



**“For-analyse til etablering af tværgående klinisk kvalitetsdatabase på rygområdet i primærsektoren”
Interview: Martin Bach Jensen**

Deltagere:

Martin Bach Jensen Praktiserende læge, Ph.d. Leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Region Nordjylland

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.

Som minimum skal der laves diagnosekoder. Desuden kan det give god mening, at lave screeningsværktøj/beslutningsværktøj til selekterede patienter.

Fra Almen praksis kan diagnoser på rygpatienter umiddelbart opsamles og ved en indsats i forhold til diagnosekodning ville man kunne opnå en opdeling i rodirritationspatienter (L86) og patienter med uspecifikke lændesmerter (L03 og L84).

Supplerende data ville kunne opfanges fra henvisninger (der skulle så udarbejdes strukturerede diagnosestyrede henvisninger f.eks med triage og andre kerneoplysninger lagt ind i henvisningen). Dette vil omfatte gruppen af patienter med mere vedvarende smerter og det gælder både henvisninger til fysioterapeut og sygehus.

Pop-up'er til alle patienter er for omstændigt at bruge til alle rygpatienter (de fleste har korte forløb). Hvis det skal ind som rutine i alle forløb bør der foreligge en form for sandsynliggørelse af hvordan man mener det vil øge kvaliteten.

Beslutningsværktøj (f.eks en pop-up med Start Back Skema og evt. socialmedicinske spørgsmål) kan være en god hjælp til lægen til at risikostratificere patienter som ikke umiddelbart er i bedring og kan vejlede i valg af supplerende behandling. Man kunne forestille sig en model der ligner det vi gør på depressionsområdet, hvor henvisning til psykolog forudgås ved af brug af depressionsskema. Her skulle man så kunne aktivere en pop-up med beslutningsstøtte (Start Back Skema og evt. supplerende socialmedicinske spørgsmål). Området kræver yderligere udvikling og kunne indbygges i en kommende DSAM vejledning på området.



I projektform kan supplerende patientoplysninger indhentes via lægeudfyldte pop-ups og via spørgeskemaer der sendes til patienterne eller spørgeskemaer der udfyldes på arbejdsstationer i lægens venteværelse (I-pads, touchskærme mv).

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

Svar: Nødvendighed for at lave tværfaglig monitorering i fælles database. Almen praksis har erfaring fra området med brug af ICPC2. Erfaringen viser, at praksiserne læger hyppigst koder deres rygpatienter med L02 diagnosen; men at de optimalt bør bruge L03, L84 og L86. Derfor bør der indtænkes uddannelse i brug af kodningen.

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

Svar: Brug af triage (inddeling af rygpatienter i tre grupper: røde flag, tilstedeværelse af rodtryk, uspecifikke lændesmerter) bruges muligvis mere hyppigt i forhold til andre praksisgrupper.

Almen praksis ser mange patienter med rygbesvær og langt de fleste har en spontant og hurtig bedring. Man er i almen praksis derfor ikke interesseret i at indsamle data på alle rygpatienter, men i at ressourcerne bruges på en selekteret patientpopulation.

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

Svar: Veletableret system med diagnosekoder og pop-up til datafangst i Dak-E regi

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

Svar: anbefaler at skele til Dak-E organisationen.

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: Diagnosekodning kører automatisk uden ekstra tidsforbrug.

Hvis pop- up skal udfyldes på alle rygpatienter, vil det medføre et væsentligt ekstra tidsforbrug. Hvis det skræddersyes selekterede patienter, hvor det kan give klinikerne merværdi i form af beslutningsværktøj vil det ekstra ressource forbrug kunne retfærdiggøres.

Erfaringer tyder på at 10-20 % af lænderygpatienterne der ses i alm. praksis kommer igen efter 1. konsultation. Man kan forestille sig, at denne gruppe ved 2. konsultation scores ved hjælp af socialmedicinske skemaer og evt. StarT back screening tool, før en evt. viderehenvisning. En lignende ydelse i alm. praksis for screening af depression takseres til 190,- pr. patient.



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: Der er erfaring med at rundsendte nyhedsbreve og informationsmøder ikke har den store læring og implementeringseffekt.

Litteraturen peger på andre muligheder, f.eks. målrettet feedback og brug af flere samtidige strategier. Desuden afprøves aktuelt et projekt hvor almen praksis får besøg af besøgs konsulenter der fortæller om nye kliniske retningslinjer og underviser i kliniske undersøgelser, hvilket suppleres med beslutningsværktøj integreret i journalen (pop-up) og feed-back

Samfundet:

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

Svar:

1. Patienterne skulle gerne opnå mere sammenhæng i behandlingen.
2. Professionerne bør opnå et bedre samarbejde på tværs af faggrupperne.
3. Sundhedsvæsnets opnår forhåbentlig mere kvalitet på sigt og mere gennemsigthed i forhold til kvalitet.

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: De fagprofessionelle bør eje og kontrollere data.

Vurdering af kvalitetsdata på klinikniveau/behandlerniveau skal kun kunne tilgås af den berørte kliniker, og ellers kun på aggregeret niveau.

Andet:

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

Svar: Der mangler national koordination af kvalitetstiltag på rygområdet. Der er for lidt samarbejde og vidensudveksling på tværs af regionerne.