

Datafangstmodulet og perspektiverne for diabetesbehandlingen i almen praksis

**AF LARS RYTTER, HENRIK SCHROLL OG JØRGEN STEEN ANDERSEN,
HOVEDSTADSREGIONENS LÆGEKREDSFORENINGS SUNDHEDSUDVALG**

”Datafangst og databaser...,” bortset fra ’Nørderne’ vil mange sikkert haste videre. Hvis du interesserer dig for kvaliteten i dit arbejde, håber vi dog, at du lige tager et par linier til. Filosofien i datafangst er, at teknikken letter dit arbejde – ja, måske ligefrem løser en opgave, som ellers ikke ville blive løst. Det ville kræve et omfattende manuelt arbejde at skabe det samme overblik.

Til trods for, at de praktiserende lægers journalsystemer er skabt som konkrete arbejdsredskaber til en travl hverdag, er det muligt, automatiseret at ”fange” en lang række parametre, som allerede findes på elektronisk form i journalsystemernes databaser. Der skal dog én gang årlig suppleres med ca. 1-2 minutters registrering i tilslutning til ”årskonrollen” for diabetikerne for at få fat i nogle få data, som ikke foreligger i den nødvendige strukturerede form.

Når man bruger datafangstmodulet, trækker man på en masse data, som ikke bare vedrører den enkelte patient. Man får et samlet overblik over behandlingen af alle sine diabetespatienter i praksis. Man går så at sige fra et vertikalt blik på den enkelte patient til et horisontalt blik på den samlede diabetespatientpopulation i sin praksis og det giver muligheder for at se, om den samlede behandling lever op til anbefalet behandlingsstandard.

LARS RYTTER ER PRAKTISERENDE LÆGE I ALBERTS-LUND, PRAKSISKOORDINATOR PÅ GLOSTRUP HOSPITAL OG PROJEKTLEDER I DAK PROJEKTET (PATIENTFORLØB OG KRONISK SYGDOM). HENRIK SCHROLL ER TIDL. PRAKTISERENDE LÆGE, NU PROJEKTLEDER I DAK PROJEKTET (IT) OG FORSKER V. FORSKNINGSENHEDEN FOR ALMEN MEDICIN I ODENSE. JØRGEN STEEN ANDERSEN ER PRAKTISERENDE LÆGE I SKOVLUNDE OG PROJEKTLEDER I DAK PROJEKTET. (INDIKATORER).

Lidt historik

I DAK projektets regi (Det almen medicinske kvalitetsprojekt) er der i samarbejde mellem praktiserende læger og speciallæger udviklet indikatorer og en stratificeringsmodel for Type 2 diabetes og KOL. Se www.DAK-E.dk I Odense har Forskningsenheden for Almen Medicin og Den Almenmedicinske Kvalitets-Enhed (DAK-E) udviklet datafangstmodulet, som – i første omgang – skal understøtte kvaliteten af de alment praktiserende lægers behandling af de type 2 diabetespatienter, som den praktiserende læge er tovholder for. Med hjælp fra den såkaldte Sentinel-Datafangst teknologi kan lægen hurtigt få et helbreds- og behandlingsmæssigt overblik over alle sine registrerede diabetikere og et hurtigt overblik over den enkelte diabetespatients tal, når vedkommende er i konsultation.

Hvad skal lægen gøre?

Stort set ikke noget, da langt de fleste data lagres i en database, hvortil de er ”hentet” fra lægens eget edb system. Det drejer sig om: Laboratoriesvar, diagnoser, medicin og lægeydelser, som allerede er kendt i systemet. Lægen skal dog tilpasse sin journalføring lidt, idet oplysninger som skal kunne ”fanges” i journalen, skal føres bestemte veldefinerede steder. Fri tekst kan ikke ”datafanges”. Fx skal vægt og BT registreres et fast sted, typisk under parakliniske oplysninger. Det vil variere fra lægesystem til lægesystem. Denne systematiske journalføring vil for de fleste give et bedre overblik, så det er på længere sigt kun en gevinst – uafhængig af datafangst.

Nogle få data indhentes én gang årligt.

Fx oplysning om, at der er aftalt behandlingsmål; om der er lavet øjenundersøgelse eller fodundersøgelse og om patienten ryger.

