

Rapport om Sentinel Datafangstprojektet



Henrik Schroll

Seniorforsker, ph.d., speciallæge i almen medicin

Projektleder IT-delen af DAK-projektet

Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense
Syddansk Universitet
J.B. Winsløws Vej 9 A
5000 Odense C

DAK-Projektet
DetAlmenmedicinske Kvalitetssikringsprojekt
Dampfærgevej 22
2100 København Ø

Indeks:

Baggrund 3

Projektets gennemførelse og resultater i relation til projektbeskrivelsen 3

Afvielser mellem projektets forventede resultater og faktiske resultater 7

Anvendelse af projekterfaringer og resultater..... 8

Konklusion 8

Referencer 9

Baggrund

Mere end 90% af alle henvendelser til sundhedsvæsenet behandles og afsluttes i almen praksis. Viden om, hvad patienter kommer med af problemer, og hvilke tiltag almen praksis gør for at afhjælpe problemerne, er sparsom, blandt andet fordi det ikke har været kutyme at sætte en diagnosekode på de enkelte patientkontakter. Data fra almen praksis har derfor været mangelfulde og har ikke kunnet relateres til den enkelte og specifikke sygdom. Informationsværdien af tidligere data har lidt under denne mangel.

I takt med den stigende andel af kroniske sygdomme i befolkningen er der naturligvis også kommet et ønske om at kende kvaliteten af behandlingen i almen praksis, samt hvad man eventuelt kan gøre for at fremme og udvikle kvaliteten. Gennem de seneste år er der dertil kommet et ønske om at kunne se udviklingen af sygdommen i et forløbsperspektiv.

Ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense ved Syddansk Universitet har man gennem ca. 15 år arbejdet med ICPC sygdomsklassifikationen, og en række arbejder med diagnosekodning og aktivitetsregistrering har modnet muligheden for en større og mere systematisk forløbsregistrering (1-4). I forbindelse med en bevilling fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet ultimo 2004 blev der skabt muligheder for at udvikle et Sentinel Datafangstmodul, der automatisk og løbende kan opsamle data fra lægernes elektroniske patientsystem. Kun ved behov for projektdata, der ikke findes struktureret i lægens journalsystem, vil lægen blive ulejliget via en pop-up skærm og blive bedt om ekstra information.

Via en bevilling fra Apotekerfonden fra 1991 og min ansættelse på Forskningsenheden for Almen Praksis, samt en ansættelse som projektleder i DAK-projektets IT-del, blev det muligt at starte et mindre pilotprojekt med dataindsamling fra klinikker fra to af de almindeligt brugte elektroniske patientsystemer i almen praksis.

Projektets gennemførelse og resultater i relation til projektbeskrivelsen

I FLUKS-projektet (1) blev det påvist, at det er muligt elektronisk at hente data fra lægernes praksissystemer til kvalitets- og forskningsbrug. Metoden var imidlertid meget tidsrøvende for lægen og slet ikke mulig at anvende i en travl daglig praksis. Man er i stedet nødt til, pga. det høje

aktivitetsniveau i almen praksis, at udvikle en metode, der stort set automatisk og prospektivt, uden at lægen foretager sig noget, kan opsamle data.

I Danmark markedsføres der 14 forskellige edb-systemer til praktiserende læger. Hvis man vil fremskaffe data fra alle systemer, kunne man vælge at få et datafangstmodul programmeret ind i hvert enkelt system, en formentlig særdeles kostbar og tidsrøvende løsning, der oven i købet vil medføre ny programmering med efterfølgende implementering for hvert nyt projekt, man ville have gennemført. Vi valgte derfor i stedet en minimalløsning, hvor vi kun bad lægesystemerne om at udvikle en automatisk løbende kopiering af egne strukturerede data om behandling, diagnoser, medicin og laboratoriedata til et fælles udviklet Sentinel Datafangstmodul. Vi udviklede yderligere et pop-up system, der popper op under konsultationen, når supplerende projektrelaterede spørgsmål ønskes besvaret.

Hvis lægen ikke har meldt sig til et projekt, får han således ingen pop-up, men der opsamles alligevel data. Metoden vil, hvis den virker som udtænkt, kunne give særdeles vigtige oplysninger til brug for monitorering af sygdomspanoramaet i almen praksis, for kvalitetsudviklingen og for forskningen.

