

- interleukin-1 receptor antagonist) in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;46:2838-46.
15. Jiang Y, Genant HK, Watt I et al. A multicenter double-blind, dose-ranging, randomized, placebo-controlled study of recombinant human interleukin-1 receptor antagonist in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000;43:1001-9.
 16. Furst DE, Breedveld FC, Kalden JR et al. Consensus statement. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatoid arthritis and other rheumatic diseases (May 2002). *Ann Rheum Dis* 2002;61 (suppl II):ii2-ii7.
 17. Schiff MH. Role of interleukin 1 and interleukin 1 receptor antagonist in the medication of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2000;59(suppl 1): 1103-8.
 18. Dayer JM, Bresnihan B. Targeting interleukin-1 in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;46:574-8.
 19. Hallegua DS, Weisman MH. Potential therapeutic uses of interleukin 1 receptor antagonists in human diseases. *Ann Rheum Dis* 2002;61:960-7.

Effekten af gentagne målinger af generelle kvalitetsindikatorer

Sygeplejerske Lisbeth Rasmussen,
cand.scient.san. Birgitte Bonnevie & Peter Qvist

Resumé

Introduktion: I projektet Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) har man siden 2000 arbejdet med udvikling af generelle sundhedsfaglige standarder og tilhørende indikatorer. Sidstnævnte har dannet baggrund for to landsdækkende tværsnitsundersøgelser gennemført ved årsskiftet 2000/2001 og ved årsskiftet 2001/2002. Undersøgelsernes formål har været at belyse og følge kvaliteten på landets medicinske afdelinger i forhold til DGMA's standarder.

Materiale og metoder: For hvert sengeafsnit registreredes journalførte data fra 50 konsekutivt valgte akutte medicinske indlæggelser fra oktober 2000 og oktober 2001. Dataindsamlingen blev gennemført af erfarent personale efter grundig vejledning. Der blev anvendt pilotafprøvede validerede registreringsskemaer til elektronisk indtastning. Afsnitsvise resultater blev fremvist i anonymiseret form via internettet. Efter de to undersøgelser blev der gennemført interview med afdelingsledelser, med henblik på beskrivelse af *best practice* og efterfølgende udsendelse af ide-katalog.

Resultater: I de to undersøgelser deltog 79 henholdsvis 82 sengeafsnit. Ved en sammenligning af resultater fra de 70 afsnit, der deltog i begge undersøgelser sås signifikante forbedringer for næsten alle målte variable. Et signifikant fald sås kun for dokumenteret skøn over indlæggelsesvarighed. Fyrrer afsnit havde en signifikant forbedring på mindst en indikator fra første til anden undersøgelse. Ved opfølgende interview klarlagde man, at 89% af disse afsnit havde gennemført målrettede kvalitetsforbedrende tiltag på baggrund af resultaterne.

Diskussion: Vurderet ud fra de målte indikatorer er der sket et kvalitetsløft inden for hovedparten af de belyste temaer. Gentagne målinger af generelle kvalitetsindikatorer med synliggørelse af resultater og mulighed for benchmarking ser ud til at være et brugbart middel til kvalitetsudvikling.

Registrering af indikatorer til belysning af organisatorisk og faglig kvalitet har gennem de seneste år vundet stor udbredelse internationalt [1]. Udvikling af indikatorer er oftest sket på foranledning af akkrediteringsselskaber, og indikatormåling anvendes som mere eller mindre obligatorisk supplement til den evaluering, der foregår i forbindelse med akkreditering af sygehuse [2, 3].

I Danmark har udvikling af indikatorer især fundet sted i de to landsdækkende kvalitetsprojekter Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) og Det Nationale Indikatorprojekt (NIP). Mens man i sidstnævnte arbejder med sygdomsspecifikke indikatorer, er der i DGMA udviklet indikatorer for generel organisatorisk og faglig kvalitet med fokus på tværsektorielle patientforløb. Disse såkaldte generiske indikatorer har til formål at belyse kvaliteten i forhold til de generelle kvalitetsmål, der er specificerede i DGMA's standarder [4].

