

Dansk AlmenMedicinsk Database DAMD

Årsberetning 2007

Juni 2008
Henrik Schroll

DAKE

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resume	5
Udtalelse fra Kompetencecenter Syd.....	5
Indledning og baggrund	7
Organisation	7
<i>KIF Fonden</i>	7
<i>Kvalitetsfagligt Udvalg</i>	9
<i>DAMD styregruppen</i>	9
<i>Fagudvalget (Kvalitets- og Forskningsudvalget)</i>	9
Systembeskrivelse	11
Udvikling og Status	12
Tilmelding til diabetes forløbsydelsen og datafangst i 2007	12
Forsendelse af data til databasen i 2007.....	12
Forsendelserne over sundhedsdatanettet SDN.....	15
Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD.....	16
Aktiviteter på databasen (dynamisk tilslutning)	16
Diabetes status (dynamisk tilslutning)	17
Indikator rapport.....	18
NIP Diabetes	18
Egne Indikatorer fra Almen Praksis	18
<i>Andelen af patienter med diabetes i almen praksis</i>	18
<i>Databeller med patienter fordelt på alder, køn, samarbejdsform og region</i>	19
<i>Andelen af patienter, der har modtaget livsstilssamtale</i>	19
Procesindikatorer og resultatindikatorer	19
Hvordan kan resultaterne anvendes til udvikling af kvaliteten?	19
Elementer fra bevillingsskrivelsen fra regionernes databasesekretariat.	20
Afrapportering til lægerne	22
Nye sygdomsområder.....	24
Øvrige igangværende projekter	25
Projekter undervejs	25
Perspektiver for de to næste år!.....	26
Referencer	28

Forord

Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD) startede den 1. maj 2007 som en specialespecifik klinisk kvalitetsdatabase.

Dette er den først årsrapport fra DAMD. Organisationen bag databasen er beskrevet samt fremtidige perspektiver til databasen. På nuværende tidspunkt er der naturligvis kun en begrænset mængde data at afrapportere.

Fremtidige rapporteringer vil følge kalenderåret. Denne rapport omfatter derfor kun perioden fra 1. januar 2007 (1. maj) til den 31. december 2007. Ved afrapporteringen af diabetesdata fra DAMD til det Nationale IndikatorProjekt (NIP) er der dog valgt en anden termin, nemlig perioden fra 1. marts 2007 til 29. februar 2008, idet rapporten på den måde bliver i overensstemmelse med indberetningerne af de øvrige NIP diabetesdata.

Målet er, at DAMD skal bruges så meget som muligt både til kvalitetsprojekter og til forskningsprojekter. Begge dele kræver, at kvaliteten af de registrerede data er meget høj.

I samarbejde med de lokale regioner laver DAK-E IT derfor ICPC kodekurser samt kurser i brug af det datafangstmodul, der bruges til at indberette data til DAMD.

Vi er meget interesserede i kommentarer og reaktioner på årsrapporten, så ring eller e-mail gerne til os!

Odense, juni 2008

Henrik Schroll
Leder af DAK-E IT
hschroll@dak-e.dk

Søren Friborg
Chef for DAK-E.
sfriborg@dak-e.dk

Resume

Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD er en nyoprettet, godkendt specialespecifik database for almen praksis. Databasen bygger på et pilotprojekt fra 2005 og er i Landsoverenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg fra 2006 inddraget som den database, de praktiserende læger skal indrapportere deres diabetesbehandling til i forbindelse med brug af diabetesforløbsydelsen. Ved udgangen af 2007 var 154 klinikker med 310 læger tilsluttet indberetningssystemet. Etableringen af indberetningssystemet (datafangst) med de 12 forskellige edb-systemer, der bruges i almen praksis, har været en stor udfordring, men de værste "børnesygdomme" skønnes nu at være løst, og alt tyder på, at datafangst og DAMD kan klare de udfordringer, en generel udbredelse vil kræve. Den første afrapportering til NIP Diabetes har fundet sted. For at fremme kvalitetsudviklingen i almen praksis er der udviklet et online tilbagemeldingssystem, så den enkelte læge via sin digitale signatur kan se egne diabetesbehandlingsresultater og sammenligne disse med behandlingen i kommunalt, regionalt og nationalt regi. Lægen kan identificere sine patienter og se, hvor behandlingen kan optimeres. Allerede på nuværende tidspunkt er der stor interesse for at kunne anvende DAMD til kvalitets- og forskningsprojekter.

Udtalelse fra Kompetencecenter Syd

den 19. juni 2008 vedrørende DAMD Årsberetning 2007.

Påtegning fra Kompetencecenter SYD v/Anders Green, professor, overlæge, dr.med.

"I henhold til basiskravene for de nationale kliniske kvalitetsdatabaser skal kompetencecenteret fremlægge følgende bemærkninger.

Forholdene omkring Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD) er helt specielle: Databasen har først og fremmest karakter af at være en ressourcedatabase, der kan fungere som datakilde for sygdomsspecifikke kliniske kvalitetsdatabaser. DAMD er i første omgang etableret for at kunne fungere som kilde til at supplere med data fra almen praksis på diabetesområdet inden for Det Nationale Indikator Projekt.

DAMD har endvidere helt specielle forhold ved dels at have frivillig tilslutning fra de praktiserende læger afhængigt af deres tilmelding til at levere specielle overenskomstmæssige ydelser, dels at have drifts- og etableringsomkostninger dækket af centrale fondsmidler som led i aftale mellem de praktiserende lægers organisation og det offentlige.

DAMD varetager selv IT-driften inden for godkendte rammer ved Syddansk Universitet.

DAMD er under gradvis opbygning med de første data indløbet i sidste del af 2007.

Data fra DAMD med relation til diabetesområdet er overført til NIP i foråret 2008 og afrapporteres inden for NIP-systemet og dermed ikke i DAMDs årsrapport. DAMD har derudover en række indikatorer af overvejende proceskarakter. Imidlertid er datagrundlaget ufuldstændigt og for spinkelt til meningsfuld afrapportering for år 2007.

Ovenstående forhold medfører, at DAMDs rapport for år 2007 først og fremmest dækker organisatoriske og administrative emner. Kompetencecenteret er i løbende dialog med DAMD ikke mindst hvad angår opsætning til analyse og afrapportering af indikatorer i de kommende årsrapporter.”

