



»Du kan finde ud af, hvad der virker, og hvad henholdsvis lægen og sygeplejersken i praksis er gode til,« siger Søren Friberg. — Foto: Søren Osgood

## Datafangst afslører de dårligste diabetikere

23-04-2010

**Praktiserende læger skal spille en mere aktiv rolle i behandlingen af og kontrollen med diabetikere, så den voksende gruppe lever lige så længe som resten af danskerne. Det mener Søren Friberg, som hjælper lægerne med opgaven via et revolutionerende værktøj: computeren**

Det er lige så banalt, som det lyder. Computeren er hurtigere end mennesket, når det gælder om at organisere store mængder information. Derfor skal den bruges til at indsamle data, der ligger og samler støv ude på de praktiserende lægers servere. Sammen kan computere og læger nemlig evaluere og løfte behandlingsniveauet for en række kroniske sygdomme. Som det er nu, famler den enkelte læge i blinde og mangler statistisk funderet viden om, hvad der virker, og hvad der ikke virker, når patienten dukker op til konsultation. Det mener Søren Friberg, der er chef for DAK-E, Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed. Han vil gøre almen praksis til et sted, der spiller aktivt med i den løbende behandling af kronikere og især diabetikere. I 2025 forventes hver tiende dansker at være diabetiker.

Til den mission bruger Søren Friberg et simpelt computerprogram ved navn Sentinel Datafangst, der blev opfundet af en anden ildsjæl, læge og kollega i DAK-E, Henrik Schroll. Programmet består af en rigtig stor database, der bliver drevet af to en halv it-tekniker. Fodret med lægedata kan det råde bod på vidensunderskuddet og løfte behandlingskvaliteten hos de praktiserende læger.

### 500 læger med

Den første patientgruppe, der er blevet hjulpet af computerens organisationstalent og regnekraft, er diabetikere hos 500 praktiserende læger.

»De fleste læger synes jo, det er interessant at få tal på, hvordan behandlingen virker. Men at sidde og rode i gamle papirer og skrive blodtryk og alt muligt ned, for så at sammenligne bagefter, det har de ikke tid til. Så der er ingen vej udenom. Hvorfor skrive det hele ned forfra hver gang, når man bare kan bruge de data, der allerede ligger i systemet,« spørger Søren Friberg retorisk fra sit kontor i Københavns Nordhavn. Og som sagt, så gjort. Sentinel Datafangst roder nu de gamle papirer igennem og sammenligner dem, mens lægerne holder fri, og leverer løbende friske data på diabetesbehandlingen til den enkelte læge.

### Vejen til mere rationel behandling

Sentinel Datafangst arbejder meget simpelt. Programmet bliver installeret på lægehusets server eller pc og

henter automatisk data fra journalerne, når lægen har tastet nye oplysninger ind om patienten. Oplysningerne bliver videresendt til Dansk Almenmedicinsk Database (DAMD), der gemmer dem og oparbejder et tilstrækkeligt datagrundlag. Når det er sket, får Søren Friberg og kollegerne i DAK-E en kvalitetsrapport, der fortæller, hvordan det står til med gennemsnittet af diabetespatienter, der kommer og går ude i lægehusene. Rapporterne bruger DAK-E til at sammenligne patienterne i den enkelte praksis med gennemsnittet i kommunen, regionen og hele landet. Sammenligningen sker på baggrund af risikofaktorer inden for diabetes, bl.a. langtidsblodsukker, BMI, lipider og blodtryk. Resultaterne sender DAK-E tilbage til lægehuset, der kan bruge dem til at evaluere sig selv og planlægge behandlingen mere rationelt.

Gevinsten er ifølge Søren Friberg, at den enkelte læge bliver mere systematiseret og hurtigt kan se en effekt af arbejdet.

»Datafangst kan monitorere kvaliteten hos både læger og sygeplejersker. Du kan finde ud af, hvad der virker, og hvad henholdsvis lægen og sygeplejersken er gode til. Sygeplejersken er måske bedre til at tale med diabetikerne om kost og livsstil. Med datafangst kan du holde øje med, hvordan ændringer i din organisering af arbejdet virker,« siger Søren Friberg.

### Færre komplikationer

De data, der vender hjem til praksislægen efter at have været forbi DAMD og DAK-E, er organiseret som et excelark, hvor lægen kan sortere sine patienter efter de målte værdier. På den måde kan han hurtigt se, hvem der for eksempel har en for høj BMI, for højtlangtidsblodsukker, eller hvem der ikke har været til opfølgende kontrol for nylig. Blot med et museklik. Programmet minder selv lægen om at indtaste data, når patienten er til konsultation, så færrest mulige data forsvinder i glemslen. Operationen skal foregå hurtigt og smertefrit, hvis lægerne skal have lyst til at gøre den ekstra indsats.

