

Internatmøde

Samarbejde med Regionerne og DAK-E om implementering af ICPC-2 og datafangst til diabetes forløbsydelsen

Tirsdag den 8. og onsdag den 9. april 2008
 på Hotel Kolding Fjord, Fjordvej 154, Kolding

Gruppearbejde onsdag den 9. april:

Hvordan bruges de indvundne erfaringer til den videre udbredelse? Hvordan implementeres ICPC-2 og datafangst?

Hvad skal der til for at fremme:

- 1) Det er en forudsætning for det videre arbejde, at Sentinel Datafangst frigøres fra diabetes forløbsydelsen
- 2) Tilbagemeldingerne til lægerne skal være det, der sælger. Udbredelse til flest mulige
- 3) Afholde temadage om ICPC-kodning og diabetes forløbsydelsen (lig dem som Region Sjælland afholder – både for læger og personale). se mere på <http://www.preben.kri.dk/icpc/>
- 4) Nationale og regionale superbrugere
- 5) Opgradering af medicinvejledere – foreslås nyt navn til ”lægefaglige vejledere”
- 6) En ”IT-indgang” for praksis. Datakonsulenterne bør være dem, som praksis kontakter i tilfælde af spørgsmål/problemer.
- 7) Second level support

Hvilke barrierer er der for implementeringen?

- 1) Bindingen til forløbsydelsen.
- 2) Laboratorieskema
- 3) Laboratoriekoder – samkøring af nye og gamle koder. Systemhusene skal inddrages. Det er en stor opgave at omkode laboratoriekort, og det er vigtigt at hverdagen fungerer. De forskellige IT-systemer skal respektere den enkelte installation. En løsning kunne være at implementere nye koder og samtidig have de gamle koder liggende andet steds på pc'en.

Hvad gør vi i DAK-IT?

- 1) Arrangerer kurser for datakonsulenter
- 2) Følording, hvor datakonsulenterne følger DAK-E
- 3) Temadage for alle om IT

Konklusion:

God idé med kurser ”IT i almen praksis”, hvor alle former for IT relaterede opgaver gennemgås; ICPC, Datafangst, dødsattester, digital signatur m.m.

Datakonsulenterne skal være gatekeepere. Praksis skal have ét nummer at ringe til i tilfælde af problemer. Det må så være op til datakonsulenten at afgøre, om opgaven skal videre til superbrugere eller systemhus, eller om opgaven ligger inden for datakonsulentens eget område.

Datakonsulenten skal uddannes/oplæres til at kunne håndtere de opgaver, som måtte komme. Datakonsulenterne er ikke superbrugere på systemerne, men det er vigtigt at de kender systemerne godt for at kunne hjælpe lægerne, ved problemer skal der være en superbruger i hvert system at henvise til.

Nationale og regionale superbrugere: Evt. ansætte regionale superbrugere til de store systemer og nationale superbrugere til de små systemer, så man sikre, at superbrugerne får opgaver og erfaring nok.

God idé, hvis vi kunne præsentere et overblik over økonomi/omkostninger ifm. IT-tiltag, når f.eks. nye praktiserende læger ønsker at deltage. Henrik Schroll orienterede om, at sådan en undersøgelse er i gang, hvor man ser på omkostninger til etablering, opgradering samt abonnementer. Beløbene ligger på mellem kr. 7.500 og 9.000 pr. system pr. læge. Tallene er ikke offentligt tilgængelige endnu, men det vil formentlig komme inden længe.

Gruppearbejde:

Design et projekt til datafangst!

