

Af: Claus Rendtorff, praktiserende læge og observatør for Kvalitetsudvalget i DSAM's bestyrelse - cr@dadlnet.dk

Practicus

Quo vadis, RKKP?

Kvalitetsarbejde i almen praksis bygger på data, som er genereret fra det kliniske arbejde i sundhedssektoren til RKKP, men indsamlingen af data er udfordret på flere fronter.

Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) lever sin egen lidt tilbagetrukne tilværelse. Almen praksis er ifølge overenskomsten forpligtet til at levere data til fire databaser. Umiddelbart skulle dette være en enkel operation i en digitaliseret tidsalder, men virkeligheden er en anden.

Projektet er plaget af dårlig datakvalitet, manglende data og databaseproblemer. Det kan diskuteres, om der kunne være nogle mere grundlæggende årsager til dataproblemerne. Det er for eksempel ikke klart, hvem der er de egentlige brugere af data: administratorer, klinikere, patienter eller forskere? Det er en kilde til indikatorinflation – og dermed også til datainflation.

I november i 2021 afholdt RKKP en konference i Aalborg med godt 600 deltagere, der alle havde berøring med RKKP-arbejdet. Her diskuterede man de overordnede tanker om RKKP-samarbejdet. Desværre blev projektets udfordringer kun sporadisk berørt.

Data til eget brug

Det lyder besnærende, at de enkelte praksis (kliniske afdelinger) leverer data til den centrale RKKP-database, og at man så får sine egne bearbejdede data tilbage, så man kan anvende dem til at optimere det kliniske arbejde. Data skal selvfølgelig anvendes sammen med parallelle data inden for de særskilte områder i sekundærsektoren, så man kan arbejde hen imod en generelt højere kvalitet for de enkelte sygdomskategorier i hele sundhedssektoren og i sektorovergangene.

De sidste par år har almen praksis leveret data til to databaser: KOL og Diabetes. Og det er nu muligt, at den enkelte klinik kan logge på RKKP's data via sit IT-system og anvende resultaterne til egen kvalitetsudvikling. Det er planen, at almen praksis i løbet af de næste to år også begynder at levere data til forløb for henholdsvis hjertesygdomme, astma og depression.

Kvalitetsarbejde i almen praksis

Skribentens egen klynge (klyngen Sydvest) udførte i 2019 et kvalitetsprojekt om diabetes, hvor deltagerne primært indsamlede data via klinikkernes egne statistikmoduler. Det var en omstændelig arbejdsproces, som nok kun blev accepteret af klinikkerne på grund af begejstringen over, at det var vores første projekt som klynge. Et år senere foretog vi en opfølgning af projektet. Her havde vi RKKP-data til rådighed, hvilket gjorde arbejdet meget lettere.

Det var umiddelbart let at få overblik over og udskrive data fra RKKP og at anvende dem til statistisk bearbejdelse.

I løbet af flere møder fik vi i klyngen et godt overblik over egne og fælles data. På baggrund af dette startede nogle meget konstruktive diskussioner om, hvorledes vi i vores klinikker arbejder med vores kronisk syge patienter. Gruppernes diskussioner om data afdækkede meget forskellige kulturer vedrørende kontrol af kronisk syge patienter i de enkelte klinikker. Det var en god kilde til læring og kvalitetsudvikling.

Den primære tolkning og diskussion af data førte videre til et projekt, hvor vi undersøgte årsagerne til, at patienterne ikke mødte op til kontrol for deres kroniske sygdom – et projekt, der koncentrerede sig om, hvordan vi tager os af de mest sårbare af vores patienter.

Og her er vi inde ved kernen i brugen af kvalitetsdata. Data er ikke blot et endimensionalt udtryk for kvalitet. De er udtryk for den kultur og den organisation, der er omkring arbejdet med patienterne i de enkelte praksis. Og kun den enkelte læge og klinik kender denne baggrund og kan på bag-



grund af denne viden eventuelt justere og tilrette egen praksis mhp. at udvikle bedre kvalitet i patientarbejdet i praksis.

