

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2021;183:V205050

Årlig kontrol som kvalitetsmål

Jesper Lykkegaard

Ugeskr Læger 2021;183:V205050

Andelen af patienter, som har fået foretaget årskontrol inden for det seneste år, anvendes i stigende grad som indikator for behandlingskvaliteten af kroniske sygdomme i almen praksis. I et nyt studie fra dansk almen praksis finder Lange et al, at 70% af patienterne med diabetes har fået foretaget en årskontrol, mens dette kun gælder for 48% af patienterne med KOL [1]. Forfatterne konkluderer, at selvom KOL-behandlingen i dansk almen praksis har bevæget sig fra at være hovedsageligt episodisk til at være mere kontinuert, halter behandlingen stadig efter den for diabetes.

Årlig kontrol af kroniske sygdomme i almen praksis sikrer, at behandlingen regelmæssigt opdateres i forhold til patientens tilstand og den nyeste evidens. Desuden giver årskontrollen et udgangspunkt for vurdering af de forværringer og nye symptomer, som måtte tilståde. Der findes forskrifter for årskontrol af en lang række kroniske tilstande, herunder diabetes, KOL, astma, hjerte-kar-sygdomme og risikotilstande, psykiske sygdomme, osteoporose, artrose samt stofskifte- og mavesygdomme. Fælles for disse gælder, at der ved årskontrol skal foretages bestemte objektive undersøgelser, indhentes bestemte oplysninger og afholdes en planlagt konsultation om sygdommen. Årskontrollen bør afholdes, når patienten er i stabil fase og må ikke omhandle udredning eller behandling af nyopståede symptomer eller forværring. Den diagnosekodes og afregnes med en bestemt ydelseskode [2].

Anvendelse af de kodede årskontroller som mål for behandlingskvaliteten er imidlertid problematisk, særligt når man ønsker at sammenligne forskellige tilstande. Behandlingen af enhver kronisk tilstand bør kontrolleres med jævne mellemrum, og generelt øges behandlingskvaliteten i almen praksis med stigende andel af årskontrollerede patienter, men kun op til en bestemt grænse. I et givent år vil forskellige tilstande have forskellige andele af patienter, som ikke behøver årskontrol i almen praksis. Nogle patienter vil have så mild og stabil sygdom, at årlig kontrol er for hyppigt. Flere vil have en lang række af de ovennævnte tilstande, hvorfor en prioritering bliver nødvendig. Nogle vil på tidspunktet for årskontrollen have opblussen af sygdommen eller anden akut sygdom, hvorfor regelret årskontrol hverken er mulig eller hensigtsmæssig. Endelig er en del patienter i forløb på et sygehus eller hos en speciallæge, og da dobbeltkontrol mellem sektorerne indebærer en risiko for misforståelser, udsættes årskontrollen i almen praksis.

Udfordringerne, hvad angår tolkning af procenten af patienter, som har fået årskontrol, er ikke blot kliniske og sektorforløbsmæssige, men også matematiske. Med eksemplet fra ovennævnte artikel [1] kan et tal på 48% årskontrollerede patienter med KOL teoretisk set være udtryk for, at halvdelen af patienterne går til årlig kontrol, og den anden halvdel aldrig kontrolleres, men tallet kan også være udtryk for, at alle patienterne kontrolleres hvert andet år. Der er stor forskel på de to scenarier, hvorfor den årlige andel bør nuanceres, når tilstande ønskes sammenlignet.

Forskelle på, hvor minutiøst sygdomme kodes og journalføres, giver endnu et problem for sammenligning. Hierarkiet mellem kroniske sygdomme i almen praksis gælder nemlig både hvilke sygdomme, som prioriteres til kontrol, og hvilke sygdomme, som diagnosekodes, når der i samme konsultation kontrolleres flere kroniske sygdomme. Ofte kodes kun én sygdom, og det kan være både umuligt og uhensigtsmæssigt at overholde overenskomstaftalen om, at hver sygdom skal have sin egen planlagte konsultation.

I de regionale audit får godt halvdelen af de psykiatriske patienter i almen praksis en årskontrol [3], og det er over dobbelt så sandsynligt, at en patient med diabetes får råd om vægttab og fysisk aktivitet, som at en patient med artrose får det [4]. Mulighederne for sammenligning af almen praksis' kvalitetsdata for forskellige kroniske sygdomme stiger, når der i fremtiden indleveres flere data til Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram, men det kræver betydelige forbehold. Generelt savnes studier af, hvordan og hvor hyppigt almen praksis bør foretage kontrol af de mange kroniske sygdomme.

KORRESPONDANCE: Jesper Lykkegaard, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet. E-mail: jlykkegaard@health.sdu.dk

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

LITTERATUR

1. Lange P, Petersen PW, Gerdes B, Tarnow L. Management of patients with chronic obstructive lung disease, type 2 diabetes and both diseases in primary care in Denmark. *Dan Med J* 2020;67(11):A04200277.
2. Overenskomst om almen praksis, årskontrol (aftalt specifik forebyggelsesindsats): https://www.laeger.dk/sites/default/files/overenskomst_om_almen_praksis_ok18_endelig_udgave.pdf (4. dec 2020).
3. Lykkegaard J, Nielsen MW. Audit om psykofarmaka og årskontroller: Audit Projekt Odense, Syddansk Universitet, 2017. <http://www.apo-danmark.dk/files/pub/5426.pdf> (4. dec 2020).
4. Baumbach L, Roos E, Lykkegaard J et al. Patients with osteoarthritis are least likely to receive lifestyle advice compared with patients with diabetes and hypertension: a national health survey study from Denmark. *Osteoarthritis and Cartilage Open* 2020;2:100067.