Indledning og baggrund

Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD er en specialespecifik klinisk kvalitetsdatabase, der bygger på et ph.d. studie tilbage i 2001¹. Heri blev det vist, at det var muligt at indsamle patient-lægekontakter og forløbsdata fra fire forskellige edb-praksissystemer i almen praksis. Det blev også vist, at de enkelte patientkontakter kunne kobles sammen til forløb, men processen var så arbejdskrævende for lægen, at den kun var mulig i et forskningsprojekt. Metoden kunne slet ikke bruges i en travl praksishverdag. Udfordringen blev derfor at udvikle en ny metode, hvormed man alligevel kunne skaffe de oplysninger, der var nødvendige i den fremtidige udvikling af faget almen medicin, herunder både kvalitetsudvikling og forskning i kvalitet. Det udviklede program "Sentinel – Datafangst" blev skabt og testet i et samarbejde mellem Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense og DAK projektet. Sentinel, der blandt andet kan oversættes med "fyrtårn", hentyder til indsamlingen af en global aktivitetsregistrering, der belyser indholdet af de daglige patientkontakter i almen praksis. Datafangst henviser til en systematisk indsamling af data suppleret med en mere projektorienteret indsamling af specifikke data via spørgsmål på en pop-up skærm. Evalueringen af pilotdriften viste, at programmet på en enkel måde kunne samle data uden at forstyrre lægen væsentligt i den travle hverdag². Med overenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation, PLO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg, SFU blev i 2006 grundlaget skabt for Diabetesforløbsydelsen. Datafangstmetoden med installation af datafangstmodulet i den enkelte klinik blev herefter en betingelse for at kunne honoreres med forløbsydelsen. DAMD blev i 2007 godkendt af Sundhedsstyrelsen som en klinisk kvalitetsdatabase og blev sidestillet med de øvrige kliniske kvalitetsdatabaser i Regionernes Databasesekretariat. DAMD er således en national klinisk kvalitetsdatabase knyttet til Kompetencecenter Syd, KCS ved Region Syddanmark.

Organisation

KIF Fonden

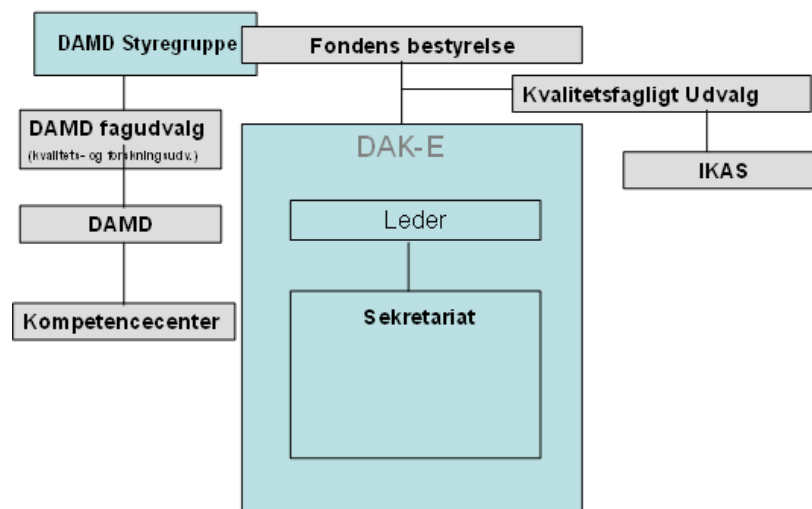
Med overenskomsten i 2006 mellem Amtsrådsforeningen, SFU og Praktiserende Lægers Organisation, PLO blev det besluttet at oprette en fond (KIF fonden (Kvalitets- og Informatikfonden) (se figur 1) til fremme af kvalitetsudviklingen og it-udviklingen i almen praksis. Fonden er sidestillet med de to andre 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, Formand	Regionsformand, Region Sjælland
Henrik Dibbern, Næstformand	Næstformand i PLO
Klaus Friis Andersen	Bestyrelsesmedlem i PLO
Bjarne Jørgensen	Bestyrelsesmedlem i DSAM
Johannes Flensted-Jensen	Regionsrådsmedlem, Region Midtjylland
Jens Elkjær	Regionssundhedsdirektør, Region Syddanmark

KIF's organisering



Figur 1

KIF bestyrelsen har ansat en chef for Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, DAK-E. Chefen er aktuelt Søren Friborg. DAK-E har sit ledelsessekretariat i Danske Regioner. 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 aktuelt Jens Rubak fra Århus. 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/flx/om_dak_e/sekretariatsfunktion/kfu_kvalitetsfagligt_udvalg/

DAMD styregruppen

Til venstre i diagrammet ses styregruppen Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD. Mange af medlemmerne er gengangere fra KIF bestyrelsen. Desuden er den dataansvarlige fra Region Syddanmark, afdelingsleder Lisbeth Rasmussen repræsenteret, og fra Kompetence Center Syd kommer professor Anders Green.

<i>Region Syddanmark:</i>	Lisbeth Rasmussen
<i>Kompetence Center Syd:</i>	Anders Green
<i>DSAM:</i>	Bjarne Jørgensen
<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 Bjarne Jørgensen, og sekretariatsfunktionen varetages af DAK-E IT og dennes leder.

Fagudvalget (Kvalitets- og Forskningsudvalget)

Da det kan forventes, at mange kvalitets- og forskningsprojekter kan baseres på DAMDs data, 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 og består aktuelt af:

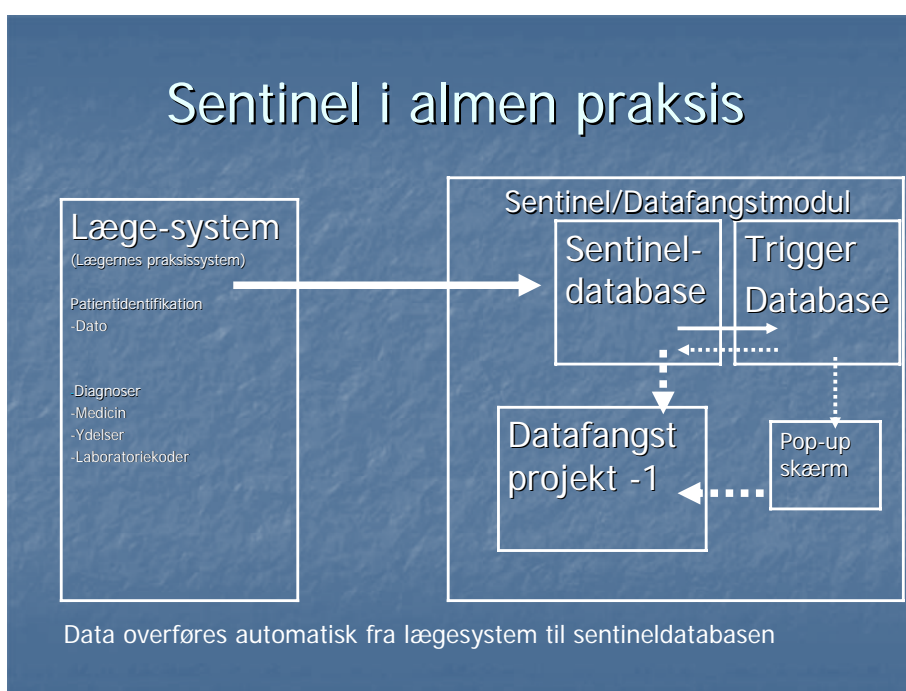
<i>Region Nordjylland:</i>	Leo Thomsen - formand
<i>Region Midtjylland:</i>	Jens Rubak
<i>Region Syddanmark:</i>	Holger Rasmussen
<i>Region Sjælland:</i>	Hans Pescettini
<i>Region Hovedstaden:</i>	Bente Nielsen
<i>Århus Universitet:</i>	Bo Christensen
<i>Syddansk Universitet:</i>	Jens Søndergaard
<i>Københavns Universitet:</i>	John Sahl Andersen
<i>PLO:</i>	Thomas Bo Nielsen
<i>Regionernes Lønnings- og Takstnævn:</i>	Martin Bagger Brandt
<i>Observatør DAK-E:</i>	Søren Friberg