Ved årsskiftet 2000/2001 gennemførtes den første registrering af udvalgte indikatorer på en stor del af landets medicinske afdelinger. Undersøgelsen blev gennemført som en tværsnitsundersøgelse (TVU I) og er tidligere beskrevet i Ugeskrift for Læger [5]. Tværsnitsundersøgelsen blev ved årsskiftet 2001/2002 gentaget (TVU II) med deltagelse af størstedelen af de afdelinger, der medvirkede ved den første måling.

Formålet med denne artikel er at sammenholde resultaterne af de to tværsnitsundersøgelser og diskutere anvendeligheden af gentagne generiske indikatormålinger til evaluering og forbedring af organisatorisk og faglig kvalitet.

Materiale og metoder

Tværsnitsundersøgelser

For en detaljeret beskrivelse af design, validering af metode, praktisk gennemførelse og statistisk bearbejdelse af data fra

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

tværnsnitsundersøgelserne henvises til en tidligere publiceret artikel [5]. I forhold til TVU I gennemførtes TVU II uændret på følgende punkter: 1) afsnitsvis registrering af udvalgte kvalitetsindikatorer fra 50 konsekutivt valgte akutte medicinske indlæggelser fra oktober måned, 2) overvejende elektronisk indtastning direkte til DGMA's database ved brug af valideret registreringskema, 3) dataregistrering ved erfaren læge og sygeplejerske efter mundtlig og skriftlig vejledning, 4) identiske indikatorer i de to undersøgelser for temaerne planlægning af indlæggelsesforløb, patientinformation, medicinering og genindlæggelser, og 5) frivillig deltagelse (et eller flere sengeafsnit pr. afdeling). Resultaterne blev opgjort separat for hvert afsnit.

I modsætning til TVU I registrerede man i TVU II indikatorer til belysning af kvaliteten af udskrivelsen, herunder epikriseventetid og epikriseindhold. Til gengæld udgik indikatorer vedrørende kliniske retningslinjer og interne ventetider. Pga. ændringer i registreringskemaet blev der forud for dataindsamling gennemført pilotafprøvning og interobservatørvariationsundersøgelse ved dobbeltregistrering af 50 patientjournaler. Sidstnævnte viste en overensstemmelse på gennemsnitlig 84,2% (64-98%) for de valgte indikatorer.

Opfølgning af resultater mhp. kvalitetsudvikling

Fra præsentation af resultaterne i anonymiseret form på internettet (www.dgma.dk) i april 2001 havde de deltagende afdelinger seks måneder til at diskutere og eventuelt agere på resultaterne inden gennemførelse af TVU II. Fremvisning af resultaterne gav afdelingerne mulighed for at se egne resultater i forhold til resultaterne fra de øvrige deltagende afdelinger og i forhold til landsgennemsnittet.

I DGMA gennemførte man fem måneder efter TVU II en analyse af de deltagende afsnits resultater fra de to tværnsnitsundersøgelser og udpegede de afsnit, der havde resultater, der lå signifikant over gennemsnittet to år i træk, og afsnit, der havde forbedret deres resultater signifikant mellem de to tværnsnitsundersøgelser.

Efterfølgende blev afdelingsledelserne interviewet med henblik på at få afdækket: 1) mulige årsager til signifikant forbedrede resultater og 2) initiativer, der var igangsat som følge af den første tværnsnitsundersøgelse.

Resultater

I alt 90 medicinske sengeafsnit deltog i TVU II. Af disse opfyldte 82 afsnit betingelsen om, at patienterne skulle være akut indlagte. Ni afdelinger deltog kun i TVU I, 12 afdelinger kun i TVU II. I **Tablet 1** vises karakteristika for de deltagende afdelinger i de to undersøgelser. Sammenligninger af resultater fra de to undersøgelser er foretaget på baggrund af resultater fra de 70 sengeafsnit, der har deltaget i begge undersøgelser. De landsdækkende resultater er gengivet i **Tablet 2** med angivelse af signifikante forbedringer/fald. Enkelte resultater er beskrevet mere detaljeret nedenstående.

