

**Dansk AlmenMedicinsk Database
DAMD**

**Årsberetning
2009**

DAKE

Indholdsfortegnelse

Forord	5
Resume	7
Anbefalinger	7
Databasens formål.....	7
Baggrund og Status	8
Udvikling i tilslutning og DAMD status	8
Hvorfor er der en forskel på tilmeldte klinikker og dem, der sender data?	9
Konklusion på status	9
Revisionspåtegning.....	12
DAK-E indikatorer fra almen praksis	14
Indikatorer	14
Datagrundlag.....	14
Komplethed af patientregistrering - registreringskomplethed.....	14
Komplethed af variable - datakomplethed	15
Resultater 2009.....	15
Indikatorrapport.....	19
Vurdering og anbefalinger fra Kompetencecenter Syd	22
Organisation	23
KIF fonden.....	23
Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD.....	26
Aktiviteter på databasen.....	26
Hvordan kan resultaterne anvendes til udvikling af kvaliteten?.....	27
Bliver kvaliteten i diabetesbehandlingen forbedret blandt de læger, der anvender datafangst?.....	27
Elementer fra bevillingsskrivelsen for 2010 fra Danske Regioners Databasesekretariat.....	29
Forudsætninger for fremtidig godkendelse	29
Øvrige igangværende eller afsluttede kvalitets- og forskningsprojekter	31
Fra 2007	31
Fra 2008.....	31
Fra 2009.....	32
Ansøgte projekter	33
Perspektiver for de to næste år!.....	34
Relancering af datafangstmodulet.....	34
Sentineldatabasen	34
Forløbsregistrering.....	35
Referencer	36

Forord

Denne rapport omfatter perioden fra den 1. januar 2009 til den 31. december 2009. Ved afrapporteringen af diabetesdata fra DAMD til det Nationale Indikator Projekt (NIP) er der dog valgt en anden termin, nemlig perioden 1. marts 2009 til 29. februar 2010, idet rapporten på den måde bliver i overensstemmelse med indberetningerne af de øvrige NIP diabetesdata.

Redaktion af rapporten er forestået af Henrik Schroll, leder af DAK-E IT, og Søren Friborg, chef for DAK-E.

Målet er, at DAMD skal bruges så meget som muligt både til kvalitets- og forskningsprojekter, og begge dele kræver, at kvaliteten af de registrerede data er meget høj, hvorfor monitoreringen af databasekvaliteten fortsat er et centralt område. Afsnittet om "DAK-E indikatorer fra Almen Praksis" er udarbejdet i samarbejde med Kompetencecenter Syd.

DAMD indberetter de diabetesindikatorer, der er fælles med sygehusvæsenets indikatorer til NIP. Almen praksissektoren har imidlertid nogle selvstændige indikatorer ud over dem, NIP offentliggør. Disse afrapporteres i denne publikation og er udarbejdet i samarbejde med Kompetencecenter Syd. DAMD leverer ugentligt opdaterede kvalitetsrapporter til de enkelte læger, der medvirker i Datafangst. – Flere regionerne er nu ved at komme i gang med at arrangere efteruddannelse på baggrund af bl.a. diabetesrapporterne for at bedre kvaliteten af diabetesbehandlingen i almen praksis.

I spørgsmålet om kvaliteten af ICPC kodningen samarbejder DAK-E IT med de enkelte regioner om at lave lokale kodekurser i brug af ICPC klassifikationen og kurser i brug af datafangstmodulet, der bruges til at indberette data til DAMD. Målgruppe for denne rapport er Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioners Databasesekretariat, Landsoverenskomstens parter for almen praksis, de tre kompetencecentre og alle øvrige organisationer og personer, der arbejder med kvalitet og har interesse for kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Odense, august 2010

Gregers Hansen-Nord
Formand for Styregruppen for DAMD

Resume

Ved udgangen af 2009 var ca. 400 praktiserende læger (11 % af alle) i gang med Datafangst og Diabetes Forløbsydelsen. Efter lægernes opfattelse er grunden til, at ikke flere har tilmeldt sig, at Forløbsydelsen er kompliceret at anvende og økonomisk ikke særlig attraktiv. I opstartsfasen var der en del "børnesygdomme" med datafangstprogrammet, men det kører nu stabilt. Desværre har det i 2009 ikke været muligt at få implementeret de programmæssige forbedringer, som årsrapporten fra 2008 påpegede var nødvendige for at fjerne datatabet i enkelte af lægesystemerne. Der er derfor ikke baggrund for at gentage valideringen af datakvaliteten i DAMD, før rettelserne er implementeret. Enkelte lægesystemer har stadig mindre problemer med at levere alle de aftalte data til Datafangst. En ny certificeringsrunde med systemhusene er i gang, og den vil formentlig løse de udestående problemer. Det kniber dog med at få systemhusene til at stille op til certificering, da de har mange andre udviklingsopgaver.

Læger på Datafangst giver udtryk for, at det giver god mening at være med, og de angiver også, at de har megen glæde af kvalitetsrapporterne. "Den gode historie" har fået mange læger til at udtrykke, at de gerne vil være med, når en ny overenskomst er på plads. En opgørelse på diabetesbehandlingen viser i øvrigt, at datafangstlæger i løbet af et års observation har forbedret behandlingskvaliteten signifikant. En artikel herom er på vej til publicering.

Anbefalinger

- Datafangst og DAMD er nu kommet i stabil drift. De resterende problemer med kommunikation med de enkelte lægesystemer kan og skal løses ved en recertificering
- Alle praktiserende læger bør på sigt anvende ICPC klassifikationen i deres daglige praksis
- Der bør tilvejebringes de nødvendige forudsætninger for, at alle praktiserende læger kommer på datafangst
- Der bør sættes ind med undervisningsmæssige tilbud som starthjælp samt opfølgning på kvalitetsrapporterne, så potentialet for kvalitetsudvikling bliver udnyttet væsentlig bedre.

Databasens formål

- 1) At udvikle og sikre kvaliteten i almen praksis som en del af det samlede sundhedsvæsen
- 2) At fremme forskning med betydning for kvaliteten i almen praksis og det samlede sundhedsvæsen.

Baggrund og Status

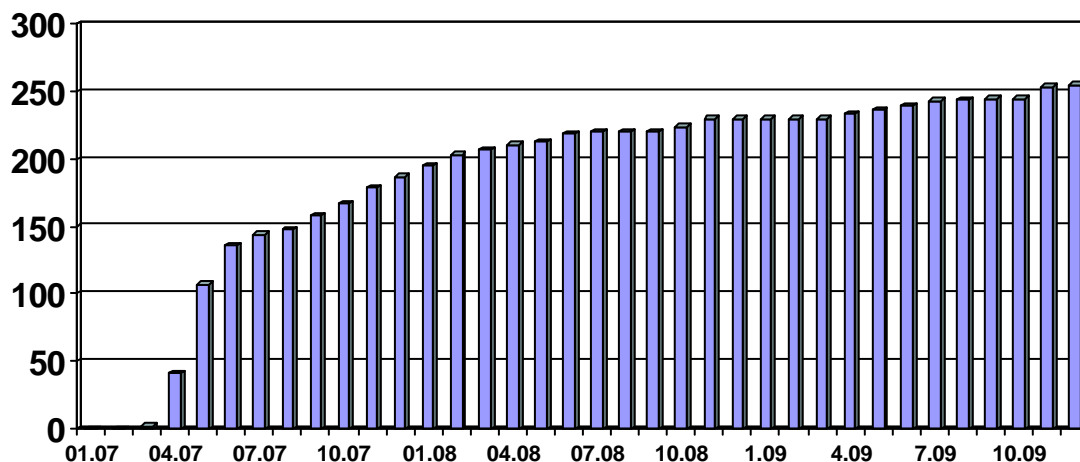
Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD, er en godkendt national specialespecifik klinisk kvalitetsdatabase for almen praksis.

Ved udgangen af 2009 var 196 klinikker med godt 400 læger i daglig drift. Tilmeldingen til Datafangst er imidlertid større, idet 255 klinikker med 531 læger har meldt sig til Datafangst. Mange læger viger imidlertid tilbage for at få Datafangst installeret, idet de har valgt at afvente en ny landsoverenskomst for almen praksis, og endnu flere læger vælger at vente med at melde sig til, indtil en ny overenskomst er på plads.