Sekretariatsfunktionen varetages af DAK-E IT og dennes leder.

Systembeskrivelse

Sentinel Datafangst er et elektronisk program, der installeres på serveren i den enkelte klinik. Programmet opsamler løbende under arbejdet i klinikken kopier af data om medicinordinationer, laboratorieværdier, ydelser og diagnoser om den enkelte patient, der registreres med CPR samt et tidsstempel for hændelsen. Via en pop-up udløst under konsultationen kan der suppleres med ekstra projektrettede ikke strukturerede informationer (figur 2).

Figur 2



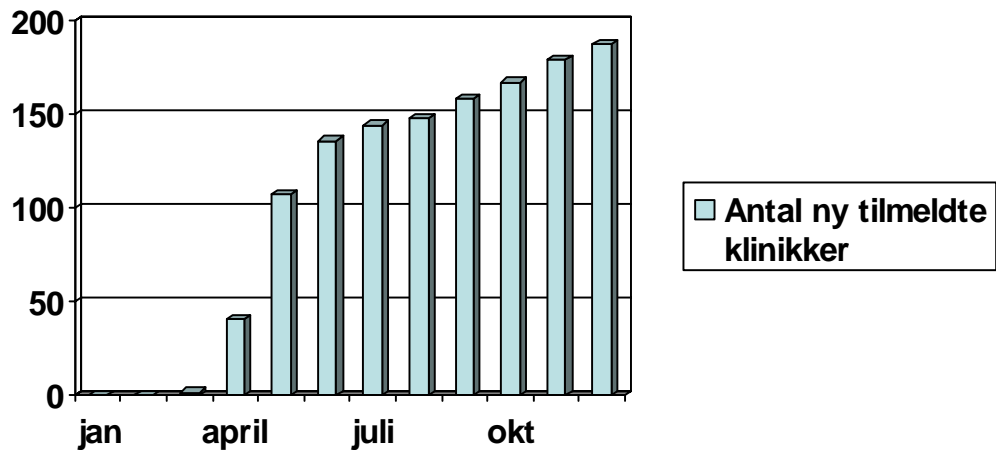
Alle lægesystemer opdateres løbende fra eksterne kilder med strukturerede datatabeller om medicin, diagnoser, ydelser og laboratoriekoder og værdier. Disse data lagres ganske vist forskelligt i de forskellige lægesystemer, men udlæses løbende under produktionen på standardiseret vis til Sentinelmodulet kombineret med et tidsstempel og det CPR nummer, som aktiviteten omhandler. Er der til et projekt behov for yderligere specifikke informationer, kan supplerende spørgsmål indhentes ved en pop-up, der viser sig på skærmen, når patientkontakten finder sted. Pop-up'en kan udløses af en bestemt diagnose, en ATC kode (medicinsk præparat), en ydelse eller en laboratoriekode samt en kombination af disse.

Data fra den enkelte klinik overføres om natten eller mindst en gang om ugen til DAMD via det offentlige sundhedsdatanet. Samtidig med kommunikationen opdateres serveren på den enkelte klinik med evt. nye projekter, som lægen kan tilslutte sig, hvis det ønskes. Ophørte projekter bliver ved samme lejlighed trukket ud af tilbudslisten til den enkelte klinik og læge.

Udvikling og Status

Tilmelding til diabetes forløbsydelsen og datafangst i 2007

Figur 3

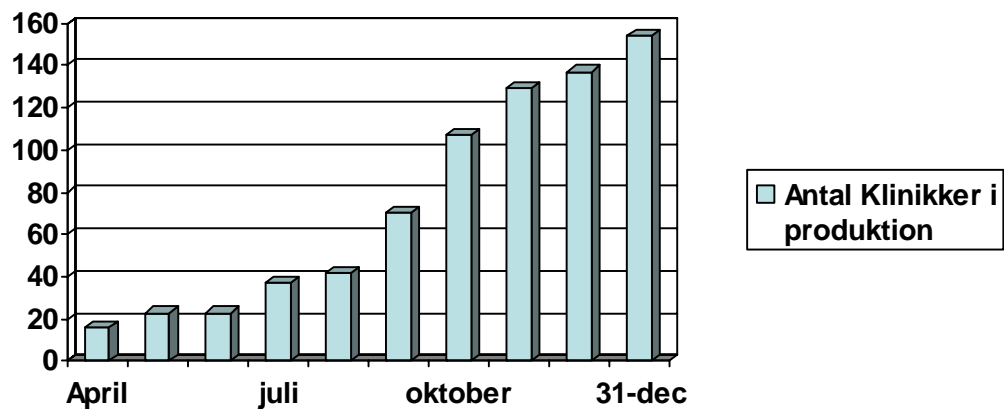


Grafen viser akkumuleret antal nye tilmeldinger i løbet af året fordelt på den enkelte måned. Ved årets begyndelse var der fra pilotdriften godt 14 klinikker i drift, og fra marts måned startede tilmeldingen med to nye klinikker, mens april og maj gav mere end 100 nye tilmeldinger. Sidst på året flader tilmeldingsraten ud.

Forsendelse af data til databasen i 2007

Klinikker der sender data fordelt på de enkelte måneder i løbet af 2007.

Figur 4



Indtil starten på tilmelding den 1. april var der fra pilotdriften 14 klinikker i produktion. Dette tal steg til 154 klinikker, der ved udgangen af 2007 var koblet op på DAMD. De 154 klinikker modsvarer ca. 310 læger. Af de 154 klinikker sendte ved årets udgang 148 klinikker data. De resterende var i installationsfasen. Lægerne kunne vælge at tilmelde sig Datafangst og derpå bede systemhuset om at foretage installationen og opkoblingen. Andre læger valgte først at få datafangstmodulet installeret og siden at tilmelde sig forløbsydelsen.

