

Kronisk sygdom og kvalitetssikring i almen praksis

Janus Laust Thomsen, Henrik Schroll, Lars Rytter & Søren Friberg

Almen praksis spiller med tovholderfunktionen en central rolle i den samlede omsorg for patienter med kroniske sygdomme og tilstande [1, 2]. Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer vedrørende kronisk sygdom lægger op til en populationsbaseret indsats med tidligere opsporing af kronisk sygdom og en bedre opgavefordeling mellem aktørerne i sundhedsvæsenet [2, 3]. Dette kræver klinisk relevante data om patienterne og behandlingsforløbene. Størstedelen af patienterne med kroniske sygdomme følges i almen praksis. Almen praksis bliver dermed omdrejningspunktet for kronikerindsatsen. Vi har i almen praksis med datafangst og International Classification of Primary Care-diagnosekodning samt med en central opsamling af data og strukturerede tilbagemeldingsrapporter forudsætningerne for god databaseret kvalitetssikring, beslutningsstøtte og forskning.

Datafangstmodulet er et it-værktøj, der automatisk og systematisk opsamler data fra elektroniske patientjournaler (EPJ) i almen praksis (www.dak-e.dk). Informationerne fra datafangstmodulet sendes til Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD). Ved udgangen af november 2010 var der 647 læger tilmeldt datafangstmodulet. I DAMD er der samlet registreret 780.653 patienter, og heraf bl.a. 21.733 patienter (2,8%) med diabetes.

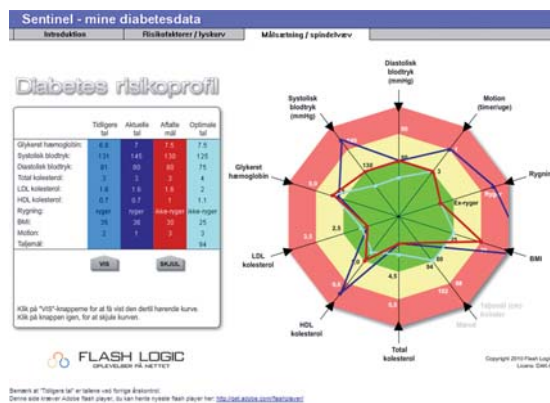
Praktiserende læger kan via deres professionelle digitale signatur online på www.sundhed.dk se data på »egne« kroniske patienter. Der er ligeledes mulighed for anonymiseret benchmarking på kommunalt, regionalt og nationalt niveau. Det er en forudsætning for hele kvalitetsarbejdet, at data har en god kvalitet, og at rapporterne umiddelbart præsenteres meningsfuldt og kan sorteres i rangstilling med fokus på de mest syge. Herved kan de umiddelbart anvendes i kvalitetsarbejdet i egen praksis [4]. Det er vigtigt med ejerskab til data, da det er det konkrete arbejde i egen klinik, som forbedrer kvaliteten.

Patienter med diabetes mellitus (DM) har siden august 2010 haft mulighed for på en overskuelig og pædagogisk måde via www.sundhed.dk at se egne data fra DAMD (Figur 1), hvilket inviterer til gensidigt målsætningsarbejde mellem patienter og almen praksis. Patientdata og målsætninger er interaktive via EPJ.

Samtidig sker der fra DAMD automatisk indrapportering af udvalgte DM-indikatorer fra almen prak-

FIGUR 1

Eksempel på egne data for en patient med diabetes. Data kan bruges i samarbejdet mellem patient og praktiserende læge med henblik på bedre kontrol af sygdommen.



STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for Almen Medicin

sis til det Nationale Indikator Projekt og det samme sker fra sygehusvæsenet. Hermed har vi for første gang klinisk relevante tværsektorielle data, der kan bruges i et populationsperspektiv til at vurdere den bedst mulige behandling og det bedst mulige behandlingssted ud fra stratificeringsovervejelser. Der er åbnet for muligheden for nye samarbejdsformer mellem primær- og sekundærsektoren [5], hvilket også gælder i samarbejdet med kommunerne, når der skal planlægges sundhedsindsatser i nærområdet. De tværsektorielle data danner samtidig for første gang basis for målrettet databaseret tværsektoriel efteruddannelse.

KORRESPONDANCE: Janus Laust Thomsen, J.B. Winsløvs Vej 9A, 5000 Odense C. E-mail: jlaust@health.sdu.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Wulff C, Søndergaard J, Olesen F et al. Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter. Ugeskr Læger 2010;172:801-4.
2. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – generisk model og Forløbsprogram for diabetes. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
3. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
4. Rytter L, Plesner JE. Kvalitetsudvikling i almen praksis med udgangspunkt i tal fra datafangst. Månedsskr Prakt Lægegern 2010;88:750.
5. Rytter L, Borch-Johnsen K, Qvist P. Tværsektoriel organisering af diabetesbehandlingen. Ugeskr Læger 2008;170:1803.