

Behov for flere komplekse kvalitetsudviklingsprojekter i almen praksis

LEDER

Jens Søndergaard

Ugeskr Læger

2014;176:V66694

Kliniske vejledninger alene fører ikke til bedre kvalitet – uanset hvilke dele af sundhedsvæsenet det drejer sig om [1]. Der må komplekse interventioner til, da effektiv implementering er en kompliceret opgave, der bør omfatte et multiplum af interagerende forskellige metoder baseret på teorier og empiri vedrørende f.eks. læring og adfærdsændring [2]. *Ribe et al* analyserer i septemhernummeret af *Danish Medical Journal* (refereret i dette nummer af *Ugeskrift for Læger* side 1954) praktiserende lægers deltagelse i kvalitetsudviklingskonceptet »kronikerkompasset«, som har til hensigt at understøtte den praktiserende læges tovholderrolle [3]. Målet var, at almen praksis skulle stratificere og agere proaktivt i forhold til patienter med kronisk sygdom. I de deltagende praksisser skulle man implementere mindst et af de regionale kronikerforløbsprogrammer og tilegne sig generelle arbejdsmetoder med henblik på at arbejde videre med implementering af de øvrige forløbsprogrammer. En kerne i projektet var anvendelsen af en database baseret på samkøring af eksisterende registre med henblik på at understøtte kronikerindsatsen ved at identificere og karakterisere patienter med specifikke kroniske lidelser og give de deltagende praksisser datafeedback om status for den enkelte patient.

Deltagelse var frivillig, men på trods af mange andre tilbud om deltagelse i kvalitets- og efteruddannelsesprojekter valgte mere end to tredjedele af de praktiserende læger at deltage i dette projekt. Hvad er læringen? Den store grad af deltagelse i dette store og komplicerede kvalitetsudviklingskoncept indikerer, at praktiserende læger er interesserede i at deltage i kvalitetsudviklingsarbejde, når formålet er at forbedre deres patienters forløb. Det var formentligt attraktivt for lægerne at få information om, præcis hos hvilke patienter der tilsyneladende var behov for at vurdere, om behandlingen skulle optimeres. De informationer, som lægerne modtog herom, var baseret på samkøring af registre til administrative formål, og der kunne derfor være udfordringer vedrørende validiteten af diagnoserne. Lægerne blev dog opfordret til i hvert enkelt tilfælde at validere diagnosen. Fremover vil informationer om enkeltpatienter sendt til de praktiserende læger fra *Dansk Almen Medicinsk Database* med større præcision kunne anvendes som en kerne i kvalitetsudviklingsarbejdet [4]. Et delikat emne er balancen mellem brug af data til kvalitetsudvikling, til forskning og til kontrol af klinisk adfærd

og eventuel økonomi. Meget tyder på, at såfremt de, der indtaster data – typisk lægerne – ikke ser et potentiale for forbedring af deres patienters behandling, men snarere ser det ensidigt som et kontrolinstrument, påvirkes motivationen til at lave konsistent høj-kvalitetskodning til skade for kvalitetsudvikling og forskning [5].

At ikke alle læger valgte at deltage i projektet indikerer, at penge kun er en af mange faktorer, der motiverer for deltagelse i kvalitetsudviklingsprojekter. Man kan være fagligt opdateret på forskellige områder, der kan være forskellige implementeringsmodi i praksis, og strukturen varierer mellem praksisser. De enkelte praksisser er små og meget forskellige enheder og kan hver især ikke forventes selv at forestå alt efteruddannelsesarbejde. Disse forhold bør indtænkes, når der afsættes resurser og udarbejdes strukturer for kvalitetsudviklingstilbud. Endelig skal der tungt forskningsmæssigt fokus på området.

Artiklen er tillige et godt eksempel på det kliniske potentiale ved samkøring af administrative registre. De fremtidige perspektiver er store. Man kunne for eksempel overveje at supplere data fra administrative registre i sundhedsvæsenet med andre datakilder bl.a. vedrørende socioøkonomiske karakteristika og på den måde hjælpe de praktiserende læger med at identificere de sårbare personer, der har behov for en ekstra indsats fra sundhedsvæsenet. Før det sker, må de etiske aspekter ved en så nøje »kortlægning« af den enkelte borger dog nøje overvejes.

LITTERATUR

1. Giguere A, Legare F, Grimshaw J et al. Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD004398.
2. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
3. Ribe AR, Fenger-Grøn M, Vedsted P et al. Several factors influence GP participation in an implementation of a disease management programme. *Dan Med J* 2014;61(9):A4901.
4. Schroll H, Paulsen MS, Skjoldaa L et al. *Dansk Almenmedicinsk Database*. *Ugeskr Læger* 2012;174:2541.
5. Kristensen T, Halling A, Thomsen JL et al. Datafangst fra nyt diagnosesystem kan anvendes både administrativt og sundhedspolitisk. *Ugeskr Læger* 2014;176:380-1.

KORRESPONDANCE:

Jens Søndergaard,
Forskningsenheden for
Almen Praksis,
Syddansk Universitet,
J.B. Winsløvs Vej 9A,
5000 Odense C.
E-mail: jsoendergaard@
health.sdu.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

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