

ISSN 1904-285X

Dansk Almen Medicinsk Database DAMD

Årsberetning 2010

Udgivet august 2011

The logo for DAKE, consisting of the letters D, A, K, and E in a green, sans-serif font. The letter 'A' is stylized with a light green triangle filling its upper right portion.

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	13
Indikatorer	14
Datagrundlag.....	14
Komplethed af patientregistrering - registreringskomplethed.....	14
Komplethed af variable - datakomplethed	15
Resultater 2010	15
Tabel 1: Indikatorberegning DAMD Årsrapport 2010	17
Indikatorrapport.....	20
Vurdering og anbefalinger fra Kompetencecenter Syd	23
Organisation	24
Kvalitets- og Informatik Fonden (KIF).....	24
Implementeringsudvalget (IMPU)	25
Styregruppen for DAMD	26
Fagudvalget (Kvalitets- og Forskningsudvalget).....	26
Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD.....	27
Hvordan kan resultaterne anvendes til udvikling af kvaliteten?.....	27
Bliver kvaliteten i diabetesbehandlingen forbedret blandt de læger, der anvender Datafangst?	28
Kvalitets- og forskningsprojekter – afsluttede, igangværende og ansøgte.....	29
Perspektiver	31
Implementering af datafangstmodulet og supportfunktionen.....	31
Datafangstmodulet og Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD)	31
Referencer	33

Forord

Denne rapport omfatter perioden fra den 1. januar 2010 til den 31. december 2010. Ved afrapporteringen af diabetesdata fra DAMD til det Nationale Indikator Projekt (NIP) er der en anden periode, nemlig fra den 1. marts 2010 til den 28. februar 2011. Rapporten er på den måde i overensstemmelse med indberetningerne af de øvrige NIP-diabetesdata.

Målgruppe for rapporten 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. Redaktion af rapporten er forestået af Henrik Schroll, chef for DAK-E, og Janus Laust Thomsen, konsulent i DAK-E.

Målet er, at DAMD-data skal bruges så meget som muligt til både kvalitets- og forskningsprojekter. Begge dele kræver, at kvaliteten af de registrerede data er meget høj, hvorfor monitoreringen af databasekvaliteten fortsat er central.

Afsnittet om supplerende "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 bruger Datafangst. Flere regioner har arrangeret 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 med de enkelte regioner gennem ICPC-baggrundsgruppen om at lave lokale kodekurser i brug af ICPC-klassifikationen. Desuden holder DAK-E kurser i brug af datafangstmodulet samt i omsætning af data fra kvalitetsrapporterne til reel kvalitetsudvikling. Kurserne holdes specifikt for regionale konsulenter og datakonsulenter både hos DAK-E og i de enkelte regioner. Endelig afholder DAK-E kurser for systemhusenes installatører i teknisk installation af Sentinel Datafangst. Med overenskomsten af 1. april 2011 samarbejder DAK-E gennem Implementeringsudvalget med regionerne om den generelle implementering af Datafangst i klinikkerne og konkret anvendelse af kvalitetsrapporterne til forbedring af kvaliteten i behandlingen af kronisk sygdom.

Odense, august 2011

Gregers Hansen-Nord
Formand for Styregruppen for DAMD

Resume

Ved udgangen af 2010 var ca. 435 praktiserende læger (12 % af samtlige) tilsluttet Datafangst. Overenskomsten af 1. april 2011 mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) medfører, at alle praktiserende læger skal tilmeldes Datafangst over en toårig periode. Der var allerede inden årsskiftet en stigning i antallet af tilmeldte praksis. Ved recertificering af lægesystemerne i januar 2011 blev der taget hånd om en stor del af "børnesygdommene" i lægesystemernes kommunikation med datafangstprogrammet, og de certificerede lægesystemer fungerer nu stabilt. De fleste systemer har implementeret de programmæssige forbedringer, som årsrapporten fra 2008 påpegede var nødvendige for at fjerne datatabet i enkelte af lægesystemerne, og det vil nu være relevant at gentage valideringen af datakvaliteten i DAMD. Lægerne, som har Datafangst installeret og er aktive brugere af kvalitetsrapporterne, giver udtryk for, at de har stor gavn af rapporterne fra DAK-E og føler, at det giver god mening at levere data til kvalitetsudvikling generelt. Samtidigt viser en opgørelse af diabetesbehandlingen, at datafangstlæger i løbet af en observationsperiode på et år har forbedret behandlingskvaliteten signifikant. Resultaterne er udformet i en artikel, som er på vej til publicering.

Patienter med diabetes mellitus har siden august 2010 haft mulighed for på en overskuelig og pædagogisk måde via www.sundhed.dk at se egne data fra DAMD. Patientdata inkl. målsætninger er interaktive og inviterer til gensidigt målsætningsarbejde mellem patient og almen praksis.

Anbefalinger

- Datafangst og DAMD er nu kommet i stabil drift. Der skal foretages en ny validering af datakvaliteten i DAMD
- Det er afgørende for datakvaliteten samt for effekten af Datafangst og kvalitetsrapporterne til behandling af kronikere, at der fortsat sættes stort fokus på implementering af undervisningstilbud som starthjælp samt ikke mindst til opfølgning på omsætning af kvalitetsrapporterne, så potentialet for kvalitetsudvikling bliver udnyttet væsentligt bedre
- Alle praktiserende læger bør på sigt anvende ICPC-klassifikationen i deres daglige praksis.

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.

