, forstået på den måde, at praksisdeklarationen primært tænkes udarbejdet af hensyn til den enkelte patient i almen praksis. De praktiserende lægers og det politiske og administrative systems synspunkter vil dog også blive belyst.

## 1.1. Formål

Det overordnede formål med gruppens arbejde er at beskrive og vurdere danske og internationale erfaringer, der kan danne grundlag for udviklingen af en dansk almen medicinsk kvalitetsdeklaration. Aspekter vedrørende kvalitetsindikatorer indgår ikke i kommissoriet for dette arbejde.

Gruppen har følgende delformål;

- at beskrive organisatoriske forhold og faglige forudsætninger for udvikling af og implementering af kvalitetsdeklaration i relation til det øvrige kvalitetsudviklingsarbejde
- at beskrive og definere delelementer af kvalitetsdeklaration, herunder tilgængelighed
- at afgrænse gruppens arbejde i forhold til de øvrige dele af DAK-projektet
- at beskrive danske og udenlandske erfaringer

---

<sup>1</sup> DAK-projektets første situationsrapport fra maj 2004 kan findes på: <http://www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk/user/files/Statusrapport.pdf>

## 1.2. Praksisdeklarationsgruppens sammensætning

**Anette Bonne**, vicekontorchef, Amtsrådsforeningen

**Heidi Mortensen**, fuldmægtig, IT og Kvalitet, Amtsrådsforeningen

- januar 2005 afløst af fuldmægtig **Martin Bagger Brandt**

**Mads Kristiansen**, studentemedarbejder i Amtsrådsforeningen

**Jakob Legård**, konsulent i PLO og CKI

- februar 2005 afløst af **Thomas B Nielsen** konsulent i PLO og CKI.

**Bjørn Ursin Knudsen**, fuldmægtig, Sundhedsstyrelsens 5. kontor

**Søren Friberg**, praktiserende læge, næstformand i CKI, leder af DAK-projektet

**Jesper Lundh**, praktiserende læge, kvalitetsudviklingskonsulent i Frederiksborg amt, konsulent i CKI, medlem af DAK-projektets ledergruppe

**Tina Eriksson**, speciallæge i almen medicin, ph.d., medlem af DAK-projektets ledergruppe

**Frans Boch Waldorff**, praktiserende læge, ph.d., konsulent for DAK

## 1.3. Arbejdsmetoder og mødeaktivitet

Gruppen har i arbejdsperioden fra september 2004 til marts 2005 afholdt fire møder. Rapporten er et konsensusdokument.

Ved første møde blev gruppens kommissorium diskuteret og klarlagt.

Ved det andet møde deltog leder af DAKs delprojekt C praktiserende læge Peder Olesgaard, med et oplæg omhandlende praksisudvikling. Delprojekt C beskæftiger sig med patientperspektiver og brugerinddragelse,

Ved samme møde præsenterede de to praktiserende læger Uwe Jansen, Åbenrå og Kristian Riis Jensen, Rødding deres erfaringer med akkreditering i almen praksis som deltagere i KISS projektet (Kvalitet I Sønderjyllands Sundhedsvæsen).

Ved tredje møde blev tilgængelighed diskuteret.

Ved det fjerde møde blev den samlede rapport diskuteret og justeret på baggrund af konsensus i gruppen.

Arbejdsgruppen var januar 2005 repræsenteret ved European Practice Assessment (EPA) kongres om akkreditering i europæisk almen praksis i Berlin ved Tina Eriksson & Frans Boch Waldorff.

DAK (Tina Eriksson) arrangerede i februar 2005 en fælles svensk-dansk konference i København om Maturity Matrix, et walisisk praksisudviklingsredskab. Metoden og resultaterne af konferencen er grundigere beskrevet i rapporten.

Frans Boch Waldorff og Tina Eriksson har skrevet en artikel til Practicus om gruppens arbejde. Artiklen er optaget i nummer 174, som udkommer i uge 19, 2005 (vedlagt som bilag 1).

Jesper Lundh og Tina Eriksson deltog i Equip møde i Krakow april 2005 hvor et af emnerne var akkreditering i europæisk almen praksis ud fra erfaringerne i TOPAS (Task force on Practice Assessment) og EPA.

#### **1.4. Metode ved erfaringsindsamling**

Frans Boch Waldorff har været ansat som konsulent med henblik på at indsamle nationale og internationale erfaringer og udfærdige rapporten. Tina Eriksson har bistået med rapportens endelige udformning.

Rapporten bygger på en kombination af litteraturindsamling, internet-søgninger og gennemgang af tilgængelige danske og udenlandske erfaringer, da det på grund af begrænsede ressourcer ikke har været muligt at gennemføre en egentlig litteraturgennemgang

Søgestrategi ved litteratursøgning findes som bilag i afsnit 9.2.

## **2. Grænseflader til DAK-projektets øvrige delprojekter**

Praksisdeklarationsgruppens arbejdsområde omhandler offentliggørelse af data vedrørende enkelte praksis, og berører derfor alle DAK-projektets delprojekter<sup>2</sup>. Nedenfor gennemgås implikationerne for de enkelte delprojekter under DAK-projektet.

Deklarationsgruppens arbejde kan have betydning for patientsikkerhed og utilsigtede hændelser, som DAK-projektet også har beskæftiget sig med, idet data fra registrering af utilsigtede hændelser<sup>3 4</sup> og patientsikkerhed kan gøres offentligt tilgængelige, som det er tilfældet i Sverige.

Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg (CKI) besluttede ved udformningen af DAK-projektets kommissorium, at DAK-projektet ikke skulle omfatte medicinområdet. Ordinationsdata kunne dog meget vel være interessante i forbindelse med kvalitetsdeklaration i almen praksis.

### **2.1. Projektgruppe A: Indikatorer**

Projektgruppen har i sin Statusrapport fra maj 2004 beskrevet formålet med gruppens arbejde og her betonet at indikatorer ikke ukritisk egner sig til offentliggørelse:

---

<sup>2</sup> DAK-projektets første situationsrapport fra maj 2004 kan findes på:

<http://www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk/user/files/Statusrapport.pdf>

<sup>3</sup> DAK-rapporten " Utilsigtede hændelser i almen praksis - International litteraturgennemgang til brug for Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt" kan findes på: [http://www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk/user/files/UTH\\_int.litt\\_TE.doc](http://www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk/user/files/UTH_int.litt_TE.doc)

<sup>4</sup> "Utilsigtede hændelser i almen praksis – Evaluering af et tværamtsligt projekt" kan findes på: <http://www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk/user/files/UH-rapporten.pdf>

*Der kan være flere formål med at anvende kvalitetsindikatorer. Det kan være et redskab for den enkelte praktiserende læge eller praksis til at forbedre kvaliteten i praksis. Praktiserende læger kan have en interesse i at synliggøre kvaliteten i almen praksis, og offentligheden kan have en interesse i at få kvalitetsvurderet praksis (fx "smileys" eller akkreditering). De indikatorer, der vælges vil afhænge af formålet med indikatoren.*

*Projektgruppen har vedtaget, at formålet med at udvikle indikatorer er, at disse skal kunne bruges af den praktiserende læge og praksis. Dette betyder, at de indikatorer, der udvikles i projektet ikke ukritisk er egnede til offentliggørelse og da formentlig kun på gruppeniveau.*

Det er således ikke en del af DAK indikatorgruppens kommissorium at arbejde med mulig offentliggørelse af indikatorer, og indikatorproblematikken indgår heller ikke i praksis-deklarationsgruppen kommissorium. På den anden side deltager lederen af indikatorgruppen, Poul Brix, i et samarbejde med det Nationale Indikator Projekt (NIP) om udarbejdelse af fælles indikatorer på DM området, og indikatorer på sygehusområdet vil blive offentliggjort.