Sentinel Datafangst														
Patienter med Diabetes		Praksis sammenligning												
Patienter med Diabetes. (Anonymiseret med opdigtede navne)														
45 patienter (2.7 %) Udtræk udført: Thursday 26 April 2007 10:55:24														
Fornavn	Født	Alder	glyc.Hb	Beh.	kolesterol	U-Aib/Krea microtest	lipid- sænker	ACE/AII hæmmer	Blodtryk	BMI	Ryger	SBL	Stratifi- cering	Ansvar
Dina	9 jan 1971	36	0.109	p	3.8†	>50	ja	ja	140/85	40	nej	hs	?	
Søren	20 jan 1931	76	0.075†	i	5.4†	18.9	ja	ja	160/77	19	ja	at	**	egen
Inger	22 jan 1926	81	0.051†		2.1†	15.6	ja	ja	125/70	32		at	**	egen
Kim	24 feb 1920	87	0.076†	p	5.3†	13.1	ja	ja	120/65	23		at	**	egen
Bent	23 aug 1935	71	0.068†		3.5†	9.8	ja	ja	150/83	24	nej	baa	**	egen
Lilli	15 nov 1928	78	0.069†	p	3.1†	9.8	ja		130/60	26	nej	sp1	**	egen
ubendt navn	20 jan 1942	65	0.060	p,i	3.3†	4.9	ja	ja	147/69	32	nej	at	**	egen
Sise	9 jun 1940	66	0.048†	p	6.5†	3.7		ja	100/76	17	ja	baa	**	egen
Jørgen	13 apr 1935	72	0.066†		3.9†	3.4	ja	ja	130/63	36	ja	at	**	egen
Dorte	19 okt 1933	73	0.058†		3.4†	3.4	ja	ja	145/75	30	nej	hs	**	egen
Helle	3 dec 1941	65	0.057†		3.1†	2.1	ja	ja	135/65	29	ja	at	**	egen
Hanne	15 aug 1946	60	0.072†	p	2.3†	2.1	ja	ja	135/90	28	nej	hs	**	egen
Erik	27 jan 1961	46	0.130†		2.3†	2.0				29	nej	at	?	
Jonna	16 jun 1924	82	0.069†	p	5.5†	1.6	ja	ja	135/80	24		hs	**	egen
Ida	12 okt 1925	81	0.059†	p	5.4†	1.5	ja	ja	167/72	35		at	***	amb
Søren	18 jun 1923	83	0.056†		4.9†	1.4	ja	ja	151/73	25	nej	at	**	egen
Thomas	2 sep 1942	64	0.066†	p	4.8†	1.2	ja	ja	130/60	21	nej	at	*	egen
Tina	14 maj 1967	39	0.056†	p	3.9†	1.0	ja	ja	136/76	39	ja	baa	**	egen
Tina	13 jan 1937	70	0.077†	p	4.4†	0.9	ja	ja	176/93	32	ja	baa	***	amb
Erik	22 nov 1939	67	0.069†	p	5.0†	0.9	ja	ja	150/85	37		at	**	egen
Lasse	26 jan 1939	68	0.077†	p	5.3†	0.9	ja	ja	145/85	35		baa	**	egen
Clara	1 jan 1967	50	0.059†		6.6†	0.8	ja		130/60	29	nej	hs	**	egen
Evan	27 jun 1934	72	0.067†		4.4†	0.8	ja		134/97	30	nej	hs	**	egen
Enders	15 jan 1965	52	0.094†		5.0†		ja	ja	135/65		ja	baa	?	
Esben	22 jun 1956	50					ja					at	?	
Kim	17 jul 1930	76	0.056†		4.1†		ja		115/60			at	?	
ubendt navn	26 okt 1955	51										hs	?	
Gert	9 feb 1957	50	0.070†		4.3†		ja		126/87	19	ja	vbaa	?	
Hanna	18 feb 1926	81	0.074†	i	4.2		ja	ja	150/70	27	nej	baa	?	
Birthe	23 nov 1975	31	0.068†		5.2†		ja		130/60	30		hs	?	
ubendt navn	7 jan 1954	53	0.055		4.2†		ja		136/60	26	nej	at	?	
Cecile	27 jun 1956	50	0.046†		2.1†				125/65	26	ja	hs	?	
Danna	6 jan 1944	63									nej	hs	?	
ubendt navn	3 maj 1932	74	0.056†		5.9†					31		at	?	
Clara	2 sep 1938	68	0.054†		6.3†			ja	130/60	21	nej	at	?	
Ebbe	8 mar 1943	64	0.065†		4.3†				136/70	27		at	?	
Grethe	26 nov 1928	78	0.079†	i	4.8†				174/85	30	nej	at	?	