»Jeg håber, at datafangst kan give en meget mere proaktiv holdning til diabetes ude i lægehusene. Man kan gå ind og se, hvilke patienter der er mest eksponeret for komplikationer. Vi skulle gerne opnå, at mængden af komplikationer kommer væsentligt ned. Det gælder f.eks. øjensygdomme, bensår, nyresygdomme. Og i allersidste instans døden. Tidligere var der jo overdødelighed, men i dag viser flere studier, at diabetikere, der er velbehandlede og har symptomerne under kontrol, har samme middellevetid som os andre. Det er målet; at man har samme forventede levetid, selvom man er sukkersyg,« siger Søren Friberg og forklarer videre, at datafangst kan hjælpe lægen til at finde dem, der halter bagefter med egenomsorgen.

»Et stort skridt er, når datafangst gør det muligt for lægen at interessere sig for de dårlige patienter og ikke bare de patienter, der tror, de er dårlige, og derfor kommer til kontrol hver anden uge. Datafangst gør det muligt at kontrollere de ti pct., der er allerdårligst uden selv at vide det. De ti pct., der giver de komplikationer, der kommer senere hen, og som bliver enormt belastende for patienten og dyre for samfundet,« forklarer Søren Friberg.

### Forløbsydelsen står i vejen

I patientens egenomsorg ligger altså et stort potentiale i datafangst – men samtidig også det største problem. Potentialet er, som Søren Friberg beskriver det, at de dårligst stillede bliver afsløret i kvalitetsrapporterne. Det giver lægen mulighed for at skride ind, hvor effekten er størst.

Men problemet er, at patienter med ringe egenomsorg ofte er svære at motivere. Hvis de ikke ønsker eller er ude af stand til at regulere deres egen sygdom, før den udvikler sig, vil de komme igen og igen for at få behandlet symptomerne. Det betyder, at mange diabetikere ser deres egen læge fire-fem gange om året, og så bliver det urentabelt for lægen. Lægerne bliver for tiden nemlig kun honoreret med 1.116 kroner årligt pr. patient i den særlige diabetesforløbsydelse. Penge, der skal række til alle de konsultationer, der har med diabetes at gøre. Desuden er det ofte svært at afgøre, hvilke symptomer der skyldes diabetes, og hvilke der ikke gør, på grund af sygdommens kompleksitet. Mange patienter vil derfor komme så ofte, at forløbsydelsen ikke dækker de reelle omkostninger.

Hvis det økonomiske incitament mangler, bliver systemet ikke udbredt til mere end de 500 praktiserende læger, som har det i dag, og som dækker cirka 18.500 diabetikere. Paradoksalt, fordi forløbsydelsen netop var tænkt som et spark til diabetesindsatsen.

»Den væsentligste grund til, at datafangst ikke er mere udbredt, er, at det i overenskomsten for de praktiserende læger er koblet til forløbsydelsen. Det synes vi er utroligt ærgerligt. Fra vores synspunkt burde vi have en overenskomst hurtigst muligt, hvor datafangst indgår på en fornuftig måde. Så kan vi i løbet af de næste perioder få de fleste danske patienter med,« siger Søren Friberg. Udbredelsen skal

præcisere datagrundlaget yderligere, så lægerne kan hive fat i dem, der er mest påvirket af sygdommen eller har de mørkeste prognoser.

»Nogle patienter skal være langt mere aktive i behandlingen og sammen med behandleren sætte mål for sig selv. Kombinationen af, at patienten kommer mere på banen, og at vi får større overblik over den samlede gruppe, er det, der skal udgøre springet fremad,« siger Søren Friborg.

### **25-årig interesse**

Søren Friborgs interesse for diabetesbehandlingen i almen praksis rækker et kvart århundrede tilbage, hvor han startede som praktiserende læge i Glamsbjerg på Fyn. En stilling, han havde indtil for tre år siden. Det er bl.a. erfaringer fra den tid, han trækker på i chefjobbet hos DAK-E. Især opgaveglidningen fra læge til sygeplejersker var en åbenbaring.

»Vi blev på et tidspunkt enige om, at sygeplejerskerne skulle tage de ukomplicerede diabetikere. Der tænkte jeg, at alle mine patienter var unikke og ikke kunne varetages af andre end mig. Det er en typisk forsvarsmekanisme. For mig, altså, ikke for patienterne. Jeg ville nødig afgive den kontakt, jeg havde med dem. Men det viste sig, at sygeplejerskerne snakkede med dem om noget andet, end jeg gjorde, og på den måde gav det alligevel en positiv effekt,« husker Søren Friborg.

Han mener, at diabetesbehandling først og fremmest handler om at motivere patienterne og få dem til at føle ansvar for eget liv, så de selv kan regulere deres sygdom og skære ned på lægebesøgene.

»Jeg havde engang en diabetespatient, som var ryger og samtidig havde et BMI på 31. Hun fik et barnebarn og måtte ikke passe det, medmindre hun holdt op med at ryge. Der kunne jeg fortælle hende, at rygning og BMI er væsentlige faktorer i hendes diabetes. Hun har været på rygestopkursus og har nu ikke røget i halvandet år. Vi skal altså finde motivationen i livsforløbet, frem for at sige 'dyrk nu noget motion',« siger Søren

Friborg og roser i den forbindelse Steno Diabetescenter, der har ansat sociologer og antropologer til motivationsarbejdet.

