

Tilbage

Fremad

Ugeskr Læger 2011;173(10):763

## Datafangst - skidt eller kanel?

*Det er rigtig godt for patienterne, men selvfølgelig kan det også bruges til kontrol af lægerne. Det må næste OK holde nede.*

### DEBAT | REPLIK

Pia Koefoed, Praktiserende læge, Køge, E-mail: pia.koefoed@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

Holdningerne er mange og vandene delte blandt PLO'ere vedrørende datafangst, som med den nye overenskomst bliver obligatorisk inden udgangen af 2012. Jeg vil med dette indspark gerne bidrage til en konstruktiv debat om datafangst, om fordele og ulemper, set ud fra personlige erfaringer med brugen af systemet.

Vi ser som almenmedicinere mange patienter hver dag med mangfoldige problemstillinger; det er en af de store udfordringer og glæder ved at arbejde i almen praksis. En del (men også kun en del) af vores arbejdsområde er behandling og kontrol af patienter med kroniske sygdomme. I vores praksis foregik det før i tiden lidt tilfældigt, og et egentligt overblik over vores population af patienter med diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hypertension havde vi ikke, ligesom vi ikke helt var klar over, hvor velbehandlede patienterne var i forhold til de ønskelige mål.

Med tilmeldingen til datafangstmodulet for et par år siden har vi nu fået mulighed for at se systematisk på vores population af kronikerpatienter. Vores sygeplejerske identificerer patienter, der får udskrevet blodtryksmedicin uden at have fået målt blodtryk det sidste år, diabetikere, der ikke har været til årskontrol og KOL-patienter, der aldrig får lavet spirometri, og vi kan vælge aktivt at indkalde dem til kontrol. Vi kan finde de dårligst regulerede patienter og intensivere vores indsats over for dem i stedet for blot at kontrollere alle de velbehandlede. Vi kan udvælge, hvilke indikatorer vi vil arbejde med, og når vi har fokuseret på en given indikator, kan vi efter et vist tidsrum se, om det rent faktisk har medført forandringer.

#### *Arbejdsglæde*

Det giver arbejdsglæde mere systematisk at kunne kvalitetsudvikle arbejdet med kronikerpatienterne, og jeg tror, det højner niveauet af indsatsen.

Men ingen roser uden torne, og en af tornene er det tidsmæssige aspekt; tiden til at arbejde med datafangst går ofte fra tiden til at se patienter. En del af arbejdet kan udføres af personalet, og samarbejdet herom kan medvirke til øget inddragelse af personalet i kronikeromsorgen. Men skal vi arbejde systematisk med det, bør der sættes patientfri tid af til det.

Der ligger en risiko for ensidig fokusering på konkrete, målbare værdier. Vi forholder os i vores almenmedicinske tilgang primært til patienter og ikke til tal, men jeg ser ikke et modsætningsforhold mellem datafangst og den almenmedicinske arbejdsmetode. Vi opfatter netop os selv som et miks mellem naturvidenskabsfolk og humanister, der er i stand til at arbejde med begge indfaldsvinkler. Hvis patienten til en diabeteskontrol virker deprimeret, er vi lynhurtigt i stand til at omformulere dagsordenen.

*Honorar efter afrapportering*

En anden fare ved obligatorisk datafangst er risikoen for, at vores honorering i stigende grad gøres betinget af afrapportering og opnåelse af fastlagte mål for udvalgte indikatorer. Jeg var for nylig på studietur til Skotland, hvor en del af praksisindtjeningen er betinget af en sådan afrapportering, og det oplevedes bestemt ikke som meningsfuldt. Fokus skal tage udgangspunkt i patientens behov. Vi må holde fast i, at datafangstmodulet er et middel til kvalitetsudvikling i praksis og ikke en del af et honoreringssystem.

Vores oplevelse i praksis er klart, at der er tale om kanel - som et brugbart og godt middel til kvalitetsudvikling. Men vi og ikke mindst PLO som organisation skal både i dagligdagen og i de næste OK-forhandlinger være opmærksom på at fastholde fokus på kvalitetsudviklingsaspektet og sørge for, at honorerings- og kontrolaspektet ikke tager over.