Fig. 1. På oversigten kan en vilkårlig parameter rangstilles med de 'dårligste tal' for oven. Man skal blot 'klikke' foroven på den ønskede indikator. Der er som bekendt størst effekt af en indsats over for patienterne med de dårligste tal, så rangstillingen understøtter en grundlæggende risiko tankegang, som sætter fokus på de dårligst regulerede patienter. På figuren er parameteren mikroalbuminuri rangstillet, dvs. patienter med højest udskillelse står øverst. Man kan umiddelbart i samme skærmbillede se, om der er handlet på fundet: Hvad er den pågældende patients blodtryk? og er vedkommende i behandling med en ACE/AII- antagonist? Det er lige så oplagt at rangstille HbA1c, man kan se om tendensen er stigende eller faldende og få et hurtigt overblik over, om man har været tilstrækkeligt intensiv med fx omstilling til insulinbehandling. Tilsvarende får man et hurtigt overblik over det opnåede niveau for blodtryk.

Disse oplysninger føres normalt ikke i strukturerede felter. For at sikre at disse data kommer med, bliver lægen mindet om dem én gang årlig via en automatisk 'pop-up' på sin PC.

Lidt teknik

Alle de væsentlige almenmedicinske journalsystemer – 12 i alt – er her i foråret blevet certificeret til datafangst. Sikkerheden skal være i orden, og data skal videregendes korrekt. Datafangstmodulet skal efterfølgende installeres på lægernes klinisksystem. Herefter 'fanges' data i lægens EDBsystem og sendes automatisk til Den Almen Medicinske Database i Odense (DAMD), som igen kan indrapportere anonymiserede data til den nationale NIP-database for diabetes. Men først og fremmest kan den sende alle data retur til den praktiserende læge i en struktureret form, som giver et samlet overblik over klinikens data (Fig. 1).

Feedback funktion

Tilbagemeldingsfunktionen, med de udvalgte indikatorer for alle diabetikere i den enkelte klinik på ét skærmbillede, er nøglefunktionen. Se Fig. 1.

Sammenligning/Benchmarking

Det er umiddelbart muligt at sammenligne sine opnåede mål med kolleger som også er tilmeldt datafangst. Det er altid interessant at se "hvor man ligger", men det helt centrale er, hvordan ens egne tal ser ud. Lever vi op til evidensbaserede retningslinier? Hvis ikke – handler vi på det?

Denne del af modellen giver også adgang til den vigtigste procesparameter: er tingene gjort? Husker vi fx i vores klinik at undersøge vores diabetikers kolesterol? (Fig 2)

Stratificering

Endelig har modellen også indbygget en automatisk stratificering af patienterne i risiko- eller behandlingsniveauer. Det er en fordel, at man kan få samlet sine patienter i nogle overskuelige grupper, som til en vis grad har det samme behov for behandlingstilbud. Stratificeringsmodellen er skabt i en tværsektoriel gruppe med deltagelse af såvel almen medicinere som speciallæger, og består af tre niveauer: En 'lettere' gruppe som pfylder alle behandlingsmål, som selv kan monitorere deres sygdom og som er udlært til at kunne reagere på

