

● Hvorfor gå med på Datafangst? Er det ulejligheden værd?

Af Henrik Schroll

I serien »Nyt fra DAK-E« (Dansk Almenmedicinsk Kvalitets-Enhed) giver forfatteren 15 gode grunde til, at praksis tilmelder sig Datafangst, og gennemgår de nye regler.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis



Biografi

Forfatter er speciallæge i almen medicin, ph.d., og er siden 2005 leder af DAK-E IT i Odense. Afdelingen har fokus på udvikling af kvalitetsrapporter, som efterspørges af almen praksis.

Forfatters adresse

DAK-E,
J.B. Winsløvs Vej 9A,
st., 5000 Odense C.
hschroll@dak-e.dk

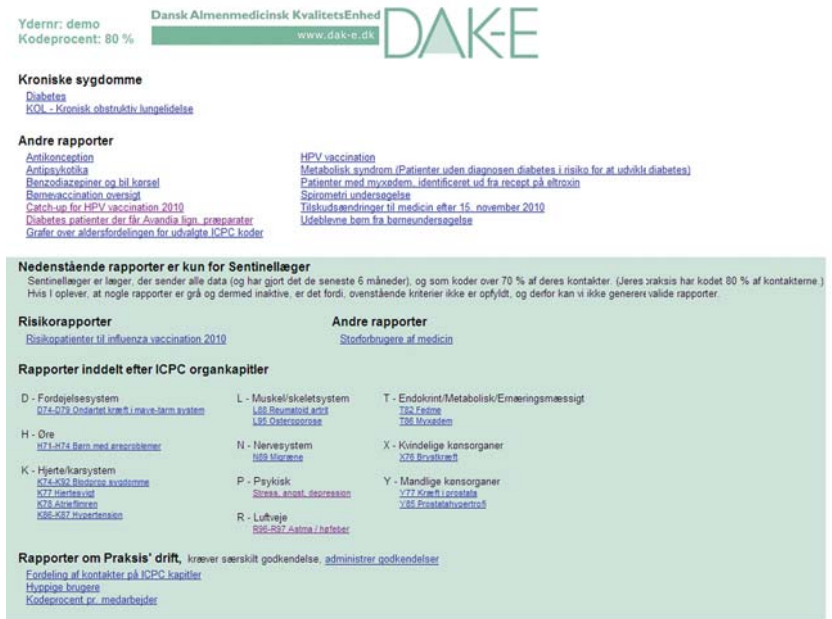
DAK-E's IT-afdeling har siden 2007 arbejdet med at udvikle it-redskabet Sentinel Datafangst, der kan hjælpe almen praksis med at højne kvaliteten af sit arbejde. Sentinel Datafangst er et lille program, der installeres på arbejdsstationerne i den enkelte praksis, og som løbendes sender kopi af data om medicinordinationer, diagnoser, laboratoriedata og ydelseskoder fra elektronisk patientjournal (EPJ) i praksis til Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD) (1, 2).

På baggrund af de indsamlede data udvikler DAK-E IT kvalitetsrapporter, som lægen har adgang til at se online ved brug af sin professionelle digitale signatur via sundhed.dk (3). Der er i øjeblikket godt 600 læger tilmeldt Datafangst, hvoraf ca. 520 læger har fået installeret programmet, som er i drift. I begyndelsen var der en del tekniske problemer, men de er løst, således at rigtig mange læger nu giver udtryk for, at de har meget glæde af deres kvalitetsrapporter.

I en del flermåndspraksis, hvor alle endnu ikke har besluttet sig for, om de skal gå på Datafangst, har man efterlyst nogle gode grunde til at gøre det – og fra DAK-E har vi derfor udarbejdet en liste med 15 gode grunde til at investere i kvalitetsudvikling ved brug af Sentinel Datafangst:

- 1) Du får et overblik over dine patienter med kroniske sygdomme.
- 2) Du får et overblik over de patienter, der udebliver fra kontrol, så du kan indkalde dem. Dette alene giver et stort kvalitetsløft, da det ofte er de dårligst behandlede, der udebliver.
- 3) Du får et overblik over din behandlingskvalitet, idet du kan sammenligne den med kolleger i din kommune, din region og den samlede gruppe af praktiserende læger i landet.
- 4) Du kan meget nemt identificere de dårligst behandlede patienter og flytte resurser fra de bedst behandlede til de patienter, der har mere behov.
- 5) Du kan involvere klinikpersonalet i kvalitetsarbejdet og derved skabe større arbejdsglæde blandt personalet og samtidig frigøre lægeresurser uden at gå ned i omsætning. Samtidig kan du yde en bedre behandlingskvalitet til gavn for patienterne i sidste instans
- 6) Du kan finde dine højrisikopatienter til både diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdomme (CVD). Til sidstnævnte gruppe bliver det muligt at screene din patientpopulation og finde dem frem, der endnu ikke har CVD, men en meget høj risiko og derved vil opnå stor gavn af at blive behandlet (lavt *number needed to treat* (NNT)).
- 7) Du kan f.eks. ved diabetes vise den enkelte patients personlige optimale behandlingsmål og sammen med patienten sætte mål for det kommende års diabetesbehandling.
- 8) Ved nye og ændrede tilskudsregler til medicin kan du straks identificere de berørte patienter og løbende se de patienter, du stadig mangler at skifte i medicin.
- 9) Du kan finde de patienter, der efter reglerne bør influenzavaccineres, og løbende se, hvem der mangler at blive vaccineret. Ved brevflertning kan du skrive ud til netop de patienter, der ikke er blevet vaccineret.
- 10) Du får mulighed for at finde de børn, der ikke har været til børneundersøgelser eller ikke er blevet vaccineret efter programmet, inklusive *catch-up* for humant papillomvirus (HPV)-vaccinationen for de 15-17-årige.
- 11) Du kan løbende monitorere, om din praksisreservelæge eller din uddannelseslæge får hele din patientgruppes helbredsproblemer præsenteret, og om de koder f.eks. børneundersøgelser, -vaccinationer o.lign. korrekt.
- 12) Du kan løbende monitorere og optimere dine medicinordinationer inden for en række områder.
- 13) Du kan holde interne praksisudviklingsmøder, hvor du uddanner dit personale til at påtage sig en del af kontrollerne. Samtidig kan du monitorere, om kvaliteten lever op til det forventede på baggrund af datafangstrapperne.
- 14) Dine diabetespatienter kan forud for årskontrollen forberede sig, idet de har adgang via sundhed.dk til at se egne data og dermed de

Figur 1.



risikofaktorer, der for dem personligt evt. måtte bidrage til en øget risiko for komplikationer.

- 15) Du har på baggrund af Datafangst mulighed for at deltage i forskningsprojekter. Forsknings- og kvalitetsprojekterne vil blive udbudt både fra forskningsenhederne og de regionale kvalitetsenheder.

Der er efterhånden udviklet over 30 forskellige kvalitetsrapporter, som man kan bruge i den enkelte praksis. Den første var naturligvis over patienter med diabetes, og det er nok stadig den mest udbyggede rapport. Se rapportoversigten i demo-udgave på http://sentinel.finnsen.dk/demo_tilbagemeldinger/ (Figur 1).

Oversigten viser øverst (den imaginære) praksis' kodeprocent, dvs. den procentdel af *face to face*-kontakter (konsultationer og sygebesøg), som har mindst en ICPC-kode.

Siden er ellers delt op i »Kroniske sygdomme«, som vedrører de sygdomme, hvor lægen ved årskontrollen skal udfylde et pop op-skærmbillede, hvilket kan gøres i løbet af et til to minutter og er det eneste »ekstra arbejde i dagligdagen«, lægen skal gøre i forbindelse med Datafangst. Se eksempel på dataindsamlingen via pop-oppen ved en diabetesårskontrol i Figur 2.

»Andre rapporter« er tilgængelige for alle læge uanset kodeprocent, mens rapporterne i det grønne område fordrer, at stort set alle patientkontakter diagnosekodes. Det er »risikorapporter« – herunder influenzavaccination, hvor man kan se, hvilke patienter der efter Sundhedsstyrelsens rekommandation bør vaccineres for det kommende år – samt en række rapporter ordnet efter ICPC-kapitler. Desuden er der

Figur 2.

