

Frumkvæðið kemur frá læknum sjálfum

Rætt við Jesper Lundh framkvæmdastjóra gæðapróunarnefndar danska heimilislæknafélagsins

GÆÐAÞRÓUN hefur verið ofarlega á baugi hjá heimilislæknum undanfarin ár og nú í byrjun mars efndi Félag íslenskra heimilislækna til ráðstefnu þar sem staða gæðapróunar í heimilislækningum hér á landi var mæld og vegin. Að sjálfsögðu var einnig horft til framtíðar og skyggst út fyrir landsteinana til að sjá hvað aðrar þjóðir aðhafast. Fulltrúi umheimsins var *Jesper Lundh* ráðgjafi um gæðapróun í Friðriksborgaramti í Danmörku en þar starfar hann einnig sem heimilislæknir. Læknablaðið tók hann tali og innti hann eftir því hvernig danskir haga gæðapróun í heilsugæslunni.

Þótt gæðapróun sé að mestu leyti málefni hvers amts gilda ýmsar reglur um hana á landsvísu og þar er Jesper Lundh líka að störfum því hann veitir heilbrigðisráðuneytinu einnig ráðgjöf. Samræmdar reglur eru til dæmis um fjármögnun gæðapróunarverkefna því þau njóta framlaga úr sérstökum sjóði sem fær 50 íslenskar krónur af hverjum íbúa. Í Friðriksborgaramti búa álíka margir og á Íslandi, eða um 300.000 manns, og njóta þjónustu 210 heimilislækna. Samkvæmt áðurnefndri reglu eru 15 milljónir króna til ráðstöfunar til gæðapróunar í amtinu. Læknar geta sótt um stuðning við verkefni sem þeir vilja vinna til sjóðsstjórnar þar sem tveir heimilislæknar og tveir fulltrúar amtsins eiga sæti. Auk þess eru möguleikar á að sækja um meiri stuðning til ríkisins ef verkefnið er talið hafa gildi á landsvísu.

Þröstur
Haraldsson

Gæðaheimsóknir

Í Friðriksborgaramti er fé til skiptanna varið til nokkurra fastra verkefna. Þar er fyrst til að taka að ráðnir eru læknar sem Jesper kallaði „facilitators“ en mætti nefna hvatamenn en hlutverk þeirra er að heimsækja heimilislækna, ræða við þá um starfið og veita þeim ráð um tiltekin efni. Þessir læknar eru 2-3 í hlutastörfum og eru valdir eftir sérgreinum. Sú hefð hefur skapast að leggja áherslu á tiltekna sjúkdóma og fylgjast með því hvernig læknar taka á þeim. Að undanförmu hafa sykursýki og heilabilun orðið fyrir valinu.

Heimsókn til læknis fer þannig fram að gesturinn mætir með upplýsingar úr tölvukerfi amtsins um starfsemi læknisins, hversu marga sjúklinga hann hefur með þær sjúkdómsgreiningar sem um er að ræða, hversu marga hann hefur sent til rannsóknar, hversu margir eru í lyfjameðferð, hvaða lyf hann notar og svo framvegis. Þeir bera starfsemi hans saman við kollegana og benda honum á nýja möguleika og aðferðir.

Jesper lagði áherslu á að þetta væri ekki eftirlit, því væri sinnt af öðrum stofnunum. „Þetta er gagnkvæm upplýsingagjöf sem fer fram í trúnaði því amtsstjórnin fær ekki að sjá tölurnar. Gestirnir biðja lækninn oft að velja fimm sjúkraskýrslur af handahófi og þær eru skoðaðar og ræddar. Þetta kerfi er orðið fimm ára gamalt og hefur mælst vel fyrir. Þótt læknum sé frjálst að hafna heimsókn gerir það eng-

Sjálfstæðir læknar með gagnagrunn

ÞEGAR RÆTT ER um gæðamál heimilislækna í Danmörku er rétt að útskýra í stuttu máli uppbyggingu heilbrigðiskerfisins þar í landi sem er nokkuð frábrugðið því íslenska, ekki síst á sviði heilsugæslu. Yfirstjórn sjúkrahúsa og heilsugæslu er hvorki í höndum ríkis né sveitarfélaga heldur fjórtán amta. Sjúkrahúsinn eru í eigu hins opinbera en heilsugæslan fer að langstærstum hluta fram á einkastofum lækna sem gjarnan vinna margir saman. Sjúklingar eru í samlagi hjá heimilislækni og þurfa tilvísun frá honum til að mega leita til sérfræðinga eða leggjast inn á sjúkrahús.

Í Danmörku er unnið að því að koma á rafrænu upplýsingakerfi fyrir lækna og er það vel á veg komið. Nú þegar er það orðið svo að læknir sér sögu sjúklingsins innan amtsins. Nú er unnið að kerfi sem byggist á sjúkdómsgreiningum. Þegar sjúklingur kemur til læknis með slitgigt í mjöðm svo dæmi sé tekið þá slær læknirinn greininguna inn en við það opnast margar valmyndir á skjánum. Þar finnur læknirinn klínískar leiðbeiningar um meðferð, úrræði sem fyrir hendi eru í amtinu, stöðu biðlista og tilvísanir til sjúkrahúss eða röntgenmyndatöku sem hægt er að senda rafrænt. Læknirinn fær

aðgang að sjúkraskrá sjúklings og upplýsingum um rannsóknir sem gerðar hafa verið á viðkomandi og getur flett upp í myndgreiningum.