Metoden er imidlertid ikke afprøvet før, så ideen med projektet blev at udvikle og afteste metoden i en mindre og begrænset målestok.

Det overordnede formål i projektbeskrivelsen var:

At indsamle løbende prospektive data om: kontakter til almen praksis, henvendelsesårsager, udredningsaktiviteter, behandlingsmæssige tiltag, herunder udskrivning af medicin og den ICPC-kodede diagnose på det enkelte sygdomsbillede.

Med bevillingerne blev det muligt at udvikle Sentinel Datafangstmodulet, og det blev muligt at køre en udviklings- og pilottest af modulet i en mindre målestok.

For at prøve modulets funktion i praksis blev det valgt 2 typiske anvendelsesområder.

- 1) *En fortløbende registrering af en kronisk sygdom.* Diabetes mellitus (sukkersyge) blev valgt som et typisk eksempel. Det er en hyppig sygdom, som hver læge har mellem 30 og 50 patienter med. Det er en sygdom, hvortil der også til almen praksis er udarbejdet indikatorer

for god behandling (2). Med pop-up muligheden kunne man supplere de automatisk indhentede indikatorer med de få indikatorer, hvor man var nødt til at spørge lægen. Pop-up skærmen aktiveres en gang årligt på den enkelte patient og bliver derved en reminder for lægen om, at det er tid til en årskontrol og svar på de ekstra spørgsmål.

- 2) *En APO registrering om luftvejsinfektioner.* Gennem mange år har APO-metoden vist sin berettigelse ved kvalitetsudvikling. Metoden er udviklet på papir og udfyldes i relation til en patientkontakt med et specifikt problem, der skal indgå i projektet. Vi valgte at afteste metoden elektronisk, således at et elektronisk APO-skema automatisk poppede op på lægens skærm, når han havde kontakt med en patient, der skulle indgå i projektet. Den elektroniske registrering kunne simplificere registreringsarbejdet, idet en del spørgsmål nu ikke længere behøvede at blive stillet til lægen.

I alt deltog 9 klinikker med 24 læger i projektet. Lægerne fordeler sig hovedsageligt til Fyn, Nordjylland og Vestjylland. Lægesystemerne MediCare og MedWin valgte at medvirke i udviklingsarbejdet. Udviklingen af modulet og testningen i udviklingsfasen gik lettere end forventet, men efterfølgende viste det sig vanskeligt at få de enkelte klinikker og systemer på Sundhedsdatanettet. Teknikken var ny for systemhusene, og lægernes edb-systemer var meget forskelligt sat op, og det hardware, man brugte, var også af meget forskellig beskaffenhed.

Valideringen af Sentinel datafangstmetoden falder i flere afsnit:

1) Samler Sentinel Datafangstmodulet de data op, som man forventede?

De overførte data svarede stort set til de forventede. I udviklingen af modulet havde vi besluttet os for, at lægesystemet blot skulle sende de omtalte datakopier til Sentinel-modulet og ikke vente på kvittering for modtagelse, idet dette kunne sinke selve lægesystemet i dets arbejde. Denne beslutning måtte medføre, at der, såfremt lægen havde rettet i fx en recept eller en regning, kunne komme to kopier i Sentinelmodulet. Vi valgte så efterfølgende at rense op i den centrale database.

En efterfølgende sammenligning med data i journalsystemet og i Sentinel-databasen viste god overensstemmelse, og i alle datatabellerne var datatabet under 1%.

2) Diagnosekoder lægen alle sine patientkontakter?

Der var ret stor variation i, hvor mange af sine kontakter den enkelte læge huskede at diagnosekode. Variationen var fra ca. 27% til 96%. Gennemsnit var 72%. I løbet af projektet kunne man

imidlertid se, at en stor del af lægerne, der lå omkring 80% kodning, efter nogle måneders forløb steg til over 90%. Kun enkelte læger faldt i andelen af kodede kontakter over tid. Den samlede andel af kodede kontakter var således stigende i observationsperioden. Det er vigtigt for Sentinel datafangstmetoden, at lægen koder så godt som alle sine patientkontakter. Lægens motivation for at kode er imidlertid helt afhængig af, at han selv ser sin fordel af at kode. Giver kodningen ham mange fordele, vil flere læger formentlig kode systematisk. En motiveret og systematisk kodning er helt afgørende for kvaliteten i Sentinel Datafangstmodulets funktion.

