



Det, man måler på, det vokser. Hvordan bevarer vi balance i kvalitetsarbejdet?



Mange ting kan tælles, måles og vejes



Ikke alt, der kan måles, er vigtigt



Ikke alt, der er vigtigt, kan måles

Mennesker med mange sygdomme og tilstande

Hvad har de brug for?

At blive mødt som et menneske, fremfor en samling sygdomme

- Behandlerkontinuitet
- Færrest mulige behandlingssteder
- At opleve at behandlingsstederne samarbejder
- Undgå gentagelse af undersøgelser
- En god familielæge med tid til den komplekse samtale
- Et overblik og en god prioritering sammen med lægen
- At lægen tør sige "pyt med det" når noget er mindre vigtigt



Burden of treatment. Alt er ikke lige vigtigt, og alle vejledninger skal ikke følges helt ud. Prioriter sammen med patienten.

MALCOLM WILLETT



Kompliceret ankelfraktur	Ortopæd kir	Planlægger fjernelse af ostesyntesemat
Gastrit	Egen læge	Pantoprazol kan først udtrappes efter OP
Skizofreni/depression	Psyk	Med.justering afventer neurologisk vurd
Anfaldsfænomener/fald	Neurologien	Afventer svar på EEG
KOL	Egen læge	Vistnok underbehandlet, opfølg i maj
Hoster blod op	Lungemed	Fik CT+bronkoskopi, benign, kontrol april
BCC	Lokale hudlæge	P.t. recidivfri
T2DM	Egen læge	Velbehandlet
Alkohol	Egen læge	Ædru i 1,5 år
Rygproblem	Ålborg	I forløb m. blokader
Paroxystisk afli	Egen læge	Narkosetilsyn i Ålborg fandt takykardi
Cardiomyopati	Egen læge	Årsstatus må indgå i afli-status



Hvilket mål satte vi så? At få lov til at komme tilbage på "Gården"



Foto: Nordjyske

Van Lohren, 2014

Organizational aspects of primary care related to
avoidable hospitalization: a systematic review



Conclusions.

Available evidence suggests that strong primary care in terms of adequate primary care physician supply **and long-term relationships between primary care physicians and patients reduces hospitalizations** for chronic ACSCs. There is a **lack of evidence** for the positive effects of many other organizational primary care aspects, such as **specific disease management programs**.

Fragmenterede patientforløb er forbundet med uhensigtsmæssig medicinering og død

Hvorfor



Jo flere sygdomme en patient har - jo flere kontakter, forløb og indlæggelser oplever de.

1 ud af 4 voksne danskere lider af flere samtidige sygdomme, og mange oplever uhensigtsmæssige forløb i sundhedsvæsnet.

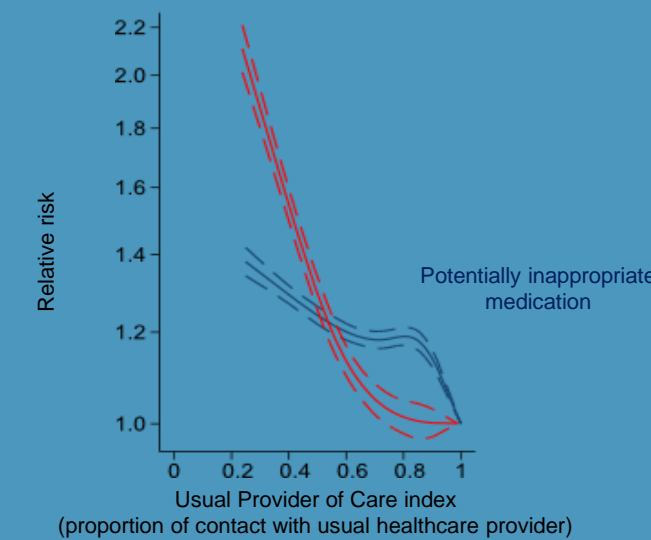
Vi har undersøgt, hvordan det påvirker deres behandling og prognose.

Hvordan

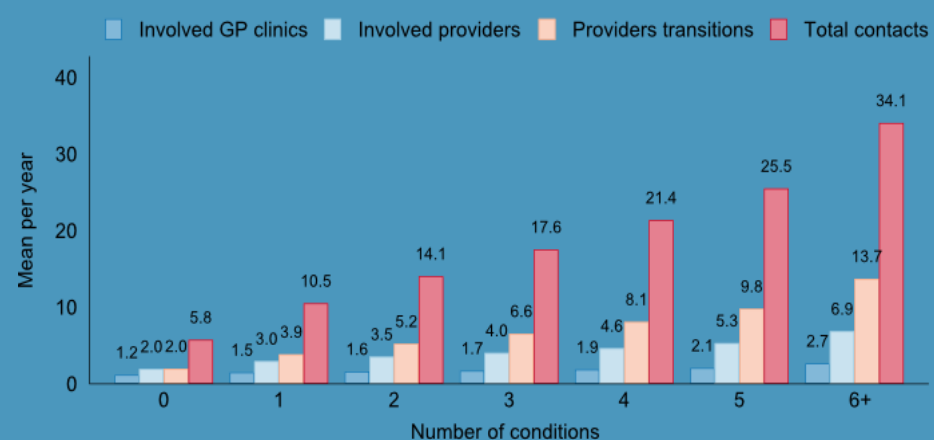
Vi undersøgte alle 4,7 mio. voksne danskere kontaktmønstre i sundhedsvæsnet i 2018 ved hjælp af de nationale registre og analyserede risikoen for potentiel uhensigtsmæssig medicinering (STOPP/START kriterier) og død. Fragmentering blev bedømt på en række anerkendte kriterier. Analysen tager højde for patienternes køn, alder, sygdomme og socioøkonomiske faktorer.



Patienter med mindre end 25% af deres kontakter hos deres vanlige læge havde en 49% højere risiko for potentielt uhensigtsmæssig medicinering og en 159% højere risiko for død sammenlignet med fuld kontinuitet



Patienter med tre sygdomme
- har 18 sundhedskontakter
- fordelt på 4 læger
- med 7 skift mellem dem
i gennemsnit på et år



Konklusion

Mangel på kontinuitet og fragmenterede forløb ser ud til at være selvstændige risikofaktorer for potentielt dårligere behandling og død. Jævnlig kontakt til ens vanlige læge er forbundet med lavere risiko.

Læs mere her

Prior et al, **Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study.** *BMC Medicine* 2023;21(1):305. Open Access: <https://rdcu.be/djt33>



Hvad skal vi så måle på, hvis vi da skal måle?

- Behandlerkontinuitet på det enkelte behandlingssted
- Minimer fragmentering dvs færre behandlingssteder og overgange
- At lægen altid har spurgt til, hvad der betyder mest for patienten
- Måske en "lad-vær-indikator"? En "pyt-indikator"?
hvor man får kvalitets"point" for at undlade unødvendigheder (henvisninger, undersøgelser og behandlinger) fremfor "point" for produktion