## **2.2. Projektgruppe B: IT-området**

IT gruppen arbejder i øjeblikket på udviklingen af et Datafangstmodul, som vil gøre det muligt løbende at indsamle data fra praktiserende lægers journalsystemer. Det drejer sig om data af typen ICPC koder og andre i forvejen eksisterende tabeller af typen fx medicin, lab data og ydelsesdata.

Når Datafangstmodulet er færdigudviklet, vil der kunne samles data ind på forskellige niveauer og til forskellige formål:

Den enkelte praksis;

- at beskrive organisatoriske forhold og faglige forudsætninger for udvikling af og implementering af kvalitetsdeklaration i relation til det,
- afgrænse gruppens arbejde i forhold til de øvrige dele af DAK-til den praktiserende lægers overvågning af kvaliteten af eget arbejde.

Efteruddannelsesgrupper;

- Til intern uddannelse registreres og opgøres via modulet udvalgte data fra de implicerede praksis.

Regionalt;

- elektroniske audits og andre kvalitetsudviklingsprojekter i regionalt regi.

Nationalt;

- sentinel-registrering (epidemiologisk overvågning),
- registrering og indsamling af kvalitetsindikatorer, evt. i samarbejde med det Nationale Indikator Projekt (NIP).

IT-gruppens arbejde såvel med begrebsafklaringer af kodeproblemer og implementering af god kodeskik i form af diagnosekodekurser for praktiserende læger. Som et led i at få ICPC klassifikationen implementeret i den praktiserende læges hverdag arbejdes med hurtig informationssøgning i internetdatabaser (Linkportalen) ud fra lægens diagnose sat i relation til patientkontakten.

På længere sigt kan man forestille sig, at IT området kan bidrage med løsninger, der gør det lettere for patienter at finde data vedrørende almen praksis som helhed, forhold omkring patientens egen læge og praksis og data omhandlende patienternes personlige undersøgelse og behandling. Sådanne udviklinger er ikke en del af DAK-projektets IT-gruppes aktuelle kommissorium.

### **2.3. Projektgruppe C: Patientperspektiv & brugerinddragelse**

Som nævnt er praksisdeklarationsgruppen formelt en undergruppe under DAK-projektets delprojekt C, som beskæftiger sig med patientperspektiver og brugerinddragelse.

De øvrige arbejdsgrupper i projekt C beskæftiger sig med praktiserende lægers anvendelse af patientevalueringer til at forbedre den kvalitet patienterne oplever og kommunikerer til lægerne gennem kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser. Patienttilfredshed i form af EUROPEP/DANPEP indgår i begge de akkrediteringsmodeller, som vi har valgt at fokusere på i denne rapport.

Desuden beskæftiger projektgruppe C sig med mentoring og team-building og med hvorledes man kan hjælpe almen praksis til at anvende egne kvalitetsdata til læring og udvikling i almen praksis, hvilket er relevant i forhold til situationer, hvor forskellige typer af kvalitetsdata indsamles og bliver tilgængelige for praksis.

### **2.4. Projektgruppe D: Patientforløb**

Deklarationsgruppen har vigtige grænseflader med patientforløb. Grundlæggende må det anføres at et godt patientforløb altid starter med en kontakt til den praktiserende læge, og at tilgængeligheden i almen praksis derfor er af vital betydning for et godt patientforløb, både ved den initiale henvendelse og ved senere henvendelse fx i ventetid på behandling.

Den praktiserende læge har en vigtig funktion som tovholder ved længere og især ved kroniske sygdomsforløb, og denne funktion er af afgørende betydning for, hvorvidt det samlede patientforløb opleves som godt af den enkelte patient.

DAKs gruppe D har udarbejdet fælles standarder og indikatorer for patientforløb der krydser sektorgrænser. En offentliggørelse af sådanne data i forbindelse med praksisdeklaration og deklaration af det sekundære

sundhedsvæsen er en mulighed, fx i samarbejde med NIP. Tilgængelighed er blevet indarbejdet som en del af praksisdeklarationens kommissorium.

### **3. Begrebsafklaring**

Begreberne praksis- og kvalitetsdeklarationer er ikke entydige og er i høj grad politisk bestemt. Der findes dog en vis videnskabelig evidens vedrørende effekten af at anvende præstationsmål i sundhedssystemet.

#### **3.1. Præstationsmål – fordele og ulemper**

Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling besluttede i 2001 på baggrund af anbefalingerne i to rapporter (3;4), at iværksætte et pilotprojekt, hvis formål var at undersøge kvalitetsdeklarationer. Pilotprojektet blev gennemført i samarbejde med otte sygehusafdelinger, og formålet var at afprøve effekten af at deklare kvalitetsdata i en internetbaseret kvalitetsdeklaration (5). Rapporten konkluderede, at kvalitetsdeklarationer er et hensigtsmæssigt medie eller værktøj til offentliggørelse og formidling af informationer om kvaliteten på sygehusafdelinger. Det blev anbefalet, at kvalitetsdeklarationer skulle videreudvikles og implementeres på landsplan. Sundhedsstyrelsen og ARF arbejder forsat med, hvordan formidlingen af kvalitetsdata kan målrettes forskellige brugergrupperes særlige informationsbehov (6). Der er i den forbindelse nedsat en gruppe i ARF regi, som har til opgave at undersøge, hvilke data, der kan være relevante at formidle til borgerne. Den Fælles Offentlige Sundhedsportal vil være en naturlig platform til formidling af data<sup>5</sup>.

Fra flere sider efterlyses velgennemførte studier om effekterne af præstationsmålinger og om deres offentliggørelse (7-9). Langt de fleste studier undersøger erfaringer med præstationsmålinger i sekundærsektoren.

Der er ingen entydige erfaringer med offentliggørelse af præstationsmålinger. Flere studier peger på, at hospitaler har ændret praksis som følge af præstationsmålinger, hvilket i flere tilfælde har ført til målbare forbedringer på præstationsindikatorer. Omvendt er det fremført, at præstationsmålinger medfører utilsigtede konsekvenser, fordi ansatte agerer strategisk i forhold til de systemer, som omverdenen konstruerer for at fremme en bestemt adfærd. Utilsigtede konsekvenser kan være svære at påvise, bl.a. fordi størstedelen af den empiriske forskning undersøger, om de *tilsigtede* konsekvenser har fundet sted. Skønt der kun findes få systematiske studier på området, bekræfter de internationale erfaringer forekomsten af betydelige utilsigtede og negative konsekvenser forbundet med præstationsmålinger fx kirurgers afvisning af højrisiko patienter i New York i USA.