Diagnosticering

I alt tre variable blev udvalgt til belysning af forhold vedrørende diagnosticering: 1) anførelse af en eller flere arbejdsdiagnoser senest dag 1, 2) frekvensen af patienter med allerede kendt diagnose og 3) overensstemmelse mellem aktionsdiagnosen og en af arbejdsdiagnoserne efter eksklusion af patienter med allerede kendt diagnose. For sidstnævnte fandtes i TVU II overensstemmelse hos $79,4\% \pm 1,3\%$ på landsplan (afsnitsvis variation: 55-100%). Sammenlignet med ved TVU I sås en stigning på $3,5\%$ (1,5-5,5%).

Tablet 1. Karakteristika for deltagende afdelinger og patientpopulation.

		Karakteristika
År		2002
Hospitaller/sygehuse	Antal	47
Medicinske afdelinger	Antal	58
Medicinske sengeafsnit	Antal	82
Specialefordeling (mindst halvdelen af patienterne har diagnoser inden for specialet)	Almen intern medicinske sengeafsnit	39
	Kardiologi	16
	Lungemedicin	10
	Endokrinologi	6
	Medicinsk gastroenterologi	4
	Apopleksiafsnit	2
	Geriatrici	2
	Reumatologi	2
	Hæmatologi	1
Journalmateriale	Antal journaler pr. sengeafsnit	50 (38-49)
	I alt	4.068
Kønsfordeling	Kvinder	53,7%
	Mænd	46,3%
Aldersvariation	År	10-103
Afdelinger med akut modtageafsnit	Heldøgn	34
	Deldøgn	1
Sengeafsnit med ét medicinordinationsskema		53 (65%)
Sengeafsnit med fælles journal for læger og sygeplejersker		5
Sengeafsnit der anvender elektronisk patientjournal (EPJ)		5

Tablet 2. Landsgennemsnittet for de 70 afsnit, der har deltaget i begge tværnsnitsundersøgelser.

Variabel	Lands-gennemsnit 2001 (%)	Lands-gennemsnit 2002 (%)	Differencen $\pm 95\%$ CI ^a
Diagnosticering	93,9	94,8	0,9 (-0,2-2,0)
Identisk arbejds- og udskrivningsdiagnose	75,9	79,4	3,5 (1,5-5,5)
Ernæringsstilstand beskrevet i journalmaterialet	40,9	45,9	5,0 (2,2-7,2)
Vejning	54,5	60,6	6,1 (3,8-8,4)
Funktionsniveau beskrevet i journalmaterialet	79,0	80,6	1,6 (-0,3-3,5)
Stillingtagen til beskrevne problemstillinger	72,8	75,9	3,1 (0,7-5,5)
Skøn over indlæggelsesvarighed	21,0	17,3	3,7 (1,8-5,6)
Dokumentation af information	32,4	36,2	3,8 (1,5-6,1)
Fuldstændig korrekte medicinordinationer	83,8	85,9	2,1 (1,1-3,1)

a) CI = konfidensinterval (spændvidde).

Planlægning i relation til udvalgte problemstillinger

Kvaliteten af den initiale planlægning (dokumenteret senest dag 1) blev belyst ved registrering af: 1) ordination af smertestillende medikamenter til patienter med smerter, 2) relevant udredning af årsag til temperaturforhøjelse, 3) dokumentation for kostvejledning/diæt for over- og undervægtige patienter og 4) plan for mobilisering af ikkemobile patienter.

En eller flere af disse problemstillinger forekom hos 73% af alle patienter (begge undersøgelser). I TVU I blev der samlet set taget stilling til 72,8% af de beskrevne problemstillinger og 75,9% i TVU II, en stigning på 3,1% (0,7-5,5%).

Patientinformation

Opfyldelse af lovfæstede krav om dokumentation om information givet til patienten om planlagt undersøgelse og behandling blev undersøgt ved registrering af journalførte oplysninger om dette senest dag 2. I TVU II var landsgennemsnittet steget med 3,8% (1,5-6,1%) fra 32,4% til 36,2%. I begge undersøgelser blev der påvist stor afsnitsvis variation: 0-91% i TVU I og 0-100% i TVU II.

Medicinordinationer

I begge undersøgelser blev der registreret fejl og mangler i forbindelse med medicinordination for de tre først ordinerede præparater (n=10.732 vs. n=10.766). Fuldstændig korrekte ordinationer blev defineret som ordinationer, der ikke var fejlbehæftede med hensyn til handelsnavn, administrationsform, dosis eller dosering. Procentdelen af fuldstændig korrekte ordinationer ses i **Fig. 1**. For landsgennemsnittet sås der en mindre, men signifikant stigning på 2,1% (1,1-3,1%).