Præsentation af data

På konferencen i Aalborg præsenteredes data fra almen praksis på en workshop. Og deltagerne fra sekundærsektoren var imponerede over, hvor overskueligt og pædagogisk data fra almen praksis blev præsenteret. Og man er fra styregrupperne i hospitalssektoren interesseret i at låne teknologi fra almen praksis mhp. at præsentere data overskueligt, aktuelt og klinisk vedkommende. Det er brugen af data i den kliniske hverdag, der har betydning for kvalitetsudviklingen.

Man håber engang i den nære fremtid, at data fra almen praksis kan tilgås i form af tidstro data i en opdateret og overskuelig form, så klinikerne kan få et nærmest dagligt overblik over kvaliteten og kvalitetsarbejdet i klinikken.

Fejl og mangler i data

Et stort problem for hele RKKP-samarbejdet er fejl i data og manglende data.

Ved arbejdet med diabetes blev vi i klyngen opmærksomme på nogle generelle problemer som, plager RKKP-databaserne. Data var præget af fejl og mangler. Det viste sig blandt andet, at en del af de patienter, der var registreret med diabetes 2, ikke havde den rigtige diagnose (diabetes 1, anden diagnose eller de var mors). Så data var forurenet af data fra patienter, der ikke tilhørte målgruppen.

Et andet problem er ukomplette datasæt. Data bliver indberettet i pakker, hvor der f.eks. for den enkelte patient indberettes HbA1c, BT, vægt og kolesteroltal. Men hvis der mangler data i datasættet, er det langtfra sikkert, at det bliver sendt afsted. Pakken bliver – om man så må sige – ikke lagt i udbakken.

Fra slemt til værre

Man har forsøgt at omgå disse datatab ved at konstruere en knap med 'indberet alt' i de praktiserende lægers IT-systemer. Det vil sige, at den praktiserende læge kunne få sit IT-system til at indberette alt på trods af ukomplette datasæt. Dette har blot vist sig at forværre problematikken, da de ukomplette datasæt kommer til at blokere for de komplette, således at intet bliver indberettet.

Ud over det har der været nogle grundlæggende problemer ved selve databaseopbygningen, der har øget usikkerheden om datakvaliteten yderligere.

Det viser sig, at de ovennævnte problemer også præger indberetningerne fra sekundærsektoren. Der er stor frustration over den ringe datakvalitet i flere af styregrupperne i hospitalssektoren. Så RKKP er endnu ikke blevet fri for sine børnesygdomme på det strukturelle plan.

Indikatorinflation

Ovennævnte teoretiske og strukturelle problemer for RKKP-databaserne blev desværre kun perifert berørt på Aalborgkonferencen. Udfordringerne skyldes nogle grundlæggende konflikter i tankerne bag RKKP-arbejdet. Spørgsmålet er, om man i et forsøg på at tilfredsstille alle interessenterne i projektet har været for liberal ved valget af antallet af indikatorer.

På en session, hvor lederen af RKKP's statistiske del, Henrik Møller, kom ind på nogle grundlæggende modsætninger i hele RKKP-ideen, blev nogle af problemerne berørt.

Quo vadis, Domine?
Det latinske udtryk kan oversættes til "Hvor går du hen, Herre?" Det stammer fra Johannesevangeliet i Det nye Testamente, hvor apostlen Peter før tilfangetagelsen af Jesus spørger ham: Quo vadis, Domine?

Der er tre interessenter i forhold til data: administratorer, klinikere og patienter. Her nævntes ikke den fjerde gruppe: forskerne – sandsynligvis fordi de er underforstået i hele projektet.

Når man udvikler indikatorer, der beskriver kvalitet i patientforløb, vil de enkelte grupper af interessenter lægge vægt på forskellige indikatorer. Det er et forhold, der gør, at mængden af indikatorer stiger inden for en sygdomsgruppe. Man kan tale om indikatorinflation.

I en af styregrupperne har man udpeget ikke mindre end 159 indikatorer for en enkelt sygdomskategori! Man kan levende forestille sig, hvor stor risikoen for datafejl og datatab er i en så voluminøs database. I det hele taget antydede Henrik Møller, at man måske kunne overveje at begrænse mængden af indikatorer. For jo flere indikatorer, jo større er risikoen for datafejl, datatab og manglende indberetninger af data.