---

5

<http://www.arf.dk/Sundhed/Sundhedsvaesen/Kvalitet/FormidlingAfKvalitetsdata.htm>

Præstationsdata bruges ofte af udbydere – så data kan forventes at interessere de praktiserende læger - men det er usikkert om patienterne bruger præstationsdata, og på hvilken måde. Heller ikke politikere og administratorer gør brug af kvalitetsdata i nævneværdig grad (10).

Udvælgelsen af præstationsindikatorer og tolkningen af måleresultaterne er problematiske processer, og der er en risiko for at udvalgte præstationsmålinger ikke afspejler den reelle behandlingskvalitet.

Et andet metodisk problem er, at det ved udformning af præstationsmål er nødvendigt at beslutte, hvem der er den primære modtager. Den primære modtager kan være den enkelte patient, borgeren, det politisk-administrative niveau eller professionelle miljøer. Præstationsmål der er udformet med henblik på en modtager kan ikke nødvendigvis bruges meningsfuldt i andre sammenhænge.

### **3.2. Præstationsmål - sammenfatning**

Erfaringerne med præstationsmålinger er ikke entydige. Udvælgelsen af præstationsindikatorer og tolkningen af måleresultaterne er problematiske processer, og der er en risiko for at udvalgte præstationsmål ikke afspejler den reelle behandlingskvalitet.

Valget af indikatorer er vigtige, idet præstationsmålinger skal være troværdige for dem der bruger dem og fair for dem der påvirkes af dem.

### **3.3. Definition af praksis deklARATION**

**PraksisdeklARATIONER i almen praksis kan defineres som oplysninger om læge og praksis, der er tilgængeligt for offentligheden (egen definition).**

Som led i overenskomsten mellem sygesikringen og PLO blev det i 2002 besluttet at give borgerne et bedre grundlag for at træffe afgørelse ved valg af læge (§ 28 i landsoverenskomsten). Derfor har patienterne i dag mulighed for at se en lang række oplysninger om den praktiserende læge og organiseringen af praksis, fx lægens køn, fødselsår, om praksis varetager uddannelse af læger samt udbud af elektronisk ydelser som e-mail konsultation.

Der foreligger ikke evalueringer af, hvilken betydning dette har for patienternes tilfredshed eller for kvaliteten af lægeydelserne.

PraksisdeklARATIONER kunne udvides, således at præstationsmålinger blev offentliggjort. Herved ville man rent begrebsmæssigt gå fra en praksisdeklARATION til en kvalitetsdeklARATION.

### **3.4. Definition af kvalitetsdeklARATION**

**KvalitetsdeklARATION kan defineres som: En erklæring om et produkts eller en ydelses kvalitet (11).**

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en beskrivelse af kvalitetsdeklARATION i forhold til sygehusene: KvalitetsdeklARATIONEN er tænkt som et dokument, som i en kortfattet form gengiver nøglekarakteristika ved en afdeling eller funktionsbærende enhed i sygehusvæsenet. DeklARATIONEN skal give

brugeren og offentligheden et relevant kendskab til afdelingen, dens ydelser og ydelseernes kvalitet, bl.a. af hensyn til muligheden for at træffe informerede valg af behandlingssted (12).

#### **4. Tilgængelighed i almen praksis**

Der har gennem mange år været fokus på patienternes opfattelse af tilgængeligheden i dansk almen praksis (13;14). Især har telefontilgængeligheden været i fokus, mens andre former for tilgængelighed fx E-mail konsultationer, almindelige konsultationer, og fysisk tilgængelighed ikke har været undersøgt med uafhængige undersøgelser. Telefonopkald er den hyppigst anvendte henvendelsesform i almen praksis. Man må forvente at E-mail konsultationer og Internettidsbestilling vil vinde frem i de kommende år. I det følgende vil vi udelukkende beskrive telefonisk tilgængelighed.

PLO iværksatte i slutningen af 90'erne en uvildig analyse af alment praktiserende lægers telefoniske tilgængelighed (15). Undersøgelsen baserede sig på opringninger til 600 lægepraksis i perioden 16. - 22. april 1998 og resultatet var, at det dengang i gennemsnit krævede 2-3 opringninger á højst tre minutter at få kontakt til den praktiserende læge i tidsrummet mellem kl. 8.00 og 9.00, hvor det ofte er vanskeligst at komme i telefonisk kontakt med praksis. Undersøgelsen viste tillige, at en altovervejende del af lægepraksis (ca. 96 %) angiver præcise henvisninger med telefonnummer, såfremt de har sluttet telefonsvarer til. Endelig fandt undersøgelsen ikke forskelle på den telefoniske tilgængelighed mellem forskellige praksistyper og ej heller mellem forskellige geografiske områder. Københavns Kommune offentliggjorde i august 2002 en undersøgelse baseret på omkring 2000 telefoninterviews (16). Som led i undersøgelsen indgik spørgsmål om tilfredsheden med den praktiserende læge, blandt de borgere der faktisk havde været i kontakt med praktiserende læge inden for det seneste år. Om muligheden for at komme igennem til lægen pr. telefon viste undersøgelsen, at 28.4 % angav at være utilfreds eller meget utilfreds, mens 51.7 % angav at være meget tilfreds eller tilfreds. De resterende angav ikke at kunne besvare spørgsmålet.

Endelig angav en rapport fra 2003, blandt patienter der henvendte sig i en skadestue i hovedstaden, at 16,2 % af patienterne oplyste, at de ikke havde kontakten egen læge, fordi egen læge eller lægevagten ikke kunne kontaktes (17).

I EUROPEP (DANPEP) projektet, hvis formål er at give læger mulighed for at inddrage patienternes vurdering til kvalitetsudviklingen i almen praksis, udgør spørgsmål om tilgængelighed en af de fem dimensioner i skemaet (lægefaglige ydelser, læge-patient-forholdet, information og støtte, praksistilgængelighed). Både danske og udenlandske undersøgelser baseret på ovennævnte skema bekræfter samstemmende, at patienter vægter tilgængelighed højt, når det drejer sig om akut sygdom (18;19).

En norsk undersøgelse fra 2005 (20) af telefontilgængeligheden blandt 100 tilfældigt udvalgte almen praksis fandt, at selvom tilgængeligheden generelt var bedret, havde nogle praksis fortsat en dårlig telefontilgængelighed. Forfatterne konkluderede at strukturelle forhold kun i beskeden grad kan

forklare variationen i telefontilgængelighed. Formentligt spiller interesse, serviceindstilling og holdninger en væsentlig rolle.