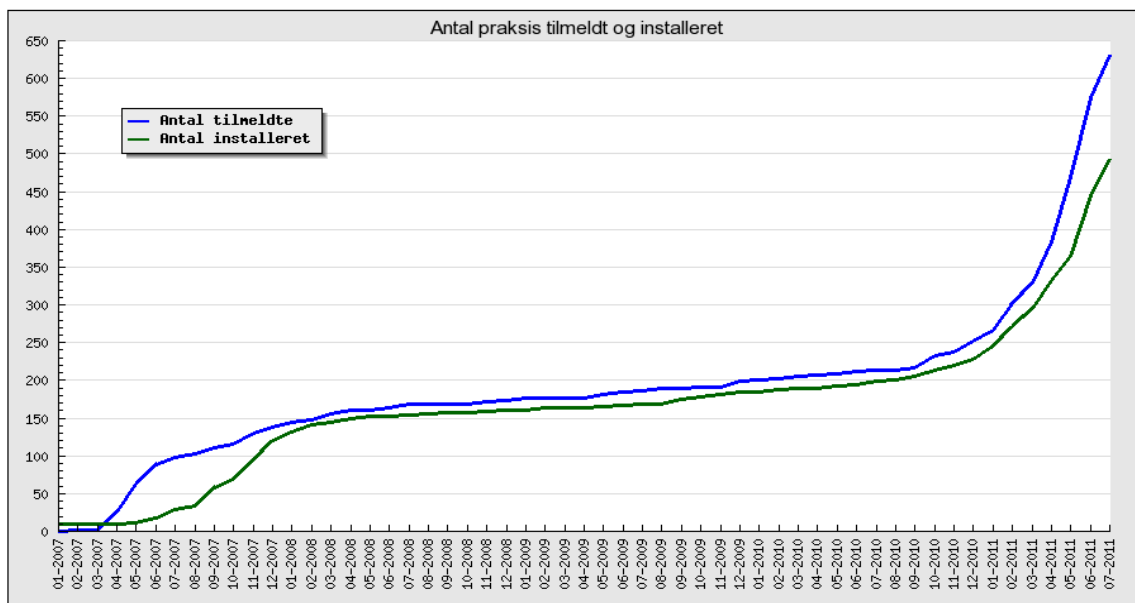
Ved udgangen af 2010 var 228 klinikker med ca. 393 læger i daglig drift. Tilmeldingen til Datafangst er imidlertid større, idet 252 klinikker med omkring 435 læger havde meldt sig til Datafangst ved udgangen af 2010. Overenskomsten af 1. april 2011 mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) medfører, at alle praktiserende læger skal tilmeldes Datafangst over en toårig periode, og der var allerede inden årsskiftet sket en stigning i antallet af tilmeldte praksis. Aktuelt (juli 2011) er der 631 tilmeldte klinikker, mens 493 har Datafangst installeret.

Udvikling i tilslutning og DAMD status

Figur 1. Antal klinikker tilmeldt Datafangst fra 2007 til 2010

Figuren viser akkumuleret antal nye klinikker tilmeldt (blå kurve) i løbet af de fire år. I begyndelsen af 2007 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 2009 kommer der kun få nye klinikker med. I slutningen af 2010 sker der en kraftig stigning i antallet af tilmeldte praksis i forbindelse med dekoblingen af Datafangst fra Diabetes Forløbsydelsen – en stigning som fortsætter ind i 2011.

Den grønne kurve i figuren viser udviklingen i det samlede antal klinikker, der er i produktion og sender data fra januar 2007 til juli 2011.



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

Når en klinik har tilmeldt sig Datafangst, går der i reglen en vis tid, inden systemhuset får aftalt kontrakt og tid til at installere Datafangst. I nogle tilfælde er der også behov for opgradering af edb-udstyret i klinikken. Når klinikken skal til at tage Datafangst i anvendelse, er det ofte nødvendigt at foretage ændringer i de daglige arbejdsgange. Alle i klinikken skal blive enige om at diagnosekode, og der skal aftales fælles tiltag i relation til håndtering og behandling af kronikere. Ved en tidligere evaluering (Thorkil Thorsens rapport "Almen praksis' modtagelse af forløbsydelsen for diabetespatienter") er det konstateret, at det tager omkring 3 til 6 måneder, inden klinikken kommer rigtig i gang. Først når klinikken har registreret den 5. årskontrol, betragtes klinikken som værende aktiv.

Erfaringer fra opstarten i 2005 har vist, at det har stor betydning med aktiv støtte til implementering af Datafangst og diagnosekodning, helt fra klinikken har besluttet sig for at "gå i gang", til den er i gang. Den næste fase med kvalitetsudvikling kræver endvidere tid, hjælp og støtte til at omsætte kvalitetsrapporterne til kvalitetsforbedringer. Udfordringerne ligger ikke mindst i en tilpasning af organisation og arbejdsgange i den enkelte praksis. I DAK-E er der en aktiv implementeringsstrategi, hvor man i samarbejde med regionerne uddanner ambassadører (lægekonsulenter) og datakonsulenter til i første omgang at hjælpe klinikkerne i gang og i anden omgang at hjælpe klinikkerne med at omsætte kvalitetsrapporterne til kvalitetsudvikling. DAK-E støtter de enkelte klinikker med en "Hot line service", hvor alle henvendelser vedrørende Datafangst og ICPC-problemer kan ske. DAK-E's IT-supportere løser de fleste problemer, men de kan også trække på ressourcer fra de regionale datakonsulenter og superbrugere af de specifikke lægesystemer. Når en klinik oplever problemer med sit lægesystem, formidler DAK-E kontakt til det aktuelle systemhus.

Konklusion på status

Starten på Datafangst og levering af data til DAMD vedr. indikatorer for diabetes har haft en del børnesygdomme med mange IT-udfordringer, og i praksis ligger tillige en del organisatoriske udfordringer. Efter recertificering af systemhusene i 2011 er de problemer, der tidligere er identificeret, tilsyneladende løst. Datafangstmodulet er nu i stabil drift og opfanger de data, der sendes fra lægesystemerne. Tidligere har der desværre været problemer med dataforsendelsen fra enkelte lægesystemer, der ikke levede op til den lovede standard med en betydelig variation i mængden af modtagne data til følge. Dette skyldtes mangler i overførslen af data fra lægesystem til datafangstmodulet (se årsrapporten fra 2008, afsnit af Mogens Vestergaard). Nu, efter at alle lægesystemer har implementeret den recertificerede udgave af deres system, er der således behov for en ny valideringsrunde af datakvaliteten for at estimere, om der stadig er datatab i nogle systemer.

Nogle klinikker har oplevet, at installation af og supporthjælp til Datafangst fra deres systemhus ikke har været tilfredsstillende. DAK-E tilbyder derfor flere gange om året kurser for installatører og supportere fra lægesystemerne. Der er også afholdt kurser hos enkelte af systemhusene. Denne opgave med at "klæde systemhusene på til Datafangst" har været og vil fremover blive prioriteret højt, så den fortsatte implementering af Datafangst kan forløbe så uproblematisk som muligt.

Dataindberetningen til DAMD er kommet langsommere i gang end ønsket, men da "børnesygdommene" er ved at være løst, og da alle praksis i henhold til overenskomsten skal tilmelde sig Datafangst, kan man forvente en kraftig stigning i indberetningen af data i de kommende år. Der er fortsat en stor opgave i at sikre en god implementering af Datafangst samt at sikre, at alle læger/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 til at guide kolleger i gang i deres eget system. Efter at den enkelte praksis har været i drift omkring 6 måneder, er der behov for kurser i at omsætte kvalitetsrapporterne til reel kvalitetsudvikling til gavn for patienterne i praksis. DAK-E støtter processen aktivt ved kurser for regionale konsulenter og ambassadører, der understøtter ibrugtagningen af Datafangst og det videre arbejde med kvalitetsrapporterne. Samtidigt er der en stor opgave med IT-support af de nye klinikker, hvor systemhusene ikke altid kan hjælpe med de konkrete udfordringer.