3) Hvordan oplever den enkelte læge at have Sentinel Datafangstmodulet kørende?

Modulet er konstrueret således, at har man modulet installeret uden at være tilmeldt et projekt, kommer der ingen forstyrrende pop-upper, men der opsamles som tidligere beskrevet Sentinel data om de almindelige praksisaktiviteter, og dette sker uden at forstyrre lægen i dennes arbejde. Vælger lægen aktivt at tilmelde sig et af de omtalte projekter, har han også valgt at udfylde de pop-upper, der kommer undervejs. I både diabetes- og APO-registreringen var det vanskeligt at komme uden om at registrere. I konsultationssituationen kunne man undertrykke pop-uppen, men det resulterede blot i, at den igen kom op ved dagens slutning, så lægen fik mulighed for at udfylde den i en mere stille stund. I den centrale server kunne man se, hvor mange pop-upper lægen havde undladt at udfylde. Det viste sig kun at være få.

For APO-registreringen af luftvejsinfektioner. 14 læger gennemførte en elektronisk APO-registrering i en periode varierende fra 2 til 9 måneder. Næsten alle læger havde tidligere erfaringer fra en tilsvarende registrering på papir. Der blev efter projektet udsendt et spørgeskema til de deltagende læger, hvor de blev spurgt om deres erfaringer med den elektroniske version i forhold til papirudgaven. Alle foretrak den elektroniske, som de fandt nemmere at udfylde, og samtidig konkluderede de, at man ikke så let kunne glemme at udfylde den elektroniske i forhold til den papirmæssige. Dette skyldtes, at den elektroniske automatisk dukkede op under konsultationen. Ved fremtidige APO-projekter foretrak lægerne, at det foregik på elektronisk form ved Sentinel datafangstmetoden.

For diabetesregistreringen. 14 læger deltog i afprøvningen af den elektroniske registrering af diabetes årskontrollerne ud fra de indikatorer for diabetesomsorg, der var vedtaget for almen praksis (2). Registreringen er prospektiv, så der skal mere end et års registrering til, inden man har fat i næsten alle lægernes diabetespatienter, og inden man har samlet data nok til, at man kan konkludere noget om diabetesomsorgen. Registreringen startede for de første deltagende læger i juni 2005, og

de sidste startede op i februar 2006. I relation til dataopsamlingen er der udarbejdet en foreløbig model til elektronisk tilbagerapportering til den enkelte klinik, hvor lægen kan identificere de patienter, hvor der kan opnås kvalitetsforbedringer. Der arbejdes for nuværende videre med udviklingen af tilbagemeldingsrapporten til de enkelte klinikker i samarbejde med de involverede klinikker. Den umiddelbare reaktion på diabetesrapporten er, at den er et godt værktøj til forbedring af kvaliteten i diabetesomsorgen og et godt instrument til at identificere de patienter, der kræver særlig opmærksomhed.

Sentinel-delen. Alle læger, der har medvirket i de to ovenstående projekter, har løbende indrapporteret deres praksisaktiviteter til Sentinel-databasen. Databasen har for nuværende kun kunnet bidrage med et skøn over kontaktmønsteret af aktiviteterne i almen praksis. Databasen skal involvere væsentligt flere patienter og læger, inden man kan betragte den som repræsentativ for dansk almen praksis. Der har indtil nu ikke været tilbagerapporteret aktiviteter til den enkelte praksis om deres aktiviteter sammenholdt med hele databasen. Fremover vil det blive helt afgørende for databasens kvalitet, at vi får de læger, der systematisk diagnosekoder, med til at indrapportere til databasen. For at holde disse Sentinel-læger motiveret må man tilbagelevere oplysninger om deres egne aktiviteter, der gør det interessant fortsat at levere data!

Afviselser mellem projektets forventede resultater og faktiske resultater

Der var i projektet en stor variation mellem hvor mange patientkontakter, den enkelte læge huskede at diagnosekode. Dette til trods for at man i projektperioden havde skelet til fortrinsvis kun at vælge læger, der oplyste, at de satte diagnoser på deres patientkontakter. Tidligere erfaringer fra implementeringsarbejdet med ICPC-klassifikationen (3) viser helt klart, at klassifikationen er ret forskelligt integreret i de forskellige journalsystemer, og derved i visse systemer mere besværligt at anvende end i andre. Man må i fremtiden opprioritere implementeringen i nogle af de lægesystemer, der har problemer, samtidig med at man må holde nye kurser i anvendelsen af ICPC-klassifikationen for de læger, der ikke er kommet i gang.

