



Kvalitet i almen praksis formes af kernekompetencerne

Kvalitet i almen praksis er tæt knyttet til faglig prioritering, klinisk skøn, relation, kontinuitet og evnen til at skabe sammenhæng i ofte komplekse patientforløb. Netop disse kernekompetencer blev drøftet som dimensioner af kvalitet på DSAM's repræsentantskabsmøde den 14. marts 2026.

Formålet var at klæde os alle bedre på til at deltage i dialogen om kvalitet, når vi møder samarbejdspartnere, politikere, kolleger og andre. Drøftelserne på mødet kredsede om syv centrale temaer (se boks). I det følgende vil vi redegøre for nogle af de faktorer, vi lægger særlig vægt på i kvalitetsarbejdet.

Tid til kvalitet

En grundlæggende faktor for kvalitet er, at der er tid nok til at udføre opgaven med omhu. Vores svenske kollega Minna Johansson har sammen med kollegaer undersøgt, hvor meget tid

en læge i England skulle bruge for at leve op til alle de forebyggende tiltag, som de kliniske retningslinjer i England indeholder. Resultatet var 27 timer i døgnet.

For at gøre denne arbejdsopgave håndterlig har de benævnt den "Time needed to treat" (TNT). Begrebet kan benyttes til at forstå, hvor meget tid man rent faktisk skal bruge på en opgave, hvis retningslinjerne skal følges. Det kan også bruges til at vurdere nye opgaver, der ønskes flyttet til almen praksis.

Minna Johansson har med gode kollegaer oprettet "Global Center for Sustainable Health", der arbejder med en bæredygtig tilgang til patientbehandling.

Ikke alt kan måles

Det er vigtigt at holde sig for øje, at kvalitet ikke ensidigt kan måles med data. Det er ikke alt, man kan måle på, der giver kvalitet – og det er ikke al kvalitet, der kan måles!

Kvalitet er også det, vi vælger ikke at gøre. Da vi på repræsentantskabsmødet diskuterede TNT, opfandt Benny Ehrenreich begrebet "Time needed not to treat" (TNNT). Det er ment som et mål for, at det også tager tid ikke at ordinere, ikke at henvise, dvs. at undlade at overudrede og overbehandle. Det tager kortere tid at lave en henvisning end at tale med patienten om, hvorfor det fagligt set ikke er en god idé, samtidig med at patienten ikke skal føle sig afvist men føle sig trygt behandlet uden unødigt brug af resourcer.

Data giver ikke altid bedre behandling

Fra politisk side er der gennemgående et stort ønske om at basere kvalitetsarbejde på data. I et datadrevet sundhedsvæsen forestiller man sig, at man enkelt kan styre og kontrollere aktivitet.

Data kan fejlagtigt fremstå som en indiskutabel valid størrelse. Det er dog

”

Det er ikke alt, man kan måle på, der giver kvalitet – og det er ikke al kvalitet, der kan måles!

ofte et problem, at data, der fremstår enkle og rene, ikke er valide og ikke afdækker nuancerne ved patientbehandlingen. Det vil sige, at hvis man alene forholder sig til data i kvalitet, risikerer man, at man ikke kommer tættere på bedre patientbehandling.

Databaseret kvalitetsarbejde kan desuden, hvis det kombineres med øget datadeling, rumme både muligheder og risici. Under uhensigtsmæssig politisk styring kan data endda kompromittere patientsikkerheden.

DSAM ønsker, at patienterne har fuld kontrol over deres personlige sundhedsdata, så de ved PRO-skemaer, deling af journalnotater og laboratoriedata nemt og enkelt kan give samtykke til, om deres data må deles og med hvem.

Kvalitetstiltag bør bygge på evidens

DSAM mener, at kvalitetsarbejde bør tage udgangspunkt i evidens og bidrage til forbedret patientsikkerhed. Ideelt baseres kvalitetsudvikling på forskningsresultater, men det må ikke – heller ikke indirekte gennem øget tidsforbrug – kompromittere patientsikkerheden.

Det er væsentligt at skelne mellem kvalitetstiltag, der bygger på solid evidens, og tiltag, der fremstår som kvalitetsforbedringer uden dokumenteret effekt.

Som eksempel kan nævnes den nye sundhedsreform, hvor der bliver sat meget i gang for at reducere ulighed i sundhed. Men disse kvalitetstiltag iværksættes for en stor del uden bagvedliggende evidens. Der er også en risiko for, at elementer i pakkeforløbene for kronisk sygdom og pakken for kræftopfølgning ikke bygger på evidens og derved utilsigtet kan undergrave den oprindelige intention med dem ved at

flytte tid fra patientkontakt til dataindsamling, patientsortering og administrative indkaldelser.

Nationale kvalitetstiltag bør derfor være evidensbaserede. Nye initiativer bør ledsages af forskning, hvor effekten dokumenteres, før de implementeres bredt, ligesom nye tiltag bør evalueres for at afklare, om de ønskede effekter blev opnået.

Kvalitetsudvikling på flere niveauer

Med sundhedsreformen er der introduceret nye institutioner: Fagligt Råd og Sundhedsråd. I Fagligt Råd kommer DSAM og PLO til at sidde med to repræsentanter hver.

Noget tyder på, at der med Fagligt Råd kan komme en samlet overordnet plan for forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Det kan måske lette koordineringen af kvalitetsudvikling. Det er dog vigtigt, at kvalitetsudviklingstiltag fortsat kan komme nedefra og opstå ude i klinikken. Vi har brug for national samtænkning og koordinering, men også frihed og tid til at arbejde med de udviklingsprojekter, som er meningsfulde og givende for den enkelte praksis. Kvalitetsudvikling kan udgøre mange forskellige slags tiltag på flere niveauer.

Det er påvist, bl.a. i et systematisk review fra 2016, at øget arbejdsglæde øger patientsikkerheden. Erfaringer viser også, at fælles kvalitetsprojekter ofte øger både arbejdsglæden og trivslen i klinikkerne. Et væsentligt kvalitetsperspektiv er også, at bedre rammer for at udfolde sin faglige kunnen fører til bedre kvalitet i patientbehandlingen.

Vi håber, at sundhedsreformens udmøntning kan skabe gode rammer, der underbygger disse mål. ●

CENTRALE POINTER OM KVALITET VED DSAM'S REPRÆSENTANTSKABSMØDE

- 1. Det diagnostiske arbejde i det uafklarede skal synliggøres**
En væsentlig del af kvaliteten er ofte usynlig i de nuværende måder at måle og opgøre kvalitet på.
- 2. Kvalitet er også det, vi vælger ikke at gøre**
Fagligt begrundet tilbageholdenhed er en kernekompetence i almen medicin.
- 3. Lægers og klinikers trivsel er en forudsætning for kvalitet**
Tid til faglig refleksion, kollegial sparring og realistiske rammer er forudsætninger for god kvalitet.
- 4. Kompleksitet skal forstås rigtigt**
Et biopsykosocialt perspektiv afdækker kompleksitet bedre end antallet af diagnoser.
- 5. Relevant visitation er vigtigere end maksimal tilgængelighed**
Kvalitet er ikke nødvendigvis en tid hurtigst muligt. Klog visitation og prioritering er vigtigere.
- 6. Tovholderrollen og det tværsektorielle overblik er en vigtig del af almen praksis' kvalitet**
Tovholderfunktionen forudsætter reelt mandat, samarbejde og velvillighed i det øvrige sundhedsvæsen.
- 7. Data skal understøtte læring – ikke reducere kvalitet til kontrol**
Mål det væsentlige og anvend data klogt med blik for validitet, kontekst og formål.