En gruppe på 138 klinikker med ca. 235 læger sender alle deres patientkontaktdata til DAMD og diagnosekoder stort set alle deres patientkontakter, dvs. mindst 70 %. Disse læger ("Sentinellæger") leverer data til en løbende monitorering af kontakt- og behandlingsaktiviteter i almen praksis. Udover rapporterne vedr. kronisk sygdom har disse Sentinellæger desuden mulighed for – uden ekstra arbejdsindsats – at se diverse andre rapporter om behandlingskvaliteten i deres egen praksis. Se et udvalg af kvalitetsrapporter på:

<http://demo.dak-it.dk/>

Lægerne, som har Datafangst installeret og er aktive brugere af kvalitetsrapporterne, giver udtryk for stor gavn af rapporterne fra DAK-E, som de finder meningsfulde i patientbehandlingen. Flere læger beskriver, at de bruger rapporterne til at sikre sig, at de også har deres patienter med andre sygdomme end diabetes i den bedst mulige behandling. Samtidigt fortæller flere læger, at det giver god mening at levere data til kvalitetsudvikling generelt.

Siden august 2010 har patienter med sukkersyge haft mulighed for at se en overskuelig præsentation af egne data fra DAMD via deres personlige profil på www.sundhed.dk. Målet er, at data fra behandling af patienten inviterer til gensidigt målsætningsarbejde mellem patient og almen praksis (1,2).

Revisionspåtegning

Påtegning fra Kompetencecenter Syd ved overlæge, ph.d. Linda Kærlev, den 26. juli 2011 vedrørende årsrapporten for DAMD 2010.

Dette er den 4. årsrapport fra Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD. Rapporten vedrører perioden: 1. januar 2010 – 31. december 2010. 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) inden for det Nationale Indikator Projekt (NIP).

DAMD har specielle forhold ved fortsat i 2010 at have frivillig tilslutning fra de praktiserende læger, der ligeledes selv kan afgøre, hvor mange data de vil levere ("alt" eller "pr. projekt"), og ved at databasen har sine driftsomkostninger dækket af centrale midler ved en aftale imellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og det offentlige. Med overenskomsten af 1. april 2011 mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og PLO er det vedtaget, at alle praktiserende læger fremadrettet skal tilmeldes Datafangst over en toårig periode.

DAMD varetager selv IT-driften under godkendte rammer ved Syddansk Universitet. Databasen er under fortsat opbygning, og vedtagelse af overenskomsten af 1. april 2011 havde allerede inden årsskiftet medført en stigning i antallet af tilmeldte praksis.

Data fra DAMD til NIP i relation til diabetesområdet blev overført i foråret 2011 og bliver som tidligere år afrapporteret under dette system. DAMD har herudover udviklet en række indikatorer, som overvejende er procesindikatorer.

Indikatorsættet er uændret siden Årsrapport 2009. Indikator 1 vedr. årskontrol er andelen af patienter, som i 2010 har haft årskontrol, ud af alle registrerede diabetespatienter, som praksis har ansvaret for, og som opfylder inklusionskriterierne herunder mindst 2 årskontroller. Dvs. alle diabetespatienter med årskontrol i 2010, som også tidligere har haft mindst en årskontrol, efter at praksis blev tilmeldt Diabetes Forløbsydelsen, betragtes som at have opfyldt indikatoren, og patienter, der intenderet ikke har fået lavet kontrol i 2009, frasorteres ikke af denne grund. Tilsvarende er indikatorerne 2-4 vedr. livsstilssamtale andelen af patienter med årskontrol i 2010, som har haft livsstilssamtale, ud af alle registrerede diabetespatienter, som praksis har ansvaret for, og som opfylder inklusionskriterierne. Det er således muligt at

sammenligne resultater fra 2010 med årsrapporten for 2009 vedr. indikator 1-4, men ikke med årsrapporten for 2008, hvor personer uden årskontrol året før blev frasorteret.

Dataudtrækket til analyserne til Årsrapport 2010 indeholdt lidt færre patienter for 2009 i forhold til det datasæt, vi kørte analyserne på til Årsrapport 2009. Derfor er de nye analyser på 2009-data fra i år ikke helt identiske med de analyser, vi kørte sidste år, men der er tale om mindre forskelle.

Der har i 2010 være leveringsproblemer i form af datatab fra flere af lægesystemerne, og derfor er de fleste lægesystemer blevet recertificeret, hvorved problemerne med datatab skulle være løst fra 2011.

Siden Årsrapport 2009 er der næsten sket en fordobling af antallet af relevante inkluderede patienter, der således er steget fra 3422 til 6178. Samtidig er antallet af tilmeldte praksis øget fra 175 til 286 (fra 8,2 til 13,7 % af alle praksis). Datagrundlaget er dog fortsat ret spinkelt, hvorfor resultater må tolkes varsomt, herunder især forskelle på regionalt niveau. Overordnet set viser indikatoropfyldelsen for de enkelte indikatorer et fald i 2010 sammenlignet med 2009, og dette er et generelt billede i alle regioner. Underanalyser har vist, at dette kunne skyldes, at nogle af de patienter, som tidligere opfyldte indikatorerne, nu ikke længere får lavet årskontrol til tiden. Der er i 2010 som noget nyt lavet analyser på andelen af patienter, der fik tilbudt livsstilssamtale, ud af samtlige patienter i henholdsvis 2010 og 2009. Denne analyse viser for 2010 en god opfyldelse på 94,5 %, hvilket kun er lidt lavere end i 2009 (97,8 %), og dette er et generelt billede i alle regioner.

DAMD's årsrapport for 2010 dækker overvejende organisatoriske og administrative emner, et afsnit om datatab, kodepraksis og datavalidering, samt en kort gennemgang af de 5 indikatorer og deres resultat for 2010, som sammenlignes med 2009. Afrapportering sker både på nationalt og regionalt niveau. Desuden er der som nævnt lavet en ny opgørelse over andelen af diabetespatienter i tilmeldte praksis med tidligere minimum 2 årskontroller, som har fået tilbud om livsstilssamtale i afrapporteringsåret. Man kunne overveje, om opgørelsen skulle gøres til en indikator.

DAK-E indikatorer fra almen praksis

Indikatorrapporten dækker de praksis, der bruger Diabetes Forløbsydelsen i perioden. Patientdata skal være indberettet til databasen **inden den 28. april 2011**. Rapporten og indikatorerne intenderer på basis af et afgrænset antal indikatorer at belyse følgende:

- Får diabetespatienter i almen praksis lavet årskontrol, herunder hvilken andel der får lavet livsstilssamtale vedr. kost, motion og (hvis relevant) 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, og i andelen af praksis, der læser tilbagemeldinger på deres patienter?