Dette giver flere situationer:

1. Læger der har tilmeldt sig datafangst og er i drift.
2. Læger der er tilmeldt og har fået modulet installeret, men endnu ikke er kommet i gang. (Venter på at alle i en typisk flermåndspraksis er klar til start. Alle skal diagnosekode).
3. Læger der har tilmeldt sig forløbsydelsen, men ikke har fået modulet installeret.
4. Læger der har fået modulet installeret og er kommet i gang og sender data, men har glemt at tilmelde sig til DAMD.
5. Læger der har fået modulet installeret og sender data, men endnu ikke er kommet i gang med diagnosekodning og i øvrigt har glemt at tilmelde sig DAMD.

Situation 1 og 3 er langt de hyppigste. Situation nr. 2 forekommer til tider i en opstartsfasen. Situation nr. 4 og 5 forsøger vi at minimere ved med jævne mellemrum at identificere, hvilke praksis det drejer sig om og kontakte dem. Det gøres enten fra DAK-E IT eller ved, at en datakonsulent i den enkelte region kontakter klinikkerne, både de, der har glemt at tilmelde sig og de, der ikke endnu har fået modulet installeret.

Installation med drift af Datafangst kunne først finde sted fra maj 2007. Ud fra forskellen mellem de to kurver kan ses, at installationshastigheden i begyndelsen slet ikke kunne følge med tilmeldingshastigheden.

Dette havde flere årsager:

1. Ikke alle systemer var klar til at installere, nogle var endnu ikke certificeret.
2. Andre systemer havde ikke supportkapacitet til at klare installationen i den hastighed, som brugerne ønskede det.

3. Der var i nogle systemer store tekniske udfordringer med at få centralserverløsningerne til at virke sammen med datafangst, men til gengæld, når centralserverløsningerne først var etableret, var driften meget stabil.
4. Der var "børnesygdomme" med Sentinelmodulets samspil med Microsoft XP, som først hen over sommeren blev løst.
5. Der var udfordringer med at få diabetespop-up'en til at blive udløst, når den skulle. Dette skyldes, at de IUPAC koder (laboratoriekoder), der skulle være implementeret i lægesystemerne, ikke som forventet og lovet var installeret.
6. Det voldte også lægerne større besvær end kalkuleret at bruge de implementerede laboratoriekoder, der skulle styre pop-up'en. Af den grund blev der udformet en manual, der kan ses på DAK-E hjemmesiden, og der blev udformet systemspecifikke vejledninger til, hvordan man i det enkelte system kom i gang med datafangst og forløbsydelsen.

Det har været nødvendigt at ansætte en superbruger fra hvert lægesystem til at hjælpe de nytilmeldte læger i gang med at anvende datafangst. Alt i alt har det første halve år krævet væsentlig mere support end kalkuleret. Men mod slutningen af året viste erfaringerne, at børnesygdommene var overstået, og at datafangst kørte stabilt i næsten alle installationer, og at de tekniske problemer, der blev observeret i opstartsfasen, var løst. Der er imidlertid fortsat problemer med at få diabetespop-up'en til at udløses på det tidspunkt, hvor lægen forventer, at det skal ske. Årsagen ligger i den styring, der finder sted ved hjælp af de to IUPAC koder i lægesystemet. Koderne var ikke som aftalt og forventet implementeret af systemhusene. De systemspecifikke superbrugere fra de enkelte lægesystemer har imidlertid været en nyttig hjælp til at få brugerne hjulpet i gang. Ved fremtidige projekter bør man nok undlade så mange krav til styring af pop-up'en, at det komplicerer driften urimeligt.

Den nuværende status er imidlertid ingen garanti for, at nye især tekniske problemer ikke kan opstå.

Supportorganisationen til en større udbredelse må dog udliciteres til de regionale datakonsulenter for de betjeningsmæssige problemer og til systemhusene for de tekniske problemer. DAK-E IT har til de fremtidige supportere ud fra de erfaringer, der er gjort i opstartsfasen, udviklet et flow chart, der hjælper datakonsulenten med at identificere, løse eller henvise til den korrekte instans for hjælp.

Forsendelserne over sundhedsdatanettet, SDN

I pilotdriften med to systemer var der problemer med, at kommunikationen over SDN til tider gik i stå. Med de mange nye systemer viste kommunikationen over SDN sig væsentlig mere problematisk end forventet. Der var problemer med pakkestørrelser, tab af datapakker og fejl i pakker. Først med en efterprogrammering af forsendelsesprotokollerne foretaget af ACURE lykkedes det at stabilisere forsendelserne og få en mere stabil drift på SDN.

Dansk Almen Medicinsk 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 SDN, hvorfra den modtager data fra de enkelte klinikker, der har aftaler på SDN. Hver nat kommunikerer den med klinikkerne og udveksler evt. nye projekter til klinikkerne med 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. Sikkerhedsprogrammet er Lumigent.

Fra DAMD laves batchkørsler, der genererer rapporter som gemmes på en rapportserver. Udefra kan kun rapportserveren tilgås via SSO adgang med en professionel digital signatur gennem Sundhed.dk. 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 har skrevet under på.

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

Aktiviteter på databasen (dynamisk tilslutning)

Som redegjort i afsnittet "Forsendelse af data til databasen" er der tale om en dynamisk tilslutning, hvilket betyder, at der er en over året stigende tilslutning af klinikker, der sender data. Klinikkerne kan med den modificering, der blev indført i Sentinel version 2.0, vælge i hvilken mængde og grad, man ønsker at sende data. Man kan sende:

- **Alt** – Dvs. man sender fra det øjeblik, modulet er installeret, alle data, der vedrører medicin, laboratorieværdier, ydelseskoder og diagnoser på alle patienter, der efterfølgende kontakter klinikken.
- **Pr. projekt**. – Dvs. man sender tilsvarende typer af data på de patienter, der indgår i et projekt fra det øjeblik, patienten er triggeret af en pop-up. Her sendes der ikke data før trigningen, og der sendes ikke data på de øvrige patienter i klinikken.
- **Intet** – Der opsamles data i klinikken i modulet, men "intet sendes ud af huset". Der modtages kun nye projekter, som lægen kan se på sin skærm og evt. tilmelde sig.