Siden slutningen af 1990'erne er der i Sverige gennemført et projekt, der har til formål at bedre tilgængeligheden i sundhedssektoren(21). Projektet kaldes gennembrudsprojektet og er udviklet af Institute for Healthcare Improvement i Boston, USA. Projektet er organiseret ved at man inviterer alle personalegrupper i praksis til møde. Praksis identificerer flaskehalse og prøver gennem små forandringer at fjerne disse. Samtidig vurderer en projektgruppe løbende hvorvidt problemet løses. Der gennemføres i alt 3-4 møder med fokus på kvalitetscirkler, og erfaringerne viser, at man rent faktisk kan forbedre tilgængeligheden ved en målrettet indsats.

I et sammenlignende europæisk studie baseret på EUROPEP skemaet, analyseredes sammenhængen mellem patienttilfredshed og lægekarakteristika (22). Det fremgik, at patienttilfredshed med tilgængelighed generelt er bedst hos patienter, der er tilknyttet praksis med få læger, der arbejder på fuld tid.

#### **4.1 Tilgængelighed i almen praksis - sammenfatning**

Sammenfattende er telefontilgængelighed det bedst belyste tilgængelighedsparameter i almen praksis. Andre former for tilgængelighed, fx ved ferie og efteruddannelse er dårligt belyst.

Telefontilgængeligheden beskrives generelt som god, men der er variationer som ikke udelukkende kan forklares ud fra strukturelle forhold. Formentligt spiller interesse, serviceindstilling og holdninger en væsentlig rolle. Omkring ¼ af patienterne, der er blevet 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 med fuldtidspraktiserende læger. Svenske erfaringer tyder på, at lokale tiltag kan have en positiv effekt på tilgængeligheden.

### **5. Udvikling af praksisorganisation**

Der er en stigende opmærksomhed på værdien af at se på redskaber til at beskrive praksisorganisationen og dens evne til at tilpasse sig og udvikle en god kultur for kvalitetsudvikling (23-26). Hvis praksisdeklarationer skal udvikle sig til kvalitetsdeklarationer, må der nødvendigvis fokuseres på hvorledes praksisudvikling understøttes bedst muligt.

Som led i arbejdet bad gruppen praktiserende læge Peder Olesgaard at beskrive sine tanker omkring praksisudvikling. Gruppen har desuden valgt at beskrive det waliske praksisudviklingsinstrument; Maturity Matrix, som formentlig vil blive pilotafprøvet i nogle udvalgte amter indenfor de næste 2-3 år.

## 5.1 Center for Praksisudvikling

I midten af 1990'erne opstod tanken om, at udvikle et værktøj som mere præcist kunne måle lægers læringsbehov, således at man ikke bare gik på kursus efter lyst, men mere efter behov. Englænderne brugte klinisk assessment på deres uddannelseslæger, således at man kunne målrette indlæringen under det kliniske ophold i praksis. Denne ide var nærliggende at overføre til praktiserende læger, men der var ikke politisk opbakning til ideen fra PLO. For ca. 5 år siden opstod ideen igen, men udbygget således at man kunne vejlede praktiserende læger om langt flere forhold i deres daglige praksis.

Tankerne var, at centret kunne tilbyde en bred vifte af ydelser – lige fra totalcheck af praksis til specifik rådgivning indenfor et mere afgrænset område. Det kunne fx være: Gennemgang af klinikens funktionalitet (helbredscheck), praksismanagement, personaleforhold, ressourceanvendelse, kvalitetsstyring, regnskabsforhold og tilfredshedsanalyser & krisehjælp.

Disse tanker ligger tæt op af de tanker som gruppen bag Maturity Matrix/European Practice Assessment (afsnit 6.4) har gjort sig. Det virker relevant at trække ressourcepersoner fra Centret ind i det pågående arbejde.

## 5.2. Audit i receptfornyelse

I 2003 gennemførte Audit Projekt Odense (APO) en audit om receptfornyelse i 236 praksis (27). Denne audit var særlig, fordi det for første gang var praksispersonalet der registrerede, idet 394 praksispersonalemedlemmer registrerede 18.892 henvendelser vedrørende medicinordination.

Som et led i opfølgingsaktiviteterne organiserede APO i samarbejde de deltagende amters kvalitetsudviklingskonsulenter og Team Toft<sup>6</sup>, en team-building proces i praksis, hvor praktiserende læger og praksispersonale i fællesskab drøftede samarbejdsrelationer i forbindelse med receptfornyelse og satte sig ændringsmål. Processen understøttedes af udgivelsen af et idehæfte støttet af CKI (28).

De deltagende praksis satte sig mål primært på områderne styring og udvikling af egen receptfornyelse, samarbejde i praksis og IT. I løbet af foråret 2005 vil 2. auditregistrering finde sted. Desuden vil en undersøgelse af, hvilke ændringsmål de enkelte praksis har opstillet og opnået blive gennemført.

## 5.3. Maturity Matrix

Maturity Matrix (MM) (29) er et redskab til organisationsudvikling i den enkelte praksis. MM er udviklet af en walisisk gruppe af forskere og praktiserende læger.

---

<sup>6</sup> <http://www.teamtoft.dk/>

MM omhandler følgende organisatoriske aspekter af almen praksis:

- Journalsystemer/EDB.
- Deltagelse i kliniske audits.
- Adgang til opdateret medicinsk information.
- Implementering af kliniske vejledninger.
- Klinikens og de enkelte lægers medicinudskrivning.
- Organisering af møder og samarbejde i klinikken.
- Information til patienter, informationsdeling med patienter.
- Patientevalueringer.

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 praksisperformance på de ovenstående organisatoriske aspekter. Hele praksis mødes med en facilitator, hvor man så drøfter 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 aspekter og beslutter sig for, hvor man ønsker at sætte ind. Amtet/regionen kan sætte ind med støtte overfor de aspekter af organisationen, som praksis ønsker at udvikle. Her vil det være afgørende, at der er opbygget et Center for praksisudvikling.

Maturity Matrix er afprøvet og vurderet i over 360 praksis i UK (30). Der er fundet høj face validity<sup>7</sup>, og praksis finder generelt processen udbytterig og desuden behagelig.

På mødet 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 pilottestning af, om Maturity Matrix med fordel kan implementeres i dansk almen praksis.

#### **5.4. Erfaringer med praksisudvikling – sammenfatning**

Der er en stigende opmærksomhed på værdien af at se på redskaber til at beskrive praksisorganisationen og dens evne til at tilpasse sig og udvikle en god kultur for kvalitetsudvikling. I Danmark har kun få ressourcepersoner

---

<sup>7</sup> Face validity henviser til hvorledes et instrument opfattes af brugeren

arbejdet målrettet med udvikling af praksisorganisationen. Som led i denne rapport har gruppen set på et organisationsudviklingsredskab udviklet i Wales – Maturity Matrix – som i udlandet er beskrevet som et redskab, der af almen praksis opfattes relevant og udbytterigt.