Indikatorer

I rapporten anvendes de indikatorer og standarder samt regler vedr. beregning af indikatorerne, som er præsenteret i **Tabel 1: Indikatorberegning DAMD Årsrapport 2010**.

Rapporten indeholder indikatorværdier for de enkelte regioner samt for hele landet. Da de reviderede indikatorer 1-4 beregnes både for 2010 og 2009 i herværende årsrapport, er det muligt at sammenligne med resultater fra 2009, imens det ikke er muligt at sammenligne disse 4 indikatorer med beregningerne i årsrapporten for 2008. Resultaterne af sammenligningerne skal dog læses med et vist forbehold på grund af et mindre datatab i 2010 – se nedenfor.

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 i almen praksis af læger tilmeldt Diabetes Forløbsydelsen, findes i databasen?*

Målet er, at alle patienter med diabetes, som går til kontrol ved praktiserende læger 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 almen praksis i Danmark. 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. Der var i 2010 38 færre lægepraksis end i 2009 (2094 imod 2132 i 2009). I 2010 er der fortsat relativt få praksis, der har leveret data til DAMD (imellem 10,7 og 16,3 % i hver region) og dermed er antallet af patienter

begrænset. Årsagen er, at lægen først afrapporterer ved anden årskontrol, idet det er den eneste måde, man kan sikre sig, at patienten har været med i mindst et år før årskontrollen, så det har været muligt at opsamle alle indikatorer. Antallet af patienter er næsten fordoblet siden 2009 rapporten, hvilket formentligt skyldes, at netop nu har mange patienter været så længe med, at de har opnået den anden årskontrol hos egen læge. Såfremt det er tilfældigt, vil selv en relativ lav komplethedegrad ikke være en hindring for, at databasen afspejler kvaliteten. Hvis det 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 2010

Der var i 2010 i alt 286 praksis tilmeldt Diabetes Forløbsydelsen, som indrapporterede patienter til årsrapporten (13,7 % af alle praksis mod 8,2 % i 2009) (Tabel 2), men patientgrundlaget for analyserne er i år mere solidt (6178 patienter imod 3422 patienter i 2009 ud fra samme kriterier). Overordnet set fik 77,9 % af diabetespatienterne tilknyttet almen praksis, som er tilmeldt Diabetes Forløbsydelsen, lavet årskontrol, hvilket er et fald i forhold til 2009, og dette er et generelt billede i alle regioner. Dette kan skyldes, at nogle af de patienter, som tidligere opfyldte indikatorerne, nu ikke længere får lavet årskontrol til tiden. Flere nye praksis er kommet til, og blandt disse kan der være en større andel af praksis, hvor registrering og opfølgning af patienter ikke tidligere har været en fast procedure, hvilket kan være en medvirkende årsag til det observerede fald. Yderligere har der været et fald i det samlede antal af praksis, hvilket må formodes at skyldes lukning af praksis og sammenlægning af praksis. Hvis en praksis nedlægges eller lægges sammen med en anden, og der ikke sendes data til DAMD længere, vil patienter, der tidligere har været til årskontrol, ikke blive registreret. Der må ved tolkning af analysen også tages et forbehold pga. det registrerede datatab i 2010 fra visse systemhuse. Dette datatab vurderes dog ikke at kunne forklare hovedparten af faldet.

Der er i 2010 som noget nyt lavet analyser på andelen af patienter, der fik tilbudt en livsstilssamtale, ud af samtlige diabetespatienter i henholdsvis 2010 og 2009. Denne analyse viser en god opfyldelse på 94,5 % i 2010, hvilket kun er lidt lavere end i 2009 (97,8 %), og dette er et generelt billede i alle regioner. Analysen

dækker over, om patienten overordnet har fået tilbudt en livsstilssamtale inden for de sidste 15 måneder. Som underpunkter har lægen mulighed for at markere, om samtalen har omhandlet kost og/eller motion, samt om patienten er ryger, og i bekræftende fald om samtalen har omhandlet rygning. Underpunkterne svarer til de tidligere afrapporterede indikatorer for livsstilssamtale. Indikatoropfyldelsen nationalt for at have fået en livsstilssamtale vedr. kost og motion lå i 2010 på henholdsvis 67,6 % og 68,9 %, og vedr. rygning får 50,3 % livsstilssamtale, hvilket for alle er et fald i indikatoropfyldelsen i forhold til 2009 niveau. Det er dog forventeligt, at der ikke er registreret livsstilssamtaler hos alle om henholdsvis kost, motion eller rygning. Fx vil patienter, der tidligere har været rådet til rygeophør, ikke altid ønske, at emnet tages op igen, og samtidigt er det usikkert, om lægen registrerer en kort information om, at rygning er sundhedsskadeligt, som en livsstilssamtale, og i disse situationer vil det ikke være relevant at kræve det af lægen. I øvrigt må samme forbehold som ved opgørelsen af indikator 1 tages med i betragtning ved vurdering af indikatoropfyldelsen.

Praksis i Region Midtjylland og Region Syddanmark var i 2010 bedst til at få lavet årskontrol på deres patienter (83,3 og 80,9 %), imens praksis i Region Sjælland har højest opfyldelse af indikatoren vedr. livsstilssamtale om kost 72,3 % og ligeledes for motion 73,2 % og for rygning 55,7 %, imens Region Midtjylland lå lige efter vedr. disse 3 indikatorers opfyldelse. Indikatoren vedr. andelen af praksis, der mindst én gang har læst tilbagemeldinger på sundhed.dk, er opgjort uændret fra årsrapporten i 2009, og indikatoren ligger i 2010 på 65 % opfyldelse for hele landet, hvilket er lidt lavere end i 2009 (71,3 %). Indikatoren har den højeste opfyldelsesgrad i Region Nordjylland (75 %). Andelen af praksis, der regelmæssigt (mindst én gang i kvartalet) læser tilbagemeldinger på sundhed.dk ligger på 29,2 %, hvilket næsten er på niveau med 2009 (30,2 %), og den højeste opfyldelsesgrad findes i Region Sjælland (48,1 %), hvor man har holdt kurser i at se på egne tilbagemeldinger.

Tabel 1: Indikatorberegning DAMD Årsrapport 2010

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 i afrapporteringsåret				
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 Triggeret (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 tidligere minimum 2 årskontroller, som har fået livsstilssamtale vedrørende specifikke emner i afrapporteringsåret: 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 (Tilmeldtydelsen Ja = 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 Triggeret (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 (Tilmeldtydelsen Ja = 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 Triggeret (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 Triggeret (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.	