Udvikling i tilslutning og DAMD status

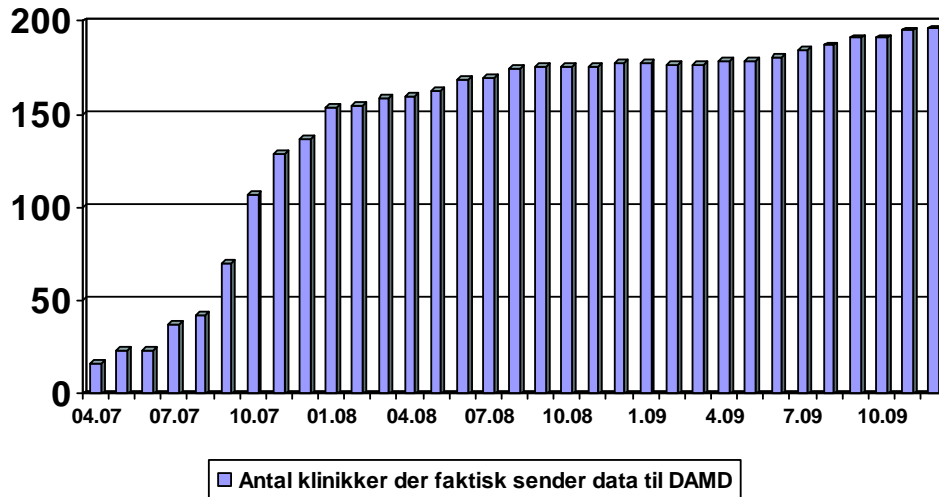
Figur 1. Antal klinikker tilmeldt Datafangst fra 2007 til og med 2009

Figuren viser akkumuleret antal nye klinikker tilmeldt i løbet af de tre år fordelt på den enkelte måned. Ved året 2007's begyndelse var der fra pilotdriften godt 14 klinikker i drift, og fra marts måned startede tilmeldingen med to nye klinikker, mens april og maj gav mere end 100 nye tilmeldinger. Sidst på året 2007 flader tilmeldingsraten ud. I henholdsvis 2008 og i 2009 kommer der efter Lægedage i november en mindre stigning begge år.



Figur 2. Antal klinikker, der sender data fra 2007 til og med 2009

Figuren viser det samlede antal klinikker, der er i produktion og sender data, fordelt på månederne i 2007, 2008 og 2009.



Hvorfor er der en forskel på tilmeldte klinikker og dem, der sender data?

Der henvises til den nærmere beskrivelse i årsrapporten fra 2008, hvor det også forklares, hvorfor ikke alle registrerede diabetespatienter har fået lavet en årskontrol. Her redegøres desuden for øvrige forhold, der kan medføre en forsinket opstart og registrering af data.

Konklusion på status

Starten på Diabetes Forløbsydelsen har ikke været uproblematisk hverken mht. IT udfordringer eller organisatoriske udfordringer. Efter en del børnesygdomme er datafangstmodulet nu i stabil drift og opfanger de data, der sendes fra lægesystemerne. Desværre har det vist sig, at dataforsendelsen fra enkelte af lægesystemerne ikke lever op til den lovede standard, idet der er en betydelig variation i mængden af data, der modtages. Dette skyldes direkte mangler i overførslen af data fra lægesystem til datafangstmodulet (se årsrapporten fra 2008, afsnit af Mogens Vestergaard). Trods fejlfinding og fejlretning i overførslen af data fra lægesystem til datafangst – en proces som DAK-E IT aktivt har medvirket til – er rettelserne kun delvis blevet implementeret i de berørte lægesystemer. Årsagerne er flere, og centralt står, at lægesystemerne i forvejen kæmper med rigtig mange udviklingsopgaver holdt op mod begrænsede ressourcer.

Ibrugtagningen af det fælles medicinkort, FMK, vil kræve en ny kommunikationsstandard mellem lægesystem og Datafangst og dermed en ny certificeringsrunde

af lægesystemerne. Her bliver det muligt at få rettet op på de problemer med databas, som nogle af lægesystemerne har.

Supporthjælpen til Datafangst fra nogle af lægesystemhusene har på baggrund af ovenstående ikke været tilfredsstillende. Problemet er ikke blevet bedre af, at den enkelte supporter har fået henvendelser mhp. support af Datafangst til at kunne bibeholde den faglige indsigt i, hvordan Datafangst spiller sammen med lægesystemet. DAK-E IT tilbyder derfor flere gange om året kurser for supporterne fra lægesystemerne, og der er endvidere også afholdt kurser hos enkelte af systemhusene vedr. installation og support af Datafangst. Denne opgave med at "klæde systemhusene på til Datafangst" skal fremover prioriteres højt, så den kommende implementering af Datafangst kan forløbe så uproblematisk som muligt.

Det har vist sig, at Datafangst efter en indkøringsperiode fungerer uden problemer i langt de fleste praksissystemer.

Ovenstående forhold har gjort, at dataindberetningen til DAMD er kommet langsommere i gang end ønsket, men da problemerne er ved at være løst, kan man forvente en kraftig stigning i indberetningen af data i de kommende år. Den positive omtale af datafangstmoduliet vil samtidig smitte af på nye potentielle brugere.

Tilbage forestår imidlertid en sikring af, at alle læger og alle klinikker omsætter rapporterne til de kvalitetstiltag, der i sidste instans skal komme patienterne til gode.

Erfaringerne fra de første års drift viser, at der skal en systematisk indsats til for at hjælpe nye læger godt i gang. Indsatsen består i informationsmøder, pjecer, introduktionskurser (gerne systemspecifikke og gerne i den enkelte praksis), mulighed for hjælp fra en datakonsulent til at få sit system trimmet og endelig en udbygget telefonisk support til løsning af brugsrelaterede samt tekniske problemer. Vi har også haft glæde af superbrugere inden for det enkelte system til at guide læger i gang i deres eget system. Efter at den enkelte praksis har været i drift ca. ½ år, er der behov for kurser i at omsætte kvalitetsrapporterne til reel kvalitetsudvikling til gavn for patienterne i praksis.

Fra foråret 2009 er KOL overgået fra pilotdrift til regulær drift med øget tilslutning af læger i løbet af året til følge.

En gruppe på ca. 100 læger sender alle deres patientkontaktdata til DAMD og diagnosekoder stort set alle deres patientkontakter. Disse læger ("Sentinellæger") leverer data til en løbende monitorering af kontakt- og behandlingsaktiviteter i almen praksis.

Udover diabetestilbage meldingsrapporten har disse Sentinellæger desuden mulighed for – uden ekstra arbejdsmæssig indsats – at se diverse andre rapporter om behandlingskvaliteten i deres egen praksis. Se et udvalg af kvalitetsrapporter på:

http://sentinel.finnsen.dk/demo_tilbage meldinger/

Mange af Sentinellægerne giver spontant udtryk for, at de er glade for deres kvalitetsrapporter, som de finder meningsfulde i patientbehandlingen. Ikke mindst har mange læger givet udtryk for, at de bruger rapporterne til at sikre sig, at de har deres patienter med andre sygdomme end diabetes i den bedst mulige behandling.

Revisionspåtegning

Påtegning fra Kompetencecenter Syd ved overlæge, ph.d. Linda Kærlev, den 31. maj 2010 vedrørende årsrapporten for DAMD 2009.

Dette er den 3. årsrapport fra Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD. Rapporten vedrører perioden: 1. januar 2009 – 31. december 2009. I henhold til basiskravene for de nationale kliniske kvalitetsdatabaser skal Kompetencecentret fremlægge følgende bemærkninger:

Der er specielle forhold for DAMD, idet databasen fungerer som resourcedatabase for sygdomsspecifikke kliniske kvalitetsdatabaser, og den supplerer med data fra almen praksis på diabetesområdet og fremadrettet for kronisk obstruktiv lungelidelse, KOL, og depression inden for det Nationale Indikator Projekt (NIP).

DAMD har specielle forhold ved at have frivillig tilslutning fra de praktiserende læger, ved at de selv kan afgøre, hvor mange data de vil levere ("alt" eller "pr. projekt"), og ved at have driftsomkostninger dækket af centrale midler ved en aftale imellem de praktiserende lægers organisation og det offentlige. DAMD varetager selv IT driften under godkendte rammer ved Syddansk Universitet (SDU). Databasen er under fortsat opbygning. Data fra DAMD til NIP i relation til diabetesområdet blev overført i foråret 2010 og bliver rapporteret under dette system.