## **6. Akkreditering**

### **6.1. Baggrund**

Akkreditering vurderer evnen til at opfylde på forhånd fastsatte standarder, som praktiserende læger og andre grupper med aktier i projektet har fastsat. Begrundelserne for akkreditering er, at det er en systematisk metode til at øge sikkerhed og kvalitet i en organisation. I almen praksis er der udviklet akkrediteringsmodeller i både Skotland, Australien og New Zealand (31).

Ifølge en oversigtsartikel om praksisakkreditering (32) kan der være mindst fem grunde til at foretage en praksisakkreditering:

1. At beskytte patienternes sikkerhed og møde de krav der er til øget åbenhed og ansvarlighed overfor patienter og skattebetalere - kvalitetskontrol
2. Regulering fra det offentliges side
3. Kvalitetsudvikling og læring i den enkelte praksis
4. Information med henblik på sammenligning mellem praksis
5. Marketing, idet praksis kan markedsføre sig på at være akkrediterede

Akkreditering rejser spørgsmålet om balancen mellem tillid og kontrol.

Akkreditering kan virke som en kontrolforanstaltning med den hensigt at overvåge lægen for at beskytte patienternes sikkerhed og dermed virke kontrollerende. På den anden side kan akkreditering også anvendes som led i kvalitetsudvikling af praksis. Disse to bevæggrunde til at foretage akkreditering kan være eller kan af lægerne opleves som indbyrdes modstridende. Det er derfor vigtigt at man på forhånd gør sig klart hvilket formål akkrediteringen har.

På trods af at akkreditering internationalt har været på dagsordenen i årtier, foreligger der kun en meget sparsom litteratur om betydningen for kvaliteten af sundhedsydelser. Der er ikke evidens for, at akkreditering har effekt på proces- eller resultatniveau, idet der ikke foreligger klinisk kontrollerede undersøgelser (33). Problemet med at påvise effekt er især, at man ved akkreditering traditionelt har fokuseret på struktur og proces i sundhedsinstitutioner, og i mindre grad har anvendt indikatorer målrettet patientudbyttet.

Vi har i dette arbejde valgt at beskrive et dansk akkrediteringsprojekt, KISS, og et fælles europæisk projekt om akkreditering i primærsektoren (EPA) som eksempler på akkreditering. De beskrevne akkrediterings systemer bygger begge på frivillighed.

## 6.2. Definitioner på akkreditering

Der findes forskellige definitioner på akkreditering. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren definerer akkreditering som: En procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver (34). Akkreditering kan også beskrives som en frivillig, men formel proces, der indeholder flere elementer: Selvvurderinger samt ekstern og uafhængig vurdering af ligesindet (35). Pub Med definerer akkreditering som: Certificering på baggrund af opfyldelse af standarder fastsat af ikke-statslige organisationer, som institutioner, programmer og faciliteter kan ansøge om på frivillig basis.

Som det fremgår, understreger de sidste to definitioner frivilligheden i at lade sig akkreditere, mens selve akkrediteringsprocessen er en formel proces. Pub Med's definition indeholder derudover en betingelse om, at akkrediteringen skal foretages af en ikke-statslig organisation.

Akkrediteringssystemer kan ligeledes kvalitetssikres. Et eksempel på dette er Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation (ALPHA)-programmet (36), der har til formål at sikre, at akkreditering foregår på et internationalt vedtaget højt ensartet og uafhængigt niveau, for derigennem at styrke troværdigheden af arbejdet.

## 6.3 Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen (KISS)

Projektet "Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen" (KISS) var et samarbejdsprojekt mellem de fire somatiske sygehuse i Sønderjyllands Amt, Gigthospitalet i Gråsten, Aabenraa Kommune og ni almen praksis i Sønderjylland om akkreditering og udvikling af patientforløb på tværs af sektorer (37). Projektet fandt sted i perioden 2001 -2004. Formålet var at afprøve om akkreditering er et brugbart instrument også i almen praksis. Projektet inddrog validerede internationale standarder og kriterier fra det engelske kvalitetsinstitut Health Quality Service (HQS). Et sæt af standarder for almen praksis (HQS: Primary Health Care teams) blev oversat til dansk, bearbejdet og tilpasset til dansk lovgivning og kliniske vejledninger/retningslinjer og overenskomster. Det drejede sig om 16 forskellige standarder med over 520 forskellige kriterier<sup>8</sup>. Kun to ud af ni praksis (en solopraksis og en kompagniskabspraksis) gennemførte hele processen. De vigtigste grunde til at opgive akkrediteringen blev angivet som stort tidsforbrug og manglende oplevet relevans (38).

I den deltagende solopraksis vurderedes arbejdsmængden at være to timer dagligt over en længere periode til udarbejdelse af procedurer, møder og intern- og ekstern vurdering. En del af dette arbejde skønnedes dog af de deltagende læger at have medført resultater, der kan mindske

---

<sup>8</sup> [www.kissprojekt.dk](http://www.kissprojekt.dk)

ressourceforbruget ved evt. senere akkreditering af almene lægepraksis efter samme system.

De praktiserende læger der gennemførte projektet, anfører som fordele at akkreditering fremmer patientsikkerhed både klinisk og organisatorisk, fx at celleprøver ikke bliver glemt, at medicin er bestilt og at personalet ved, hvordan man skal forholde sig, hvis der skulle opstå en situation med voldelige eller truende patienter.

Der opnåedes en dokumenteret implementering af kliniske vejledninger gennem audits og sikkerhed for at medicinen i klinikken og lægetasken ikke er udløbet. Desuden blev den personlige læreplan (PLP) for lægerne og personalets efteruddannelse skemalagt og gennemført.

Akkrediteringen indebar ikke umiddelbare fordele for patienterne i almen praksis, udover skiltning af flugtveje og synlig placering af røgdetektorer. På området patienttilfredshed inddrog KISS projektet DANPEP.

Årsagen til de relativt begrænsede resultater, trods en stor ressourceindsats, er formentlig at det anvendte system oprindeligt er udviklet til akkreditering af 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.

#### **6.4. European Practice Assessment (EPA)**

Formålet med European Practice Assessment (EPA) er at udvikle en europæisk valideret model af kvalitetsindikatorer målrettet primær sektoren med henblik på at vurdere organisation og håndtering af ydelser i primærsektoren (39). Seks lande<sup>9</sup> har deltaget i udviklingen af EPA med professor Richard Grol som tovholder.

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, der er udarbejdet materiale, som man kan oversætte. Betalingen til TOPAS er nærmest symbolsk. Man indgår en kontrakt, der specificerer pligter og rettigheder for udbydere og brugere af systemet.

EPA modellen arbejder med fem dimensioner:

1. **Kvalitet og sikkerhed** – Kvalitetspolitik, Sikkerhed for personale og patienter.
2. **Finans** – budget, finansiel plan, finansiel ledelse og ansvar, årsrapport.