Som det ses af Tabel 1, anvender man på to tredjedele af de deltagende afsnit ét medicinordinationssystem. I TVU II var andelen af korrekte ordinationer 88% for afsnit med ét ordinationssystem mod 81% for afsnit uden enstrenget ordination (p<0,001). I TVU I var tendensen endnu mere markant (88% vs. 76%).

Opfølgning af resultater

Samtlige afdelingsledelser fra de 70 afsnit blev fem måneder

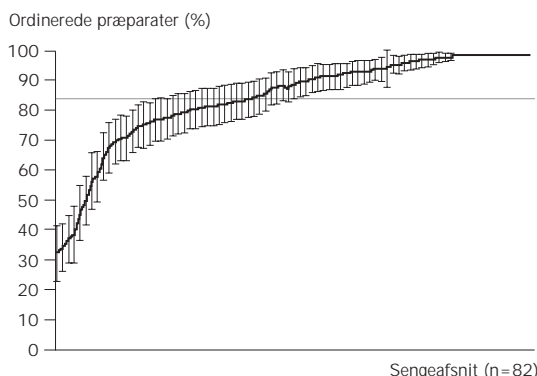


Fig. 1. Hyppigheden af fuldstændig korrekte medicinordinationer.

Tabel 3. Antal afsnit, der på de enkelte indikatorer ligger signifikant over gennemsnittet to år i træk eller har forbedret deres resultat signifikant mellem de to tværsnitsundersøgelser.

	Antal afsnit, der ligger signifikant over gennemsnittet 2 år i træk	Antal afsnit, der har forbedret deres resultat signifikant mellem de to tværsnitsundersøgelser	Antal afsnit interviewet til afklaring af best practice
Diagnostisering	18 (1) ^a	16 (11) ^b	34
Ernæringstilstand beskrevet i journalmateriale	8	12 (5) ^b	20
Vejning	21 (2) ^a	9 (3) ^b	30
Funktionsniveau beskrevet i journalmateriale	14	8 (4) ^b	22
Stillingtagen til beskrevne problemstillinger	2	3 (2) ^b	5
Skøn over indlæggelseslængde	6 (1) ^a	3 (2) ^b	9
Dokumentation af information	9 (3) ^a	10 (4) ^b	19
Fuldstændigt korrekte medicinordinationer	15	14 (11) ^b	29

a) Parenteserne angiver afsnit, der ligger signifikant over gennemsnittet to år i træk, og som samtidig har forbedret deres resultat signifikant mellem de to undersøgelser. Disse er ikke medregnet i højre kolonne.

b) Parenteserne angiver afsnit, der foruden signifikant forbedring af deres resultat fra første til anden tværsnitsundersøgelse har opnået et resultat, der ligger signifikant over gennemsnittet.

efter TVU II spurgt, om de ville deltage i en interviewundersøgelse (i alt 55 afdelingsledelser). I alt 53 afdelingsledelser (eller en repræsentant herfra) fra 67 afsnit deltog. To afdelingsledelser ønskede af resursemæssige årsager ikke at deltage. Interviewene blev foretaget i oktober/november 2002. Telefoninterviewene varede 15-30 min.

For de otte indikatorer, der blev målt i begge tværsnitsundersøgelserne, opnåede 40 ud af de 70 afsnit en signifikant forbedring på mindst en indikator mellem de to undersøgelser (57%). Det antal afsnit, der på de enkelte indikatorer ligger signifikant over gennemsnittet to år i træk eller har forbedret deres resultat signifikant mellem de to tværsnitsundersøgelser, er vist i **Tabel 3**.

Som det fremgår af tabellen, har flest afsnit haft signifikante forbedringer på indikatorer inden for diagnostisering, medicinering, ernæring og patientinformation.