- 1) *Depression*: scalascore (fx ICD10) ægteskabelig stilling, alkohol, stofmisbrug, sygedage, brug af psykiater/psykolog, delvis sygedage, blodprøver, evt. socialklassescore. Hvad skal udløse pop-uppen?: recept på antidepressiva eller henvisning til psykolog, diagnosen P76, P03. Hvad kan der sammenlignes på tværs fra læge til læge? Findes der indikatorer for depressionsbehandling? Ikke i almen praksis.
- 2) *Mediernes indflydelse på henvendelsesmønsteret i almen praksis*: Hvor mange kontakter får praksis, når en diagnose/sygdom har været i medierne? Hvad betyder det for almen praksis? Hvordan kan dette måle? Opstille diagnoser på f.eks. angst (frygt for diagnose). Opgaven med at vurdere informationens gennemslag i medierne kunne evt. bestilles hos et konsulentfirma. Tilbage meldingen til medierne skulle være, at det har en konsekvens for almen praksis, når sådanne udmeldinger sker.
- 3) *Ordinationsmønster ved sovemedicin/beroligende medicin*: Evt. lave en audit. Indgangsvinklen kan være receptudstedelse på bestemte præparater. Parametre: personlig henvendelse, sekretæruddrivning, har patienten været forsøgt trappet ud, søvnhygiejne tilbudt osv.
- 4) *Osteoporose*: Indgangsvinkel: højde, vægt, tidligere frakturer eller rygning kunne udløse pop-up til om patienten skal til videre udredning eller ej. Svaghed, at kalk eller d-vitamin ikke er registreret i journalen. Kunne evt. være et spørgsmål. Aldersmæssig afgræsning og derefter randomisering.

Gruppearbejde:

Hvordan ser den fremtidige arbejdsfordeling ud mellem regionerne og DAK-E i relation til udbredelse af både ICPC-2 og datafangst. Regionernes opgave? DAK-Es opgave?

Hvad gør regionerne?

- 1) Stå for udbredelsen. Det er vigtigt at lave differentieret indsats på:
 - 1) de som slet ikke er i gang
 - 2) helt ned på systemhusniveau
 - 3) de som koder
- 2) Sammensætte et bredt hold af både nøglepersoner fra almen praksis og datakonsulenter til at lave workshops, undervisning, åbent hus. Nøglepersonerne burde inden da gennemgå et voksenpædagogisk grundkursus (lig dem CVU udbyder) for at lære grundregler omkring undervisning.
- 3) Superbrugere bør være testgruppe til afprøvning af ICPC-2, når denne er frigivet, så superbrugere får kendskab til systemet inden implementering hos lægerne.
- 4) Der skal være økonomi og organisation til opgaven. Evt. bruge midler fra Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalgene til kurser og andet, bør også kunne bruges til implementering. Måske få del i penge fra Efteruddannelsesfonden.

Hvad gør DAK-E?

- 1) DAK-E bør være udviklingsenheden, der er sætter rammerne for datafangst og ICPC-2. Desuden sørger for, at der kommer bevilling til den fremtidige proces.
- 2) Arrangør af ICPC-kurser for superbrugere og datakonsulenter. Evt. søge regionernes Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg om midler til afholdelse af kurserne.

Datakonsulentfunktionen:

Herefter var der en diskussion om datakonsulentfunktionen. Mange af datakonsulenterne føler, at kvalitetsarbejdet bliver tilsidesat pga. tekniske opgaver. Der bør derfor allokeres midler til en supportfunktion til at tage sig af Web-req, tekniske problemer og andre opgaver, som udmærket kan løses af en anden faggruppe. Der skal være forskel på implementerings- og driftsopgaver.

Hvem beslutter, hvilke opgaver datakonsulenterne skal udføre? Datakonsulenterne er sat i verden til at arbejde med kvalitetsudvikling. Det er forskelligt fra region til region, hvilke opgaver der prioriteres. Der savnes en udmelding fra centralt hold. Enkelte efterlyste en national organisation/beslutningsstøtte (fælles fodslag).

Helle Lindkvist fra Region Syddanmark påpegede, at det er en regional beslutning, hvordan opgaverne skal løses, og hvilke opgaver der skal prioriteres. Det handler måske mere om at få ansat sundhedssupportere til driftsopgaverne.

