

The background is a vibrant green with a pattern of overlapping, curved, organic shapes in various shades of green, creating a sense of depth and movement.

DAK -

Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt

Afsluttende rapport 2005 - Del 2

Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg
for almen praksis

Indholdsfortegnelse

FORORD	3
RESUMÉ	3
KOMMISSORIUM OG MÅL FOR PROJEKTET	6
PROJEKTGRUPPENS SAMMENSÆTNING OG MØDEAKTIVITET	6
GENERELLE FORHOLD VED INDIKATORER OG STANDARDER	7
BESKRIVELSE AF ANVENDTE BEGREBER	7
TEORETISKE OVERVEJELSER	8
FORDELE VED AT BENYTTE KVALITETSINDIKATORER	10
PROBLEMER VED AT BENYTTE KVALITETSINDIKATORER	10
TIDLIGERE ERFARINGER	10
METODER	12
UDVIKLING AF INDIKATORSÆT (DIABETES, HOSTE)	12
GENERELLE INDIKATORER	13
PILOTAFPRØVNING	13
OVERSIGT OVER ANVENDTE METODER FOR DE ENKELTE INDIKATOREMNER	14
DIABETES	14
RESULTATER	14
SYGDOMSSPECIFIKKE INDIKATORER	14
Diabetes mellitus.....	14
INDIKATOREMNE	15
INDIKATORBESKRIVELSE	15
Diabetes mellitus - NIP.....	17
Demens	18
Diskussion og konklusion.....	18
SYMPTOMSPECIFIKKE INDIKATORER	19
Hoste.....	19
Diskussion og konklusion.....	21
GENERELLE INDIKATORER	21
DanPEP.....	21
Henvisninger og epikriser	23
AKUTTE UHENSIGTSMÆSSIGE INDLÆGGELSER, AUI	26
Hyppige brugere.....	27
FARMAKOLOGISKE KVALITETSINDIKATORER	29
FÆLLESNORDISKE INDIKATORER FOR DEN PRIMÆRE SEKTOR	30
FORSLAG TIL VIDEREUDVIKLING AF INDIKATORER	31
FOREDRAG OG PUBLIKATIONER	32
REFERENCER	33

1. Forord

Denne rapport har været drøftet og gennemgået i min projektgruppe. Det har dog ikke været muligt indenfor den snævre tidsramme, hvor rapporten skulle udfærdiges, at medtage alle forslag til forbedringer og præciseringer. De mangler og uklarheder, der er i denne rapport, er derfor alene mit ansvar.

Jeg vil gerne takke de mange, som beredvilligt har deltaget i dette projekt.

Det gælder deltagende kolleger, kvalitetsudviklingskonsulenter og kvalitetsudviklingsudvalg.

Der har været et fortrinligt samarbejde med "Den Gode Medicinske Afdeling" og almenmedicinske forskningsmiljøer.

Møderne med den samlede projektledelse og herunder de andre projektledere har været en væsentlig ballast og inspiration for dette projekts gennemførelse.

En særlig tak til min projektgruppe for den store viden og engagement enhver i gruppen har bidraget med. Der har i gruppen været spændende og inspirerende diskussioner der har vist, hvor komplekst et begreb kvalitetsindikatorer er.

Poul Brix Jensen

2. Resumé

I perioden 1. oktober 2003 til 30. september 2005 har der under DAK-projektet været et delprojekt, der skulle udvikle standarder og indikatorer for almen praksis. Disse omfattede både sygdomsspecifikke og generelle indikatorer. Der har været ansat en projektleder otte timer ugentligt. Endvidere har der været etableret en projektgruppe.

Det har været formålet at give eksempler på, hvordan indikatorer kan udvikles på forskellige områder.

Indikatorerne er udviklet med det sigte, at de skal kunne anvendes af den enkelte praksis til at vurdere og forbedre kvaliteten af ydelserne - også ved at sammenligne sig med andre praksis. Herved bliver standarden "best practice". Resultatet af indikatormåling har størst effekt, hvis vurderingen og diskussionen sker i en læringsgruppe, hvilket falder godt i tråd med, at læringsaspektet er en af de overordnede målsætninger i "Den danske kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet".

Ved litteratursøgning er internationale og nationale erfaringer gennemgået.

Hvor der ikke i forvejen var udviklet mulige indikatorer, har projektgruppen valgt en modifikation af den metode, som er beskrevet af Manchester-gruppen (1), hvor man udviklede kvalitetsindikatorer for 19 praksisrelevante sygdomme og tilstande.

Projektgruppens erfaring med denne metode er, at den 1) er overskuelig at gennemføre inden for en rimelig tidsramme, 2) ikke er ressourcetung, 3) sikrer, at de valgte indikatorer har stor validitet og relevans for praktiserende læger og 4) sikrer, at de valgte indikatorer accepteres af professionen.

Vedrørende generelle indikatorer fandtes der i forvejen mulige indikatorer. Disse er derfor i dette projekt blevet defineret og udvalgt af projektgruppen. Herefter er de testet for relevans og validitet.

Projektet har arbejdet med følgende indicatorsæt:

Sygdomsspecifikke indikatorer

Diabetes Mellitus

Der er udviklet 12 indikatorer. Diabetesindikatorerne synes umiddelbart valide med god diskriminationsevne og en overkommelig "mangelliste" til opfølgning af de patienter, der ikke opfylder standarderne. De valgte indikatorer findes alle relevante og rimeligt dækkende for diabetesbehandlingen.

Resultaterne inspirerer til gode diskussioner i en læringsgruppe.

Indikatorerne er ikke egnede til offentliggørelse – i hvert fald ikke på læge / praksisniveau – på grund af tolkningsproblemer.

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) har udviklet 7 indikatorer for diabetes fælles for både sygehuse og almen praksis. Der er "datafællesskab" mellem de to sæt indikatorer.

Demens.

Den oprindelige beslutning om, at udvikle indikatorer for denne sygdom blev senere opgivet, idet projektgruppen fandt, at det ville være umuligt at få tilstrækkelige data inden for en overskuelig dataindsamlingsperiode.

Arbejdsgruppen foreslår, at der udvikles indikatorer for andre hyppige og store kroniske sygdomme.

Symptomspecifikke indikatorer

Almen praksis modtager i modsætning til sygehusvæsenet usorterede helbredsproblemer – symptomer – som henvendelsesårsag.

Denne forskel i forhold til sekundærsektoren bør måske give sig udslag i de valgte indikatorområder.

I stedet for at udvikle indikatorer til almen praksis for demens kan det være mere relevant at udvikle indikatorer for håndteringen af henvendelsesårsager / henvendelsessymptomer, fx "kognitive forstyrrelser".

Hoste.

Der er udviklet et præliminært indikatorsæt bestående af otte indikatorer. Arbejdet med disse er dog ikke tilendebragt. Det foreslås, at man arbejder videre med indikatorudviklingen efter projektperiodens udløb.

Arbejdsgruppen foreslår, at der forsøges udviklet indikatorer for andre hyppige symptomer.

Generelle indikatorer

DanPEP indikatorer

På baggrund af en analyse udført af Vedsted et al. fandt man ved en statistisk vurdering, at 14 af de 23 DANPEP spørgsmål giver svar på patientens vurdering af lægens empati, lægens håndtering af kerneydelsen og lægens tilgængelighed. Projektet er gennemført i samarbejde med DAK-C projektet og Forskningsenheden i Århus.

De fremlagte forslag til indikatorer blev ikke anset for egnede. Indikatorer, der også inddrager patientperspektivet bør udvikles, men de skal være mindre personlige for lægen og mere præcist angive, hvor kvaliteten kan forbedres. DanPEP projektet bør fortsætte på frivillig basis.

Henvisninger og epikriser

Indikatorer for henvisninger og epikriser er gennemført i samarbejde med "Den Gode Medicinske Afdeling"(DGMA), DAK-D projektet og Praksiskonsulentordningen (PKO). Der deltog 55 afdelinger og praksiskonsulenter. Indikatorerne viste potentiale for forbedringer, og mere end 2/3 af afdelinger og praksiskonsulenter har på den baggrund gennemført eller planlagt initiativer.

Akutte uhensigtsmæssige indlæggelser

I samarbejde med DGMA har to medicinske afdelinger og praksiskonsulenter vurderet, at akutte uhensigtsmæssige indlæggelser defineret ved AEP (Appropiatness Evaluation Protocol) er velegnede som indikatorer for samarbejdet mellem sygehusafdeling, sygehusledelse og praksiskonsulenter.

"Hyppige brugere"

Hyppige brugere (HB) udgør 3-4 % af den samlede patientpopulation, men er årsag til 30 % af sygesikringsydelse. Andelen af HB i de enkelte praksis er meget varierende.

I samarbejde med Forskningsenheden i Århus er andelen af HB er afprøvet som en kvalitetsindikator. De deltagende læger fandt ikke, at udpegning af hyppige brugere var egnet som en kvalitetsparameter.