Ud af de 40 afsnit, som har en signifikant forbedring på mindst en indikator mellem de to undersøgelser, har man på 33 afsnit (89%) gennemført en innovation, her forstået som ændrede arbejdsgange, igangsatte projekter, målrettet undervisning etc. på områder, hvor der er påvist signifikante forbedringer mellem de to tværsnitsundersøgelser. På fire afsnit har man ikke gjort noget aktivt og mener, at det forbedrede resultat beror på en tilfældighed. Ledelserne fra de resterende tre afsnit blev ikke interviewet.

Igangsatte initiativer og erfaringer fra afdelinger med gode resultater er beskrevet i et idekatalog, der blev udsendt til de medicinske afdelinger i januar 2003.

Diskussion

Fordele og ulemper ved det undersøgelsesdesign, der er an-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

vendt i DGMA's tværnsnitsundersøgelser, er diskuteret i en tidligere publiceret artikel om TVU I [5]. De anvendte indikatorer er udledt så direkte som muligt fra DGMA's standarder. De fleste indikatorværdier udtrykker således graden af målopfyldelse i relation til en eller flere delstandarder. Dette gælder bl.a. for dokumentation af patientinformation og medicinering. Andre indikatorer belyser mere indirekte mål opfyldelse i forhold til standarder, herunder f.eks. akutte genindlæggelser og overensstemmelse mellem arbejds- og aktionsdiagnose.

Internationalt anvendes indikatormålinger hyppigst til belysning af sygdomsspecifikke kvalitetsmål, og der udvikles til stadighed nye indikator databaser, hvoraf nogle er tilgængelige via internettet [6, 7]. De fleste sygdomsspecifikke indikatorer kræver løbende registrering af indikator data. Da det samtidig er nødvendigt at korrigere sygdomsspecifikke indikatorværdier for prognostiske faktorer [8], vil datamængden og resurseforbruget ved såvel dataindsamling som dataanalyse være større end ved gennemførelse af tværnsnitsundersøgelser som de her beskrevne. Til gengæld viser resultaterne fra tværnsnitsundersøgelserne – med inddragelse af 50 patientforløb en gang om året – et øjebliksbillede og er ikke en fuldstændig fremstilling af alle patientforløb i det pågældende afsnit.

For bedømmelse af anvendeligheden af såvel generiske som sygdomsspecifikke indikatormålinger er det afgørende, i hvor høj grad resultaterne i praksis anvendes til løbende kvalitetsudvikling [9, 10].

De afdelinger, der har deltaget i DGMA's tværnsnitsundersøgelser, har forskellig struktur og patientsammensætning. Vilkaerne for opfyldelse af de beskrevne standarder – og dermed opnåelse af tilfredsstillende indikatorværdier – kan derfor være forskellige fra den ene afdeling til den anden. De generelle standarder beskriver imidlertid en række forhold, som bør tilstræbes opfyldt for alle patienter (korrekt diagnosticering, korrekt medicinering, patientinformation etc.). Det må derfor opfattes som væsentlig information for den enkelte afdeling at kende sit eget niveau for dokumentation af disse ydelser.

Undersøgelser i udlandet af fagpersoners reaktion på resultatet af indikatormålinger har vist betydelig skepsis og ret beskeden anvendelse af resultaterne blandt klinikere [11]. Det er derfor en almindelig opfattelse, at indikatormålinger i sig selv ikke er tilstrækkelige til at stimulere til kvalitetsforbedrende tiltag. De i TVU II påviste signifikante forbedringer på landsplan tyder imidlertid på, at man på nogle afsnit har reageret alene på baggrund af synliggørelse af resultaterne. Alternativt kunne resultaterne afspejle en løbende forbedring af journalføringspraksis uden relation til DGMA's undersøgelser. Den direkte sammenhæng mellem konkrete lokale initiativer og signifikante forbedringer er derfor søgt klarlagt ved den uddybende interviewundersøgelse, der blev foretaget efter TVU II.

I litteraturen findes kun enkelte studier, hvor man har gennemført en national registrering af indikator data som stikprøvetagning fra journalmateriale. *Rudd et al* fandt signifikante

forbedringer for behandling af apopleksipatienter efter 18 måneder. Mellem de to undersøgelser modtog afdelingerne egne resultater, og der blev afholdt regionale workshopper [12]. Tilsvarende erfaringer er opnået ved multicenterundersøgelser i mindre målestok for bl.a. geriatriske patienter [13] og patienter med hoftefraktur [14].