DAMD har herudover omkring diabetes udviklet en række indikatorer, som overvejende er procesindikatorer. Måden at gøre indikatorsættet op på er ændret siden 2008.

Patienter med en årskontrol i 2009, som også tidligere har haft mindst en årskontrol, efter at praksis blev tilmeldt Forløbsydelsen, betragtes som at have opfyldt indikatoren. De patienter, der i 2008 fik lavet en årskontrol, blev "kun" regnet med, hvis den sidste årskontrol lå mellem 10 – 16 måneder tilbage. Ændringen betyder, at det ikke er muligt at sammenligne resultater fra 2009 med årsrapporten for 2008 vedrørende indikator 1-4, og der er derfor kørt reviderede analyser baseret på de nye indikatorberegningsregler for indikator 1-4 også for 2008 til sammenligning i herværende årsrapport. Ændringerne betyder også, at det ikke længere giver mening at afbilde resultaterne grafisk som ventetid til årskontrol.

Der er sket en forbedring i datakvaliteten siden årsrapporten 2008 i form af en 4-5 gange forøgelse af antallet af relevante inkluderede patienter i de tilmeldte praksis, imens der er tale om en mindre øgning i antal tilmeldte praksis siden sidste årsrapport. Der var i 2009 i alt 175 praksis tilmeldt diabetesydelsen, som indrapporterede patientdata til DAMD (8,2 % af alle praksis). Datagrundlaget er

derfor fortsat ret spinkelt, hvorfor resultater må tolkes varsomt, herunder især forskelle på regionalt niveau. DAMD's årsrapport for 2009 dækker overvejende organisatoriske og administrative emner samt en kort gennemgang af de 5 indikatorer og deres resultat for 2009 og sammenlignet med 2008. Afrapportering sker både på nationalt og regionalt niveau.

DAK-E indikatorer fra almen praksis

Indikatorrapporten dækker de praksis, der bruger Diabetes Forløbsydelsen i perioden. Patientdata skal være indberettet til databasen **inden den 14. februar 2010**. Rapporten og indikatorerne intenderer på basis af et afgrænset antal indikatorer at belyse følgende:

- Får diabetespatienter i almen praksis lavet årskontrol, herunder hvilken andel får lavet livsstilssamtaler vedr. kost, motion, og hvis relevant om rygning?
- Læser praksis tilbagemeldinger på deres patienter på sundhed.dk, og læser de tilbagemeldingerne regelmæssigt?
- Er der klinisk betydningsfuld variation mellem regionerne i andelen af diabetespatienter, der får lavet årskontroller og livsstilssamtaler samt i andelen af praksis, der læser tilbagemeldinger på deres patienter på sundhed.dk?

Indikatorer

I rapporten anvendes de indikatorer og standarder samt regler vedr. beregning af indikatorerne, som er præsenteret nedenfor i **Tabel 1: Indikatorberegning DAMD årsrapport 2009**.

Rapporten indeholder indikatorværdier for de enkelte regioner samt for hele landet. Da de reviderede indikatorer 1-4 beregnes både for 2009 og 2008 i herværende årsrapport, er det muligt her at sammenligne med resultater fra 2008, imens det ikke er muligt at sammenligne disse 4 indikatorer med beregningerne i årsrapporten for 2008.

Datagrundlag

I forbindelse med gennemlæsning af rapporten og tolkningen af resultaterne er det af afgørende betydning at være opmærksom på de fortsatte begrænsninger i antal tilmeldte praksis, hvilket bør medføre varsomhed ved tolkningen af de præsenterede indikatorresultater, især på regionalt niveau.

Komplethed af patientregistrering - registreringskomplethed

En databases registreringskomplethed defineres som: antal personer i databasen med den pågældende sygdom / totale antal personer med pågældende sygdom i almen praksis (for praksis tilmeldt Diabetes Forløbsydelsen) og besvarer spørgsmålet: *Hvor stor en andel af alle patienter med diabetes, som kontrolleres af læger tilmeldt Diabetes Forløbsydelsen i almen praksis, findes i databasen?*

Målet er, at alle patienter med diabetes, som går til kontrol i almen praksis (i henhold til de opstillede in- og eksklusionskriterier), inkluderes for at sikre, at

databasen giver et retvisende billede af kvaliteten af behandlingen til diabetespatienter i Danmark i almen praksis. Dette indebærer samtidigt, at en væsentlig andel af de praktiserende læger er/bliver tilmeldt Diabetes Forløbsydelsen, samt at diabetespatienter, som går til kontrol hos disse, registreres i DAMD. I 2009 er der fortsat relativt få nye praksis, der er kommet i gang med Diabetes Forløbsydelsen (imellem 6-9,5 % i hver region) og dermed et begrænset antal patienter. Såfremt det er tilfældigt, hvilke praksis der ikke tilmelder sig, og hvilke patienter i de tilmeldte praksis, der ikke registreres, vil selv en relativ lav komplethedsgrad ikke være en hindring for, at databasen afspejler kvaliteten. Hvis det modsat er således, at særlige grupper af praksis eller særlige grupper af patienter i de tilmeldte praksis i mindre grad bliver registreret i databasen, vil der introduceres en systematisk registreringsfejl (selektionsbias), og tolkningen af databasens resultater bliver vanskelig. Ofte er det vanskeligt at afgøre, i hvilket omfang manglende komplethed har medført selektionsbias.

Komplethed af variable - datakomplethed

Kompletheden af de registrerede data på hver patient har også stor betydning for validiteten af resultater fra databasen. Da der alene er lavet analyser på patienter med 100 % datakomplethed jf. indikatordefinitionerne, har denne fejlkilde ikke kunnet spille en betydende rolle.

Tabel 1-5 angiver fordelingen af data blandt patientforløbene i databasen.

Resultater 2009

Der var i 2009 i alt 175 praksis tilmeldt Diabetes Forløbsydelsen, som indrapporterede patientdata til DAMD (8,2 % af alle praksis mod 7,1 % i 2008) (Tabel 2), men patientgrundlaget, som danner baggrund for analyserne, er i år mere solidt (3422 patienter imod 781 patienter i 2008 ud fra samme kriterier). Overordnet set får 87,4 % af diabetespatienterne tilknyttet almen praksis, som er tilmeldt Diabetes Forløbsydelsen, lavet årskontrol. Dette er væsentlig flere end i 2008, hvilket dog skal tages med forbehold på baggrund af det lille antal patienter, der opfyldte inklusionskriterierne i 2008, hvorved de ændrede beregningsregler medfører en lavere opfyldelsesandel i 2008.

Indikatoropfyldelsen nationalt for at få en livsstilssamtale vedr. kost og motion lå i 2009 på henholdsvis 75,5 % og 77,1 %, og vedrørende rygning fik 62,2 % en livsstilssamtale, hvilket for alle er en stigning i indikatoropfyldelsen i forhold til 2008 niveau opgjort efter de nye beregningsregler, dog med samme forbehold som ved opgørelsen af indikator 1.

Praksis i Region Midtjylland og Region Nordjylland var i 2009 bedst til at få lavet årskontrol på deres patienter (90,2 %), imens praksis i Region Sjælland har højeste opfyldelse af indikatoren vedr. livsstilssamtale om kost (82,5 %) og ligeledes for motion (84,5 %) og for rygning (67 %). Indikatoren vedrørende Andelen af praksis, der mindst én gang har læst tilbagemeldinger på sundhed.dk,

er opgjort uændret fra årsrapporten i 2008, og indikatoren ligger i 2009 med 71,3 % opfyldelse for hele landet en anelse højere end i 2008 (70 %), og indikatoren har den højeste opfyldelsesgrad i Region Sjælland (95,8 %). Andelen af praksis, der regelmæssigt (mindst én gang i kvartalet) læser tilbagemeldinger på sundhed.dk, ligger med 30,2 % på næsten samme niveau som i 2008 (31,7 %), og har ligeledes den højeste opfyldelsesgrad i Region Sjælland (50 %).

Tabel 1: Indikatorberegning DAMD årsrapport 2009 - revideret 31.05.10

Forklaring til tabel:

Antal patientforløb (nævner): Alle patienter, der opfylder inklusionskriterierne for indikatoren.