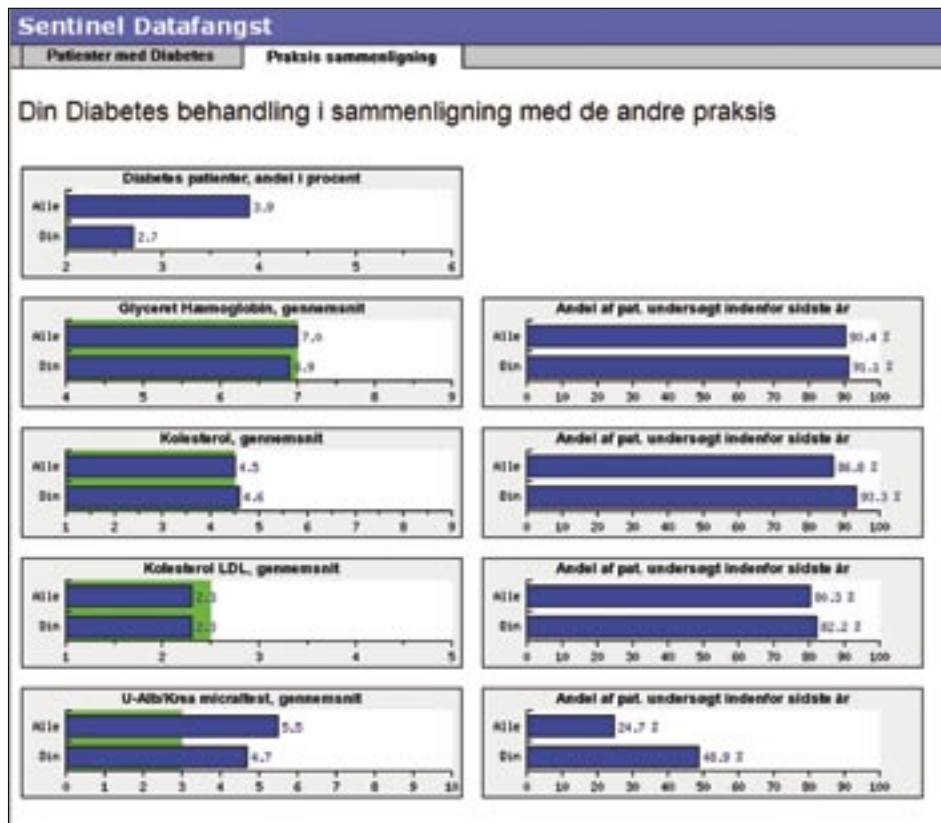


Fig.2.

Husker vi fx i vores klinik at undersøge vores diabetikeres kolesterol?

deres observationer. Denne gruppe har ikke behov for så hyppige kontakter til deres praktiserende læge. De skal naturligvis også følges og 'datafanges' i lægens klinik, så der er sikkerhed for, at de stadig hører hjemme i den lette gruppe. Diabetes er en kompleks og som oftest progredierende sygdom.

En anden gruppe er meget tung med alvorlige komplikationer. Det er udviklingsgruppens vurdering, at disse patienter som hovedregel bør være tilknyttet et specialambulatorium. Det kræver således overvejelser hos lægen og en snak med patienten, hvis det ikke forholder sig sådan.

De fleste patienter vil tilhøre en mellemgruppe, der typisk har egen læge som fast tovholder, men som bør holdes i en 'kortere snor' fx med kvartalskontroller.

Hvem kigger med?

Sentinel-teknologien har for nogle læger haft lidt for meget karakter af "Big Brother is watching you", fordi der er mulighed for at registrere, om en læges behandling afviger fra de generelle retningslinjer. Der har været bekymring for, om der nu bliver ført karakterbog med kvaliteten af den enkelte læges behandling, og om det kunne få nogle konsekvenser for lægen. Men bekymringen for overvågning er ubegrundet. De data om den enkelte læges behandling, som systemet opfanger, vil kun blive videregivet i anonymiseret form. Vi har ikke nogen

garanti for, at lægerne følger de råd, som systemet kommer med, men hvis de gør, betyder det en kvalitetssikring og forhåbentlig også en kvalitetsudvikling, så vi får en endnu bedre behandling af patienterne og udnytter ressourcerne bedre.

Del af PLOs overenskomst

Hele modellen med datafangst er en del af PLOs overenskomst fra 2006. Tilmelding er frivillig for de praktiserende læger og koblet på den særlige forløbsydelse, som er aftalt for Type 2 diabetes i denne overenskomstperiode. Der er udviklet lignende indikatorer og en lignende stratificeringsmodel for Kronisk obstruktiv lunge sygdom (KOL). I DAK-E s (Det almen medicinske kvalitetsprojekt) regi arbejdes videre med modellen. Det 3. udpegede område er en fælles model for alle patienter med blodpropssygdom (tidl. Apopleksi, TCI, AMI, Claudatio, tidl. Stent eller Bypass-op). Modellen vil give de praktiserende læger et særdeles godt overblik over deres kroniske patienters behandlingskvalitet – i god overensstemmelse med at tovholderrollen for de fleste patienter med kronisk sygdom ifølge Sundhedsstyrelsens seneste udmelding ligger hos den praktiserende læge. Det er et ansvar som vi bør påtage os, for vi er de nærmeste til det. Og sentinel datafangstmodulet – som foreløbig er udviklet for type 2 diabetes – er et nødvendigt redskab for at vi kan leve op til dette ansvar.