



## Hvad kan en praktiserende læge få ud af at anvende datafangstmodulet?

Tekst Jette Maria Elbrønd, praktiserende læge i Lægehuset i Rønnede / j.elbroend@dadlnet.dk

**L**ad det være sagt med det samme: jeg har ikke aktier i DAK-E og Sentinel datafangstmodulet. Men jeg vil gerne beskrive min interesse for værktøjet, fordi det for mig er blevet synonymt med registrering på en meningsfuld, potentielt udviklende og betryggende vis for min praksis på en række områder.

Hverdagen som praktiserende læge ser jeg som utroligt afvekslende og oftest lidt

uforudsigelig i forhold til, hvad dagen vil byde på af emner/sygdomme, problemstillinger og skæbner. Variationen og overraskelsesmomentet, som stiller krav til omstillingsevne og rummelighed, er en stor del af krydderiet på en arbejdsdag. Det vil mange kolleger nok nikke genkendende til.

Som modvægt til den udfordring er der behov for struktur og overblik. Patientens efterspørgsel efter en stærkt indivi-

dualiseret og personlig behandling modsvares af et samtidigt behov for et meget struktureret system, som garanterer høj faglig kvalitet i behandlingen. Det fordrer overblik i patientjournalen, guidelines og ensartede instrukser for håndtering af forskellige sygdomme og situationer i klinikken og for teamsamarbejdet. Det giver endvidere behov for overblik over patientpopulationen i praksis og for vores faktiske håndtering af forskellige



Jette Maria Elbrønd

sygdomme og tilstande. Her tilbyder ICPC-kodning kombineret med både linkmodulet og datafangstmodulet et fornuftigt og stadigt mere sammenhængende koncept.

### Patientcentreret konsultation

Datafangstmodulet er i sit udgangspunkt blevet koblet tæt til omsorgen for patienter med kronisk sygdom, særligt diabetes. Men også KOL er testet og har været særdeles velegnet at arbejde med. Datafangsten og det i laboratoriekortet korresponderende datasæt forudsætter, at de relevante prøver og observationer i henhold til guidelines ligger klar til årskontrollen. De er udfyldt ved en tidligere konsultation hos sygeplejersken. Det er tilfredsstillende at arbejde med patienter med disse sygdomme på et fundament, hvor både patient, læge og sygeplejerske er velforberejede. Parterne er orienterede mod mødet om den bedst mulige behandling. Det muliggør en konsultation, der i høj grad er patientcentreret, drejer sig om patientens kroniske lidelse og har patienten inddraget i beslutningsprocessen, hvor denne er med til at sætte mål fremadrettet for behandlingen.

### Praksisorganisering

Arbejdet med datafangst i almen praksis byder på en god lejlighed til at få set på sin organisering i praksis, dvs. anvendelse af praksispersonale og opbygning af teamfunktionen i praksis. Hvordan deles arbejdet og ansvaret? Hvordan sikres udvekslingen af viden og erfaring? Det kræver tid og omhu, uddannelse af personalet og udvikling af instrukser. Men det giver til gengæld arbejdsglæde, et stolt personale og ved den rette organisering i sidste ende også aflastning og økonomi for den praktiserende læge.

### Pædagogiske statistikker

Datafangstmodulet tilbyder en let tilgængelig feedback og statistik på en ny måde. Vort lægesystem, i lighed med flere andre, muliggør statistik på flere

leder og kanter, men kræver en ret ihærdig indsats for at levere resultater. Med datafangsten kan vi derimod via sundhed.dk nemt gå ind og se på tilbagemeldingerne fra diabetes og KOL, hvor vi får et samlet overblik over population og behandling af vore diabetes- og KOL-patienter i praksis – vel at mærke dem, vi har fundet og fået registreret. Her kan vi se, hvor velbehandlede vore patienter er i forhold til anbefalet standard. Vi kan også se, hvor mange procent af vores patientpopulation vi har registreret som havende diabetes eller KOL, og vi kan holde det op mod det forventede antal. Vi kan på anonym basis sammenligne os med vore nærmeste kolleger i andre praksis, som er tilmeldt datafangsten. Det giver mulighed for kollegial sparring i læringsgrupper, hvis lyst, tid og tillid foreligger, men det kan også blot bruges indadtil i egen praksis. Praksis kan som team – ligesom man gør med den enkelte patient – se på mulige indsatsområder for behandlingsløft fremadrettet. Via sundhed.dk kan vi til enhver tid se en grafisk fremstilling af, hvordan patientdata udvikler sig, og hvordan egen praksis udvikler sig i forhold til registrering for ½ år siden. Vi får et mål for, om indsatsen nytter.

### En nyopgravet skat

Epidemiologisk ligger der desuden en skatkiste til forskning i resultaterne fra almen medicin. Bidragene sendes videre – i anonymiseret form – fra den almenmedicinske database til de sygdomsspecifikke nationale databaser. Jeg finder det i alles interesse, at forskningen får de bedste muligheder for adgang til anonymiserede data.

### Er du bange for big brother?

Hvad truer? Skal man være nervøs for kontrol af de data, almen praksis leverer? Det mener jeg ikke. Vores behandling er ikke perfekt, og det bliver den vel aldrig; så var der heller ikke noget at stræbe efter. Men den er nødven-

digvis heller ikke så dårlig endda – tænk på tidligere diskussioner om, hvorvidt sygehusambulatorier eller almen praksis opnår bedre eller ringere resultater. Essensen er imidlertid, at vi skal kende status på vores behandling for at vide, hvor vi skal sætte ind, og hvordan indsatsen skal prioriteres. Datafangsten er ulykkeligvis knyttet til forløbsydelsen, og man kan som bekendt ikke være tilknyttet datafangst uden at være tilknyttet forløbsydelsen. Det er uheldigt, fordi økonomien i forløbsydelsen har været genstand for kritik og afholdt mange kolleger fra at kunne anvende kvalitetsværktøjet, som datafangsten er. Det dilemma bliver forhåbentlig løst.

### Hvordan kommer vi videre?

Et andet dilemma er, hvordan vi i en travl hverdag får tid, ro og ressourcer til at fordybe os i data og kvalitetsudvikling af praksis. Der har været tale om honorering af patientfri tid i praksis, så læge og personale får honorering for at bruge ekstra ressourcer på kvalitetstiltag. Det ville også være en hjælp til kvalitetsløft, hvis praksis fik hjælp til processen gennem en facilitator på samme måde, som vi kender det på medicinområdet. Ingenting kommer af sig selv, heller ikke implementering af evidenter gode vejledninger eller gode værktøjer. Jeg har håb om, at man vil være villig til at oprette tiltag og bruge ressourcer på almen praksis, så datafangsten for alvor bliver implementeret.