



**“For-analyse til etablering af tværgående klinisk kvalitetsdatabase på rygområdet i primærsektoren”  
Interview: Janus Laust Thomsen, Henrik Schroll DAK-E**

Deltagere:

Janus Laust Thomsen; Henrik Schroll DAK-E.

Regionernes Kliniske kvalitetsudviklingsprogram: Kvalitetskonsulent Line Press Sørensen (interviewer)

**Interview guide:**

**Indhold:**

- **Er der fællestræk, hvor det giver mening, at monitorere fælles variable og evt. også fælles basisindikatorer på rygområdet på tværs af faggrupperne (fysioterapeuter, kiropraktorer, almen praksis, reumatologisk speciallægepraksis)?**

Svar: Ja, hvis kvaliteten skal sikres på rygområdet, bør det være et fælles projekt på tværs af faggrænserne.

Det er vigtigt i en tidlig fase, at få afklaret hvad målet med databasen er:

1. kvalitetsudvikling: sikring af kvaliteten
2. Styringsredskab/fordeling af ressourcer

Herunder er det vigtigt, at overveje den risiko der er for at ødelægge data/få dårlige data ind, hvis der i starten fokuseres for meget på data som styringsredskab.

DAK-e har af samme grund kun givet adgang til den administrative del på et aggregeret niveau.

Der skal være værdi for behandleren i at indberette data, for så får man nogle engagerede behandlere.

Kvalitetsdata der giver værdi:

- Overblik på populationsniveau
- Oversigt over de enkelte patienter
- Benchmark over/under gennemsnit i forhold til andre
- Identifikation af patienter der er suboptimalt behandlet (for eksempel glemt kolesterol behandling)
- Dokumentation til journal og risikostyring (for eksempel kalk i forbindelse med prednisolon behandling)

**Hvorledes vurderes muligheden for at benytte fælles diagnosekodning (ICPC2/ICD10) på tværs af faggrupperne?**

Svar: Det er vigtigt med samme diagnosesystem eller mapping mellem ICPC2 og ICD10.

Der bør tilbydes undervisning i brug af diagnosekodningen.



- **Kan I beskrive særlige kliniske forhold, som kun gælder for Jeres profession?**

Svar: Nej.

- **Er der erfaring med datafangst, databaser og indikatormonitorering, som vi kan trække på inden for Jeres fagområde?**

Svar: Ja der er gode erfaringer fra blandt andet diabetesområdet, hvor der er evidens for at tiltagene flytter kvaliteten. Igen er det essentielt at målingerne og feedbacken giver mening og merværdi for klinikerne.

- **Har I forslag til fremtidig organisering i forhold til indikatormonitorering (styregrupper, undergrupper ect.)**

Svar: Det vurderes, at det er vigtigt med en organisation, der er tæt på klinikerne. Man skal kunne identificere sig med klinikerne/driften.

I lighed med praksis på andre sygdomsområder, er det vigtigt at sikre repræsentation af faggrupperne i formandskabet.

Der bør være størst repræsentation/eller paritet af fagprofessionelle over for administratorer.

I Dak-E er det overordnede implementeringsudvalg sammensat som følgende:

- a. Administrativ repræsentant fra alle fem regioner
- b. Faglig repræsentant fra alle fem regioner
- c. Repræsentant fra Danske Regioner
- d. Repræsentant fra PLO

#### **Ressourceforbrug:**

- **Under forudsætning af at overførsel af informationer til databasen sker via datafangst, hvorledes vurderes da ressourceforbruget ved implementering af den tværfaglige database i form af:**
  - 1. Tidsforbrug**
  - 2. Økonomiske omkostninger**

Svar: Det er meget svært at vurdere de økonomiske omkostninger.

Det er vigtigt, at dataregistreringen bliver let, dvs. automatisk datafangst. Erfaringer fra diabetesområdet viser at selv meget lidt tidskrævende pop-up (udfyldelse der kræver ca. 1 min/år/patient) giver anledning til irritation hos klinikerne, hvis man udvider med flere spørgsmål. Hvis der benyttes pop-up, skal det have værdi som for eksempel et oversigtsværktøj, et beslutningsværktøj, dokumentation eller risiko pop-up.

#### **Læring:**

- **Har I forslag til/erfaring med, hvorledes læring og implementering af kvalitetstiltag sikres i primær praksis, herunder behov for feedback til klinikerne (hyppighed og form)?**

Svar: Det anbefales at benytte gennembrudsmetoden. Desuden er der erfaring for, at det er vigtigt, at hele klinikken deltager, og at der tages udgangspunkt i egne data.

Dak-e har gode erfaringer med centralt uddannede ambassadører (superbrugere), der i samarbejde med Regionernes datakonsulenter tager rundt og underviser i 12-mands foreninger og lægelaug m.m.



Med hensyn til hyppighed i feedback, afhænger det helt af hvilken form og formål data har. Således efterspørges og gives der feedback på enkelt behandlerniveau på diabetesområdet hver dag. Andre områder hver uge og administrative værktøjer som RKKP årsrapporter gives hvert år.

#### **Samfundet:**

- **Hvad vil en tværfaglig rygdatabase i primærpraksis i givet fald få af betydning for:**
  - 1. Patienterne**
  - 2. Professionerne**
  - 3. Sundhedsvæsnet**

Svar:

1. Kvaliteten i behandlingen af den enkelte patient forbedres.
2. Professionerne levere en ordentlig patientbehandling
3. Hvis der lægges vægt på kvalitetstiltag og ikke kontrol, vil det medføre en stor faglig stolthed. Hvis det bliver som et kontrolværktøj i stedet for, er der risiko for dårlige data og i yderste instans risiko for at behandlerne prøver at skaffe sig af med "dårlige" patienter.

#### **Etik og ejerskab:**

- **Hvem skal eje og have kontrol over data i en fælles tværfaglig database?**
- **Er der områder som I vurderer at databasen ikke bør bruges til?**

Svar: Grundlæggende er det vigtigt, at klinikerne skal føle ejerskab og tryghed i brugen af data.

Erfaringen viser, at etikken løser sig selv, hvis det er klinikerdrevet/styret.

Kvalitetsdata til administrativ styring bør kun ske på aggregeret niveau. Der kan være meget at spare hvis data bruges organisatorisk, og det er absolut vigtigt med administrative mål, men de skal bruges varsomt, og man skal sikre sig ordentlig datakvalitet, før de bruges organisatorisk.

#### **Andet:**

- **Er der områder, som vi ikke har drøftet i forbindelse med interviewet, som I synes vi bør forholde os til?**

Svar: Det er vigtigt for at sikre, at så lidt som muligt, er lagt ud til de forskellige systemhuse. Det har vist sig som en klar fordel for Dak-E, selv at have en IT-organisation, der kan implementere ændringerne i systemerne. Dermed sikres fleksibilitet og kort responstid.