Udviklingen af modulet gik i samarbejdet med ACURE over forventning. Der viste sig under valideringen nogle fejl, der skulle rettes, og det er sket løbende i pilotprojektperioden. Implementeringen i de udvalgte praksis viste større problemer end forventet og tog længere tid end forventet. Teknikken var ny for både de klinikker, der har medvirket, og for systemhusene.

Udviklingsarbejdet har imidlertid vist, at det kan lade sig gøre, men det stiller krav til hardware og software, krav som langt fra alle praksis aktuelt opfylder. Der har været praksis, som vi pga. ældre hardware og software har måttet opgive at installere Sentinelmodulet på.

Anvendelse af projekterfaringer og resultater

Erfaringerne fra pilotprojektet viser, at Sentinel datafangstmetoden er en enkel metode til at indsamle data til kvalitetsudviklingsformål og forskning. Metoden er valid og accepteres godt af de læger, der har deltaget i pilottestningen. I den nye landsoverenskomst for almen praksis er metoden integreret i den nye forløbsydelse for diabetes. Der forestår imidlertid et stort arbejde med at udrulle metoden fra 2 til 12 praksissystemer og fra 24 til ca. 3600 læger. Aktuelt arbejdes på at få de 10 resterende lægesystemer til at udvikle kommunikationen til Sentinel Datafangstmodulet. Efter orienterende møder med systemhusene har alle systemhusene vist interesse for at udvikle kommunikationen, og flere af systemerne er allerede i gang. I efteråret 2006 er der planlagt pilottest af de resterende systemer, og i løbet af 2007 skulle alle lægesystemer forhåbentlig kunne tilbyde deres brugere at installere Sentinel Datafangstmodulet, så lægerne enten straks eller i takt med fornyelse af deres hardware kan tage Sentinel modulet i brug, hvis de ønsker det.

Konklusion

Projektet har vist, at det er muligt uden at forstyrre lægen væsentlig i hans daglige arbejde at indsamle valide strukturerede data om patientbehandling til kvalitetsudvikling og til forskning i kvalitet i almen praksis. Forudsætningen er imidlertid, at lægen systematisk ICPC diagnosekoder alle de problemer, han møder i sine patientkontakter. En del læger diagnosekoder på nuværende tidspunkt, men en stor del gør ikke. Årsagen er dels en dårlig implementering af ICPC diagnoseklassifikationen i nogle systemer og en manglende motivation hos nogle læger, der ikke umiddelbart kan se fordelene ved at kode. Der er i DAK-projektet gjort flere tiltag for at fremme motivationen og interessen (oversigtsfunktionen i journal og Linkportalen), men kvalitetsudviklingen med tilbagerapporteringen kan meget vel blive det forhold, der netop højner interessen for ad frivillighedens vej at starte på systematisk diagnosebrug. Den nye landsoverenskomst kan derfor blive den "løftestang", der får væsentligt flere læger til at gå i gang med kodningen. Det frivillige tilvalg - at diagnosekode - er helt afgørende for, at kodningen bliver meningsfuld, brugbar og af høj kvalitet.

Pilotprojektet har vist, at modulet efter udvikling og afestning i de resterende edb-systemer er moden til en systematisk brug i almen praksis. Modulet er nu ved at blive integreret i de resterende journalsystemer til almen praksis. Der forestår imidlertid stadig en opskalering af organisationen og projektdatabasen til en produktionsorganisation og en produktionsdatabase (en ”Dansk Almenmedicinsk Database – DAD”).

Referencer

Reference List

- (1) Schroll H. Metoder til registrering og analyse af diagnoseklassificerede kontaktførelser i almen praksis. Forskningsenheden for Almen Medicin, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet - Odense Universitet, 2001.
- (2) DAK Projektet. DAK projektets afsluttende rapport. 2-9-2005. Amtsrådsforeningen, Dampfærgevej 22, 2200 København Ø, Det almenmedicinske kvalitetssikringsprojekt.
Ref Type: Report
- (3) Krabbe T. Udbredelsen af ICPC-kodning går trægt - en »systemfejl«? Månedsskrift for praktisk lægegerning 2006; April 2006/4.