Andelen af diabetespatienter i tilmeldte praksis med tidligere minimum 2 årskontroller, som har fået tilbud om livsstilssamtale i afrapporteringsåret				
Ny opgørelse	Antal patientforløb (nævner)	Opfylder indikator (tæller)	Ekskluderede patienter	Datakomplethed vurderes på
Andelen af diabetespatienter i tilmeldte praksis, der har fået tilbud om livsstilssamtale.	Alle registrerede diabetespatienter i praksis, som praksis har ansvaret for (TilmeldtydelsenJa = 1).	Antal registrerede patienter med diabetes, som praksis har ansvaret for, der får tilbud om livsstilssamtale 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.	<ul style="list-style-type: none"> - Mindre end 365 dage mellem Triggeret (pop-up) og Opdateret (registrering af udfyldt pop-up). - Besvaret skal have værdien 1, svarende til at pop-uppen er færdigudfyldt.

Indikatorrapport

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

Region	Andel tilmeldte	2009 Tilmeldt ydelsen	Total antal	Andel tilmeldte	2010 Tilmeldt ydelsen	Total antal
Hele landet	8,2 %	175	2132	13,7 %	286	2094
Hovedstaden	9,4 %	73	774	16,3 %	124	761
Midtjylland	9,3 %	41	441	11,7 %	50	426
Nordjylland	6,3 %	13	206	15,2 %	30	198
Sjælland	8,2 %	24	293	10,7 %	31	289
Syddanmark	5,9 %	24	410	12,6 %	51	404

Indikator 1: Andel af patienter, der fik årskontrol i 2010 sammenlignet med 2009

Region	Relevante data (patienter)	Data komplethed	Nævner	Tæller	Andel 2010	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI	Andel 2009
Hele landet	6178	99.9 %	6178	4815	77.9 %	76.9 %	79.0 %	91.2 %
Hovedstaden	2272	100.0 %	2272	1701	74.9 %	73.0 %	76.6 %	89.7 %
Midtjylland	1233	99.9 %	1233	1027	83.3 %	81.1 %	85.3 %	92.9 %
Nordjylland	715	100.0 %	715	536	75.0 %	71.6 %	78.1 %	91.6 %
Sjælland	1281	99.9 %	1281	1003	78.3 %	75.9 %	80.5 %	91.4 %
Syddanmark	677	99.7 %	677	548	80.9 %	77.8 %	83.8 %	92.5 %

Indikator 2: Andel af patienter, der fik livsstilsamtale om kost i 2010 sammenlignet med 2009

Region	Relevante data (patienter)	Data komplethed	Nævner	Tæller	Andel 2010	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI	Andel 2009
Hele landet	6178	99.9 %	6178	4179	67.6 %	66.5 %	68.8 %	79.0 %
Hovedstaden	2272	100.0 %	2272	1426	62.8 %	60.7 %	64.8 %	75.2 %
Midtjylland	1233	99.9 %	1233	886	71.9 %	69.3 %	74.4 %	76.6 %
Nordjylland	715	100.0 %	715	481	67.3 %	63.7 %	70.7 %	82.4 %
Sjælland	1281	99.9 %	1281	926	72.3 %	69.7 %	74.7 %	86.2 %
Syddanmark	677	99.7 %	677	460	67.9 %	64.3 %	71.5 %	77.7 %

Indikator 3: Andel af patienter, der fik livsstilsamtale om motion i 2010 sammenlignet med 2009

Region	Relevante data (patienter)	Data kompletthed	Nævner	Tæller	Andel 2010	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI	Andel 2009
Hele landet	6178	99.9 %	6178	4254	68.9 %	67.7 %	70.0 %	80.9 %
Hovedstaden	2272	100.0 %	2272	1489	65.5 %	63.5 %	67.5 %	78.7 %
Midtjylland	1233	99.9 %	1233	879	71.3 %	68.7 %	73.8 %	75.1 %
Nordjylland	715	100.0 %	715	474	66.3 %	62.7 %	69.8 %	82.0 %
Sjælland	1281	99.9 %	1281	938	73.2 %	70.7 %	75.6 %	88.6 %
Syddanmark	677	99.7 %	677	474	70.0 %	66.4 %	73.4 %	81.5 %

Indikator 4: Andel af rygere, der fik livsstilsamtale om rygning i 2010 sammenlignet med 2009

Region	Relevante data (patienter)	Data kompletthed	Nævner	Tæller	Andel 2010	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI	Andel 2009
Hele landet	1500	99.9 %	1500	755	50.3 %	47.8 %	52.9 %	64.8 %
Hovedstaden	544	100.0 %	544	248	45.6 %	41.3 %	49.9 %	61.3 %
Midtjylland	292	100.0 %	292	160	54.8 %	48.9 %	60.6 %	65.4 %
Nordjylland	137	100.0 %	137	57	41.6 %	33.3 %	50.3 %	56.6 %
Sjælland	379	100.0 %	379	211	55.7 %	50.5 %	60.7 %	71.1 %
Syddanmark	148	98.6 %	148	79	53.4 %	45.0 %	61.6 %	68.2 %

Indikator 5a: Andel af praksis, der mindst én gang har læst tilbagemeldinger på sundhed.dk i 2010

Region	Relevante data (praksis)	Data kompletthed	Aktuelle data (praksis)	Opfylder indikator-kriteriet	Andel 2010	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI
Hele landet	206	100.0 %	206	134	65.0 %	58.1 %	71.5 %
Hovedstaden	87	100.0 %	87	55	63.2 %	52.2 %	73.3 %
Midtjylland	43	100.0 %	43	29	67.4 %	51.5 %	80.9 %
Nordjylland	16	100.0 %	16	12	75.0 %	47.6 %	92.7 %
Sjælland	28	100.0 %	28	20	71.4 %	51.3 %	86.8 %
Syddanmark	32	100.0 %	32	18	56.3 %	37.7 %	73.6 %

Til sammenligning tal for 2009

Region	Relevante data (praksis)	Data kompletthed	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 %

Indikator 5b: Andel af praksis, der mindst én gang i kvartalet har læst tilbagemeldinger på sundhed.dk i 2010

Region	Relevante data (praksis)	Data kompletthed (%)	Aktuelle data (praksis)	Opfylder indikator-kriteriet	Andel 2010	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI
Hele landet	178	100.0 %	178	52	29.2 %	22.7 %	36.5 %
Hovedstaden	74	100.0 %	74	24	32.4 %	22.0 %	44.3 %
Midtjylland	40	100.0 %	40	6	15.0 %	5.7 %	29.8 %
Nordjylland	13	100.0 %	13	3	23.1 %	5.0 %	53.8 %
Sjælland	27	100.0 %	27	13	48.1 %	28.7 %	68.1 %
Syddanmark	24	100.0 %	24	6	25.0 %	9.8 %	46.7 %

Til sammenligning tal for 2009

Region	Relevante data (praksis)	Data kompletthed	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 %