Tæller: Patienter, som opfylder indikatoren.

Ekskluderede patienter: Patienter, som ikke indgår i indikatorberegningen.

Datakomplethed: Kriterier for at resultater bliver markeret pga. manglende data/uoplyste data.

Andelen af diabetespatienter i tilmeldte praksis med årskontrol og andelen af disse med livsstilssamtaler				
Indikator	Antal patientforløb (nævner)	Opfylder indikator (tæller)	Ekskluderede patienter	Datakomplethed vurderes på
Indikator 1: Andelen af diabetespatienter i tilmeldte praksis, der har fået lavet årskontrol.	Alle registrerede diabetespatienter i praksis, som praksis har ansvaret for (Tilmeldtydelsen = Ja).	Antal registrerede patienter med diabetes, som praksis har ansvaret for, der får udført årskontrol i afrapporteringsåret.	Hvis der ikke er registreret mindst 2 årskontroller (uanset type af første årskontrol), og patientens opfølgningstid er mindre end 16 måneder, indgår patienten ikke i beregningen.	- Mindre end 365 dage mellem Trigget (pop-up) og Opdateret (registrering af udfyldt pop-up). - Besvaret skal have værdien 1, svarende til at pop-uppen er færdigudfyldt.
Andelen af diabetespatienter i tilmeldte praksis med årskontrol, som har fået livsstilssamtaler vedrørende specifikke emner: 3 indikatorer				
Indikator 2: Andel af diabetespatienter med årskontrol, som har fået livsstilssamtale om kost.	Alle registrerede diabetespatienter i praksis, som praksis har ansvaret for (TilmeldtydelsenJa = 1).	Antal registrerede diabetespatienter i praksis, som praksis har ansvaret for, der får livsstilssamtale om kost i afrapporteringsåret.	Hvis der ikke er registreret mindst 2 årskontroller (uanset type af første årskontrol), og patientens opfølgningstid er mindre end 16 måneder, indgår patienten ikke i beregningen.	- Mindre end 365 dage mellem Trigget (pop-up) og Opdateret (færdigregistrering). - Besvaret skal have værdien 1, svarende til at pop-uppen er færdigudfyldt.
Indikator 3: Andel af diabetespatienter med årskontrol, som har fået livsstilssamtale om motion.	Alle registrerede diabetespatienter i praksis, som praksis har ansvaret for (TilmeldtydelsenJa = 1).	Antal registrerede diabetespatienter i praksis, som praksis har ansvaret for, der får livsstilssamtale om motion i afrapporteringsåret.	Hvis der ikke er registreret mindst 2 årskontroller (uanset type af første årskontrol), og patientens opfølgningstid er mindre end 16 måneder, indgår patienten ikke i beregningen.	- Mindre end 365 dage mellem Trigget (pop-up) og Opdateret (færdigregistrering). - Besvaret skal have værdien 1, svarende til at pop-uppen er færdigudfyldt.

Indikator	Antal patientforløb (nævner)	Opfylder indikator (tæller)	Ekskluderede patienter	Datakomplethed vurderes på
Indikator 4: Andel af diabetespatienter med årskontrol, som er rygere, og som har fået livsstilssamtale om tobaksrygning.	Alle registrerede diabetespatienter i praksis, som praksis har ansvaret for (TilmeldtydelsenJa = 1).	Antal registrerede diabetespatienter i praksis, som praksis har ansvaret for, der får livsstilssamtale om rygning i afrapporteringsåret.	- Kun rygere indgår (RygesamtaleJa = 1) - Hvis der ikke er registreret mindst 2 årskontroller (uanset type af første årskontrol), og patientens opfølgningstid er mindre end 16 måneder, indgår patienten ikke i beregningen.	- Mindre end 365 dage mellem Trigget (pop-up) og Opdateret (færdigregistrering). - Besvaret skal have værdien 1, svarende til at pop-uppen er færdigudfyldt.

Praksis' brug af tilbagemeldinger på deres diabetespatientforløb				
Indikator	Antal praksis (nævner)	Opfylder indikator (tæller)	Ekskluderede praksis	Datakomplethed vurderes på
Indikator 5a: Andelen af tilmeldte praksis til Diabetes Forløbsydelsen, der har set på diabetestilbage meldinger på sundhed.dk mindst en gang i det aktuelle år.	Alle praksis, der indberetter til Diabetes Forløbsydelsen.	Antal tilmeldte praksis, der mindst en gang i kvartalet har set på diabetestilbage meldinger på sundhed.dk ud fra logningsdata.	- Praksis indgår fra de har haft mulighed for at læse tilbagemeldingerne på sundhed.dk (opstart 10.04.08), defineret som det næste fulde kvartal efter 3 måneder efter den femte registrerede pop-up for en praksis. - Kun logfiler, der kan relateres til diabetes (variablen Gruppe = Diabetes), er medtaget. Logning af læsning af forsiden af sundhed.dk er ikke medtaget.	
Indikator 5b: Andelen af tilmeldte praksis til Diabetes Forløbsydelsen, der har set på diabetestilbage meldinger på sundhed.dk mindst en gang i kvartalet.	Alle praksis, der indberetter til Diabetes Forløbsydelsen.	Antal tilmeldte praksis, der mindst en gang i kvartalet har set på diabetestilbage meldinger på sundhed.dk ud fra logningsdata.	- Praksis indgår fra de har haft mulighed for at læse tilbagemeldingerne på sundhed.dk (opstart 10.04.08), defineret som det næste fulde kvartal efter 3 måneder efter den femte registrerede pop-up for en praksis. - Kun logfiler, der kan relateres til diabetes (variablen Gruppe = Diabetes), er medtaget. Logning af læsning af forsiden af sundhed.dk er ikke medtaget.	

Indikatorrapport

Tabel 2: Andel af praksis, der er tilmeldt Diabetes Forløbsydelsen og bidrager med patienter til analysen

Region	2008			2009		
	Andel tilmeldte	Tilmeldt ydelsen	Total antal	Andel tilmeldte	Tilmeldt ydelsen	Total antal
Hele landet	7,1%	151	2128	8,2%	175	2132
Hovedstaden	8,0%	62	774	9,4%	73	774
Midtjylland	8,2%	36	441	9,3%	41	441
Nordjylland	5,3%	11	206	6,3%	13	206
Sjælland	7,8%	23	293	8,2%	24	293
Syddanmark	4,6%	19	410	5,9%	24	410

Indikator 1: Andel af patienter, der fik årskontrol i 2009 sammenlignet med 2008

Region	Relevante data (patienter)	Data-komplethed	Nævner	Tæller	Andel	Nedre	Øvre	Andel
					2009	95 % CI	95 % CI	2008
Hele landet	3422	100,0%	3422	2992	87,4%	86,3	88,5	26,6%
Hovedstaden	1300	100,0%	1300	1112	85,5%	83,5	87,4	31,4%
Midtjylland	615	100,0%	615	555	90,2%	87,6	92,5	22,0%
Nordjylland	428	100,0%	428	386	90,2%	87,0	92,8	33,8%
Sjælland	724	100,0%	724	630	87,0%	84,3	89,4	25,0%
Syddanmark	355	100,0%	355	309	87,0%	83,1	90,4	13,1%

Indikator 2: Andel af patienter, der fik livsstilssamtale om kost i 2009 sammenlignet med 2008

Region	Relevante data (patienter)	Data-komplethed	Nævner	Tæller	Andel 2009	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI	Andel 2008
Hele landet	3422	100,0%	3422	2584	75,5%	74,0	76,9	23,6%
Hovedstaden	1300	100,0%	1300	927	71,3%	68,8	73,8	27,7%
Midtjylland	615	100,0%	615	458	74,5%	70,8	77,9	17,4%
Nordjylland	428	100,0%	428	345	80,6%	76,5	84,2	26,8%
Sjælland	724	100,0%	724	597	82,5%	79,5	85,2	25,0%
Syddanmark	355	100,0%	355	257	72,4%	67,4	77,0	11,9%

Indikator 3: Andel af patienter, der fik livsstilssamtale om motion i 2009 sammenlignet med 2008