Kvalitets- og Informatikfonden (KIF) er et paritetisk sammensat udvalg, der udstykker DAK-E's opgaver, og så bør regionerne støtte op om de opgaver.

• Sekretariat:

DAK-E - Den Almenmedicinske Kvalitets Enhed
 Dampfærgevej 22 • 2100 København Ø
 Telefon: 3529 8209. Mobil: 5134 3346
 Fax: 3529 8335
 E-mail: lgrosen@dak-e.dk

• IT:

Det Almenmedicinske Center
 JB. Winsløvs Vej 9A • 5000 Odense C
 Telefon: 6550 3054
 Fax: 6550 3980
 E-mail: loesterhaab@dak-e.dk

• DanPEP:

Praksisenheden • Regionshuset Århus
 Olof Palmes Allé 17 • 8200 Århus N
 Telefon: 8728 4581
 Fax: 8728 4599
 E-mail: ghove@dak-e.dk

Der var enighed om, at det er en betingelse for anvendelse af ICPC og datafangst, at lægesystemerne fungerer optimalt, ellers vil funktionerne ikke blive anvendt. DAK-E må lægge pres på systemhusene for, at systemerne skal opgraderes. Måske lave en "smiley-ordning" til DAK-E's hjemmeside – en der er mere uddybende end den allerede eksisterende: http://www.dak-e.dk/flx/dak_e_it/systemhuse/certificerede_systemer/

Henrik Schroll oplyste, at udviklingen heldigvis er vendt, så systemhusene nu har indset, at det er vigtigt at indgå i et samarbejde med DAK-E frem for at modarbejde.

Helle Lindkvist orienterede om Region Syddanmarks holdning til datafangst og ICPC. For Region Syddanmark er det en helt afgørende forudsætning for kommende og nuværende aktiviteter inden for almen praksis, at ICPC implementeres. Det er fundamentet for kvalitetsudvikling, systematik og datafangst. Det giver et suverænt overblik over egen praksis. ICPC er derfor også valgt som et af regionens indsatsområder for de kommende år.

Region Syddanmark giver den udmelding alle steder, hvor det muligt. Har desuden nedsat et ICPC-team bestående af datakonsulenter, praktiserende læger og repræsentanter fra DAK-E, der giver support til teamet. Der skal arbejdes med implementering af ICPC og datafangst på det kommende Kvalitets- og Efteruddannelsesmøde, hvor der afsættes en pulje til ICPC-implementering (en rammebevilling til ICPC-teamet). Marianne Rosendal er tovholder på ICPC-teamet.

Region Syddanmark vil ligge pres på Danske Regioner for at få implementeret i overenskomsten, at det vil være helt legitimt for praktiserende læger at have en refleksionsdag, hvor man ser på egen praksis, datafeedback mm. En dag hvor man systematisk kun arbejder med dette. En refleksionsdag skal også være med til at hindre udbrændthed. En dag, hvor man stopper op og får overblik.

ICPC-kodning, datafangst og arbejde med egne data hænger sammen, og der skal honorering til.

Der udspandt sig herefter en diskussion om, hvorvidt 1 dag er nok. Enkelte havde brugt en weekend på det. Det er et omfattende emne. Bør ikke blande for mange emner/kroniske sygdomme ind i starten, men starte med et enkelt emne. God idé at gøre brug af facilitatorer/konsulenter/besøgsvenner.

Henrik Schroll rundede diskussionen af med at summere op. Der er kommet meget feedback til DAK-E. Påtænker at gentage arrangementet om 1 – 1½ år.

Referat samt præsentationer og andre bilag fra internettet kan downloades fra DAK-E's hjemmeside: http://www.dak-e.dk/flx/dak_e/kurser_og_konferencer/praesentationer_og_referater/internatmoede_om_icpc_2_og_datafangst_til_diabetes_forloebssydelsen/

Referent: Lone Østerhaab