Der kræves yderligere forskning i andelen af HB som en kvalitetsindikator.

Farmakologiske indikatorer

Ph.d.-studerende Hanne Rasmussen arbejder med farmakologiske kvalitetsindikatorer (ikke en del af DAK-projektet). I hendes ph.d.-afhandling vurderer praktiserende læger validiteten af forskellige indikatorer for NSAID- behandling. Afhandlingen forventes forsvaret august 2005. Den er ikke en del af DAK-projektet, men nævnes her, fordi afhandlingen er det første videnskabelige arbejde, der omhandler brugen af kvalitetsindikatorer i dansk almen praksis.

Hanne Rasmussen et al har netop publiceret en artikel om kvalitetsindikatorer for NSAID-behandling. En efterfølgende artikel, der endnu ikke er publiceret, beskriver, hvordan man udvælger indikatorer på en kvalificeret vis. Der er behov for at udvikle gode, relevante og accepterede farmakologiske kvalitetsindikatorer.

Fællesnordiske indikatorer for primærsektoren

Der er under Nordisk Ministerråd nedsat en nordisk arbejdsgruppe vedrørende indikatorer. Projektlederen for DAK A-projektet deltager og herunder i en undergruppe, der forsøger at udvikle indikatorer for primærsektoren på nationalt niveau.

Forslag til videreudvikling

Der bør oprettes en national driftsorganisation/ -enhed for udvikling af indikatorer i almen praksis. Denne kan være en del af en større organisation for kvalitetsudvikling af almen praksis.

Der bør oprettes en faglig styregruppe, der kan udpege relevante indikatorområder og sikre, at det faglige niveau er højt.

Til organisationen skal en række kompetencer være tilknyttede eller tilgængelige.

En forudsætning for, at resultater af indikatorer kan anvendes, er, at der oprettes en national database med et fastlagt årligt driftsbudget.

Det er vigtigt, at det allerede i planlægningsfasen af en driftsorganisation for indikatorer beslutes, hvordan anvendelsen af indikatorer skal implementeres.

Selve implementeringen skal foregå regionalt.

3. Kommissorium og mål for projektet

CKI's mål- og handleplan for DAK-projektets projektgruppe for standarder og indikatorer:

En projektgruppe, der beskæftiger sig med at udvælge/udvikle standarder og indikatorer - både generelle og sygdomsspecifikke - der kan bruges i almen praksis.

Der skal være et samarbejde med IT-gruppen (DAK B projektet) om beskrivelsen af de logistiske forhold ved indsamling, opbevaring og brug af indikatorer.

Nationale samarbejdspartnere: DSAM's koordinationsgruppe vedr. udarbejdelse af kliniske vejledninger i almen praksis. Der skal endvidere sikres en sammenhæng mellem arbejdet i projektgruppe A og arbejdet i sekretariatet for Den danske Kvalitetsmodel, Det Nationale Indikatorprojekt og Den Gode Medicinske Afdeling m.fl., så der er overensstemmelse mellem principperne i sygehusdelen og praksisdelen af den danske kvalitetsmodel.

Decentrale samarbejdspartnere:

Projektet skal inddrage lægelige og amtslige kvalitetskonsulenter samt praksiskonsulentordningen og evt. andre i amterne, der har erfaring på dette område.

Projektperiode: 1. oktober 2003 til 30. september 2005.

Mål

På baggrund af kommissoriet besluttede projektgruppen at forsøge at udvikle et begrænset antal indikatorer og med disse som eksempler beskrive mulighederne for, hvordan kvalitetsindikatorer kan udvikles i almen praksis og opstillede følgende mål:

1. Udvikle/beskrive nogle sygdomsspecifikke indikatorer for nogle få større sygdomme på baggrund af national og international viden og erfaring
2. Udvikle/beskrive nogle få generelle indikatorer på baggrund af national og international viden og erfaring
3. Indikatorerne skal afprøves/testes i et par mindre projekter inden for projektperioden

Succeskriterier for projektet:

1. Indikatorerne skal for den enkelte praksis være relativt enkle og ikke-ressourcekrævende at måle
2. Indikatorerne skal kunne accepteres af professionen
3. Indikatorerne skal på individ- og/eller praksisniveau kunne bruges til at vurdere og eventuelt forbedre kvaliteten. På aggregeret niveau (gruppeniveau) skal de kunne bruges til at dokumentere kvalitet, hvilket kan danne basis for en målrettet indsats (fx strukturændring og efteruddannelse).

4. Projektgruppens sammensætning og mødeaktivitet

Medlemmerne af projektgruppen blev udvalgt således, at der var repræsentanter for praktiserende læger, almenmedicinske forskere og samarbejdspartnere udenfor almen praksis for herigennem at sikre et højt fagligt niveau.

Sammensætning:

Poul Brix Jensen, projektleder, speciallæge i almen medicin, fhv. direktør for DSAM

Jens Søndergaard, PL, ph.d., speciallæge i klinisk farmakologi, seniorforsker ved Forskningsenheden for almen medicin, Århus Universitet

Lars Bjerrum, speciallæge i almen medicin, ph.d., seniorforsker ved Forskningsenheden i Odense, konsulent for DSAM's Kliniske vejledninger

Lars Jørgen Hansen, PL, ph.d., seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København

Lisbeth Rasmussen, sygeplejerske, projektleder for Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA)

Frank Ingemann Jensen, sygesikringschef i Vejle amt

Tommy Budek, PL, kvalitetsudviklingskonsulent i FUAP, Storstrøms amt

Claus Rendtorff, PL, kvalitetsudviklingskonsulent i Københavns Kommune

Uwe Janssen, PL, projektleder for KISS projektet, Sønderjyllands amt

Observatør:

Thomas Schiøler, speciallæge, projektleder for Den Danske Kvalitetsmodel

Mødeaktivitet:

Der har været afholdt syv 1/2-dagsmøder i gruppen. Desuden har der været anvendt e-mail kommunikation.

5. Generelle forhold ved indikatorer og standarder

5.1 Beskrivelse af anvendte begreber

Standard

Definition: Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet.

Eksempel: Diabetespatienter skal årligt have foretaget en fodundersøgelse.

I DAK-projektet forstås dette som "best practice" = flest mulige, idet det af flere grunde er utopisk, at alle får foretaget fodundersøgelse hvert år.

I DAK-projektet er formålet at udvikle et arbejdsredskab for den enkelte praktiserende læge til at forbedre sin kliniske praksis.

Kvalitetsindikator

Definition: En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten.

En indikator er altid kvantitativ og består af en tæller (antal patienter der opfylder standarden) og en nævner (det antal patienter, der indgår i kvalitetsvurderingen)

Eksempel: Tæller: Antal registrerede diabetespatienter i praksis, der årligt har fået foretaget en fodundersøgelse. Nævner: antal registrerede diabetespatienter i alt i praksis.

Dataindsamling

Består dels af

- Basisoplysninger (fx vedrørende lægen eller praksis).

- Oplysninger om prognostiske faktorer (fx køn, alder, således at man ved sammenligninger mellem fx praksis kan korrigere for forskelle i patientpopulationen).
- Oplysninger, der indgår i tælleren og nævneren på indikatoren.

Evidens

Evidens inddeles i dette projekt efter rangskalaen A-D som udtryk for den styrke, hvormed man udtaler sig for en effekt af en given aktivitet (Levels of Evidence and Grades of Recommendation. National Health Service Research and Development Programme 1998).

- A: Reviews og metaanalyser af randomiserede kontrollerede forsøg og randomiserede kontrollerede forsøg.
- B: Kohortestudier eller reviews heraf og databasestudier.
- C: Opgørelser og kasuistikker.
- D: Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering og tommelfingerregler.

Formål

Beskriver, hvad man kan forvente at opnå af gavn og for hvem (læge, patient).

5.2 Teoretiske overvejelser

Der kan være flere formål med at udvikle indikatorer og tilhørende standarder. Det kan være som led i en offentlig kontrol eller egenkontrol af arbejdet, som led i en læringsproces for den enkelte praktiserende læge, som en information til den praktiserende læge eller som oplysning til borgeren.

Formålet vil bestemme valget af indikatorer. En indikator, der er udviklet til ét formål kan ikke ukritisk anvendes til et andet formål. Et eksempel herpå er forskellen i indikatorer for diabetes for henholdsvis NIP-projektet og DAK-projektet (se senere).

Arbejdsgruppen besluttede, at formålet i dette projekt var at udvikle indikatorer, som den enkelte praktiserende læge eller praksis kan anvende til at vurdere og forbedre kvaliteten af arbejdet i almen praksis også ved at sammenligne sig med andre. Resultatet af indikatormåling må forventes at have størst effekt, hvis vurderingen og diskussionen sker i en læringsgruppe, hvilket falder godt i tråd med, at læringsaspektet er en af de overordnede målsætninger i "Den danske kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet".