I udlandet peger man i flere studier på, at benchmarking er en velegnet metode til udveksling af erfaringer vedrørende arbejdsprocesser inden for sundhedsvæsenet [15, 16].

Det har været muligt ud fra DGMA's tværnsnitsundersøgelser at identificere afsnit, som i forvejen havde resultater, der var signifikant over landsgennemsnittet, og de afsnit, der havde forbedret deres resultat signifikant mellem de to tværnsnitsundersøgelser. Det har ligeledes været muligt gennem interview med afdelingsledelserne fra disse afsnit, at identificere mulige årsager til signifikante forbedringer.

I benchmarkingprocessen indgår der ofte økonomiske analyser af bl.a. resurseanvendelse, og i flere studier peger man på, at en kombination af økonomisk analyse og kvalitetsindikatorer i benchmarking er at fortrække [15]. Erfaringer fra udlandet viser, at benchmarking i betydeligt omfang kan medvirke til øget produktivitet, reduktion i omkostningsniveauet, større brugertilfredshed og mere tilfredse medarbejdere [17].

Vi har i denne undersøgelse ikke haft fokus på det økonomiske aspekt. Hvorvidt nogle afdelinger har bedre vilkår end andre til at opnå *best practice* er ikke belyst. Dette vil være et væsentligt aspekt at få klarlagt i fremtiden.

Konklusion

Registrering af generiske indikator data ved gentagne tværnsnitsundersøgelser sammenholdt med opfølgende interview er efter foreløbige erfaringer velegnet som basis for kvalitetsudvikling på udvalgte områder. Tværnsnitsundersøgelser kræver relativt få resurser, udpeger lokale indsatsområder og muliggør statistisk holdbar monitorering af virkningen af kvalitetsforbedrende tiltag over tid.

Via telefoninterview med afdelingsledelserne har det været muligt at få identificeret årsager til de gode resultater, og metoden er velegnet til at få beskrevet *best practice* inden for en række væsentlige sundhedsfaglige kerneydelser.

Korrespondance: *Lisbeth Rasmussen*, Den Gode Medicinske Afdeling, Amager Hospital, Hans Bogbinders Allé 3, DK-2300 København S.

Antaget den 26. juni 2003.

H:S Amager Hospital, Den Gode Medicinske Afdeling.

Litteratur

1. McLoughlin V, Leatherman S, Fletcher M et al. Improving performance using indicators. *Int J Qual Health Care* 2001;13:455-62.
2. Braun BI, Koss RG, Loeb JM. Integrating performance measure data into the Joint Commission accreditation process. *Eval Health Prof* 1999;22:283-97.
3. Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. *Int J Qual Health Care* 2000;12:211-6.
4. DGMA. Standarder og indikatorer for det tværsektorielle patientforløb. København: Den Gode Medicinske Afdeling, 2002.

5. Qvist P, Rasmussen L, Bonnevie B et al. Tværnsitsundersøgelse på landets medicinske afdelinger. Ugeskr Læger 2002;164:4669-72.
6. Walder L, Wilmore G. NHS performance indicators: February 2002. Department of Health www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/ jan 2003.
7. The Association of Maryland Hospitals and Health Systems. ORYX/Core Measures www.Qiproject.org/ORYX/Index.asp/ jan 2003.
8. Mainz J, Bartels PD, Lausten S. Det nationale indikatorprojekt til overvågning og forbedring af de faglige kerneydelser. Ugeskr Læger 2001;163:6104-6.
9. Walshe K, Freeman T. Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations. Qual Saf Health Care 2002;11:85-7.
10. Weinberg N. Using performance measures to identify plans of action to improve care. Jt Comm J Qual Improv 2001;12:683-8.
11. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S et al. The public release of performance data: what do we expect to gain? JAMA 2000;283:1866-74.
12. Rudd AG, Lowe P, Rutledge Z et al. National stroke audit: a tool for change? Qual Health Care 2001;10:141-51.
13. Brocklehurst J, Dickinson E, Windsor J. Sequential audits of geriatric care: measuring change in structure and process and the contribution of clinical audit. J R Coll Physicians Lond 1998;32:564-7.
14. Freeman C, Todd C, Camillieri-Ferrante C et al. Quality improvement for patients with hip fracture: experience from a multi-site audit. Qual Saf Health Care 2002;11:239-45.
15. MeKeon T. Benchmarks and performance indicators: two tools for evaluating organizational results and continuous quality improvement efforts. J Nurs Care Qual 1996;10:12-7.
16. Camp RC, Tweet AG. Benchmarking applied to health care. Jt Comm J Qual Improv 1994;20:229-38.
17. Dewan NA, Daniels A, Ziemann G et al. The national outcomes management project: a benchmarking collaborative. J Behav Health Serv Res 2000;27: 431-6.