Region	Relevante data (patienter)	Data-komplethed	Nævner	Tæller	Andel 2009	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI	Andel 2008
Hele landet	3422	100,0%	3422	2638	77,1%	75,6	78,5	23,6%
Hovedstaden	1300	100,0%	1300	961	73,9%	71,4	76,3	28,0%
Midtjylland	615	100,0%	615	448	72,8%	69,1	76,3	17,4%
Nordjylland	428	100,0%	428	345	80,6%	76,5	84,2	26,8%
Sjælland	724	100,0%	724	612	84,5%	81,7	87,1	25,0%
Syddanmark	355	100,0%	355	272	76,6%	71,9	80,9	10,7%

Indikator 4: Andel af rygere, der fik livsstilssamtale om rygning i 2009 sammenlignet med 2008

Region	Relevante data (patienter)	Data-komplethed	Nævner	Tæller	Andel 2009	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI	Andel 2008
Hele landet	810	100,0%	810	504	62,2%	58,8	65,6	22,7%
Hovedstaden	304	100,0%	304	179	58,9%	53,1	64,5	24,7%
Midtjylland	138	100,0%	138	90	65,2%	56,6	73,1	13,3%
Nordjylland	84	100,0%	84	46	54,8%	43,5	65,7	29,4%
Sjælland	215	100,0%	215	144	67,0%	60,3	73,2	24,1%
Syddanmark	69	100,0%	69	45	65,2%	52,8	76,3	17,6%

Indikator 5a: Andel af praksis, der mindst én gang har læst tilbagemeldinger på sundhed.dk i 2009

Region	Relevante data (praksis)	Data-komplethed	Aktuelle data (praksis)	Opfylder indikator-kriteriet	Andel 2009	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI
Hele landet	167	100.0%	167	118	71.3%	63.8	78.0
Hovedstaden	69	100.0%	69	50	72.5%	60.4	82.5
Midtjylland	39	100.0%	39	23	59.0%	42.1	74.4
Nordjylland	13	100.0%	13	11	84.6%	54.6	98.1
Sjælland	24	100.0%	24	23	95.8%	78.9	99.9
Syddanmark	22	100.0%	22	12	54.5%	32.2	75.6

Til sammenligning tal for 2008

Region	Relevante data (praksis)	Data-komplethed	Aktuelle data (praksis)	Opfylder indikator-kriteriet	Andel 2008	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI
Hele landet	120	100.0%	120	84	70.0%	61.0	78.0
Hovedstaden	47	100.0%	47	36	76.6%	62.0	87.7
Midtjylland	28	100.0%	28	15	53.6%	33.9	72.5
Nordjylland	9	100.0%	9	8	88.9%	51.8	99.7
Sjælland	19	100.0%	19	12	63.2%	38.4	83.7
Syddanmark	17	100.0%	17	13	76.5%	50.1	93.2

Indikator 5b: Andel af praksis, der mindst én gang i kvartalet har læst tilbagemeldinger på sundhed.dk i 2009

Region	Relevante data (praksis)	Data-komplethed	Aktuelle data (praksis)	Opfylder indikator-kriteriet	Andel 2009	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI
Hele landet	149	100.0%	149	45	30.2%	23.0	38.3
Hovedstaden	61	100.0%	61	21	34.4%	22.7	47.7
Midtjylland	35	100.0%	35	5	14.3%	4.8	30.3
Nordjylland	12	100.0%	12	3	25.0%	5.5	57.2
Sjælland	22	100.0%	22	11	50.0%	28.2	71.8
Syddanmark	19	100.0%	19	5	26.3%	9.1	51.2

Til sammenligning tal for 2008

Region	Relevante data (praksis)	Data-komplethed	Aktuelle data (praksis)	Opfylder indikator-kriteriet	Andel 2008	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI
Hele landet	120	100.0%	120	38	31.7%	23.5	40.8
Hovedstaden	47	100.0%	47	15	31.9%	19.1	47.1
Midtjylland	28	100.0%	28	6	21.4%	8.3	41.0
Nordjylland	9	100.0%	9	3	33.3%	7.5	70.1
Sjælland	19	100.0%	19	7	36.8%	16.3	61.6
Syddanmark	17	100.0%	17	7	41.2%	18.4	67.1

Vurdering og anbefalinger fra Kompetencecenter Syd

Disse første resultater af indikatoropfyldelsen af de reviderede indikatorer vedr. indikator 1-4 er baseret på et forbedret patientdatagrundlag her i 2009, da en stor andel af praksis i 2008 var nytilmeldte Diabetes Forløbsydelsen, og patienterne herfra derfor endnu ikke opfyldte inklusionskriterierne til de enkelte indikatorer. Sammenligningen med de tilsvarende beregninger for 2008 må derfor tages med forbehold. Ligeledes må det medtages i tolkningen, at patienterne repræsenterer knap 9 % af praksis, og herværende analyser kan derfor alene give et fingerpeg om opfyldelsen af indikatorerne. Med det øgede antal patienter, som opfylder inklusionskriterierne i 2009 samt ved øgning af andelen af tilmeldte praksis til Diabetes Forløbsydelsen og det resulterende stigende antal patienter vil indikatorerne i stigende grad kunne give værdifuld information vedr. behandlingen af diabetespatienter i almen praksis.

Kontaktadresser

Leder af DAK-E IT
Henrik Schroll
J.B. Winsløws Vej 9A
5000 Odense C

hschroll@dak-e.dk

Overlæge KCS
Linda Kærlev
Indgang 101, 4. sal,
Sdr. Boulevard 29,
5000 Odense C

linda.kaerlev@ouh.regionsyddanmark.dk

Organisation

Siden Årsberetning 2008 er der sket udskiftninger i personkredsen i flere af de udvalg, der er knyttet til DAMD. Organisationen med medlemmer er aktuelt således:

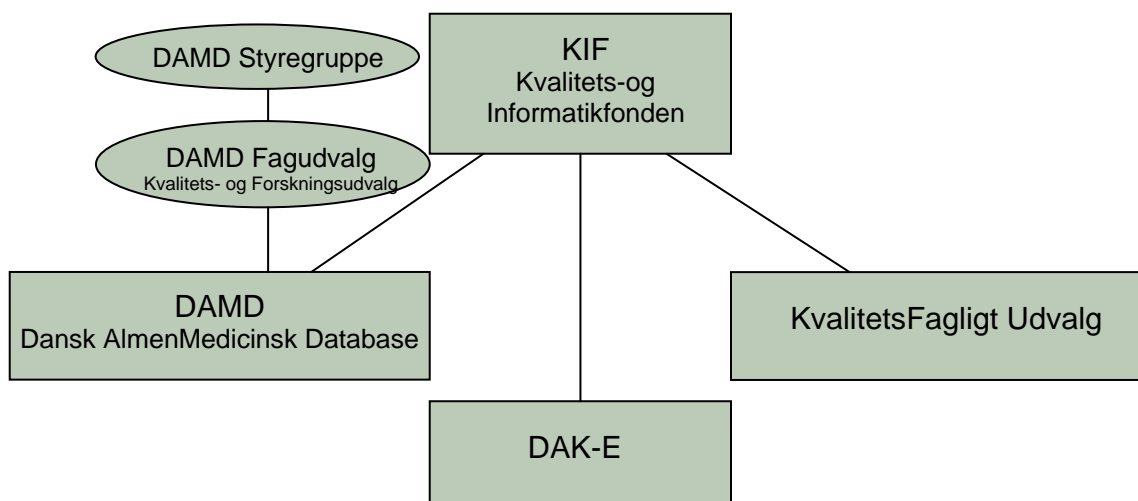
KIF fonden

Med overenskomsten i 2006 mellem Amtsrådsforeningen (SFU) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) blev det besluttet at oprette en fond til fremme af kvalitetsudviklingen og IT udviklingen i almen praksis – "KIF" fonden (Kvalitets og Informatik Fonden) (figur 3). Fonden er sidestillet med de to andre fonde, som ligeledes er aftalt i overenskomsten, nemlig Efteruddannelsesfonden og Forskningsfonden.