Uanset, hvor mange indikatorer man har på et givet område eller for en given sygdom, vil de ikke kunne beskrive den samlede kvalitet af det faglige arbejde i almen praksis. Et fagligt arbejde består af så mange delelementer, at det ikke kan beskrives alene i standarder og indikatorer.

En indikator beskæftiger sig kun med målbare elementer og er således en kvantitativ størrelse. Sundhedsprofessionelt arbejde har mange andre aspekter, fx empati, omhu, omsorg og respekt.

Indikatorer kan bruges som ét af flere værktøjer i kvalitetsudviklingen, men man skal være opmærksom på risikoen for u hensigtsmæssige effekter, hvis der sker en ensidig fokusering på standarder og indikatorer fx mindre omhu på områder, der ikke måles og med risiko for, at den vundne kvalitetsforbedring målt ved indikatorer tabes på andre områder, hvor der enten ikke måles eller ikke kan måles.

Der kan fremføres en række fordele og problemer ved at anvende kvalitetsindikatorer. Nedenstående oversigt er oversat fra Marshall M et al. Quality indicators for general practice (1).

Fordele ved at benytte kvalitetsindikatorer

Giver mulighed for sammenligninger mellem praksis og over tid eller op i mod en gylden standard

Disse sammenligninger stimulerer og motiverer til ændringer i daglig praksis

Fremmer en objektiv evaluering af kvalitetsudviklingsinitiativer

Kan bruges til at sikre ansvarlighed og identificere uacceptabel klinisk adfærd

Fremmer en vidensbaseret debat om behandlingskvalitet overfor det anvendte ressourceforbrug

Fokuserer opmærksomheden på informationen om den kvalitet, der gives i almen praksis

Er en hjælp til at allokere ressourcer til det område, der har størst behov

Er en hurtigere og billigere metode til kvalitetsvurdering end andre metoder

Informerer om ressourceanvendelse og planlægning af ydelsesaftaler

Problemer ved at benytte kvalitetsindikatorer

Kan fremme en fragmenteret tilgang til en grundlæggende holistisk og integreret disciplin

Vurderer kun let målbare aspekter af behandlingen og svigter de mere subjektive aspekter

Baseres på tvivlsomme data og information, som er vanskelig at vurdere

Er vanskelig at tolke, idet synlige forskelle mere relateres til andre forhold end kvaliteten

Er dyre og tidskrævende at producere og cost-benefit herved er stort set ukendt

Opfordrer til en "blame" kultur og demotiverer en egen professionel motivation

Lokker organisationer til at fokusere på målelige aspekter på bekostning af andre vigtige områder og koncentrere sig om kort - tids effekt frem for at anvende en lang - tids strategi

6. Tidligere erfaringer

Internationale erfaringer

Ved National Primary Care Research and Development Centre på Universitetet i Manchester, England, har man anvist en metode for udvikling af indikatorer og udarbejdet kvalitetsindikatorer for 19 praksisrelevante sygdomme og tilstande, repræsenterende ca. 60 % af alle konsultationer i almen praksis i UK (1). DAK-A projektet har taget udgangspunkt i dette arbejde.

Desuden er der gennemført litteratursøgninger for yderligere information. Den eksisterende litteratur om indikatorer i almen praksis er begrænset og omfatter næsten kun sygdomsspecifikke indikatorer. Dog er EuroPEP (2), der måler patienters vurdering af almen praksis, et godt grundlag for udvikling af generelle indikatorer.

Udviklingen af generelle kvalitetsindikatorer i almen praksis er dog stadig på pionerstadiet.

Der foreligger kun spredte erfaringer med implementeringen af indikatorer og ingen opgørelser, der på overbevisende måde dokumenterer en effekt på kvaliteten ved anvendelsen af indikatorer.

I Norsk Selskab for Almen Medicin er man i begyndelsesfasen af et indikatorprojekt.

Svensk Selskab for Almen Medicin har nogle erfaringer, man kan drage nytte af, men ofte er der i højere grad tale om organisatoriske indikatorer.

I Equip (en Europæisk organisation for kvalitetsudvikling i almen praksis) er en arbejdsgruppe i færd med at beskrive sygdomsspecifikke kvalitetsindikatorer.

En arbejdsgruppe under Nordisk Råd er i færd med at udvikle fælles Nordiske indikatorer herunder også indikatorer i primærsektoren.

Nationale erfaringer

Dansk selskab for almen medicin (DSAM) har udarbejdet en række kliniske vejledninger. Disse vejledninger hviler på evidens og er derfor et godt fagligt grundlag for udvikling af sygdomsspecifikke kvalitetsindikatorer i almen praksis.

Hanne Rasmussens ph.d.-studium omhandler udvikling og validering af kvalitetsindikatorer for farmakoterapi baseret på registerdata.

Der foreligger en dansk MTV-rapport om type 2 diabetes (T2D) (3) og en DSAM klinisk vejledning (4), der har været grundlaget for udarbejdelsen af diabetesindikatorer. Endvidere har projektet "Diabetesomsorg i almen praksis, Forskningsenheden for almen medicin i København" vist, at intervention overfor praktiserende læger kan forbedre diabetesbehandlingskvaliteten (5).

I Danmark er der andre almenmedicinske projekter, der er relevante for indikatorprojektet.

Jette Kolding Kristensen beskriver forekomsten af T2D og monitorerer risikofaktorer for senkomplikationer på baggrund af registerdata (6).

Der arbejdes endvidere i de almenmedicinske forskningsmiljøer og i sekundærsektoren med udvikling af diabetesdatabaser, hvori kvalitetsindikatorer indgår.

Frans Boch Waldorff har i sin ph.d.-afhandling set på implementeringen af DSAMs vejledning om demens.

Vedrørende generelle indikatorer indgår Hanne Hejes projekt om DANPEP, der er en dansk model af EUROPEP (7). Dette arbejde sker i samarbejde med DAK C-projektet om patientperspektivet.

Peter Vedsted har i sin ph.d.-afhandling arbejdet med "hyppige brugere". Andelen af hyppige brugere har været afprøvet som kvalitetsindikator i dette projekt (8).

Omkring patientforløb er der i samarbejde med DAK D-projektet, Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) og praksiskonsulentordningen udviklet generelle indikatorer.

Fra sygehusområdet findes det nationale indikatorprojekt (NIP), der har erfaringer med udvikling af indikatorer. NIP har udviklet indikatorer for diabetes, der skal være fælles for almen praksis og sygehussektor.

Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet skal udarbejde indikatorer for hospitalsvæsenet for op til 36 sygdomsgrupper.

En vigtig forudsætning for, at indikatorer kan indsamles i en klinisk travl hverdag, er adgangen til et datafangstmodul. DAK-projektet på IT-området arbejder på denne del, jf. rapportens afsnit om projekt B.

7. Metoder

Der er inden for projektperioden udviklet såvel generelle som sygdomsspecifikke standarder og indikatorer, der kan bruges i almen praksis. Med disse som eksempler beskrives, hvordan kvalitetsindikatorer kan udvikles i praksis.

Grundet projektets begrænsede tidshorisont har gruppen valgt at fokusere på nogle få områder. På disse områder har gruppen udarbejdet en metodebeskrivelse for udvikling og afprøvning af standarder og indikatorer.

Ved udvælgelsen af indikatorområder er erfaringer fra følgende inddraget:

1. Sygdomsspecifikke.
 - DSAM's kliniske vejledninger.
 - Valgte standarder og indikatorer for Den Nationale Kvalitetsmodel.
 - Det Nationale Indikatorprojekt (NIP).
2. Generelle.
 - Emneområder for projekt C: "Metoder til at sikre patientperspektivet og brugerinddragelse".
 - Emneområder for projekt D: "Kvalitetsudvikling af sammenhængende patientforløb mellem sygehusvæsenet og almen praksis".
 - Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA).

Hvis indikatorer skal kunne anvendes i almen praksis, skal dataindsamlingen ske elektronisk. Værktøjet hertil (datafangstmodulet) er udviklet af DAK-projekt B: "Understøtte anvendelsen af IT, herunder udbredelsen af diagnosekodning".

Projektet har således haft et samarbejde med alle tre øvrige delprojekter under DAK-projektet.

7.1 Udvikling af indicatorsæt (diabetes, hoste)

Hvor der ikke i forvejen var udviklet mulige indikatorer, har projektgruppen valgt en modifikation af den metode, som er beskrevet af NPCRDC på Universitetet i Manchester (1), hvor man udviklede kvalitetsindikatorer for 19 praksisrelevante sygdomme og tilstande. Metoden kombinerer videnskabelig evidens med ekspertmening (konsensus) for herigennem at skabe et mere omfattende og nyttigt sæt af kvalitetsindikatorer for almen praksis. Indikatorerne kan desuden produceres indenfor relativ kort tid.

I dette projekt har vi dog af praktiske grunde valgt at afholde to panelmøder, som endagsmøder, hvor man i NPCRDC benyttede ét internatmøde, ligesom der har været mulighed for endelig beskrivelse gennem en efterfølgende e-mail korrespondance med ekspertpanelet.