Patient: 0102031021 TestTestesen
Projekt: Diabetes (Årskontrol)

Forløbsydelse
Tilmeldt Diabetes kvalitetsprojektet? Ja Nej
Årskontrollen udføres nu? Ja Nej

Kontakt
Diabetes debutår:
Antal diabetes kontroller altalt i kommende år:

Fodundersøgelse
 Ja Fodundersøgelse gennemført inden for de sidste 15 mdr.
 Nej
 Inktet diabetisk fod problem
 Tegn på neuropati eller arteriel insufficiens
 Fodsår, gangren, charcot fod el. amputation

Øjenundersøgelse
 Ja Øjenundersøgelse gennemført inden for de sidste 30 mdr.
 Nej
 Ingen diabetiske forandringer eller simplex retinopati
 Maculaødem eller proliferativ retinopati
 Kryds af, hvis undersøgelsen er dokumenteret ved fx en epikrise

Metaboliske reguleringsproblemer
 Ja Nej
 Svær insulin resistens (>100 IE dagligt)
 Alvorlig hypoglykæmi eller svingende blodsukker

Hjertekarsygdom / Storkarsygdom
 Ja Nej

Individuelle behandlingsmål
 Ja Individuelle behandlingsmål altalt inden for de sidste 15 mdr.
 Nej
 BT
 HbA1c
 Lipider
 Vægt

Livsstilsamtale
 Ja Livsstilsamtale gennemført inden for de sidste 15 måneder.
 Nej
Kost Ja Nej
Motion Ja Nej
Er patienten rygter? Ja Nej
Er der talk om rygning? Ja Nej

Kodning er ikke klinisk relevant
 Kodning irrelevant
Hvorfor:

Udfyld senere OK

rapporter om praksis' drift, hvor man bl.a. kan se, om ens uddannelseslæge også kommer omkring hele spektret af sygdomme i praksis.

Skal jeg så bruge »Diabetesforløbsydelsen«?

Nej! Det er ikke nødvendigt. Kvalitets- og Informatikfonden, der blev etableret af begge forhandlingsparter ved overenskomsten i 2006, har netop åbnet op for, at praksis selv kan vælge Forløbsydelsen til eller fra i forbindelse med Datafangst. Det betyder, at alle nu kan få Datafangst installeret i sin praksis med refusion af de 7.500 kr. for hver normeret læge. I første omgang betaler praksis selv for installationen, mens refusionen – der for en praksis med to fuldtidslæger svarer til 15.000 kr. – For læger der har installeret efter den 21. september 2010 er beløbet pr. læge hævet til 8.300 kr. Beløbet udbetales efterfølgende.

Hvis praksis fravælger at benytte Diabetes Forløbsydelsen, kræver Fonden dog, at man tilmelder sig et andet kvalitetsprojekt. Foreløbig er projekterne »Elektronisk luftvejs APO« samt »Stress, angst og depression« udbudt, men flere er på vej. Kommende kvalitetsprojekter vil løbende blive annonceret til alle. - Praksis behøver således ikke at vente med at komme i gang med Datafangst, for man kan godt få installationen udført nu og modtage sin refusion, når man er kommet i gang med at sende data. Ved sin tilmelding forpligter man sig kun til at deltage i et de kommende udbudte kvalitetsprojekter, når de kommer i gang.

Man kan endog tilmelde sig og få glæde af det fulde diabetesprojekt og fortsat benytte sin almindelige afregning, fordi man ikke er tvunget til at anvende Diabetes Forløbsydelsens afregningsform længere.

Hvordan kommer man i gang?

Det kan virke overvældende dels at få implementeret programmet Datafangst, dels at komme i gang med konsekvent ICPC-kodning, hvis man ikke gør det i forvejen (4). Endelig er der de mange kvalitetsrapporter, som man kan studere. En tilbagemelding fra de læger, der er kommet godt i gang, er, at man evt. kan starte med konsekvent kodning af sine kronikere og mht. rapporterne udvælge en enkelt og lade resten ligge. Mange starter med diabetesrapporten og koncentrerer sig om at indkalde de patienter, der ikke kommer af sig selv. Her ligger allerede den første aftale i klinikken om, hvem der gør hvad og har ansvaret for, at det sker, osv. Når det er på plads og i god gænge, kan man tage det næste område op. Man skal ikke forsøge at favne alt på én gang, for det kan ingen overkomme!

Økonomiske interessekonflikter: ingen angivet.

Litteratur

1. Schroll H, Christensen B, Andersen JS et al. Dansk Almen Medicinsk Database – fremtidens værktøj! Ugeskr Læger 2008; 170:1013-4.
2. Schroll H. Perspektiver ved dataindsamling i almen praksis. Ugeskr Læger 2009;171:1681-4.
3. Rytter L, Plesner J. Kvalitetsudvikling i almen praksis med udgangspunkt i tal fra datafangst. Månedsskr Prakt Lægeger 2010;88:750-2.
4. Lassen B, Andersen J, Madsen H. Struktur på diabetesbehandlingen i almen praksis. Månedsskr Prakt Lægeger 2006;84: 1057-8.