KIF fondens bestyrelse er repræsenteret med lige dele medlemmer valgt af PLO, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og Danske Regioner. Aktuelt er sammensætningen:

Kristian Ebbensgaard, <i>Formand</i>	Regionsformand, Region Sjælland
Henrik Dibbern, <i>Næstformand</i>	Formand i PLO
Klaus Friis Andersen	Bestyrelsesmedlem i PLO
Gregers Hansen-Nord	Bestyrelsesmedlem i DSAM
Johannes Flensted-Jensen	Regionsrådsmedlem, Region Midtjylland
Jens Elkjær	Regionssundhedsdirektør, Region Syddanmark

Figur 3. KIF's organisering



KIF bestyrelsen har ansat en chef, Søren Friberg, for Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, DAK-E. DAK-E har sit ledelsessekretariat i Regionernes Hus. I tilknytning til DAK-E er der en IT afdeling i Odense, hvor Henrik Schroll er ansat som leder, og en afdeling for patientevaluering i Århus, hvor Gitte Hove er ansat som leder. IT enheden i Odense har ansvar for ICPC, Sentinel Datafangst og DAMD.

KvalitetsFagligt Udvalg

Til højre i diagrammet vises tilknytningen til KvalitetsFagligt Udvalg, der har til opgave at rådgive og koordinerer de centrale og decentrale aktiviteter i kvalitetsudvikling i almen praksis. Formand er Jens Rubak, praksiskoordinator fra Region Midtjylland. Udvalget er repræsenteret med to medlemmer fra hver af de enkelte regioner, IKAS, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, DSAM og PLO. DAK-E varetager sekretariatsfunktionen. Se mere på:

http://www.dak-e.dk/dcmpage/om_dak_e/sekretariatsfunktion/kfu_kvalitetsfagligt_udvalg/

Styregruppen for DAMD

Til venstre i diagrammet ses Styregruppen for DAMD. Mange af medlemmerne her er gengangere fra KIF bestyrelsen, desuden er den dataansvarlige fra Region Syddanmark Mads Christian Haugaard repræsenteret, og fra Kompetencecenter Syd kommer overlæge Linda Kærlev.

<i>Region Syddanmark</i>	Mads Christian Haugaard
<i>Kompetencecenter Syd</i>	Linda Kærlev
<i>DSAM</i>	Gregers Hansen-Nord
<i>PLO</i>	Henrik Dibbern
<i>Regionernes Lønnings- og Takstnævn</i>	Jens Elkjær
<i>Observatør fra DAK-E</i>	Søren Friberg

Formand for gruppen er Gregers Hansen-Nord. Sekretariatsfunktionen varetages af DAK-E IT og dennes leder.

Fagudvalget (Kvalitets- og Forskningsudvalget)

Mange kvalitets- og forskningsprojekter kan baseres på DAMD's data. Derfor er der nedsat et fagudvalg til at vurdere og prioritere, hvilke projekter der kan afvikles ved datafangstmetoden, og hvilke projekter der kan få data fra DAMD. Fagudvalget kaldes i daglig tale "Kvalitets- og Forskningsudvalget".

<i>Region Nordjylland</i>	Leo Thomsen – <i>formand</i>
<i>Region Midtjylland</i>	Jens Rubak
<i>Region Syddanmark</i>	Lars Poulsen
<i>Region Sjælland</i>	Mette Møller
<i>Region Hovedstaden</i>	Bente Nielsen
<i>Århus Universitet</i>	Mogens Vestergaard
<i>Syddansk Universitet</i>	Jens Søndergaard
<i>Københavns Universitet</i>	John Sahl Andersen
<i>PLO</i>	Thomas Bo Nielsen
<i>Regionernes Lønnings- og Takstnævn</i>	Martin Bagger Brandt
<i>Observatør fra DAK-E</i>	Søren Friborg

Sekretariatsfunktionen varetages af DAK-E IT og dennes leder.

Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD

DAMD er en SQL baseret databaseserver med Windows 2005 som styresystem. Den er fysisk placeret i Syddansk Universitets A klassificerede servermiljø. Den er koblet op til Sundheds Data Nettet, SDN, hvorfra den modtager data fra de enkelte klinikker, der har aftaler på SDN. Hver anden time kommunikerer den med klinikkerne og udveksler evt. nye projekter til klinikkerne og henter data fra klinikkerne. Serveren er kapslet ind med en brugerstyring og en tracelog, som gemmes på en SQL logserver ved siden af den primære server. Sikkerhedslogprogrammet er Lumigent.

Fra DAMD laves batchkørsler, der genererer rapporter, som gemmes på en rapportserver. Udefra kan rapportserveren tilgås via en sikker adgang, SSO, med en professionel digital signatur gennem sundhed.dk eller gennem DAK-E's hjemmeside ligeledes via en SSO og den professionelle digitale signatur. Selve DAMD serveren kan kun tilgås gennem et lukket LAN netværk, der kræver en fysisk placering på et af DAK-E IT kontorerne. Der er udfærdiget en sikkerhedsinstruks, som alle med adgang til databasen har skrevet under på at overholde.

De nødvendige tilladelser fra Datatilsynet og Sundhedsstyrelsen samt Danske Regioners Databasesekretariatet foreligger.

Aktiviteter på databasen

Som redegjort for i rapporten fra 2007 er der tale om en dynamisk tilslutning, hvilket betyder, at der er en over året stigende tilslutning af klinikker, der sender data.

Diabetes status i DAMD

DAMD og DAK-E IT har i foråret 2009 medvirket i "Evalueringsrapporten – Forløbsydelsen for diabetesomsorg i almen praksis" (1;2).

Her ser det ud til, at diabetesomsorgen bedres fra år til år inden for almen praksis, hvilket også er i overensstemmelse med Torsten Lauritzens og Jette Koldings undersøgelser (3). En nylig afsluttet ph.d. afhandling af Trine Guldborg (4) viste ud fra brug af de tilbagemeldinger, der er udviklet af DAK-E IT, at de læger, der blot fik en delmængde af den nuværende udviklede diabetesrapport, allerede på dette grundlag forbedrede behandlingskvaliteten.

Desværre er der fortsat et problem med lagringen af strukturerede data som højde, vægt, blodtryk, mikroalbuminuri osv. Disse data er lagret endog meget forskelligt i de forskellige lægesystemer, der anvendes i almen praksis. Dette kompliceres endvidere af, at mange klinikker har oprettet selvstændige koder til denne registrering. Når vi ud fra DAMD databasen skal generere kvalitetsrapporter til lægerne, må vi søge blandt de utallige forskellige koder, der er anvendt, og sammenstykke et program, der kan transformere data til brugbare tilbagemeldinger. Forholdet er ikke unikt for DAMD, men er i højeste grad også et problem for de øvrige kvalitetsdatabaser med hospitalsdata. I samarbejde med MedCom er der indregistreret nye standardiserede laboratoriekoder, IUPAC koder, men det er en udfordring at få de nuværende forskellige koder, der anvendes i lægernes journalsystemer, erstattet af de kanoniserede IUPAC koder. Regionernes datakonsulenter kan være den ressource, der kan løse problemet. Heldigvis er der nu ved at blive implementeret nationale måder at måle mikroalbuminuri på.

Hvordan kan resultaterne anvendes til udvikling af kvaliteten?

Almen praksis deltager i Den Danske Kvalitetsmodel og vil som sådan gerne vise kvaliteten og fremme udviklingen af kvaliteten af det udførte arbejde. Kvaliteten vises ved offentliggørelsen i NIP. For den enkelte læge ligger hovedvægten på de kvalitetsfremmende tiltag i den tilbagemelding om egen kvalitet, som den enkelte læge løbende får adgang til via DAMD's rapportserver. Opdateringerne sker ugentligt, så lægen har hele tiden friske rapporter.

Kvalitetsrapporterne er omtalt i Årsrapporten 2009, hvortil der henvises. Siden dengang er rapportererne videreudviklet i dialog med lægerne, og antallet er øget væsentlig til nu mere end 30. Rapporterne kan ses i anonymiseret demoudgave på:

http://www.dak-e.dk/flx/dak_e_it/datafangst/demo/

Bliver kvaliteten i diabetesbehandlingen forbedret blandt de læger, der anvender datafangst?

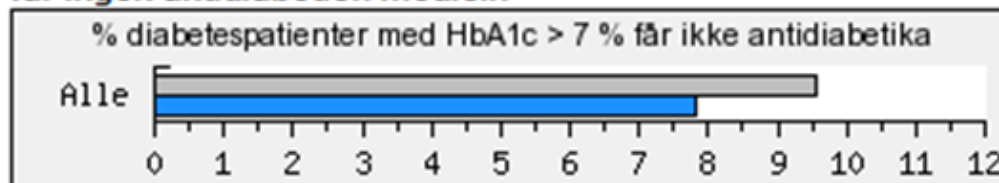
En stor del af lægerne har været med på Datafangst i op mod 3 år. Denne tidsperiode er nu lang nok til, at det skulle være muligt at se, om lægerne evt. bruger deres kvalitetsrapporter til at bedre behandlingskvaliteten af deres diabetespatienter.