Ny opgørelse: Andel af patienter, der får tilbudt livsstilsamtale

Region	Relevante data (patienter)	Data kompletthed	Nævner	Tæller	Andel 2010	Nedre 95 % CI	Øvre 95 % CI	Andel 2009
Hele landet	6178	99.9 %	5082	4802	94.5 %	93.8 %	95.1 %	97.8 %
Hovedstaden	2272	100.0 %	1787	1697	95.0 %	93.8 %	95.9 %	97.8 %
Midtjylland	1233	99.9 %	1079	1024	94.9 %	93.4 %	96.1 %	97.2 %
Nordjylland	715	100.0 %	556	535	96.2 %	94.3 %	97.6 %	98.7 %
Sjælland	1281	99.9 %	1061	999	94.2 %	92.6 %	95.5 %	98.6 %
Syddanmark	677	99.7 %	599	547	91.3 %	88.8 %	93.4 %	96.1 %

Vurdering og anbefalinger fra Kompetencecenter Syd

Resultaterne af indikatoropfyldelsen vedr. indikator 1-4 er baseret på et forbedret patientdatagrundlag her i 2010, idet en stor andel af praksis i 2009 var nytilmeldte Diabetes Forløbsydelsen, hvorfor patienterne i stort tal endnu ikke opfyldte inklusionskriterierne til de enkelte indikatorer. Der er i 2010 som noget nyt lavet analyser på andelen af patienter, der fik tilbudt livsstilsamtale, ud af samtlige patienter i henholdsvis 2010 og 2009. Denne analyse viser en god opfyldelse på 94,5 %, hvilket kun er lidt lavere end i 2009 (97,8 %), og dette er et generelt billede i alle regioner.

Overordnet set viser indikatoropfyldelsen for indikatorerne 1-4 et fald i forhold til 2009, og dette er et generelt billede i alle regioner. Dette kan skyldes, at nogle af de patienter, som tidligere opfyldte indikatorerne, nu ikke længere får lavet årskontrol til tiden. Det må medtages i tolkningen dels, at der har været et datatab fra visse systemhuse i 2010 og dels, at patienterne kun repræsenterer knap 14 % af landets praksis. Efterhånden som andelen af praksis tilmeldt Diabetesprojektet i Datafangst forøges, må antallet af diabetespatienter, der opfylder inklusionskriterierne, formodes at stige, hvilket betyder, at indikatorerne i stigende grad kan give værdifuld information vedr. den generelle behandling af diabetespatienter i almen praksis i Danmark.

Kontaktadresser

Chef for DAK-E
Henrik Schroll
J.B. Winsløws Vej 9A, st.
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

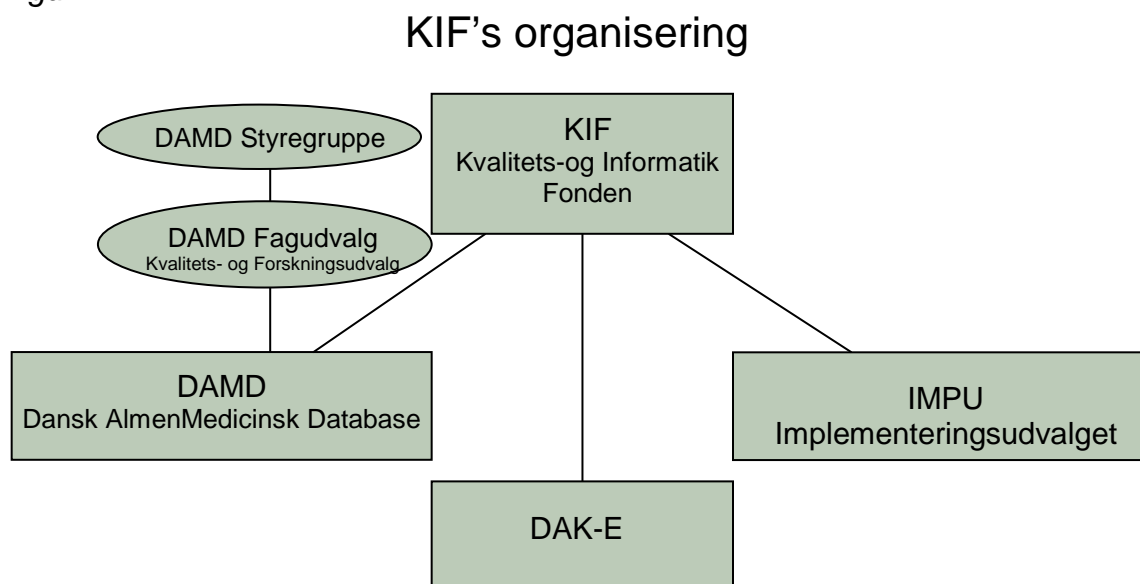
Organisation

Siden Årsberetning 2009 er der sket udskiftninger i personkredsen i flere af de udvalg, der er knyttet til DAMD. Organisationen med medlemmer er aktuelt således:

Kvalitets- og Informatik Fonden (KIF)

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" (Kvalitets- og Informatik Fonden) (figur 2). Fonden er sidestillet med de to andre fonde, som ligeledes er aftalt i overenskomsten, nemlig Efteruddannelsesfonden og Forskningsfonden.

Figur 2



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

Jens Stenbæk, <i>Formand</i>	Regionsformand, Region Sjælland
Henrik Dibbern, <i>Næstformand</i>	Formand i PLO
Tue F. Müller	Bestyrelsesmedlem i PLO
Gregers Hansen-Nord	Bestyrelsesmedlem i DSAM
Anders Kühnau Hansen	Regionsrådsmedlem, Region Midtjylland
Jens Elkjær	Regionssundhedsdirektør, Region Syddanmark

KIF's bestyrelse har ansat Henrik Schroll som chef for Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, DAK-E. DAK-E har ledelsessekretariat i Odense i lokaler på

Syddansk Universitet. I tilknytning til DAK-E er der en afdeling for patientevaluering i Århus, hvor Gitte Hove er ansat som leder.

DAK-E har sammen med overenskomstens parter sekretariatsfunktion for KIF.

Implementeringsudvalget (IMPU)

Til højre i figur 2 findes Implementeringsudvalget (IMPU), der er nedsat af KIF og har til opgave at følge den ved overenskomsten gældende fra april 2011 obligatoriske implementering af Datafangst og ICPC-kodning. Samtidigt skal IMPU sørge for gensidig erfaringsudveksling og koordinering mellem regionerne og DAK-E samt understøtte lægernes brug af de af DAK-E udviklede kvalitetsrapporter.