Processen er forløbet i otte trin:

1. Udvalgelse af emne/område
2. Præliminær litteraturgennemgang og en brainstorm gennemført ved e-mail kommunikation blandt en større gruppe kolleger (15 – 30), der formodes at

have interesse i det valgte område. Alle forslag udarbejdes til et præliminært sæt indikatorområder.

3. Udpegning af et "ekspertpanel", hvor der indgår personer, der både er trænet i kritisk vurdering af forskningsresultater, og personer, som har et indgående kendskab til almen praksis, og personer med klinisk erfaring i almen praksis.
4. Første runde – den postale ekspertvurdering. Ekspertpanelet får tilsendt det præliminære sæt indikatorområder med tilhørende præliminær litteraturgennemgang. Panelet "rater" alle indikatorerne for validitet og relevans. Hver indikator bliver "rated" på en 1-9 pointskala både med hensyn til validitet og relevans (1-3 uegnet, 4-6 muligt egnet, 7-9 egnet).
5. Anden runde - panelmøde. De indsamlede data bearbejdes, behandles anonymt og sendes tilbage til panelet forud for et panelmøde, der er et heldagsmøde. Ved dette møde foretages en "endelig rating" med udvælgelse af indikatorområder og beskrivelse af indikatorer og standarder. Blandt de, der er "rated" fra 7-9, eller som der under mødet om er konsensus om at medtage, udvælges indikatorsættet.
6. Ny dataanalyse, litteraturgennemgang og udarbejdelse af de valgte indikatorområder. Her defineres standarden, indikatoren, dataregistrering, evidens og formål med indikatoren.
7. Andet panelmøde. Ekspertpanelet mødes igen (halvdagsmøde). Nu gennemgås og udvælges de endelige indikatorer og der opnås konsensus om definitioner.
8. Endelig beskrivelse og konsensus af indikatorerne. Dette sker ved e-mail kommunikation med ekspertpanelet.

7.2 Generelle indikatorer

Patienttilfredshed, henvisninger og epikriser, akutte uhensigtsmæssige indlæggelser, hyppige brugere

Vedrørende generelle indikatorer fandtes der i forvejen mulige indikatorer. Disse er derfor i DAK A-projektet blevet pilotafprøvet og her testet for relevans og validitet.

7.3 Pilotafprøvning

Efter udvikling af indikatorer eller udvælgelse/ testning af eksisterende indikatorer er disse pilotafprøvet blandt praktiserende læger med henblik på validitet og relevans.

Den planlagte afprøvning ved anvendelse af datafangstmodul har ikke kunnet gennemføres indenfor projektperioden.

7.4 Oversigt over anvendte metoder for de enkelte indikatoremner

Indikator emne	Udvikling af indikatorer ved ekspertgrupper	Anvendelse eller modificering af eksisterende indikatorer	Afprøvning	Vurdering ved dataindsamling	Vurdering ved fokusgruppe	Vurdering ved spørgeskema
Diabetes	11 udvalgte praktiserende læger og almenmedicinske forskere		6 praktiserende læger tilknyttet den fynske diabetesdatabase	Lægerne indsamlede egne data	De 6 praktiserende læger tilknyttet den fynske diabetesdatabase	
Demens	Planlagt men ikke gennemført					
Hoste	8 udvalgte praktiserende læger og almenmedicinske forskere		Ikke gennemført i projektperioden			
DanPEP		Modificerede DanPEP spørgsmål	12 praktiserende læger i to amter	Konstruerede data	De 12 praktiserende læger i to amter	
Henvisninger og epikriser		Modificerede efter tidligere anvendte indikatorer	55 afdelinger og 55 praksiskonsulenter	Bedømmelse af 2599 henvisninger og 2719 epikriser		Spørgeskema til de 55 afd. og 55 praksiskonsulenter
Akutte uhen-sigtsmæssige indlæggelser		Tidligere gennemført undersøgelse af DGMA	2 medicinske afdelingsledelser og praksiskonsulenter (6)	Bedømmelse af eksisterende data	2 fokusgrupper (2 x afd. og praksiskons.)	
Hyppe brugere		Foreliggende forskningsresultater	9 praktiserende læger i to amter	Data fra 36 udvalgte patienter	Planlagt men måtte aflyses	Spørgeskema fra 8 af de praktiserende læger

8. Resultater

8.1 Sygdomsspecifikke indikatorer

8.1.1 Diabetes mellitus

Uddybende beskrivelse: "[Dok 01 Diabetes DAK A 2005](#)".

Udgangspunktet har været DSAMs vejledning om diabetes (9) og MTV rapporten om type 2-diabetes (10).

Metode

Udvælgelse af standarder og indikatorer skete efter den ovenfor beskrevne metode.

Hver indikator og standard er beskrevet. Desuden er der en beskrivelse af dataregistrering, evidens og formål.

Indikatorsættet er afprøvet af seks praktiserende læger, der er tilmeldt den Fynske Diabetes Database.

Der er i DAK-projekt B udviklet et datafangstmodul. Den planlagte afprøvning ved anvendelse af datafangstmodul har ikke kunnet gennemføres indenfor projektperioden.

Ekspertgruppens sammensætning

Tommy Budek, Storstrøms amt; Lars J Hansen, Forskningsenheden København; Claus Rendtorff, Københavns Kommune; Thomas Drivsholm, Forskningsenheden København; Jette Kolding Kristensen, Forskningsenheden Århus; Peter Schultz Larsen, Københavns amt; Chr. Hansen, Fyns amt; Peter Kolby, Næstved; Bjarne Jørgensen, Københavns Kommune; Lars Bønløkke, Sønderjyllands amt; Claus Noringriis, Vejle amt; Lisbeth Rasmussen, DGMA; Tina Eriksson, DAK-projektet; Poul Brix, projektleder
Claus Rendtorff har foretaget litteratursøgning.

Indikatoremne	Indikatorbeskrivelse
1. Registrering af diabetespatienter	Andel registrerede patienter med diabetes i praksis i forhold til det beregnede ¹ totale antal diabetespatienter i praksis Note ¹ Det forventede antal diabetespatienter i praksis beregnes ved hjælp af registerdata (jf. JK Kristensens phd). Dette vil være muligt, når der etableres et landsdækkende diabetesregister
2. Follow-up system	Lægen skal be- eller afkræfte (ja/nej), om praksis bruger et system til follow-up af patienter med diabetes. Note: Det kan diskuteres, om det er en indikator eller en forklaringsvariabel. Registrering .skal ikke ske i forbindelse med den enkelte diabetespatient. Der skal kun registreres for praksis, og skal kun vurderes én gang årligt.
3. Fodundersøgelse	Andel registrerede patienter med diabetes i praksis, der har fået deres fødder eksamineret mindst én gang inden for det sidste år (<15 måneder) hos egen læge, hos fodterapeut eller gennem sygehusafdeling og/eller speciallæge. Hvis egen læge ikke selv har foretaget undersøgelsen og ikke har dokumentation for at andre har gjort det, kan indikatoren bekræftes som opfyldt, hvis patienten på forespørgsel fra egen læge bekræfter, at det er gjort.
4. Øjenundersøgelse	Andel registrerede patienter med diabetes, der har gennemgået en øjenlægeundersøgelse indenfor de sidste 2 år (<30 måneder). Hvis egen læge ikke har dokumentation fra øjenlæge, kan indikatoren bekræftes som opfyldt, hvis patienten på forespørgsel fra egen læge bekræfter, at det er gjort.
5. Mikroalbuminuri	Andel registrerede patienter med diabetes, der indenfor det sidste år (<15 mdr.) er undersøgt for mikroalbuminuri.
6.	Andel registrerede patienter med diabetes i praksis, der indenfor de sidste

HbA1C	6 måneder (< 8 mdr.) har fået målt HbA1c med angivelse af værdien.
7. Lipider	Andel registrerede patienter med diabetes, der mindst én gang årligt (< 15 mdr.) har fået udført lipidstatus med angivelse af værdier (cholesterol, LDL, HDL og triglycerider).
8. Blodtryksmåling	Andel registrerede patienter med diabetes i praksis, der mindst hvert ½ år (< 8 mdr.) har fået målt BT med angivelse af diastolisk og systolisk værdi.
9. Individuel behandlingsmål	Andel registrerede patienter med diabetes i praksis, med hvem lægen indenfor det sidste år (<15 måneder) har aftalt behandlingsplan (ny eller revideret) med angivelse af behandlingsmål noteret i journalen og mindst omfattende BT, HgbA1C, lipider og vægt.
10. Hylertensions- behandling	Andel registrerede patienter med diabetes med BT mindre end eller lig 135/85 mmHg (130/80 mmHg ved hjemmeblodtryksmåling).
11. Reduktion af forhøjet HbA1C	Andel registrerede patienter med diabetes i praksis, hvor det sidst målte HbA1c er mindre end 8 %.
12. Livsstilssamtale	Andel registrerede patienter med diabetes i praksis, med hvem lægen mindst én gang årligt (< 15 mdr.) har haft en samtale om livsstil.