Ca. 85 % af lægerne har valgt at sende "alt", dvs. alle deres data til DAMD. Fra Pilotdriften af datafangst viste datatabet sig ved sammenligning imellem data i to lægesystemers datatabeller og data i DAMD sig at være ubetydeligt og under 0,5 %. Det kritiske problem ved datavaliditeten står og falder således med de diagnoser, lægerne har sat på de enkelte patientkontakter. En stor del af

lægerne har en meget høj grad af kodning af deres face to face kontakter (Konsultationer og sygebesøg). Inter- og intraobservatørvariationen i diagnosekodning har i både danske og udenlandske studier vist, at en enighed i diagnosesætningen på mere end 70% vurderes højt, og at enigheden er højest ved kroniske sygdomme^{3 4}. Ifølge overenskomsten er lægen kun forpligtet til at diagnosekode alle sine diabetespatienter.

Diabetes status (dynamisk tilslutning)

Diabetesdata i DAMD er naturligvis underlagt de samme dynamiske betingelser som nævnt i "aktiviteter på databasen". Det betyder, at datakompletheden kun kan måles prospektivt. Sagt med andre ord vil data, der er registreret i lægesystemet før datafangstmodulets installation, ikke blive overført til DAMD. Hvis lægen vælger kun at sende "pr. projekt", vil data fra den enkelte patient endvidere først blive overført fra det tidspunkt, pop-up'en er trigget og fremefter. Det betyder, at for patienter, der er trigget for lang tid siden, vil man opnå næsten komplette data set i et oversigtsvindue på typisk et år tilbage, mens patienter, der er trigget for nylig, vil have mangelfulde data i det samme observationsvindue. Til kvalitetsrapporter er datakompletheden en nødvendighed, og det er da også baggrunden for den primære udmelding ved introduktionsmøderne om diabetes forløbsydelsen, at man ikke kan forvente at få valide rapporter om kvaliteten, før, man har medvirket i ca. et år.

Pr. tradition er der stadig mange læger, som skriver blodtryk, højde og vægt ind i deres tekstbaserede journal, og for at få gjort lægerne opmærksomme på denne uhensigtsmæssighed, så de kan rette den, valgte vi at starte udsendelsen af kvalitetsrapporter allerede efter 3 til 5 måneders kodning.

Desværre har det yderligere vist sig, at strukturerede data som højde, vægt, blodtryk, mikroalbuminuri osv. 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 så 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 hospitalers kvalitetsdatabaser. Fx opgiver nogle hospitalers laboratorier HbA1c i procent, mens andre opgiver værdien i mmol/l. Problemerne med mikroalbumin er i den relation særdeles problematisk, idet der her er tale om mere end "en håndfuld af forskellige måder" at måle udskillelsen på. Området trænger i højeste grad til en regulering!

I NIP har man valgt en løsning, hvor man definerer sig ud af problemet, idet man kun godkender data leveret i et specifikt format, ellers er data manglende. MedCom har i den anledning været DAK-E IT behjælpelig med at udvikle nogle IUPAC koder, der gennem året er udmeldt til systemhusene og nu langsomt er

ved at blive implementeret i flere af lægesystemerne. Men det løser kun gradvis en del af problemerne for DAK-E. Der er brug for, at der gennemføres en national standardisering inden for hele laboratorieområdet.

Indikator rapport

NIP Diabetes

De indikatorer for sygdomsbehandling, der er fælles med NIP Diabetes og for DAMD, er afrapporteret gennem NIP diabetesdatabasen, idet data for perioden fra 1. marts 2007 til 29. februar 2008 er overført og indrapporteret til NIP. Det drejer sig om 2366 årskontroller. Offentliggørelsen finder sted som de øvrige NIP diabetesindikatorer på Sundhed.dk ved et selvstændigt område for almen praksis.

Egne Indikatorer fra Almen Praksis

Jævnfør ovenstående skal denne del af årsrapport fokusere på de indikatorer for diabetesbehandlingen, der er indrapporteret til DAMD, og som ligger ud over NIP indikatorerne.

På grund af den ovenfor nævnte dynamiske tilslutning til almen praksis, hvor den store gruppe af klinikker først startede med at indrapportere data til DAMD i de sidste måneder af 2007, er datagrundlaget meget spinkelt. Det er derfor valgt først at offentliggøre data om de ekstra indikatorer, der er inkluderet i indikatorsættet for almen praksis, for kalenderåret 2008. Nedenfor omtales kort de indikatorer, der er udviklet til almen praksis ud over NIP indikatorerne.

Andelen af patienter med diabetes i almen praksis

DAMD opbygges dynamisk, dvs. tilslutningen til databasen sker gradvis med nye klinikker, der melder sig til. Dette medfører, at nye klinikker kun vil have opnået kontakt med få af deres diabetespatienter, mens klinikker, der har været med i mere end et år, kan forventes at have haft kontakt med mere end 90% af deres diabetespatienter¹.

Et foreløbigt estimat over hvad prævalensen ender ud med for de læger, der har været med i forløbsydelsen i mere end et år, er ca. 3%. Dette giver et signal om, at de fleste diabetikere, der findes i almen praksis, efter godt et år formentlig vil blive registreret i DAMD.

Et mere nøjagtigt parametrisk estimat kan beregnes ud fra at modificere en teknik (ventetidsfordelingen)⁵, der tidligere er udviklet og anvendt til beregning af prævalens og incidens i to ph.d. studier.

Den avancerede statistiske opgave er givet videre til en statistisk medarbejder og vil formentlig munde ud i en international artikel.

Datatabeller med patienter fordelt på alder, køn, samarbejdsform og region

Når datasættet er tilstrækkeligt stort, vil analyserne også omfatte ovennævnte fordeling af patienterne.

Andelen af patienter, der har modtaget livsstilssamtale

Datasættet vil komme til at vise de samme parametre som nævnt ovenfor og for rygeres vedkommende, hvor mange, der er tilbudt samtale om rygningen.

Procesindikatorer og resultatindikatorer

Hvordan måler man, om behandlingen af diabetes i almen praksis er god? Ideelt set bør alle patienter naturligvis behandles til det niveau for HbA1c, kolesterol, blodtryk osv., hvor risikoen for sygdomsprogression er lavest. Men virkelighedens verden er anderledes, og der kan være mange gode grunde til, at denne idealtilstand ikke kan nås. Man kan imidlertid ønske sig, at alle diabetespatienter mindst en gang i løbet af året har fået målt blodtryk, HbA1c, kolesterol osv. (procesindikator), men selv her findes der patienter, hvor dette krav ikke kan opfyldes. Er det god behandling, hvis 90% af diabetespatienterne har fået ovennævnte værdier målt i løbet af et år? Er det god behandling hvis 65% af diabetespatienterne har et HbA1c under 7,0? (resultatindikator). Er det god behandling, hvis der er mindre end 5% af patienterne, der har et HbA1c over 9%? Dansk AlmenMedicinsk Database afrapporterer både procesindikatorer og resultatindikatorer til den enkelte læge, så han kan sammenligne sin kvalitet med sine kolleger. (Se niveau 1 Benchmarking af din praksis mod dine kolleger i afsnittet "Afrapportering til lægerne").