---

<sup>9</sup> Landene er: Belgien, Frankrig, Tyskland, Holland, Schweiz og England/Wales

3. **Mennesker** – Personale, team, uddannelse og træning, arbejdsbetingelser.
4. **Information** – journalhåndtering, fortrolighed, kommunikationssystem, informationshåndtering, praksisinformation til patient, videnskabelig information tilgængelig for personale, informationsmateriale til patienter.
5. **Infrastruktur** – faciliteter ex. venteværelse, medicinsk udstyr inklusiv medicin, ikke medicinsk udstyr, tilgængelighed.

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).

Konceptet består af en forberedelsesfase og en dag, hvor der foretages en ekstern vurdering. Som led i forberedelsesfasen udfylder både praksispersonale, praktiserende læger og patienter særligt udformede skemaer. Der foretages inspektion af praksis, interview med den administrerende læge samt feedback. Såfremt praksis ønsker det, kan Maturity Matrix indgå som led i vurderingen, ligesom der kan indgå en skala for udbændthed.

I forberedelsesfasen er det totale direkte tidsforbrug i en solopraksis med en sekretær og en sygeplejerske angivet til i alt ca. 60 minutter. Herudover udfylder udvalgte patienter EUROPEP skemaet suppleret med nogle sociodemografiske oplysninger. Patienternes samlede tidsforbrug er estimeret til ca. 525 minutter. Tidsforbruget brugt i forbindelse med vurderingen i praksis er estimeret til mellem 4-8 timer, afhængig af om Maturity Matrix indgår i vurderingen.

Som led i EPA projektet er der udviklet et elektronisk feedback system (VISOTOOL), der kan anvendes til løbende feedback baseret på benchmarking.

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.

Der kan være forskellige formål med en akkreditering. Den kan betragtes som en kontrolforanstaltning eller den kan betragtes 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.

## **6.5 Akkreditering - sammenfatning**

Der er ikke et entydigt svar på spørgsmålet om, hvorvidt akkreditering kan anvendes som metode til vurdering og udvikling af kvalitet i almen praksis. Danske erfaringer med et engelsk akkrediteringssystem peger på at en stor ressourceindsats, kun medfører beskedne ændringer. Formålet med

akkreditering kan være kontrol eller en formativ feedback eller en kombination af begge og skal være klarlagt på forhånd.

## 7. Perspektivering

Det grundlæggende mål med at deklarerer kvaliteten i almen praksis er at sikre patienterne adgang til information om deres egen alment praktiserende læges klinik, både hvad angår kvaliteten af organisation og funktion. Offentligheden har et legitimt krav på at få indblik i hvad der sker i almen praksis generelt.

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. Oplysningerne skal være relevante for patienterne og fair for de praktiserende læger. Der forestår et udviklingsarbejde med at afklare disse forhold.

Målinger af kvalitet medfører, at lægerne fokuserer på det der måles. Både kvaliteten af strukturelle forhold og kliniske behandlinger kan måles, men målingerne skal basere sig på validerede mål. Det er godt at måle kvalitet; vi kan blive klogere af det, og det er første skridt i retningen af rationelle forbedringer. På den anden side må faget ikke udelukkende drives af indikatormålinger. Det menneskelige møde, tilliden mellem læge og patient, den gode og langvarige relation mellem patienten og lægen skal være vigtige elementer i dele af faget.

Når kvaliteten er blevet målt, så skal vi lære af det, men det er ikke altid let at bedømme målinger og omsætte dem til praktiske forbedringer i den enkelte praksis. I Danmark har faciliteringsordninger i almen praksis fokuseret på faglighed og ikke på organisationsforhold. Herudover har man erfaring med gensidige praksisbesøg, som ligeledes kan opfattes som en form for facilitering. Formålet med at opbygge en faciliteringsordning er at hjælpe praksis med at forstå sine egne kvalitetsmålinger og med at ændre egen praksis i en gunstig retning, idet man fokuserer på læring snarere end på kontrol. Facilitatorer kan hjælpe praksis med at finde den balance, der sikrer, at forandringer kan ske i en takt der ikke skader arbejdsklimaet. Facilitatorordningen kan desuden have en gunstig indflydelse på fastholdelse af ældre praktiserende læger.

De udenlandske erfaringer der findes med lignende systemer (Maturity Matrix og European Practice Assessment) bør naturligt inddrages i en kommende udviklingsstrategi. DAK-projektets erfaringer - men også de organisationer der gennem mange år har udført landsdækkende kvalitetsudviklingsprojekter, hvor erfaringerne fra fx Audit Projekt Odense, DanPEP projektet og det alment medicinske forskningsmiljøer - må inddrages. Forholdene er komplekse, og der er behov for et betydeligt udviklingsarbejde.

Kvalitetsudvikling, efteruddannelse og forskning bør strukturelt underbygges, således at en fælles koordinering finder sted. Derfor bør man

diskutere, hvorledes dette arbejde bedst forankres i en fremtid med nye regioner, hvor afstanden fra periferi til centrum stiger.

Den grundlæggende vision med at udvikle kvaliteten i almen praksis er at sikre en ensartet høj kvalitet i rutineopgaverne, gennem kvalitetsmålinger, rationel udvikling og udnyttelse af IT, ansættelse af veluddannet praksispersonale og støtteordninger til udvikling og målrettet efteruddannelse. Derved får lægen fortsat tid til den gode, personlige patientkontakt.

## **8. Konklusion & anbefalinger**

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. Gennemsigtighed, kvalitetsudvikling, efteruddannelse og forskning bør forankres i eksisterende strukturer og der bør iværksættes pilotprojekter til at udvikle dette område.

Aspekter vedrørende kvalitetsindikatorer indgår ikke i kommissoriet for dette arbejde, og henvises til DAK-projektets slutrapport.

### **8.1 Praksisdeklaration**

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 sekundærvæsenet, kan føle at de er i gode hænder.

Som led i overenskomsten mellem sygesikringen og PLO 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.

Umiddelbart er telefontilgængelighed bedst belyst, men andre parametre som tilgængelighed for konsultation, e-mail konsultation og sygebesøg er andre dele som kunne indgå i en praksisdeklaration. Ligeledes bør det overvejes, hvorledes tilgængeligheden er ved fravær fra praksis (f.eks. ferie og efteruddannelse) og i lægevagten. Det bør være muligt for den enkelte læge/praksis at kommentere data om tilgængelighed inden de offentliggøres.

**Vi 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.**

**Vi foreslår, at der afsættes ressourcer til at vurdere tilgængeligheden i almen praksis. Vi vil ligeledes foreslå, at der startes med telefontilgængelighed.**

## **8.2 Praksisudvikling**

Faciliteringsordninger er en god måde at ændre adfærd på. I Danmark har faciliteringsordninger i almen praksis fokuseret på faglighed og ikke på organisationsforhold. Herudover har man erfaring med gensidigt praksisbesøg, som ligeledes kan opfattes som en 1:1 faciliteringsordning. Maturity Matrix er et organisationsudviklingsredskab, der baserer sig på en facilitatorordning, som dermed kunne indgå i allerede eksisterende ordninger.