De læger, der deltog i udviklingen af indikatorerne fandt at metoden var let at anvende.

Projektgruppens erfaring med denne metode er, at den er overskuelig at gennemføre indenfor en rimelig tidsramme, ikke er ressourcetung, giver stor mulighed for, at de valgte indikatorer har stor validitet og relevans for praktiserende læger.

Afprøvning af indikatorer

Uddybende beskrivelse: "[Dok 02 Diabetes DAK A 2005](#)".

Gennemført i samarbejde mellem diabeteskonsulent Christian Hansen og projektleder Poul Brix Jensen.

I Den Fynske Diabetesdatabase har der i mere end seks måneder deltaget praktiserende læger, der har registreret data om deres diabetespatienter, der dækker data for ni af de 12 valgte indikatorer i DAK-projektet (undtaget var indikator 1, 4 og 9).

Seks praktiserende læger deltog med opgørelse på egne data:

Christian Hansen, Axel Holm, Kristian Wendelboe, Bodil Iversen, Jens Stærk Jensen og Claes Arnold-Larsen.

Den konkrete afprøvning af indikatorerne er således sket på baggrund af en database, der ikke specifikt er udviklet til disse indikatorer. Dette betyder, at der for tre af de tolv indikatorer ikke kunne fremskaffes relevante data. Registreringsperioden har desuden været for kort (cirka seks måneder).

Der deltog kun seks praktiserende læger i registreringen.

Men med disse forbehold ser det ud til, at indikatorerne umiddelbart er valide med god diskriminationsevne og en overkommelig "mangelliste" til opfølgning af de patienter, der ikke opfyldte standarderne.

De valgte indikatorer findes alle relevante og rimeligt dækkende for diabetesbehandlingen.

Resultaterne inspirerer til en god diskussion i gruppe.

Indikatorerne er ikke egnede til offentliggørelse – i hvert fald ikke på læge / praksisniveau – på grund af tolkningsproblemer.

Datafangstmodul

Datafangstmodulet er udviklet af DAK B-projektet. Der henvises til DAK B-rapporten for en nærmere beskrivelse. Konkret afprøvning kunne ikke nås at blive gennemført i projektperioden som planlagt.

8.1.2 Diabetes mellitus - NIP

Uddybende beskrivelse: "[Dok 03 Diabetes NIP 2005](#)".

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) har udviklet indikatorer, der er fælles for både praktiserende læger og sygehusafdelinger. Projektlederen deltog som repræsentant for DAK A-projektet. Desuden deltog Torsten Lauritzen, Peter Schultz Larsen som repræsentanter for almen praksis.

Resultatet beskrives her, fordi de valgte indikatoremner viser god overensstemmelse med indikatoremnerne i DAK A-projektet, men forskelle i indikatorbeskrivelserne.

Der blev udvalgt seks indikatorer.

Indikatoremne	Indikatorbeskrivelse
HgA1c	Andelen af diabetespatienter som har fået målt HbA1C mindst én gang om året.
Hypertension	Andelen af diabetespatienter som har fået målt blodtryk mindst én gang om året.
Lipider	Andelen af diabetespatienter som har fået foretaget lipidstatus hvert andet år.
Albuminuri	Andelen af diabetespatienter som undersøges for albuminuri hvert andet år.
Øjenundersøgelse	Andelen af diabetespatienter som har fået foretaget øjenundersøgelse indenfor 2 år /4 år.
Fodundersøgelse	Andelen af diabetespatienter som får foretaget fodundersøgelse hvert andet år.

Der er alene valgt procesindikatorer, og kravene til intervaller er mindre strenge (større intervaller) end i DAK A-projektet.

Der er ingen indikatoremner, der ikke også er omfattet af DAK A-indikatorerne.

Standarderne er valgt som 90-95% opfyldelse af indikatorerne. Der er således valgt andre standarder end i DAK A-projektet, fordi NIP´s resultater også er beregnet på offentliggørelse, hvor DAK´s resultater alene er tænkt til anvendelse for de deltagende praktiserende læger.

Der skal ikke indsamles data, der ikke også anvendes i DAK-A projektet, hvilket betyder, at relevante data fra DAK A-projektet uden problemer kan videresendes til NIP-projektets database.

Alle sygehusafdelinger er nu pålagt at indsamle data på de valgte indikatorer. Almen praksis forventes at deltage i en senere fase, når dette er forhandlet på plads.

8.1.3 Demens

Demens blev initialt valgt som et sygdomsspecifikt indikatorområde efter den tidligere beskrevne metode. Den skulle omhandle udredning og diagnosticering i overensstemmelse med DSAMs kliniske vejledning vedrørende demens.

Men i fase to diskuterede projektgruppen betimeligheden heraf, idet det for den enkelte praktiserende læge årligt vil dreje sig om meget få patienter.

Dataindsamlingsperioden for at opnå tilstrækkelige data vil blive for lang (flere år?).

Ifølge DSAMs vejledning (8) anslås det, at der er 100.000 demente i Danmark. Dette svarer til 25-30 demente per praktiserende læge. Der vil være 10.000 nye tilfælde per år. Dette svarer til knap tre nye tilfælde per praktiserende læge. Den praktiserende læge vil stilles overfor spørgsmålet om demens ca. ti gange årligt.

8.1.4 Diskussion og konklusion

Diabetesindikatorerne synes umiddelbart valide. De har god diskriminationsevne mellem lægernes performance, og udgør en overkommelig "mangelliste" til opfølgning af de patienter, der ikke opfylder standarderne. De valgte indikatorer findes alle relevante og rimeligt dækkende for diabetesbehandlingen.

Resultaterne inspirerer til gode diskussioner i en læringsgruppe.

Indikatorerne er ikke egnede til offentliggørelse – i hvert fald ikke på læge / praksisniveau – på grund af tolkningsproblemer.

Der er forskel mellem DAK- og NIP-indikatorerne, hvad angår standarder og de valgte intervaller for indikatoropfyldelse.

Diabetesindikatorerne er i DAK-projektet beregnet til praksis' eget brug med henblik på at forbedre behandlingen. Man kan derfor anvende mere rigoristiske intervaller for indikatoropfyldelse. Praksis måler sig med "best practice", uanset hvor denne ligger på en skala.

De planlagte indikatorer for demens blev opgivet, fordi området ville kræve en indsamlingsperiode der ikke kunne rummes indenfor projektperioden. Det samme vil gælde for mange andre praksisrelevante sygdomsområder med lav incidens og lav prævalens. Der vil formentlig kun være relativt få områder, hvor sygdomsspecifikke indikatorer vil være anvendelige for den enkelte praktiserende læge. Men der er dog nogle større sygdomsgrupper, hvor udvikling af indikatorer kan være velegnet, fx depression, astma, KOL etc.

Den her anvendte metode til udvikling af diabetesindikatorer synes velegnet til andre sygdomsspecifikke indikatorer, hvor der i forvejen ikke foreligger nationalt udviklede og accepterede indikatorer. Det er projektgruppens opfattelse, at den også kan anvendes ved udvikling af symptomspecifikke og generelle indikatorer. Metoden sikrer, at indikatorerne er relevante for almen praksis, og at de bliver accepterede af professionen.

Erfaringerne fra UK (1) viste, at indikatorer udviklet i et andet land (USA) ikke umiddelbart kunne overføres til England. Vores diabetesindikatorer er heller ikke

sammenfaldende med de engelske indikatorer. Selvom erfaringer fra udlandet kan anvendes, bør indikatorer udvikles nationalt.

Datafangstmodulet kræver kun en enkelt pop-up skærm per diabetespatient per år jf. beskrivelse i DAK B-projektet. Det er muligt at få modulet til fx hver tredje måned at angive hvilke diabetespatienter, der ikke har fået udfyldt en pop-up skærm inden for det sidste år. Herved vil selve modulet fungere som et follow-up system og derved overflødigøre indikator 2.

Når datafangstmodulet kan udbydes til praktiserende læger, anbefaler projektgruppen, at diabetesindikatorerne afprøves med dette modul for en større gruppe læger.

Det anbefales tillige, at der opbygges en database for indsamling af data, der efter nærmere aftaler kan videresende relevante data til NIP databasen.

Der bør udvikles yderligere (muligvis få) sygdomsspecifikke indikatorer, gerne i forbindelse med udarbejdelsen af DSAMs kliniske vejledninger.

8.2 Symptomspecifikke indikatorer

Uddybende beskrivelse: "[Dok 04 Hoste DAK A 2005](#)" og "[Dok 05 Hoste DAK A 2005](#)".