Hvordan kan resultaterne anvendes til udvikling af kvaliteten?

Almen praksis deltager i den Danske Kvalitetsmodel og vil som sådan gerne vise og fremme udviklingen af kvaliteten af arbejdet i almen praksis. Kvaliteten vises ved offentliggørelsen på NIP. Hovedvægten på de kvalitetsfremmende tiltag ligger på den tilbagemelding om egen kvalitet, som den enkelte læge løbende kan få adgang til. Tilbagemeldingerne er omtalt i afsnittet "Afrapportering til

lægerne” på de følgende sider. Principielt er det muligt for lægen at sammenligne sin kvalitet i behandlingen (benchmarking) med det, kolleger yder i kommunalt, regionalt og nationalt regi. Endvidere får lægen adgang til en oversigt over sin samlede diabetespopulation, hvor han/hun kan fastlåse de patienter, han/hun har behandlingsansvar for og rangstille dem efter både HbA1C, kolesterol, blodtryk osv. og se, hvilke patienter han/hun mangler at få sat i kolesterolsænkende behandling, og hvilke øvrige patienter, der kræver en særlig indsats. Endelig har lægen en side for den enkelte patient, hvor lægen og patienten let via farvede grafer kan se, hvor behandlingen er utilfredsstillende (rødt område), og hvor den er tilfredsstillende (grønt område). Der er således udviklet de værktøjer, der kan fremme kvaliteten for den enkelte læges behandling, men man har ingen sikkerhed for, om værktøjet bliver brugt. Flere regioners kvalitetssikringsudvalg påtænker imidlertid at lade deres diabeteskonsulenter besøge de enkelte praksis for at gennemgå og fremme de mulige potentielle kvalitetsforbedringer i de enkelte praksis.

Elementer fra bevillingsskrivelsen fra regionernes databasesekretariat

- **Databasen skal i løbet af 2008 implementere et online rapporteringsværktøj.**

Den 10. april 2008 er der åbnet op for, at den enkelte læge via Sundhed.dk og sin digitale signatur gennem en Sikker Sessions Overdragelse, SSO kan få adgang til ugentlige opdaterede rapporter om egen behandlingsstatus af sine diabetespatienter.

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

Der har i løbet af 2007 og 2008 været holdt flere møder med NIP Diabetes (Lasse Nørgaard), hvor der er aftalt betingelser for indberetning af diabetesindikatorerne fra almen praksis til NIP Diabetes.

- **Parterne bag databasen skal for så vidt angår almen praksis inden ansøgningsrunden for 2009 aftale, hvilket enhedsniveau, der er relevant for offentliggørelse af ikke-anonymiserede kvalitetsdata.**

Det er aftalt, at der i 2008 offentliggøres diabetesdata på nationalt niveau og på regionalt niveau. Fra 2009 offentliggøres diabetesdata på nationalt,

regionalt og kommunalt niveau. Det sidste forudsætter imidlertid, at der er mere end fire praksis, der indberetter data i den enkelte kommune.

- **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.**

Der er i DAK-E regi udarbejdet indikatorsæt for henholdsvis KOL, IHD og hjerteinsufficiens. I 2008 testes KOL indikatorerne for almen praksis.

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

I relation til diabetesforløbsydelsens implementering er der udarbejdet en interimsrapport, hvori der kvalitativt er undersøgt for barrierer for implementeringen. Der arbejdes på den baggrund videre med implementeringen. Landsoverenskomstens parter er samtidig ansøgt om tilladelse til, at den enkelte læge kan få datafangstmodulet installeret uden at skulle anvende den af mange læger ikke accepterede forløbshonorering.

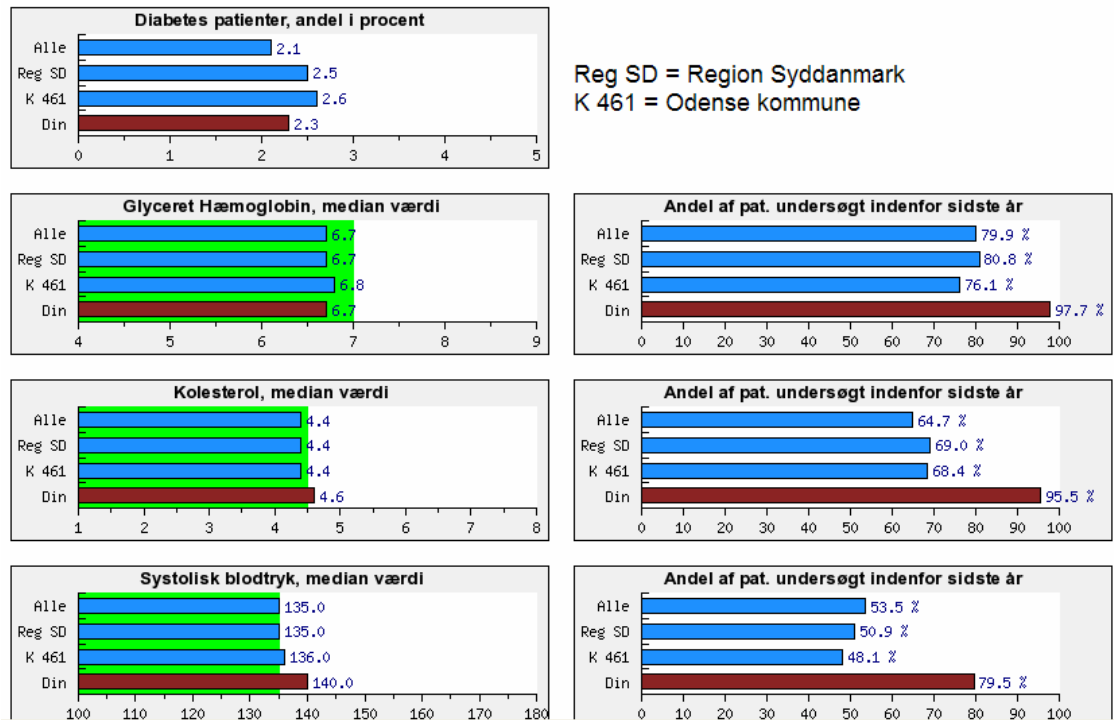
Afrapportering til lægerne

Kvalitetsdata er i 2007 tilbagerapporteret til de deltagende læger, der havde indberettet data i mere end tre måneder. Der blev leveret en CD med muligheder for at se egne data i august 2007 og i november 2007.

