

Tolkning af kvalitetsindikatorer er svær

LEDER

Thomas Drivsholm

Ugeskr læger
2014;176:V65491

I de kommende år vil vi i dansk almen praksis (forhåbentligt) blive oversvømmet med mål for behandlingskvalitet. Vi er i gang med en udvikling, hvor vi gradvist øger vores registreringer af kvalitetsindikatorer i den almenmedicinske database (DAMD). Indtil vi herved får belyst behandlingskvaliteten, må vi affinde os med en mere traditionel og mindre komplet tilgang: stikprøven.

Søren Tang Knudsen *et al* har i dette nummer af Ugeskrift for Læger i et industrisponsoreret studium kigget på behandlingskvaliteten af en stikprøve af patienter med type 2-diabetes i dansk almen praksis. Fokus er den farmakologiske behandling af hypertension og forhøjede plasmalipider.

Resultaterne blandt de 2.057 undersøgte patienter med diabetes viste i gennemsnitlig et blodtryk på 133/78 mmHg og et lavdensitetslipoprotein (LDL)-niveau på 2,2 mmol/l. Rundt regnet havde halvdelen af patienterne et blodtryk svarende til det, der i de kliniske vejledninger angives som det »ideelle« mål ($\leq 130/80$ mmHg), mens to tredjedele havde et »ideelt« LDL-niveau ($\leq 2,5$ mmol/l).

Forfatterne tolker data som følger: Der synes at være problemer med at nå behandlingsmålene, og »kun« halvdelen, henholdsvis to tredjedele, af patienterne har et tilfredsstillende BT- og LDL-niveau. I opsummeringen vælger forfatterne et relativt hårdt ordvalg: »den ringere kontrol af BT end LDL ...«.

Berettigelsen i denne tolkning af data kan diskuteres. Ovenstående data kunne reelt ligeledes udtrykkes på følgende måde: »9% af den samlede diabetespopulation (189/2.057) var ikke i antihypertensiv farmakologisk behandling og opfyldte ikke behandlingsmålene. Denne gruppe af ubehandlede patienter synes dog på alle målte parametre at være mindre syge end de behandlede patienter, og deres gennemsnitlige blodtryk lå kun marginalt over de p.t. gældende behandlingsmål. Vi har i vores analyser desuden ikke haft mulighed for at se på forklaringer på, hvorfor den farmakologiske behandling ikke gives, f.eks. om der er tale om et bevidst fravalg fra patient og/eller læge pga. høj alder eller mere påtrængende konkurrerende somatiske eller psykiske problemstillinger«.

Ovenstående udsagn og forfatternes er ligeværdige på baggrund af resultaterne, men tolkningen vil utvivlsomt blive opfattet meget forskelligt af læseren! Indikerer stikprøven reelt ikke en imponerende god behandlingskvalitet? I øvrigt ligner stikprøvens resultater i store træk de aktuelle nationale data fra

DAMD. Har vi på dette behandlingsområde en decideret fremragende behandlingskvalitet i dansk almen praksis?

Selvfølgelig kan og skal behandlingskvalitet diskuteres. Kun herved bliver vi klogere på, om behandlingskvaliteten kan optimeres, og hvordan dette bedst effektueres. I artiklen er den skitserede løsningsmodel yderligere farmakologisk behandling. Med en stikprøve kan man dog aldrig udsige noget om årsagssammenhænge, og hvorvidt forfatternes gæt på, at en intensiveret farmakologisk behandling er vejen til målet er – om end mulig – dog ganske usikker. Tolkningen dækker potentielt over et forsimplet verdensbillede, hvor der ensidigt fokuseres på biomedicin og opnåelsen af behandlingsmål i de kliniske vejledninger. Ofte er psykosociale komponenter, komorbiditet, lav medicinadhærens og nedsat egenomsorg begrænsende faktorer for opnåelsen af de behandlingsmål, som afstikkes i vejledningerne. Behandlingsmål i kliniske vejledninger er ikke faciliteter, nærmere pejlemærker i en samlet klinisk vurdering af den enkelte patient og det muliges kunst.

Tolkninger af kvalitetsindikatorer er en øvelse, som ofte er ganske svær. En fare ved en forsimplet fortolkning er, at kolleger i almen praksis efterlades med et fejlagtigt billede af, at deres arbejde ikke gøres godt nok. Lad os holde fast i, at kvalitetsindikatorer først og fremmest skal bruges til at skabe refleksion over egen behandlingskvalitet mhp. målrettet at forbedre behandlingskvaliteten for patienterne. Det er altafgørende, at der ikke skabes en stemning af kontrol og pegen fingre. Lad os se at komme videre med det systematiske arbejde med at bruge kvalitetsmålinger.

KORRESPONDANCE:

Thomas Drivsholm,
Afdeling for Almen Medicin,
Institut for Folkesundheds-
videnskab, Det Sundheds-
videnskabelige Fakultet, CSS,
Københavns Universitet,
Øster Farimagsgade 5,
1014 København K. E-mail:
thdrivs@sund.ku.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular
er tilgængelig sammen med
lederen på Ugeskriftet.dk