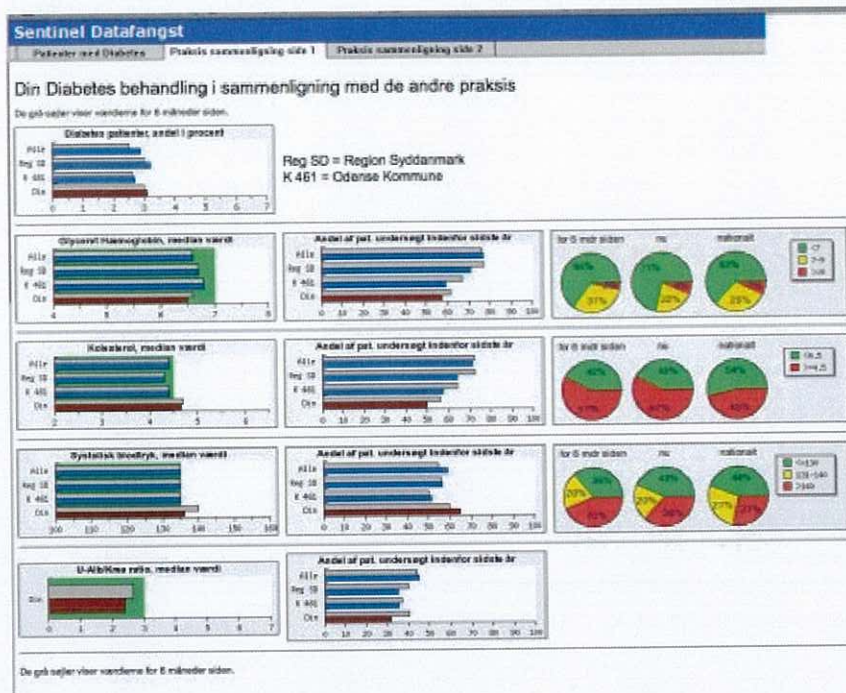
»Jeg synes, det er et interessant og godt tiltag. Vi ved endnu ikke, om det virker, men det kan vi jo finde ud af ved hjælp af datafangst,« siger han med et smil.

### **Kom op på cyklen**

Computeren er altså vejen frem for den målrettede og kvalitative behandling for diabetes og andre kroniske sygdomme, hvis det står til Søren Friborg. Han er tilfreds med Sentinel Datafangst, selvom det endnu mangler den store udbredelse, som han mener, det fortjener. Ikke mindst fordi programmet havde en hård fødsel. Det skulle lære at samarbejde med de 12 forskellige it-systemer, praktiserende læger bruger i et lille land som Danmark. Og så skulle man beslutte sig for, hvilke indikationer på diabetes der skulle med i overvågningen. Så arbejdet er gjort for de praktiserende læger, og Søren Friborg mener ikke, at diabetesindsatsen i den almene praksis giver ekstra arbejde, hvis blot man benytter den åbenlyst hurtige teknologi.

»Hvis man ved hjælp af datafangst får velregulerede patienter, som man kan nøjes med at se en gang årligt i stedet for fire, så har man vundet meget. Læger har nogle gange så travlt, at de løber ved siden af cyklen. Det ville måske være bedre, hvis de en gang imellem satte sig op på cyklen og kom af sted«.

**Christian Møller Nielsen**  
[cmn@dagensmedicin.dk](mailto:cmn@dagensmedicin.dk)



### Seneste artikler om diabetes

- ▶ [Øjenlæger skal screene for diabetisk øjensygdom](#)
- ▶ [Diabetesforsker bliver klinisk lektor ved SDU](#)
- ▶ [Diabetespatienter rammes oftere af flere kræftsygdomme](#)
- ▶ [Insulinen med hukommelse til børn](#)
- ▶ [Pulsmåler til diabetikere](#)

### Seneste artikler om almen praksis

- ▶ [Ældre på plejehjem får sjældent besøg af lægen](#)
- ▶ [Praktiserende læger vil have penge for at tage medicinkort i brug](#)
- ▶ [Hver tredje hjertekar-patient får ingen kolesterolbehandling](#)
- ▶ [Frede Olesen: Fejl i systemet har kostet tusindvis af menneskeliv](#)
- ▶ [PLO venter gerne på forbedringer](#)

#### Dagens Medicin

Christian IX's Gade 5, 2. sal  
Postbox 194  
1006 København K

[dm@dagensmedicin.dk](mailto:dm@dagensmedicin.dk)

Tlf: 3332 4400

Fax: 3318 8666

[Øvrig kontaktinformation](#)

#### © Dagens Medicin

Alle rettigheder til tekst og billeder tilhører Dagens Medicin og respektive ophavsmænd.

Dagens Medicin henvender sig til ansatte i sundhedssektoren