I forbindelse med udviklingen af sygdomsspecifikke kvalitetsindikatorer til almen praksis er spørgsmålet rejst, om det ikke ville være mere naturligt for almen praksis at anvende indikatorer for henvendelsesårsager frem for sygdomme.

Noget forenklet modtager sygehusafdelinger patienter, der er sorteret efter en diagnose, der er specifik for den pågældende afdelingstype.

Almen praksis modtager usorterede helbredsproblemer – symptomer – som henvendelsesårsag.

Denne forskel bør måske give sig udslag i de valgte indikatorområder.

I stedet for at udvikle indikatorer til almen praksis for fx demens kan det være mere relevant at udvikle indikatorer for håndteringen af henvendelsesårsager/henvendelsessymptomer, fx "kognitive forstyrrelser".

Det er dog ikke lykkedes at finde national eller international litteratur, der beskriver sådanne indikatorer.

For at vurdere, hvorvidt kvalitetsindikatorer kan udvikles for henvendelsesårsager, og om det er en farbar vej, har projektgruppen valgt at forsøge at udvikle indikatorer for henvendelsesårsagen

"hoste", idet det er det hyppigste enkelte symptom, der fører folk til læge.

8.2.1 Hoste

Der er gennemført et hosteprojekt af Henrik Schroll et al. på dette område i 1994 (11). I dette projekt tilkendegav praktiserende læger, at henvendelser med hoste af varighed mindre end en uge ofte skyldes forkølelse, trachobronkit og lungebetændelse, der hver bidrager med ca. 25%. Blandt de resterende 25 % af henvendelserne findes astma med 4 %. (Hvis hosten varer mere end en måned mener lægerne, at astma nu udgør 80 % af årsagerne til problemet. Mindre end 25 % vil have hoste af mere end tre ugers varighed. I projektet havde en praktiserende læge i løbet af 6½ måned i gennemsnit mødt 43 patienter med hoste som indgangssymptom, men registreringen var ikke komplet, så det drejer sig formentlig om mange flere.

Den initiale håndtering af hoste afhænger af, om det drejer sig om et barn eller en voksen, og om det er kortvarig eller langvarig hoste. Det synes derfor mest rationelt at bygge indikatorer op omkring disse fire situationer/ dimensioner.

Metode

Der er anvendt den tidligere beskrevne metode (en modificering af Manchestergruppens metode).

Der er dog i projektperioden kun gennemført fase 1 – 4 på grund af tidnød.

Ekspertpanelets sammensætning (bør udvides i det senere forløb).

Søren Friberg, Tina Eriksson, Mikkel Granlien, Niels Chr. Heebøll-Nielsen, Jens Søndergaard, Jesper Lundh, Henrik Schroll, Henrik Dibbern og Poul Brix Jensen.

Resultater

Foreløbige præliminært valgte indikatoremner

Registreringsvariabel	Beskrivelse
Registrering af patienter med symptomet hoste	Patienter med symptomet hoste registreres/kodes (R05). Oplysning om varighed registreres. Variablen opgøres med antal registrerede i en given periode per 1.000 tilmeldte patienter. Korrektion for prognostiske faktorer som køn og alder skal overvejes.
Indikatoremne	Indikatorbeskrivelse (foreløbig)
1. Aftalt kontrol ved langvarig hoste, dvs. hoste mere end xx uger	Andel patienter med hoste mere end xx uger, hvor der foreligger råd om kontrol, hvis hosten vedvarer.
2. Undersøgelse hos skolebørn (6 – 15 år) med langvarig hoste og/eller recidiverende hoste (mere end xx uger)	Antal børn med hoste mere end xx uger, hvor der senest yde (mangler der ikke noget her?) Mangler noget
3. Rtg. Af Thorax hos voksne (15+årige) med langvarig hoste	Andel voksne uden tidligere påvist lungecancer og med hoste mere end xx uger, hvor der senest efter xx uger eller inden for xx uger forud foreligger et resultat af rtg. af thorax
4. Spirometri hos voksne (15+årige) med langvarig hoste	Andel voksne uden tidligere påvist KOL og med hoste mere end xx uger eller inden for xx uger forud, hvor der senest efter xx uger foreligger et resultat af spirometri.
5. Behandling med ACE-hæmmere hos voksne (15+årige) med langvarig hoste	Andel voksne med hoste i mere end xx uger behandlet med ACE-hæmmere, der har fået seponeret disse eller ordineret reduceret dosis.
6. Ældre voksne (65+årige) med langvarig hoste	Andel ældre voksne med hoste i mere end xx uger, hvor spirometri og rtg. af thorax er normalt, og hvor der inden xx uger foreligger svar fra ekkokardiografi eller BNP (Brain natriuretic peptid).
7. Udsættelse for rygning	Andel patienter med hoste uanset varighed, hvor rygestatus er angivet i journalen
8. Småbørn (0-5 år) med	Andel småbørn med hoste mere end xx uger, hvor der

langvarig hoste	foreligger mindst én afkrydsning i skema.
-----------------	---

8.2.2 Diskussion og konklusion

Projektgruppen anbefaler, at arbejdet med hoste fortsætter efter projektperiodens udløb.

Der skal på de valgte indikatorer udføres en litteratursøgning og beskrivelse af eventuel evidens. Hvor der ikke findes evidens, skal en strategisk udvalgt ekspertgruppe opnå evidens, hvis indikatoren skal anvendes.

En nøje databeskrivelse og en beskrivelse af, hvordan data kan indsamles i et datafangstmodul, skal udføres. Indikatorer, hvor data ikke kan indsamles, eller hvor dette vil være urimeligt tidskrævende, skal ikke medtages i det endelige sæt.

Endelig accept af indikatorsættet skal ske gennem afholdelse af et dagmøde i den valgte ekspertgruppe, jævnfør metodebeskrivelsen.

De endeligt valgte indikatorer skal pilotafprøves i 8 – 10 lægepraksis, der på baggrund af egne data skal vurdere relevansen og validiteten af de valgte indikatorer.

Projektgruppen foreslår, at der siden forsøges udviklet indikatorer for andre symptomer/ henvendelsesårsager.

8.3 Generelle indikatorer

Ofte benyttes termen generiske indikatorer. Dette betyder, at de er gældende for alle tilstande og sygdomme, man møder. Dette kan være lige vel ambitiøst. Derfor benyttes her termen generelle indikatorer, der betyder, at de er gældende for større grupper af tilstande og sygdomme. Dette udelukker ikke, at nogle af disse indikatorer reelt er generiske.

8.3.1 DanPEP

En del af DAK A-projektets kommissorium var at vurdere, hvorvidt DanPEP-spørgeskemaet kunne anvendes som generelle indikatorer.

Projektet er udført i samarbejde mellem Hanne Heje og Peter Vedsted, Almenmedicinsk Forskningsenhed, Århus, DAK C-projektet ved Peder Olesgaard og DAK A-projektet ved Poul Brix Jensen.

Siden 1993 har man i en europæisk forskergruppe arbejdet med udviklingen af et spørgeskema til patientvurdering af aspekter af arbejdet i almen praksis. Målet har været at udvikle et velvalideret spørgeskema til brug blandt voksne patienter. Danske forskere tilknyttet Forskningsenheden for Almen Medicin i Århus har deltaget i denne arbejdsgruppe. Arbejdet har resulteret i et fælleseuropæisk skema indeholdende 23 spørgsmål til belysning af følgende fem aspekter af almen praksis: den lægefaglige ydelse, læge-patient-forholdet, information og støtte, tilgængelighed samt organisering af ydelser (12).

Over 600 læger i Danmark er allerede blevet evalueret. Over 80 % af de inkluderede patienter har svaret på spørgeskemaet (over 30.000 besvarede spørgeskemaer).

Evalueringen foregår ved en spørgeskemaundersøgelse blandt patienter, der konsulterer praksis i en given periode. Lægen udleverer 100 spørgeskemaer til 100 konsekutive patienter, der opfylder nogle få kriterier.

Patienterne sender de besvarede skemaer til Forskningsenheden for Almen Praksis, hvor skemaerne bliver behandlet.

Lægen får en personlig rapport med sine patienters vurdering samt aggregerede data for de deltagende læger i amtet, så han har mulighed for at sammenligne og perspektivere sit resultat.

Alle rapporter udsendes samtidigt af hensyn til sammenligningen med de øvrige deltagende læger i amtet. Umiddelbart herefter bliver der holdt et møde, hvor rapporterne gennemgås, og de generelle resultater og tendenser fra evalueringen præsenteres.

Protokollen for DanPEP kan ses på: www.danpep.dk

DanPEP spørgsmålene kan findes på "[Dok 06 Danpep DAK A 2005](#)"

På baggrund af en analyse udført af Vedsted et al (13) fandt man ved en statistisk vurdering, at 14 af de 23 DANPEP spørgsmål giver svar på patientens vurdering af

1. Lægens empati.
2. Lægens håndtering af kerneydelsen.
3. Lægens tilgængelighed.

Formål

At vurdere, om lægens empati, lægens håndtering af kerneydelsen og lægens tilgængelighed

målt ved 14 udvalgte og validerede spørgsmål fra DanPEP projektet kan anvendes og bruges af praktiserende læger som kvalitetsindikatorer i almen praksis.