På "Praksis sammenligning side 2" i demorapporten er der en sammenligning mellem, hvor mange patienter der er i medicinsk behandling ved en værdi, der efter vejledningen bør udløse medicinsk intervention – specielt hvis værdien vedbliver med at ligge for højt. - Efter DSAM's retningslinjer bør medicinsk

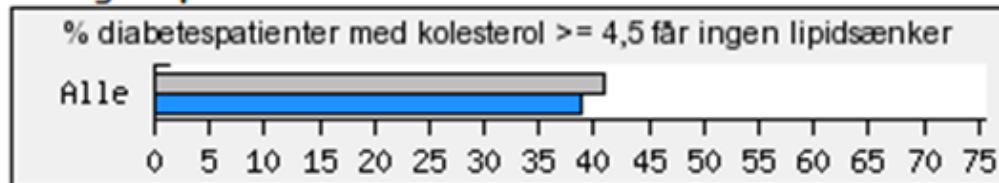
behandling gives, når patientens HbA1c er mere end 7,0 %, når total kolesterol er 4,5 eller mere, og når systolisk blodtryk er 130 eller derover (figur 4).

Figur 4

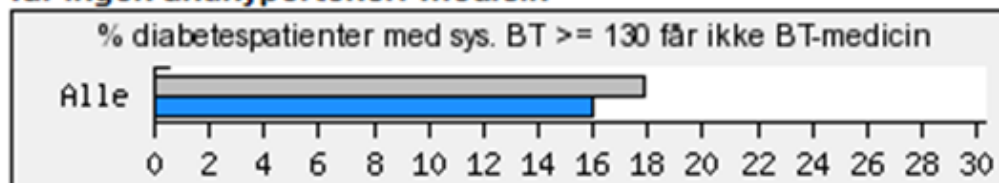
**Hvor mange diabetespatienter med HbA1c > 7 %
får ingen antidiabetisk medicin**



**Hvor mange diabetespatienter med et S-kolesterol >= 4,5
får ingen lipidsænkende medicin**



**Hvor mange diabetespatienter med et systolisk BT >= 130 mm Hg
får ingen antihypertensiv medicin**



Grafen viser i de grå søjler, hvor mange patienter der for et år siden ikke fik den anbefalede behandling inden for området HbA1c, S-kolesterol og systolisk blodtryk, selv om niveauet var i det område, hvor behandling er anbefalet. Den blå søjle viser det aktuelle niveau. I materialet indgår 4347 patienter vedr. HbA1c, 5566 patienter vedr. kolesterol og 7331 patienter vedr. blodtryk. Som det ses, er der sket forbedring på alle parametre. Analyse viser, at alle forbedringer er signifikante på et højt niveau. En artikel er på vej, der vil belyse forholdene nærmere.

Lægerne har stort set ikke modtaget uddannelse i, hvordan de bruger kvalitetsrapporterne til at forbedre behandlingskvaliteten undtagen i Region Sjælland, hvor der har været holdt flere møder. Som det fremgår af indikator 5b, side 19, er det i Region Sjælland, at flest læger har set på egne data. Det drejer sig dog kun om 11 af de 175 praksis. Der er således uden tvivl et stort potentiale i forhold til at opnå endnu bedre resultater ved en målrettet og udvidet uddannelsesindsats i alle regioner.

Elementer fra bevillingsskrivelsen for 2010 fra Danske Regioners Databasesekretariat¹

Forudsætninger for fremtidig godkendelse

- Databasen skal fortsat medvirke til, at der sikres en koordination af indikatorsættene inden for de sygdomsområder, hvor der gennemføres tværsektoriel kvalitetsmonitorering, sådan at indikatorsættene udvikles parallelt.

Kommentarer: Der er organisatorisk etableret et tæt samarbejde mellem NIP og DAK-E om at synkronisere indikatorudviklingen. Dette er sket ved et delvist personsammenfald mellem NIP og DAK-E udviklerne både på fælles indikatorområder og i relation til NIP årsrapport på diabetesområdet.

- Databasen skal arbejde på at forberede en udvidelse af de sygdomsområder, som databasen kvalitetsmonitorerer i almen praksis – f.eks. ved at gennemføre indikatorudvikling m.m.

Kommentarer: KOL indikatorerne er udviklet, og KOL er startet som et kvalitetsudviklingsprojekt med deltagelse af 231 læger. Når økonomien tillader det, skal overførslen af indikatorer fra DAMD til NIP udvikles og sættes i drift.

Aktuelt er indikatorer og pop-up funktionen for blodpropssygdomme og hjerteinsufficiens udviklet. De sidste to projekter er klar til at blive "udrullet" ved en ny overenskomst mellem Danske Regioner og PLO.

Den konsulent i DAK-E, der varetager indikatorområdet, er reduceret i ansættelse til 4 timer ugentligt, og det umuliggør udvikling af nye indikatorer.

- Når der udvides med nye sygdomsområder, skal disse godkendes i Sundhedsstyrelsen.

Kommentarer: Når økonomien til overførsel af indikatorer for KOL er på plads, og når de organisatoriske forhold er på plads, vil Sundhedsstyrelsen blive

¹ Svar på Dansk AlmenMedicinsk Databases ansøgning om godkendelse i forbindelse med udmøntning af regionernes fælles pulje for kliniske kvalitetsdatabaser 2010. (04-12-09 Sag nr. 06/731, Databasesekretariatet, Danske regioner)

ansøgt om godkendelse af de nye sygdomsområder mhp. indberetninger til NIP databaserne.

- Databasen og Dansk Selskab for Almen Medicin skal aktivt arbejde for at sikre en høj tilslutningsgrad blandt de praktiserende læger.

Kommentarer: Både DSAM og DAMD gør, hvad der er muligt for at få flere læger med til Datafangst, men svaret på ønsket om et øget deltagerantal ligger i den overenskomst, der endnu ikke er indgået mellem Danske Regioner og PLO i RLTN. - Aktuelt (medio 2010) er der sket en delvis dekobling mellem Datafangst og Diabetes Forløbsydelsen, hvilket formentlig vil resultere i en øget tilslutning til Datafangst i resten af 2010.

Øvrige igangværende eller afsluttede kvalitets- og forskningsprojekter

Fra 2007

- 1) **Symptomdiagnoseprojektet for iskæmisk hjertesygdom.** I Sentinel-databasen er der ca. 100 læger, der konsekvent registrerer mere end 70 % af deres patient-lægekontakter med ICPC koder. Blandt en del af dem er uddraget diagnoser fra bevægeapparat, hjerte, lunger, mave og bryst i en periode på 12 måneder før projektstarten, og disse kontaktmønstre følges op for at skabe et løst estimat over hvilke symptomer og klager, der senere kan vise sig at være udtryk for iskæmisk hjertesygdom.

Status: Afsluttet.

Konklusion: I patientkohorten så det ud til, at nytilkommende patienter med iskæmisk hjertesygdom fortrinsvis kom fra gruppen af patienter med kendt høj risiko (fx hypertension, diabetes og myksødem). Hos de patienter, der ikke havde fået konstateret iskæmisk hjertesygdom, forskød klagerne sig (fordelt på ICPC kapitelniveau), så lægerne efter et års opfølgning kodede færre med kardiale symptomer og flere i P kapitlet (psykiske årsager). Materialet tillader imidlertid ikke en statistisk analyse pga. det begrænsede antal patienter, det bestod af.

- 2) **Mistanke om cancerprojektet.** Fra Århus arbejder en forskergruppe med, hvor ofte en cancermistanke er til stede i en konsultation enten hos lægen eller patienten. Der er udviklet en pop-up med et avanceret spørgeskema, der udløses randomiseret ved hver 4. patient-lægekontakt. Lægen udfylder spørgeskemaet efter konsultationen, og patienten får efterfølgende tilsendt et spørgeskema, som han bedes svare på.

Status: Fortsat i gang.