**Vi foreslår, at der afsættes ressourcer til at foretage en pilotafprøvning og evaluering af praksisorganisationsredskabet Maturity Matrix.**

## **8.3 Akkreditering**

Der pågår aktuelt et europæisk udviklingsarbejde omkring en almen medicinsk akkrediteringsmodel (EPA-projektet). Vi mener, det vil være hensigtsmæssigt at forankre danske initiativer i denne sammenhæng.

Erfaringerne fra EPA pilotundersøgelsen var, at det var nemmere at få praksis til at deltage i akkrediteringsprocessen, hvis formålet var formativ feedback end hvis formålet var ekstern kontrol. Dette formoder vi vil være det samme i Danmark. Derfor bør fokus for en almen praksis akkreditering ligge på udviklingspotentialet i praksis.

**Vi foreslår, at der afsættes ressourcer til at foretage en pilotafprøvning og evaluering af European Practice Assessment i Danmark.**

## 9. Bilag

### 9.1 Artikel fra Practicus

#### Måling af kvalitet i almen praksis

##### Practicus nr. 173 Marts/2005 s36-38

Forholdet mellem læge og patient og mellem lægestand og samfund hviler især på tilliden mellem parterne. Denne er i nogen grad i modstrid med ønsket om at måle og kontrollere kvalitet. I denne artikel vil vi kort beskrive fordele og ulemper ved måling af kvalitet i sundhedsvæsenet og offentliggørelse af resultaterne. Artiklen er skrevet på vegne af kvalitetsdeklarationsgruppen, en arbejdsgruppe i det Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprojekt (DAK). Hensigten er, at gruppens arbejde med at beskrive nationale og internationale erfaringer med kvalitetsmålinger og offentliggørelse af disse, kan danne grundlag for udvikling af en dansk almenmedicinsk kvalitetsdeklaration, som kan indgå på lige fod med andre dele af sundhedsvæsenet i Den Danske Kvalitetsmodel. Gruppen forventes at afslutte sit arbejde i slutningen af marts måned, og arbejdet indgår som baggrund for de kommende overenskomstforhandlinger.

#### Balancen mellem tillid og kontrol

Kolleger i andre lande har taget hul på denne diskussion i almen praksis og har redegjort for, at et centralt spørgsmål er balancen mellem kontrol og tillid. Tillid er en social ressource og fungerer som lim i sociale sammenhænge og som et universelt smøremiddel, der får sociale processer til at fungere. Kontrol er langt mere besværlig og meget dyrere end blind tillid.

Indsamling af data er besværligt, og indikatorer er netop indikatorer og ikke naglefaste målinger af måden, hvorpå vi håndterer arbejdet. Der er ligeledes mange erfaringer, der viser at brug af checklister og kontrol medfører et skift fra en indre styret arbejdsmoral og et engagement til et mere goldt forsøg på at opnå de bedste resultater på de parametre, der kan måles.

Hvorfor så indføre forskellige former for kvalitetskontrol? Der er veldokumenterede og store variationer i kvaliteten af patienthåndteringen på en lang række parametre. En høj grad af tillid kan skjule inkompetence og skabe selvtilfredshed.

Der er ingen tvivl om, at kulturelle forhold spiller en nøglerolle i balancen mellem tillid og kontrol. Der findes lande med en høj grad af tillid, mens andre lande fokuserer mere på kontrol. Politiske initiativer er ligeledes vigtige, ligesom udviklingen i samfundet betyder, at der stilles flere krav til alle dele af samfundet inklusive almen praksis. Men den måske vigtigste

politiske faktor til at ændre graden af tillid til de professionelle i sundhedssektoren er de skandaler, der er sket pga. manglende ekstern monitorering. I almen praksis findes der allerede i dag styringsredskaber, bl.a. i form af overenskomsten. Men også almen praksis vil opleve en stigende opmærksomhed på andre styringsredskaber end dem, vi umiddelbart kender i dag. I det følgende vil nogle af begreberne blive introduceret.

### Praksisdeklaration

Praksisdeklarationer i almen praksis kan defineres som oplysninger om læge og praksis, der er tilgængeligt for offentligheden.

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 har patienterne i dag mulighed for at se en lang række oplysninger om den praktiserende læge og organiseringen af praksis f.eks. lægens køn, fødselsår, om praksis varetager uddannelse af læger samt udbud af elektroniske ydelser som e-mail konsultation.

Praksisdeklarationer kan udvides, således at præstationsmålinger bliver offentliggjort. Herved vil man rent begrebsmæssigt gå fra en praksisdeklaration til en kvalitetsdeklaration.

### Kvalitetsdeklaration

Kvalitetsdeklaration kan defineres som: En erklæring om et produkts eller en ydelses kvalitet. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en beskrivelse af kvalitetsdeklaration i forhold til sygehusene, der har følgende beskrivelse: Kvalitetsdeklarationen er tænkt som et dokument, som i en kortfattet form gengiver nøglekarakteristika af en afdeling eller funktionsbærende enhed i sygehusvæsenet. Deklarationen skal give brugeren og offentligheden et relevant kendskab til afdelingen, dens ydelser og ydelseernes kvalitet, bl.a. af hensyn til muligheden for at træffe informerede valg af behandlingssted. Ligeledes er der et stigende ønske fra sygesikringen om, at dette udvides til også at omfatte almen praksis.

### Understøtte læring i den enkelte praksis

Der er en stigende opmærksomhed på værdien af at se på redskaber til at beskrive praksisorganisationen og dens evne til at tilpasse sig og udvikle en god kultur for kvalitetsudvikling. Hvis praksisdeklarationer skal udvikle sig til kvalitetsdeklarationer, må der nødvendigvis fokuseres på, hvorledes praksisudvikling understøttes bedst muligt.

I Danmark har Peder Olesgaard og Per Grinsted arbejdet med dette aspekt. Der er ligeledes kræfter i gang på at få oversat og valideret et Walisisk værktøj til at vurdere praksisudvikling (Maturity Matrix).

### Akkreditering

Der findes forskellige definitioner på akkreditering. Ifølge den australske definition er akkreditering en officiel blåstempling af en praksis. Det beskriver en frivillig, men formel proces, der indeholder flere elementer: Selvvurderinger samt ekstern og uafhængig vurdering af ligesindet.

Akkreditering vurderer den " målte " opfyldelse eller evne til at opfylde på forhånd fastsatte standarder, som praktiserende læger og andre grupper med aktier i projektet har fastsat. Resultatet kan indeholde anbefalinger for CME af sikkerhed og kvalitet i praksis. Det ligger implicit i akkreditering, at strukturelle aspekter er af stor betydning af patientbehandlingens kvalitet.

### Begrundelser for akkreditering

Der kan være mindst fem grunde til at foretage en praksis akkreditering: Kvalitets kontrol. At beskytte patienternes sikkerhed og møde de krav, der er til øget åbenhed og ansvarlighed overfor patienter og skattebetalere  
Regulering

Kvalitetsudvikling

Information mhp. sammenligning mellem praksis

Marketing. Praksis kan markedsføre sig på at være akkrediteret.