Klinikerne i front i RKKP

Og måske er ovennævnte kernen i problemerne for RKKP. Fordi man vil tilgodese alle fire interessentgrupper,

vil indikatorerne blive så talrige og kvaliteten af dem så ujævn, at de bliver svære at anvende til vurdering af kvaliteten. Man kan dermed sige, at ambitionerne i projektet vil kunne hindre gennemførelsen af det.

Hvis vi hæfter os ved navnet 'klinisk kvalitetsprojekt', nærmer vi os kernemålgruppen. For det er klinikken, som kvaliteten drejer sig om. For det er det arbejdsfelt, der er mellem patienten og det klinisk arbejdende personale, der skal forbedres eller udvikles. Så hvis vi skal definere en hovedbruger i projektet, må det være klinikerne. Det er dem, der kender den kliniske kultur, patientdemografien og det arbejdsmiljø, der har skabt data. Og de kan derfor også – som de eneste – tolke data, så de kan oversættes tilbage til den kliniske hverdag og organisatoriske struktur hvor de kommer fra. Og dermed påvirke og udvikle den kliniske hverdag, der har skabt dem. Men det vil nok vare et stykke tid, før man når frem til den konklusion og derefter får trimmet RKKP's indikatorer. Administratorer, patienter og forskere er stærke grupperinger, der ikke umiddelbart vil give slip på deres fordringer ift. data.

Som et argument for at underbygge klinikernes fortrinsret til at definere indikatorerne kan vi vende os mod det britiske sundhedsvæsen, NHS. Her har man i mange år haft kvalitetsindberetninger fra hospitaler og almen praksis. Der er foretaget flere undersøgelser af, hvem der bruger data. Og det viste sig, at administratorer, klinikere og patienter i starten alle loggede sig ind for at bruge data. Men allerede efter et år var det stort set udelukkende klinikerne, der anvendte data til at vurdere, om der var potentielle kvalitetsforbedringsmuligheder i deres egne enheder. Administratorerne forstod ikke data, og patienterne var grundlæggende ikke interesserede i at skulle finde rundt i denne jungle af data for at finde det bedste behandlingstilbud. Patienterne så det mere som deres interesse, at der var et kvalificeret sundhedstilbud i deres lokalområde.

Så hvor går vi hen herfra, RKKP?//

PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i april 2022.

Det er fondens formål at virke til fremme af alment praktiserende lægers funktion i sundhedstjenesten til gavn for folkesundheden, herunder primært ved at yde støtte til videnskabelige og forskningsmæssige opgaver i almen praksis, projekter inden for uddannelse og efteruddannelse, praksisudviklingsprojekter, sundhedspædagogiske og tilsvarende foranstaltninger.

Støtten kan gives til praktiserende læger, yngre læger under uddannelse i almen medicin, samt læger og andre med tæt tilknytning til almen praksis, herunder de almenmedicinske forskningsmiljøer i nævnte prioriterede rækkefølge. "Græsrødder" prioriteres relativt højt.

Der kan primært ydes støtte til egen løn, vikarløn og/eller kontorhold i mindre omfang. Støtten kan gives såvel i forberedelsesfasen som under gennemførelse og i skrivefasen. Oversættelse af manuskripter, deltagelse i videnskabelige møder, forskningsmetodologiske kurser og kongresser, hvor man fremlægger originalarbejde, støttes i begrænset omfang. Der kan ikke søges om støtte til indkøb af apparatur eller it.

Ansøgningsskema kræves og udfyldes via DSAM's hjemmeside www.dsam.dk > Forskning > PLU-fonden.

Ansøgninger udfyldes online og infoside (underskriftsside) samt eventuelle underbilag fremsendes til:

PLU's sekretariat
Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø.

Ansøgningsfrist for uddeling i april:
Onsdag den 16. marts 2022.
Nærmere oplysninger kan indhentes i PLU's sekretariat på tlf. 35 26 67 85.