IMPU er sammensat af to repræsentanter fra hver af de fem regioner. Hver region er repræsenteret af én læge med praktisk kendskab til Datafangst og ICPC samt af en administrator eller en datakonsulent. Herudover deltager Danske Regioner, PLO, DSAM, Audit Projekt Odense (APO) samt DAK-E. KIF har udpeget praktiserende læge Leo Thomsen som formand for IMPU. DAK-E er sekretariat for udvalget.

Region	Administrator /datakonsulent	Lægefaglig repræsentant
Region Nordjylland	Jane Pedersen Specialkonsulent	Leo Thomsen
Region Midtjylland	Steen Vestergaard-Madsen Chefkonsulent	Haagen Adeler
Region Syddanmark	Helle Lindkvist Chefkonsulent	Martin Hansen
Region Sjælland	Michael Schwedler Specialkonsulent	Niels Ulrich Holm
Region Hovedstaden	Henrik Nørregaard IT-Datakonsulent	Kaare Rossel
Danske Regioner	Anne Bukholt Pedersen Konsulent	
PLO	Thomas Bo Nielsen Konsulent	
DSAM	Peter Torsten Sørensen Direktør	
APO	Anders Munck Leder	
DAK-E	Henrik Schroll Chef	

Styregruppen for DAMD

Til venstre i figur 2 ses Styregruppen for DAMD. Mange af medlemmerne her er gengangere fra KIF-bestyrelsen. Formand for gruppen er Gregers Hansen-Nord. Desuden er den dataansvarlige fra Region Syddanmark, Mads Christian Haugaard, med samt fra Kompetencecenter Syd overlæge Linda Kærlev.

<i>Region Syddanmark</i>	Mads Christian Haugaard
<i>Kompetencecenter Syd</i>	Linda Kærlev
<i>DSAM</i>	Gregers Hansen-Nord, <i>formand</i>
<i>PLO</i>	Henrik Dibbern
<i>Regionernes Lønnings- og Takstnævn</i>	Jens Elkjær

Sekretariatsfunktionen varetages af DAK-E og dennes chef, Henrik Schroll, der også leder den daglige drift af databasen.

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>	Jette Elbrønd
<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>	Anne Bukholt Pedersen
<i>DAK-E:</i>	Janus Laust Thomsen

Henrik Schroll varetager sammen med DAK-E personalet den daglige drift af databasen og er desuden sekretariat for Kvalitets- og Forskningsudvalget.

Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD

DAMD er en SQL-baseret databaseserver med Windows 2008 som styresystem. Den er fysisk placeret i Syddansk Universitets A-klassificerede servermiljø. Den er koblet op til Sundhedsdatanettet, SDN, hvorfra den modtager data fra de enkelte klinikker, der har aftaler på SDN. Hver anden time kommunikerer den med klinikkerne, hvor den udveksler evt. nye projekter til klinikkerne samt 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 en integreret del af SQL-serveren.

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 enten via sundhed.dk eller via DAK-E's hjemmeside. Selve DAMD-serveren kan kun tilgås gennem et lukket LAN-netværk, der kræver en fysisk placering på et af DAK-E's kontorer. 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.

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 er opgaven at iværksætte de kvalitetsfremmende tiltag, som – jf. hans/hendes tilbagemeldingsrapporter om egen kvalitet – kan gavne patienterne. Tilbagemeldingsrapporterne genereres på ydernummerniveau og er altid tilgængelige online. Rapporterne opdateres ugentligt, så lægen har hele tiden friske rapporter.

Kvalitetsrapporterne er omtalt mere indgående i Årsrapport 2008, hvortil der henvises. Rapporterne videreudvikles løbende af DAK-E i dialog med lægerne. Antallet er øget væsentligt, og der er aktuelt 38 rapporter. Rapporterne kan ses i anonymiserede demoudgaver på:

<http://demo.dak-it.dk/>

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

Cirka 30 % af praksis har set på kvalitetsrapporterne en gang i kvartalet. Dette tal har været stabilt gennem de sidste to år – dog har der været et lille fald til 29,2 % i 2010. 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. På trods af manglende undervisning udtrykker mange læger, at de har haft gavn af rapporterne. En opfølgning på 1 år med data fra DAMD af patienter, der har været til mindst 2 årskonroller for diabetes, viser, at der er signifikant flere, som får medicinsk behandling blandt personer med forhøjet HbA1c, kolesterol og systolisk blodtryk. 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.

Resultaterne er i overensstemmelse med Torsten Lauritzens og Jette Koldings undersøgelser af kvalitetsindikatorer for diabetes (3) og en nylig afsluttet ph.d.-afhandling af Trine Guldborg, som anvendte en del af de tilbagemeldinger, der er udviklet af DAK-E (4). I afhandlingen vises en forbedring af behandlingskvaliteten for diabetes blandt læger, der blot fik en delmængde af den nuværende udviklede diabetesrapport.

Det må i øvrigt tages med i betragtningen, at der desværre fortsat er IT-mæssige udfordringer med lagringen af strukturerede data som højde, vægt, blodtryk, mikroalbuminuri m.m. Data kan være lagret meget forskelligt i lægesystemerne, og forholdene kompliceres yderligere af, at mange klinikker har oprettet selvstændige koder til disse registreringer. 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 laboriekoder, 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. Vedr. mikroalbuminuri er der nu vedtaget en national standard for måling og en fælles kode, som skal bruges, når laborierne sender data til lægesystemerne i praksis.

Kvalitets- og forskningsprojekter – afsluttede, igangværende og ansøgte

<i>Nr. /år</i>	<i>Projekt navn</i>	<i>Ansøger</i>	<i>Status</i>
1/07	Omfanget og betydningen af frygt for cancer hos patienten og den praktiserende læge i konsultationen i almen praksis	Morten Bondo Christensen	Igangværende
2/07	Coaching af praktiserende læger i behandling af type 2-diabetes i Region Hovedstaden	Ulla Bjerre-Christensen	Afsluttet
3/08	PROSPER - PROtap Stabil angina PEctoRis	Per Grinsted	Afsluttet
4/08	Bedre indikationskoder for ordination af antibiotika i praksissektoren	Ulric Stab Jensen	Afsluttet
5/08	Udvikling af ICPC for WICC's Update Group	Marianne Rosendal	Rapport under udarbejdelse
6/08	Metoder til optimering af KOL-behandling i almen praksis	Mette Koefoed	Igangværende
7/08	European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC-3)	Ulric Stab Jensen	Afsluttet
8/09	Tværasektorielt samarbejde om kroniske patienter - patienter med type 2 diabetes	Thomas Drivsholm	Afventer rapport
9/09	Medicinsk uforklarlige symptomer og symptomdiagnoser - Projekt 1 og Projekt 2 (inkl. interview)	Mette Trøllund Rask	Igangværende
10/09	Organisering af almen praksis	Klaes Rohde Ladeby	Afsluttet
11/09	Sampling bias ved udvælgelse af hypertensionspatienter i almen praksis	Maja Skov Paulsen	Igangværende
12/10	Hvilken (kvalitets)udvikling i almen praksis?	Laura Lippert	Igangværende
13/10	DD2 – Dansk Center for Strategisk Forskning i Type 2 Diabetes	Jens Steen Nielsen	Igangværende
14/10	APO/DAK-E audit om luftvejsinfektioner i almen praksis.	Anders Munck, APO	Igangværende