Einnig er verið að koma á fót lyfjagagnagrunni og verður því lokið á þessu ári. Nú þegar geta læknar í fimm ömtum flett upp í sinni eigin lyfjaútskrift og borið hana saman við aðra lækna í amtinu. Í árslok verður hægt að skoða lyfjanotkun sjúklinga en til þess þarf að sjálfsögðu heimild viðkomandi sjúklings. Hægt er að rekja hvaða læknar hafa farið inn í grunninn og sjúklingar geta einskorðað aðgang við tiltekinn lækni eða lækna.

inn. Það segir sína sögu að í öðru amti þar sem þetta hefur verið reynt voru læknar beðnir að gefa þessum heimsóknum einkunnir í skjóli nafnleyndar. Eftir fyrstu heimsóknina voru menn dálítið taugaóstyrkir og einkunnin var 6,5 á 10-kvarðanum en eftir þá næstu hækkaði einkunnin í 8,5.

Þessar heimsóknir bera árangur eins og sást í atvugun sem gerð var í Ringkøbing þar sem sjónum var beint að útskriftum lækna á þremur lyfjaflokkum: sýklalyfjum, gigtarlyfjum og kólesteróllækkandi lyfjum. Helmingur læknanna í amtinu fékk heimsókn en hinn ekki. Engin breyting varð á útskrift sýklalyfja og kólesteróllækkandi lyfja. Hins vegar varð veruleg breyting á útskrift gigtarlyfja hjá þeim sem fengu heimsókn. Það dró umtalsvert úr útskrift þeirra á Cox-2 hemlurum en notkun þeirra hefur verið mjög mikil í Danmörku.“

Símenntun í fræðsluhópum

Auk þessara heimsókna eru framlögin til gæðaþróunar notuð til að kosta ráðgjöf um símenntun. Hún fer þannig fram að dagskrár fræðslufunda og læknaráðstefna eru bornar undir kennslufræðing sem metur gagnsemi þeirra fyrir lækna. Þá styður gæðaþróunarsjóðurinn einnig svonefnd audit-verkefni þar sem læknar gera faglega úttekt á starfsemi sinni og síðast en ekki síst styrkir hann fræðsluhópa lækna sem gegna mikilvægu hlutverki í gæðastarfi og endurmenntun danskra heimilislækna. Langflestir þeirra taka þátt í starfsemi slíkra hópa en í þeim eru yfirleitt 8-10 læknar sem hittast reglulega á fræðslu- og umræðufundum.

„Þeir fá styrki til að leigja sali og útvega gestafyrirlesara en það er gert til að þeir þurfi ekki að reiða sig á fyrirlesara sem lyfjafyrirtækin útvega þeim. Læknar greiða hluta af kostnaðinum við þessa fundi úr eigin vasa en geta dregið hann frá skatti. Við teljum þessa fræðsluhópa afar mikilvæga eins og sést á því að þriðjungur af gæðaþróunarframlögum rennur til þeirra,“ segir Jesper.

Hann leggur áherslu á að allt frumkvæði í gæðaþróunarmálum komi frá læknum. „Heimilislæknar eiga frumkvæðið og stinga upp á gæðaþróunarverkefnum. Ef þau reynast vel eru þau tekin upp á landsvísu,“ segir Jesper.

Í samningi en ekki skylda

Gæðaþróunarstarfið er fellt inn í kjarasamning heimilislækna við amtsstjórnina en hann rennur út eftir tvö ár. Menn eru þegar farnir að huga að næsta samningi og Jesper Lundh nefnir fjögur atriði sem læknar hafa áhuga á að koma á framfæri þar.

„Í fyrsta lagi viljum við beina sjónum okkar að því sem nefnt er „shared-care“, það er að auka samráð þeirra sem sjá um sjúkling á leið hans í gegnum heil-



brigðisþjónustuna. Í öðru lagi viljum við koma á samræmdu mati á sjúklingum. Í þriðja lagi viljum við efla upplýsingatæknina í samskiptum sjúkrahúsa og einstakra lækna og í fjórða lagi koma á notkun gæðavísa. Varðandi það síðastnefnda viljum við leggja áherslu á þrjá sjúkdóma, sykursýki, heilabilun og háþrýsting, og kanna hvaða gæðavísar nýtast best til að mæla gæðastarf heimilislækna í meðferð þeirra,“ segir Jesper.

Hann er ekki viss um að gæðavísar séu endilega besta leiðin til að efla gæði læknisstarfsins en nefnir þó einn sem fylgist með því hversu oft sjúklingar leita til læknis. „Ef 15% sjúklinga heimilislæknis koma aftur og aftur á stofuna án þess að vera haldnir alvarlegum sjúkdómi þá er eitthvað að gæðunum hjá viðkomandi lækni. Hann á greinilega erfitt með að ljúka viðtölum við sjúklinga sem finnst þeir þurfa að koma aftur og aftur.“

Þótt gæðaþróunarstarf sé hluti af kjarasamningi eru danskir heimilislæknar ekki skyldaðir til að taka þátt í því. „Á stofunni sem ég starfa á eigum við rétt á að fá 250.000 krónur á ári úr gæðaþróunarsjóðnum en við getum afsalað okkur þessum peningum til annarra. Við getum líka sótt um meira fé ef við erum með spennandi verkefni í gangi.“

Ég er ekki viss um að rétt sé að skylda lækna til gæðastarfs og leggja á þá kvaðir. Það getur leitt til alls kyns undarlegra hluta eins og reynslan sýnir. Í Bretlandi er til dæmis lögð sú kvöð á sjúkrahús að þar skuli sjúklingar vera komnir í sjúkrarúm áður en tvær klukkustundir eru liðnar frá því þeir komu. Þessari kröfu hafa menn mætt með því að taka hjólin undan vögnunum sem notaðir eru til að flytja sjúklinga og kalla þá rúm,“ segir Jesper Lundh.

Jesper Lundh í Heilsugæslunni í Garðabæ þar sem blaðamaður Læknablaðsins hittir hann að máli.