Som nævnt i afsnittet: "Hvordan kan resultaterne anvendes til udvikling af kvaliteten?" kan rapportererne vise kvaliteten på tre niveauer:

Niveau 1 Benchmarking af din praksis mod dine kolleger:

Din Diabetes behandling i sammenligning med de andre praksis



Som det kan ses af ovenstående billede, er rigtig mange patienter undersøgt gennem det sidste år. (Det er også en praksis, der har været med i mere end et år). Blodtryksniveauet med medianværdien 140 ligger dog over, hvad andre praksis registrerer.

Niveau 2 Praksispopulationen for den ansvarshavende læge "fsn", rangeret efter blodtryksniveau.

Patienter med Diabetes. (Anonymiseret med opdigtede navne)

44 patienter ud af 1878 patienter (2.3 %) Udtræk udført: Tuesday 6 May 2008 08:26:26

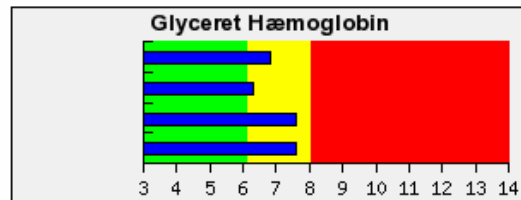
Fornavn	Cpr	Alder	glyc Hb	Beh.	kolesterol	U-Alb/Krea micraltest	lipid- sænker ¹	ACE/ACII hæmmer ¹	Blodtryk	BMI	Ryger	SBL	Strati- ficering	Ansvar	Seneste kontrol
Grethe	26 nov 1928	79	0.069↓	i	4.8	*		ja	160/90	30		fsn		egen	
Palle	14 maj 1933	74	0.060		4.5				160/80			fsn		egen	
Grethe	18 jun 1923	84	0.059		3.6↓	1.6	ja	ja	157/85	25		fsn	●●	egen	
Rikke	2 mar 1945	63			5.8			ja	155/85	40		fsn		egen	
Torben	20 jan 1942	66	0.064↑	p,i	3.5↑	*	ja	ja	151/91	32	nej	fsn		egen	16 jan 2008
Veronika	23 sep 1933	74	0.073↑		7.8↑		ja	ja	150/90			fsn		egen	
Michael	15 feb 1968	40	0.070↓		5.3↑			ja	146/79			fsn		egen	
Anne-Dorthe	13 jan 1937	71	0.076↑	p	4.2↑	0.9		ja	145/80	32		fsn	●●	egen	
Ronni	2 sep 1942	65	0.062↑	p	5.1↓	*	ja	ja	141/73	22		fsn		egen	21 sep 2007
Morten	3 maj 1932	76	0.056		5.6	*			140/80	31	nej	fsn		egen	2 jul 2007
Anders	20 apr 1920	88	0.069↑	p	5.1↑	*		ja	140/80	25	nej	fsn		egen	30 apr 2008
Matilde	3 feb 1963	45	0.074	p	6.5↑	*		ja	140/90			fsn		egen	
Dorte	13 apr 1935	73	0.068↓	p	3.0↓	*	ja		140/80	37	nej	fsn		egen	2 maj 2007
Hans	23 jul 1960	47			4.6↑			ja	140/90			fsn		egen	
Thomas	15 aug 1946	61	0.075↑	p	2.9↓	1.1	ja	ja	139/89	29		fsn	●●	egen	
Aud	7 aug 1956	51	0.085↓	i	5.4↑	*	ja		138/77	33		fsn		egen	8 aug 2007
Jeppe	14 maj 1967	40	0.060↑	p	4.1↓	*	ja	ja	137/80	44		fsn		egen	
Mette	20 jan 1931	77	0.084↓	i	4.4↓	8.1	ja	ja	135/75	19	nej	fsn	●●	egen	2 maj 2007
Bitten	2 sep 1938	69	0.057↑		5.6↓			ja	135/80	27		fsn		egen	
Cédric	5 mar 1943	65	0.065↓		4.3↑				135/70	27		fsn		egen	
Signe	27 jun 1934	73	0.067		4.4↑	0.8	ja		134/97	30		fsn	●●	egen	

Det er nu muligt for lægen at identificere de patienter med højt blodtryk, hvor der kræves en særlig indsats for at få trykket ned.

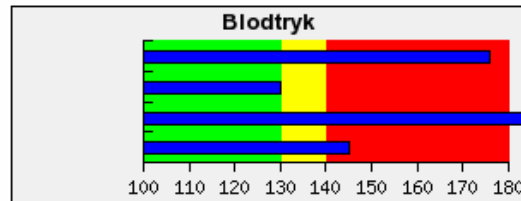
Niveau 3 Den enkelte patient.

Annette. Født: 13 jan 1937, 71 år.

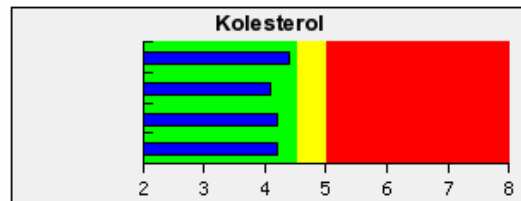
Glyceret Hæmoglobin			
Dato	Værdi	Initialer	
24-05-2007 17:05	0.068	fsn	
15-11-2007 08:08	0.063	fsn	
01-04-2008 12:12	0.076	kw	
02-04-2008 15:03	0.076	fsn	



Blodtryk			
Dato	Værdi	Initialer	
06-02-2007 12:12	176/93	vrba	
29-05-2007 09:09	130/70	fsn	
13-11-2007 11:11	186/77	vrba	
20-11-2007 09:09	145/80	fsn	



Kolesterol			
Dato	Værdi	Initialer	
13-02-2007 08:08	4.4	fsn	
15-11-2007 08:08	4.1	fsn	
01-04-2008 12:12	4.2	kw	
02-04-2008 15:03	4.2	fsn	



Denne side er beregnet til interaktivt med patienten at vise, hvor behandlingen er tilfredsstillende (søjle i grønt område), og hvor der er muligheder for at forbedre behandlingen (søjle i rødt område). Siden kan udskrives til patienten til videre refleksion i hjemmet. Det påtænkes i øvrigt i slutningen af 2008 at give patienten adgang til at se denne side med sin personlige digitale signatur gennem sundhed.dk og en sikker session overdragelse (SSO).

Nye sygdomsområder

Som anført er der udviklet nye indikatorsæt til både KOL, hjerte-karsygdomme og til hjerteinsufficiens.