15/10	Lændesmerter – fra primær kontakt til sundhedsvæsenet (praktiserende læge) til færdigbehandlet.	Anders Munck, APO	Igangværende
17/10	Behandlingskvaliteten af helbredsproblemerne stress, angst og depression – fastholdelse på arbejdsmarkedet	Jesper Lundh	Igangværende
18/11	Forebyggelse af mavesårsblødning relateret til NSAID og Magnyl ved brug af "computer alert" i almen praksis - randomiseret studie	Dorte Ejg Jarbøl	Igangværende
19/11	Multisygdom og ressourceanvendelse i almen praksis	Kim Rose Olsen	Igangværende
20/11	Sundhedsmæssige effekter af hjerterehabilitering i kommuner, almen praksis og på Sygehus Himmerland	Kirsten Hald	Igangværende
21/11	Udtræk af ICPC kodning fra DAMD til brug for validering af patientpopulationerne i Kronikerdata.dk	Lone Kærsvang	Igangværende
22/11	Analyse af sammenhængen mellem struktur og social kapital i sundhedsvæsenet	Sanne Lykke Lundstrøm	Igangværende
23/11	Moderne psykiatri - investering og gevinster	Jan Christensen	Ansøgning

Perspektiver

Med overenskomsten mellem Danske Regioner og PLO af 1. april 2011 er det aftalt, at alle klinikker skal tilsluttes Datafangst snarest muligt og senest efter 2 år. Dette har sammen med dekoblingen af Diabetes Forløbsydelsen og Datafangst allerede givet en kraftig stigning i antallet af tilmeldte klinikker. Den øgede tilslutning giver en række udfordringer for DAK-E og DAMD:

Implementering af datafangstmodulet og supportfunktionen

- 1) Ved tilmeldingen modtager praksis introduktionsmateriale og kodekort, der skal hjælpe lægerne i gang med Datafangst og diagnosekodning. Materialet er udarbejdet af DAK-E, og det bliver løbende udbygget og tilpasset klinikkernes behov.
- 2) DAK-E har udviklet kurser for datakonsulenter og ambassadører i regionerne mhp., at der kan opbygges en organisation, som kan tilbyde de enkelte klinikker et personligt besøg. Denne funktion er endnu i opstartsfasen og fungerer ikke i alle regioner. De regionale datakonsulenter er særdeles egnede til at besøge lægerne for at hjælpe dem godt i gang og sikre en rigtig opsætning og funktion af Datafangst. Laboratoriekonsulenterne kan også være en ressource til at få laboratoriesystemerne sat op, hvor specielt håndtering af IUPAC-koder kan være en udfordring i den enkelte klinik.
- 3) Supportfunktionen i DAK-E skal fortsat udbygges til at håndtere de opkald, der kommer fra klinikkerne, når de ved arbejdet med Datafangst oplever tekniske eller betjeningsmæssige problemer (fx ved manglende dataindberetning eller spørgsmål til pop-up funktionen). Systemhusene og datakonsulenterne trækker også på DAK-E supporten med specifikke problemer og konkrete spørgsmål.
- 4) Der er erfaring for, at Datafangst først kører rigtigt i klinikkerne og er implementeret i deres organisation efter 3 til 6 måneder. For at sikre at kvalitetsrapporterne bruges til kvalitetsudvikling, vil det være af stor betydning med et besøg i den enkelte klinik efter ca. 6 måneder. Klinikken skal have instruktion/inspiration til at læse/tolke egne kvalitetsrapporter, så de kan omsættes til reel kvalitetsudvikling til gavn for patienterne.

Datafangstmodulet og Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD)

- 1) Den øgede mængde data, der tilflyder databasen, skal kunne behandles, og dermed er der et større krav til datahåndtering samt monitorering af databasen. Dette medfører behov for en fortsat opgradering af DAK-E både hvad angår teknik (serverkapacitet mv.) samt personale.

- 2) Der er behov for løbende validering af datakvaliteten i DAMD, og der er planlagt ny validering i løbet af 2011. Tidligere undersøgelse afslørede et problem med datatab i enkelte systemhuse – et problem som nu skulle være udbedret.
- 3) Det forventes, at der med den større mængde data dækkende alle praktiserende læger vil komme en øget efterspørgsel af dataudtræk fra DAMD til både kvalitetsudvikling og forskning. Det er vigtigt at tilpasse organisationen omkring DAMD til at kunne håndtere den ekstra efterspørgsel til gavn for udviklingen inden for dansk almen medicin. DAK-E organisationen bør således tilpasses til at kunne levere de ønskede relevante dataudtræk.
- 4) Der er behov for en løbende udvikling og tilpasning af datafangstmodulet. Det vil være væsentligt med en udbygning, så der kan leveres data fra DAMD tilbage til de enkelte klinikker mhp. at sikre klinikkerne mod datatab ved skift af server eller edb-nedbrud. Samtidigt bør det blive muligt at give lægerne nem adgang til organiserede data vedr. patienter, som er indsamlet på anden vis. Dette kunne være oplysninger om kroniske sygdomme udtrukket fra Landspatientregisteret eller oplysninger om livsstilsfaktorer indsamlet via spørgeskemaer eller kommunale enheder. Begge disse muligheder kan resultere i et fagligt løft i kvalitetsrapporterne.
- 5) Der vil være behov for en løbende evaluering af lægernes brug og oplevelse af Datafangst og kvalitetsrapporterne, og det bør overvejes at afsætte ekstra ressourcer til DAK-E til løbende kvalitetssikring af databasen. En del af disse tiltag vil kunne delfinansieres ved eksterne ansøgninger i forbindelse med kvalitets- og forskningsprojekter. Ligesom lægernes brug af kvalitetsrapporterne undersøges, er det væsentligt at undersøge patienternes brug og oplevelse af den nye mulighed for at se egne data via sundhed.dk.

Referencer

Reference List

- (1) Schroll H. Diabeteskontrol ved brug af Sentinel Datafangst. Best Practice april 2011.
- (2) Thomsen JL, Schroll H, Rytter L, Friberg S. Kronisk sygdom og kvalitetssikring i almen praksis. Ugeskr Læger 2011;173(10):737.
- (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.