De enkelte punkter kan have indbyggede modsætningsforhold, idet kontroldelene kan være hæmmende for kvalitetsudviklingsdelene. Skal der i denne sammenhæng nævnes en Europæisk model for akkreditering, er European Practice Assessment (EPA) modellen et godt eksempel.

### Perspektiver

Hensigten med arbejdsgruppens arbejde er at danne et grundlag for udvikling af en dansk almenmedicinsk kvalitetsdeklaration. Vi vil afslutte vores arbejde ultimo marts, og det er meningen, at gruppens arbejde skal indgå i den samlede afsluttende rapport fra DAK-projektet. Gruppens arbejde viser, at der er behov for yderligere viden og behov for afprøvninger af forskellige værktøjer.

Gruppens arbejde bør være et konstruktivt indlæg i den løbende diskussion af spørgsmålet mellem ændringer drevet frem af et eksternt pres f.eks. fra sygesikringen og ændringer drevet frem af en intern motivation hos lægerne. Der er ingen tvivl om, at det er vigtigt at få alle parter involverede i denne proces. Derfor skal spørgsmålet om, hvilke data, der skal være helt eller delvist offentligt tilgængelige, være afklaret mellem de relevante parter således, at disse tiltag opleves som tillidsskabende mellem de praktiserende læger, politikerne og patienterne. Yderligere oplysninger om gruppen kan findes på CKI's hjemmeside:

[www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk](http://www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk)

*Frans Boch Waldorff*

*fbw@dadlnet.dk*

*Tina Eriksson*

*eriksson@dadlnet.dk*

## 9.2 Pubmed søgninger

Der er foretaget tre separate søgninger i Pub Med:

### **Søgning 1. Praksisdeklarationer**

MH - Disclosure

MH - Quality of Health Care

### **Søgning 2. Akkreditering**

MH - Accreditation

MH - Family Practice/\*organization & administration

MH - Standards

### **Søgning 3. - Praksisudvikling – hvorledes understøttes læring i den enkelte praksis**

MH - Practice Management, Medical/\*organization & administration

MH - Family Practice/\*organization & administration

MH - \*Organizational Objectives

MH - Patient Care Team

MH - Quality of Health Care

## 10. Litteraturliste

- (1) Udvalget for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet . Sundhedsstyrelsen, 2000.
- (2) Debatoplæg - Et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet , 2005.
- (3) Udvalget for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet . Sundhedsstyrelsen, 2000.
- (4) Sundhedspolitisk redegørelse 2001. København: Sundhedsministeriet, 2001.
- (5) Kvalitetsdeklarationer – et pilotprojekt for otte sygehusafdelinger. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
- (6) Første afrapportering fra arbejdsgruppen vedr. offentliggørelse og formidling af informationer om kvaliteten i sygehusvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
- (7) Mannion R, Goddard M. Performance measurement and improvement in health care. Appl Health Econ Health Policy 2002; 1(1):13-23.
- (8) Marshall M. The publication of performance data in the National Health Service - A review of the implications for policy and practice. 2003. Office for Information on Health Care Performance.  
Ref Type: Internet Communication
- (9) Internationale erfaringer med præstationsmålinger og offentliggørelse af præstationsdata. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2003.
- (10) Internationale erfaringer med præstationsmålinger og offentliggørelse af præstationsdata. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2003.
- (11) Sundhedsvæsentets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren , 2003.
- (12) Udvalget for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet . Sundhedsstyrelsen, 2000.
- (13) Rapport vedrørende tilgængelighed. København: Praktiserende Lægers Organisation, 1998.
- (14) Undersøgelse af borgernes tilfredshed med den offentlige sektor. København: Københavns Kommune, 2005.

- (15) Rapport vedrørende tilgængelighed. København: Praktiserende Lægers Organisation, 1998.
- (16) Undersøgelse af borgernes tilfredshed med den offentlige sektor. København: Københavns Kommune, 2005.
- (17) Rapport fra arbejdsgruppen vedr. differentieret ventetid i H:S skadestuer . København: H:S Direktionen, 2003.
- (18) Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract* 1999; 16(1):4-11.
- (19) Mainz J, Vedsted P, Lauritzen T. [How do general practitioners prioritize various aspects of medical care?]. *Ugeskr Laeger* 2003; 165(48):4653-4657.
- (20) Sandvik H, Hunskar S. [Telephone accessibility in general practices]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; 125(2):182-185.
- (21) Genombrott II- att korta köer och väntetider till och inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Landstingsförbundet, 1999.
- (22) Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(2):111-118.
- (23) Davies HT, Nutley SM. Developing learning organisations in the new NHS. *BMJ* 2000; 320(7240):998-1001.
- (24) Wilkin D, Gillam S, Smith K. Tackling organisational change in the new NHS. *BMJ* 2001; 322(7300):1464-1467.
- (25) Garside P. Organisational context for quality: lessons from the fields of organisational development and change management. *Qual Health Care* 1998; 7 Suppl:S8-15.
- (26) Moss F, Garside P, Dawson S. Organisational change: the key to quality improvement. *Qual Health Care* 1998; 7 Suppl:S1-S2.
- (27) Munck A, Gilså Hansen D. RECEPTEN – en audit om praksispersonalets medvirken ved ordination af lægemidler i almen praksis. Odense: Audit Projekt Odense, 2004.
- (28) Eriksson T, Toft B, Damsgaard J, Gilså Hansen D, Bro F, Munck A. "Recepten". Idehæfte til opfølgingsaktiviteter. Odense: Audit Projekt Odense, 2004.

- (29) Elwyn G, Rhydderch M, Edwards A, Hutchings H, Marshall M, Myres P et al. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(4):287-294.
- (30) Elwyn G, Rhydderch M, Edwards A, Hutchings H, Marshall M, Myres P et al. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(4):287-294.
- (31) Buetow SA, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(2):129-135.
- (32) Buetow SA, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(2):129-135.
- (33) Griffith JR, Knutzen SR, Alexander JA. Structural versus outcomes measures in hospitals: a comparison of Joint Commission and Medicare outcomes scores in hospitals. *Qual Manag Health Care* 2002; 10(2):29-38.
- (34) Sundhedsvæsentets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren , 2003.
- (35) Buetow SA, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(2):129-135.
- (36) Heidemann EG. The ALPHA program. Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation. *Int J Qual Health Care* 1999; 11(4):275-277.
- (37) Uwe Jansen. Kvalitetsudvikling i almen praksis i Sønderjylland. Et akkrediteringsprojekt 2001 - 2004. Aabenraa: Sønderjyllands Amt, 2005.
- (38) Jansen U. Akkreditering af almen praksis - utopi eller virkelighed? *Praktikus marts*[2], 38-40. 2005.
- Ref Type: Journal (Full)
- (39) Quality Management in Primary Care. Berlin: Bertelsmann Stiftung, 2004.