Praksisvariationen ved diagnosticering og behandling af mænd med nedre urinvejsymptomer blandt alment praktiserende læger i Fyns Amt

Stud.med. Hege Kilander, cand.scient.san. Lene Nøhr-Jensen, MSc Hindrik Vondeling, Gorm Jensen, Per Grinsted & cand.polit. Jan Sørensen

Resumé

Introduktion: Nedre urinvejsgener (*lower urinary tract symptoms*, LUTS) er en af de sygdomme, hvor man i internationale undersøgelser har dokumenteret stor praksisvariation. Formålet med LUTS-projektet var at undersøge alment praktiserende lægers diagnostik og behandling af mænd med LUTS. Endvidere var formålet at belyse, om et spørgeskema giver et andet billede af lægernes rutiner end et interview.

Materiale og metoder: Undersøgelsen var todelt. Den ene del bestod af et interview med 29 (97%) af 30 inviterede alment praktiserende læger i Fyns Amt (ca.10% af det totale antal). Lægerne blev præsenteret for tre standardiserede sygehistorier, der var baseret på forskellige LUTS-symptomer. Den anden del bestod af en spørgeskemaundersøgelse, hvor 242 (86%) af 281 læger i Fyns Amt besvarede et spørgeskema, der var baseret på en sygehistorie som sygehistorie 1 ved interviewet. Sygehistorie 2 og 3 blev kun brugt i interviewundersøgelsen. Sygehistorie 1 repræsenterede en ukompliceret patient, sygehistorie 2 pegede i retning af cancer, og symptomerne i sygehistorie 3 var kompliceret af type 2-diabetes.

Resultater: Af interviewet fremgik det, at der i gennemsnit for hver sygehistorie blev ordineret ca. syv undersøgelser (95% konfidensinterval (CI) 5,9-8,2 undersøgelser). Ud af 22 test blev fem (rektaleksploration, undersøgelse af urin for infektion, undersøgelse af urin for blod, undersøgelse af urin for sukker og S-kreatinin) valgt i alle tre sygehistorier af mindst 50% af lægerne. Seks test (cystoskopi, urinflowundersøgelse, sænkingsreaktion/C-reaktivt

protein, UL-undersøgelse af nyrer, anoskopi og røntgen af thorax) blev valgt af under 10% af lægerne. Beslutningsvariationen med hensyn til behandling var størst i sygehistorie 1. Hovedparten af lægerne ville henvise patienterne i sygehistorie 2 og sygehistorie 3 til et sygehus. Ved spørgeskemaundersøgelsen blev der i gennemsnit brugt 9,9 undersøgelser (95% CI 9,5-10,2), hvilket er signifikant flere end ved interviewundersøgelsen. Der blev ikke bedt om behandlingsforslag.

Diskussion: Blandt de alment praktiserende læger i Fyns Amt er der en klar variation ved både diagnostik og behandling af mænd med LUTS. Størrelsen af variationen er blandt andet afhængig af målingsmetode, men i begge undersøgelserne vises, at den er markant.

Med stigende alder øges hyppigheden af nedre urinvejsgener hos mænd [1]. Der er i de senere år sat mere fokus på diagnostik af denne patientgruppe. Samtidig er der tilkommet nye og mindre invasive behandlingsmuligheder, eksempelvis i form af medicinsk behandling, der kan foregå i egen læges regi [2, 3]. Ønsket om at styrke kvaliteten af diagnosticering og behandling i almen praksis af patienter med nedre urinvejsgener (*lower urinary tract symptoms*, LUTS) og ønsket om at styrke samarbejdet mellem primærsektoren og sygehusvæse-