Metode

Der blev udpeget en gruppe strategisk udvalgte praktiserende læger på i alt 12.

Heraf var de seks, læger der havde deltaget i en DANPEP-undersøgelse (i Frederiksborg amt): Niels Chr. Heebøll-Nielsen, Bent Neergaard, Tyge Krabbe, Marie Louise Wegman og Jesper Lundh.

De sidste seks læger havde aldrig deltaget i en DanPEP-undersøgelse (de var fra Storstrøms og Københavns amter): Kirsten Vinsand, Aase T. Jacobsen, John Albrechtsen, Mette Ulsø, Per Nilsson og Jette Elbrønd.

Som moderatører deltog Morten Freil (Enheden for Brugerundersøgelser, Amtssygehuset i Glostrup), Hanne Heje (DanPEP, Forskningsenheden Århus) og Poul Brix Jensen (DAK A-projektet).

Anonymiserede data fordelt på anonyme læger i to amter, som tidligere er indsamlet i DanPEP undersøgelsen. Data blev opgjort på de tre spørgsmål (yderligere beskrivelse: "[Dok 07 Danpep DAK A 2005](#)")

Der blev udregnet tre værdier for en anonym evalueret læge – Det samme tal blev forelagt alle deltagere. Der blev givet et sammenligningstal, som var amts gennemsnittet for det amt, den anonyme læge praktiserede i.

Herefter mødtes deltagerne i et heldagsmøde.

Resultat

Yderligere beskrivelse "[Dok 08 Danpep DAK A 2005](#)".

Deltagerne fandt, at det fremsendte materiale ikke var godt nok til at være et "værktøj", der kan bruges.

Indikatoren "lægens tilgængelighed" er nok den indikator, som de deltagende praktiserende læger fandt mest anvendelig.

Der var enighed om, at patientevalueringer af almen praksis er et område, der skal anvendes til kvalitetsudvikling og også til udvikling af indikatorer.

Der var samtidigt enighed om, at der bør udvikles andre indikatorer, da DanPEP-spørgsmålene ikke er egnede hertil. Det skal være mindre personlige indikatorer i forhold til lægen. Indikatorer for patientperspektivet skal være mere neutrale og dermed lettere at agere på.

Selve DanPEP-projektet bør fortsætte på frivillig basis.

8.3.2 Henvisninger og epikriser

Yderligere beskrivelse:

Protokol "[Dok 09 henv&epi DAK A 2004](#)".

Registreringsskema ex. henvisning "[Dok 10 henv&epi registr afd](#)".

Registreringsskema ex. epikrise "[Dok 11 henv&epi registr pko](#)".

Spørgeskema ex. Praksiskonsulent "[Dok 12 henv&epi.spsk pko](#)".

Spørgeskema resultat "[Dok 13 henv&epi resultat](#)".

Resultatet af undersøgelsen kan ses på www.dgma.dk

Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) og Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprojekt (DAK) projekt A (indikatorprojektet) og projekt D ("Shared Care" projektet) indgik i et samarbejde om at udvikle standarder og indikatorer for det gode patientforløb, der beskriver aspekter af samarbejdet mellem sygehusafdeling og almen praksis.

Projektgruppe

DAK: Poul Brix Jensen og Lars Rytter,

DGMA: Lisbeth Rasmussen, Jørgen Steen Andersen, Mette Ravnholt

Praksiskonsulentordningen: Jens Rubak.

Formål

1) At afprøve standarder og indikatorer på to områder (skriftlig henvisning og epikrise), der belyser væsentlige kvalitetsaspekter i samarbejdet mellem almen praksis og sygehusafdelinger.

2) At afprøve et indicatorsæt for henholdsvis skriftlig henvisning og epikrise med hensyn til:

- Kvaliteten af de meddelte data. Det vil sige datas relevans og anvendelighed for den modtagende instans (henholdsvis sygehusafdeling og praktiserende læge).
- Om resultaterne kan inducere kvalitetsforbedringer i samarbejdet mellem almen praksis og sygehus, dels ved at give anledning til fornuftige drøftelser om kvalitetstiltag lokalt, dels ved at gentagelse af undersøgelsen viser bedre kvalitet.

Metode

1. Udvikling af indikatorer: Projektgruppen tog udgangspunkt i tidligere udviklede krav til henvisning og epikrise i et samarbejde mellem DGMA og praksiskonsulentordningen.

2. Invitation til alle medicinske og kirurgiske afdelingsledelser og praksiskonsulenter.
3. Indsamling af data på 50 konsekutive henvisninger og 50 konsekutive epikriser for hver deltagende afdeling og praksiskonsulent og vurdering på baggrund af udarbejdet spørgeskema. "Modtageren", den visiterende overlæge, vurderede henvisninger og praksiskonsulenten vurderede epikriser.
4. Dataanalyse og feedback til afdelinger og praksiskonsulenter.
5. Publicering af resultater.
6. To måneder efter publiceringen af resultater udsendte vi et spørgeskema til de deltagende afdelinger og praksiskonsulenter, der omhandlede den nytte de deltagende fagpersoner (praksiskonsulenter, visiterende overlæger og ledende overlæger) vurderer, at deltagelse i undersøgelsen havde.
7. Dataanalyse og publicering af resultaterne af de besvarede spørgeskemaer.

Resultater

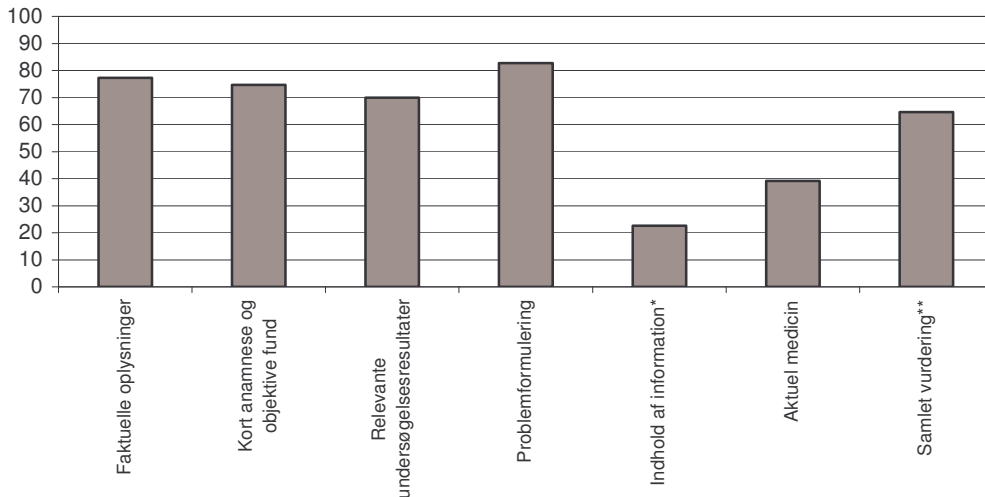
Valgte indikatoremner for henvisning og epikrise:

Epikriser skal indeholde oplysninger om følgende delindikatorer:	Henvisninger skal indeholde oplysninger om følgende delindikatorer:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Henvisningsdiagnoser/-årsager 2. Fund og endelige diagnoser 3. Resumé af undersøgelses- og behandlingsforløbet 4. Behov for opfølgning fremgår 5. Medicinstatus 6. Oplysninger om information givet til patienten 7. Samlet vurdering af epikrisen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faktuelle oplysninger (telefonnummer, evt. kontaktperson, evt. tolk, læsbarhed) 2. Kort anamnese og objektive fund 3. Relevante undersøgelsesresultater 4. Problemformulering, herunder egen læges samlede vurdering og evt. prioriteringsønsker 5. Indhold af information til patient/pårørende 6. Aktuel medicin 7. Samlet vurdering af henvisningen

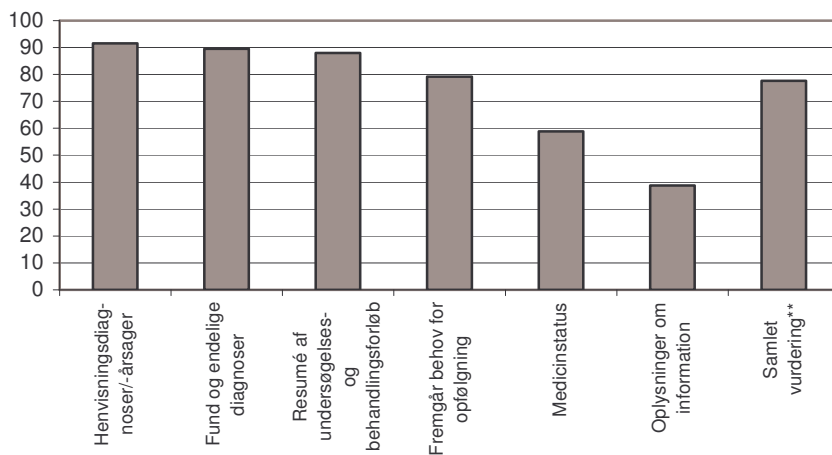
Delindikatorerne 1-6 blev vurderet ud fra følgende svarmuligheder: *Ikke angivet – mangelfuldt angivet – tilfredsstillende angivet*. For enkelte delindikatorer var det desuden muligt at svare *Ikke relevant*. Den samlede vurdering blev vurderet ud fra følgende svarmuligheder: *Ikke tilfredsstillende – mindre tilfredsstillende – tilfredsstillende – meget tilfredsstillende*

Invitation blev sendt til 283 afdelinger inden for otte lægelige specialer. I alt 55 afdelinger og praksiskonsulenter inden for seks specialer har deltaget. På landsplan er gennemgået 2599 henvisninger og 2719 epikriser.