Fra 2008

- 1) **ICPC diagnosefordeling.** Et Australsk ph.d. studie opsamler i forbindelse med ICPC klassifikationens version 3 informationer om brugen og fordelingen af ICPC koder i dagligdagen i almen praksis. Man er interesseret i, hvordan klassifikationen bruges i Danmark.

Status: Data indsamlet og afleveret. En dansk rapport er under udarbejdning.

- 2) **Øvre luftvejsinfektions audit.** I samarbejde med APO Odense afvikles en elektronisk APO registrering med patienters kontakter til egen læge pga. øvre luftvejsinfektioner. 52 læger/hjælpepersonaler deltager. Både første runde og anden runde er afviklet, og et afsluttende kursus afholdes i efteråret 2010.

Status: Data indsamlet fra begge runder. Analysen er i gang fra anden runde.

Fra 2009

- 1) **Tværssektorielt samarbejde om kroniske patienter – patienter med type 2 diabetes.** Fra Københavns Universitet med Thomas Drivsholm. Projektet er et pilotprojekt, hvor læger på Datafangst fordeles til flere interventioner: a) Besøg af en diabetesspecialist i praksis b) En diabetesspecialist ser på klinikkens datafangstrapporter og konfererer telefonisk med klinikkens læger c) Flere klinikker mødes til et kursus medbringende egne rapporter og endelig d) En kontrolgruppe uden intervention.

Status: Pilotprojektet er afsluttet, rapporteringen afventes.

- 2) **Medicinsk uforklarlige symptomer og symptomdiagnoser** – Projekt 1 og Projekt 2 (inkl. interview). Fra Århus Universitet med Mette Trøllund Rask. Projektet undersøger, om patienter med 3 kontakter eller mere med symptomdiagnoser (altså ikke egentlige sygdomme) i virkeligheden har en overrepræsentation af psykosociale problemer. Projekt 2 inkluderer interview med de opfangede patienter.

Status: Projektet er i gang.

- 3) **Organisering af almen praksis.** Projektet er et samarbejdsprojekt mellem SDU og Danmarks Tekniske Universitet, projektleder Klaes Rohde Ladeby fra DTU. Projektet scorer via et spørgeskema den sociale kapital i en praksis. Ved denne score vil man forsøge at sammenligne, om de praksis med højeste score også er de praksis, der forbedrer deres diabetesbehandling mest.

Status: Projektet er i gang.

- 4) **Sampling bias ved udvælgelse af hypertensionspatienter i almen praksis.** Projektet udgår fra SDU som et ph.d.-studie af Majs Skov Paulsen. Projektet vil ud fra DAMD data identificere, om hypertensionspatienter identificeret ud fra en måneds kontakter i almen praksis ved APO metoden adskiller sig fra hypertensionspatienter indsamlet i mere end et år ved datafangstmetoden.

Status: Tilladelse givet.

Ansøgte projekter

- 1) **Ordination af antibiotika.** En ansøgning fra Statens Serum Institut, hvor man i forbindelse med et fælles europæisk projekt (ESAC-projekt) på baggrund af data om antibiotikaordination i perioden fra 2007 frem til 2009 ønsker at sammenligne data fra forskellige europæiske lande for at se, om resistensudvikling hænger sammen med antibiotikaordination.

Status: Tilladt under betingelser. Ansøgeren er tilbudt at få data i anonymiseret form, men kun fra de læger, der siger "ja" efter en forespørgsel fra DAMD og ikke direkte fra instituttet. Ansøgeren har sagt ja hertil. Instituttet har ikke afrapporteret resultatet.

- 2) **Ordination af antibiotika 2.** Fra Statens Serum Institut er ansøgt om et udtræk af data over antibiotika af typen kinoloner og tetracykliner ordineret i 2007 og 2008 mhp. at holde forbruget op mod det bakterielle resistensmønster.

Status: Afslået med dette design. Ansøgeren tilbudt et prospektivt design med analyse på hele ordinationsmønsteret af antibiotika ordineret i almen praksis med specifikke forskningsspørgsmål indsamlet ved en udviklet pop-up.

Perspektiver for de to næste år!

Med dekoblingen i juni 2010 mellem Datafangst og Diabetes Forløbsydelsen samt tilladelsen til at bruge Datafangst til andre projekter kan man forvente en stigende tilslutning til Datafangst i sidste del af 2010.

En ny overenskomst mellem Danske Regioner og PLO, hvor datafangst bliver skrevet ind, vil dog naturligvis kunne speede processen yderligere op.

Dette vil stille en række krav til DAK-E og DAMD:

Relancering af datafangstmodulet

- 1) Man skal have Datafangst relanceret, således at lægerne ikke opfatter Diabetes Forløbsydelsen og Datafangst som to sider af samme sag. Der skal opbygges en organisation, der kan hjælpe lægerne i gang uden for mange problemer, samt en supportorganisation, der kan hjælpe klinikkerne ved problemer. Et startkursus i Datafangst og et kursus, når klinikken begynder at kunne se sine egne kvalitetsrapporter, vil uden tvivl løse rigtig mange problemer for lægen med opstarten.

DAK-E har udarbejdet materiale til at hjælpe lægerne godt i gang, men der skal også være mulighed for, at lægerne kan trække på et personligt besøg. De regionale datakonsulenter vil være særdeles egnede til at besøge lægerne og hjælpe dem godt i gang. Måske kan laboratoriekonsulenterne også være en ressource til at få laboratoriesystemerne sat op med de rigtige IUPAC koder.

- 2) Endelig skal lægerne efter ca. ½ år hjælpes til tolkninger af deres kvalitetsrapporter på en sådan måde, at rapporterne kan omsættes til reel kvalitetsudvikling til gavn for patienterne.

Sentinel-databasen

Den øgede mængde data skal kunne behandles i databasen, og ønsket om afledte udtræk vil øges betydeligt. Det vil stille væsentlig større krav til databehandling og analyse samt til monitorering af databasekvaliteten. De nødvendige ressourcer må naturligvis afses hertil, hvis ønskerne til databasen skal indfries.

Der har gennem mange år været et ønske om på systematisk vis at få informationer om aktiviteter i almen praksis. Hollandske erfaringer ("Nivel databasen")(5) har bidraget meget til ny viden, der er brugt i planlægninger i sundhedsvæsenet. Til det brug er det ikke nødvendigt med indsamling af data fra alle praktiserende læger i Danmark. En mindre, men repræsentativ gruppe af læger, der diagnosekoder med meget høj kvalitet, er så langt at foretrække. For

nuværende har DAMD en gruppe på ca. 100 læger, der har valgt at sende alle data, og som diagnosekoder mere end 70 % af deres patientkontakter. Der er således baggrund for at opbygge en tilsvarende database i Danmark. Databasen kan give vigtige informationer om kontaktmønstret i almen praksis, om sygdoms epidemiologi i bredeste betydning og om opgaveglidning fra sekundærsektoren til primærsektoren eller omvendt.

Forløbsregistrering

Der er store ønsker om at følge patienters overgang fra primærsektoren til både hospitalssektoren og til det kommunale system. I første omgang er det især interessant for kroniske sygdomsforløb. I Sentinel Datafangst version 3.1 og 4.0, hvor version 3.1 aktuelt er udviklet, men ikke implementeret i alle lægesystemerne, bliver dette muligt ud fra data fra henvisninger og epikriser, men det sker ikke så hurtigt, som man kunne ønske sig, da systemhusene er tilbageholdende med at lade sig certificere pga. mange andre opgaver. Kommunikation til kommunerne vil ved samme teknik også kunne fanges og indgå i forløbsregistreringen.

Referencer

Reference List

- (1) Eriksson T., Kolding Kristensen J, Thorsen Thorkil, Schroll H, Vedsted P, Friberg S, et al. Forløbsydelsen for diabetesomsorg i almen praksis. Evalueringsrapport 2009. DAK-E, Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø; 2009.
- (2) Schroll H. Projekt C – Evaluering af effekten af forløbsydelsen. 2009.
- (3) Kolding Kristensen J, Lauritzen T. Kvalitetsindikatorer for type 2-diabetes i perioden 2000-2005. Ugeskr Læger 2009;171(3):130. 2009.
- (4) Gullberg TB. Evaluation of an electronic feedback system for optimising type 2 diabetes care in general practice - A mixed method approach Faculty of Health Sciences Aarhus University; 2010.
- (5) Netherlands Institute for Health Service Research. 2008.