KOL er i pilottest, og der eksisterer fra 1. april 2008 en DSAM vejledning. Flere regioner er i gang med at starte regionale kvalitetsprojekter med KOL.

Øvrige igangværende projekter

Symptomdiagnoseprojektet for iskæmisk hjertesygdom. I Sentineldatabasen er der ca. 100 læger, der konsekvent registrerer mere end 70% af deres patientlægekontakter med ICPC koder. En mindre del af disse læger har nu registreret kontakter gennem mere end et år. Blandt dem uddrages diagnoser fra bevægeapparatet, fra hjerte, lunger, mave og bryst i en periode for 12 måneder siden, og disse kontakter følges op for at skabe et løst estimat over hvilke symptomer og klager, der senere kan vise sig at være udtryk for iskæmisk hjertesygdom.

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.

Projekter undervejs

Ansøgte projekter

Ordination af antibiotika. Fra lægemiddelstyrelsen og Statens Seruminstitut er et ph.d. studie i gang, og der er modtaget en ansøgning, hvor man ønsker udviklet en pop-up som lægen bedes svare på ved ordination af antibiotika. Pop-up'en udløses på den ATC kode i medicinordinationen, der tilkendegiver, at recepten indeholder et antibiotikapræparat.

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

Projektforespørgsler

Diabetes Coaching projekt. Fra Steno Diabetes Center, DSI, Almen Medicin København og DAK-E er et coachingprojekt under udarbejdelse. Ideen er foreløbig, at en gruppe læger får specialistsupport direkte på klinikken af deres diabetes tilbagemelding, en anden gruppe får support gennem fjernvurdering af data, og en tredje gruppe mødes til gennemgang af egne tilbagemeldingsdata. Effekten af de forskellige tiltag vil så blive evalueret.

Børnedatabasen. En forskergruppe i Århus arbejder med indsamling af højde og vægt til børneundersøgelser. Data ønskes kombineret med data fra det kommunale system fra skoleundersøgelserne, da man ønsker af få en oversigt om udviklingen af børnefedme.

Der planlægges udviklingen af en pop-up, der kan hjælpe lægen til tidlig opmærksomhed på problemet og beslutningsstøtte, så tidlig intervention med lavteknologiske løsninger til lavere omkostninger kan iværksættes.

Maveblødningsprojekt. For en del år siden var mavesår/maveblødning ofte forårsaget af Helicobacter Pylori infektioner. I de seneste år er denne årsag trådt i baggrunden i forhold til maveblødninger forårsaget af NSAID behandling. Risikoen for maveblødninger afhænger af en række forskellige faktorer, heriblandt alder og tidligere maveproblemer. Risikoen kan formentlig estimeres ved en algoritme, og er risikoen tilstrækkelig stor, bør patienten sættes i behandling med profylaktisk protonpump hæmmer. Der påtænkes udviklet en pop-upskærm, der kun aktiveres ved en tilstrækkelig høj risiko, og hvis patienten ikke får protonpump hæmmer. Pop-up'en skal minde lægen på, at denne patient formentlig bør tilbydes profylaktisk medicin.

I begge de to sidstnævnte projekter kan pop-up'en anvendes på en ny måde, nemlig som en beslutningsstøtte for lægens kliniske arbejde.

Perspektiver for de to næste år!

Relancering af datafangstmodulet

I forbindelse med at "bindingen" mellem Datafangst og Forløbsydelsen bliver løsnat er det planen at relancere datafangstmodulet. Samtidig med relanceringen vil der blive tilbudt et landsdækkende audit projekt.

Diabetestilbagemeldingerne. Der påtænkes indarbejdet et risikostratificeringsværktøj på patientniveau a la Diacard eller UKPDS Risk Engine, så lægen og patienten selv kan se, hvilke faktorer, der bidrager til hans risiko, og hvor meget den kan reduceres, ved fx et specifikt tiltag. Stratificeringsværktøjet til at forudsige på hvilket sted patienten bør behandles (hospitalsambulatoriet, kontrol i almen praksis eller self-care) vil blive raffineret, så det teknisk hjælper lægen til at beslutte hvor patienten er bedst tjent med at blive behandlet og hvis ikke det er muligt, kan lægen registrere hvorfor..

Sentinel-databasen. Der har gennem mange år været et ønske om på systematisk vis at få informationer om aktiviteter i almen praksis. Hollandske erfaringer (en søgning på Sentinel i Nivel databasen gav fx 63 internationale artikler)⁶ har bidraget meget til ny viden, der er brugt til planlægninger i sundhedsvæsenet. Til det brug er det ikke nødvendigt med indsamling af data fra

alle praktiserende læger i Danmark. En mindre repræsentativ gruppe af læger, der diagnosekoder med megen høj kvalitet, er så langt at foretrække. Holland med ca. 8000 praktiserende læger og 15 millioner indbygger har til det formål gennem mange år anvendt 40 læger til kontinuerlig registrering og 80 læger til ½ årlig supplerende dataindsamling. 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 særdeles vigtige informationer om kontaktmønstret i almen praksis, om sygdomsepidemiologi i bredeste betydning og om opgaveglidning fra sekundærsektoren til primærsektoren eller omvendt.

Forløbsregistrering. Der er aktuelt store ønsker om at følge i første omgang kroniske sygdomsforløb på tværs af sektorgrænserne og medinddragende det kommunale system. Der findes allerede nu mange data i både sygehussystemerne og i de kommunale systemer. Skal man sammenkæde disse forløb, er man også nødt til at have data fra praksissektoren. Sentineldatabasen kan på langt sigt opfylde dette formål for praksissektorens vedkommende.

Referencer

Reference Liste

-
- 1 Schroll H. Metoder til registrering og analyse af diagnoseklassificerede kontaktføløb i almen praksis
Forskningsenheden for Almen Medicin, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet - Odense
Universitet; 2001.
 - 2 Schroll H. Rapport om Sentinel Datafangstprojektet. J.B.Winsløvs Vej 9 A, 5000 Odense C; 2007 Mar 1.
 - 3 Schroll H, Støvring H, Kragstrup J. [Differences in general practitioners' use of International Classification for Primary
Care diagnoses. The interobserver and intraobserver variation]. Ugeskr Læger 2003 Oct 20;165(43):4104-7.
 - 4 Britt H, Angelis M, Harris E. The reliability and validity of doctor-recorded morbidity data in active data collection
systems. Scand J Prim Health Care 1998 Mar;16(1):50-5.
 - 5 Støvring H. New statistical methods for estimation of prevalence, incidence and mortality based on
pharmacoepidemiological and other health-related databases. Forskningsenheden for Almen
Medicin, Syddansk Universitet, 2002: 2002.
 - 6 Netherlands Institute for Health Service Research. 2008.