Tilfredshed med delindikatorerne i henvisninger



Tilfredshed med delindikatorerne i epikriser



Spørgeskemaundersøgelsen:

Svarprocenterne for praksis-konsulenter og afdelinger var hhv. 89% (N 49) og 93% (N 52).

98% af respondenterne fandt at fokus på henvisninger og epikriser var relevant – 46% endog meget relevant, uden signifikant forskel mellem visiterende overlæger og praksiskonsulenter.

Spørgsmålet om deltagerne fik information fra undersøgelsen som de fandt nyttig svarede 86% bekræftende og 19% fandt "i høj grad" information fra undersøgelsen nyttig. Heller ikke her var der signifikante forskelle mellem de adspurgte faggrupper 15 % oplyste, at der intet var sket.

75% oplyste, at man havde diskuteret resultaterne.

41% svarede, at der allerede var gennemført konkrete initiativer.

Diskussion og konklusion

De deltagende visiterende overlæger og praksiskonsulenter har fundet de valgte indikatorer for henholdsvis henvisning og epikrise relevante.

Tidsforbruget med at vurdere henvisningerne og epikriserne synes overkommeligt. Det gennemsnitlige tidsforbrug for praksiskonsulenten var tre timer. I eventuelle

fremtidige opgørelser er 25 konsekutive henvisninger og epikriser måske tilstrækkeligt. Dette vil reducere tidsforbruget yderligere.

Det skal understreges, at tilfredsheden med de enkelte indikatorer afspejler flere forhold. Dels kvaliteten (anvendeligheden) af henvisning/epikrise, dels de vurderende lægers krav og forventninger og dels arten og graden af de henviste/udskrevne patienters sygdom. Variationen er således ikke alene udtryk for forskelle i kvalitet. Opgørelsen er først og fremmest til inspiration for deltagernes kvalitetsudvikling af det tværsektorielle samarbejde. Fortolkning af den fundne variation kan derfor kun foretages af den enkelte afdeling og praksiskonsulent.

Resultaterne viser, at indikatorerne diskriminerer godt og afslører områder med forbedringspotentiale. Både for henvisninger og epikriser gælder det især, at der vedrørende medicinstatus og oplysninger om information til patienten synes at være et betydeligt forbedringspotentiale.

Resultatet af dataindsamling for de valgte indikatorer ser ud til at medføre initiativer til forbedring af kvaliteten.

8.4 Akutte uhensigtsmæssige indlæggelser, AUI

Yderligere oplysninger:

DGMA protokol: "[Dok 14 DGMA AUI protokol](#)".

DAK A-rapport om AUI: "[Dok 15 referat AUI DAK A 2004](#)".

Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) gennemførte i samarbejde med to medicinske afdelinger på henholdsvis Slagelse Sygehus og Amager hospital en undersøgelse i foråret 2004, der viste "akutte uhensigtsmæssige indlæggelser" efter "Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)" i en dansk kontekst efter gældende europæiske AEP-kriterier. AEP benyttes i flere europæiske lande til at bedømme hensigtsmæssigheden af indlæggelser. Resultatet er publiceret af Ishøy et al. (14). Den samlede andel af patienter, der blev indlagt akut uden et eller flere opfyldte AEP-kriterier (= uhensigtsmæssige akutte indlæggelser) udgjorde 19 %. Ifølge den lægelige vurdering kunne man, for 15 % af de medicinske patienter, have anvendt en alternativ løsning til den akutte indlæggelse.

Det vil være interessant, hvis sådanne undersøgelser og resultater kan anvendes som kvalitetsindikatorer for AUI og herved kan medvirke til reduktion af AUI, hvilket må anses for en kvalitetsforbedring (ikke dokumenteret).

AUI fortæller noget om samarbejdet og organisationen omkring akutte indlæggelser fra optageområdet for en medicinsk afdeling. AUI er afhængig af organisationen af afdelingen og internt mellem afdelingerne på sygehuset, organisationen af almen praksis og organisationen af primærkommunale tilbud.

Andelen af AUI kan således tænkes som en indikator for denne organisation og dette samarbejde.

Deltagere

Amager Hospital: Overlæge Thomas Gjørup og overlæge Jens Rasmussen

Praksiskonsulentordningen: Jørgen Kofoed, Erik Hau, Birgit Olsen og Jan Værnet

Slagelse Sygehus: ledende overlæge Bjørn Christau, overlæge Ole Wiemann, overlæge Henning Juhl, afdelingssygeplejerske Birgitte Larnkjær, Praksiskonsulent Henrik Kjærulff, praktiserende læge Annette Stærke.

Fra DGMA deltog projektleder Lisbeth Rasmussen og fra DAK A-projektet Poul Brix Jensen i begge projektgrupper.

Metode

Diskussion af anvendeligheden af opgørelser over AUI som indikatorer for samarbejdsmulighederne mellem medicinske afdelinger, sygehusledelse og praksiskonsulentordningen og alternative løsninger, der kan forhindre en AUI. Ideelt burde repræsentanter for primærkommunerne have deltaget.

Der blev afholdt to møder på henholdsvis Slagelse og Amager sygehuse.

Resultater

Der var enighed om, at AUI kan anvendes som en systemindikator, og at registrering kan medføre reduktion i antallet af AUI.

Praksiskonsulenterne var enige om, at det var nyttigt at inddrage PKO i en diskussion af resultater og løsning af disse.

Indikatoren giver således en nyttig og frugtbar diskussion.

Konklusion

Såfremt yderligere undersøgelser over akutte utilsigtede indlæggelser (AUI) gennemføres, bør praksiskonsulenterne, sygehusledelse og primærkommuner inddrages i en diskussion af forbedringsmodeller.

8.4.1 Hyppige brugere

Yderligere information:

["Dok 16 HB Synopsis"](#)

["Dok 17 HB registreringsskema indikator"](#)

["Dok 18 HB registreringsskema diagnoseklassificering"](#)

["Dok 19 HB resultater registrering"](#)

["Dok 20 HB Spørgeskema besvarelse"](#).

Vedsted (8) har undersøgt "hyppige brugere" i almen praksis dvs. de patienter, der hyppigst konsulterer egen læge.

Hyppige brugere (HB) udgør 3-4 % af den samlede patientpopulation, men er årsag til 30 % af sygesikringsydelse (15).

Andelen af HB i de enkelte praksis er meget varierende, idet den standardiserede andel varierer fra 1,6 til 27,8 % (faktor 17,4) (16).

Da hyppige brugere står for en relativ stor andel af den almenmedicinske omsorg, som lægen udøver, vil det også være hos hyppige brugere, at man med størst sandsynlighed vil finde kvalitetsbrud og basis for kvalitetsudvikling. Ved at identificere nogle hyppige brugere for lægen, kan man henlede lægens opmærksomhed på, at han hos disse patienter skal yde en særlig indsats, og dette kan tænkes at virke som en generel indikator. En hyppig bruger bliver altså en generel indikator for en række mere specifikke forhold såsom diagnostik, farmakologisk behandling og kontrol mv. Derudover vil en hyppig bruger også kunne gøre lægen opmærksom på forhold omkring adgang og brug af praksis, organisation og sundhedspædagogik.

På denne baggrund, og fordi dataindsamling for indikatoren alene kan ske ved registerdata, besluttede projektgruppen at gennemføre et lille pilotprojekt.

Projektgruppe

Peter Vedsted og Poul Brix Jensen

Formål

At undersøge, hvorvidt oplysninger til den praktiserende læge om hans/ hendes HB er relevant og anvendelig i almen praksis som en generel kvalitetsindikator.

Metode

I to amter udvalgte, med hjælp fra amternes kvalitetsudviklingskonsulenter, i alt 14 alment praktiserende læger. Af disse deltog ni i registreringen.

Via ydelsesregistrene udvalgte for hver læge fire hyppige brugere. Var der tale om kompagniskabspraksis, fortsattes, ind til den valgte læge havde fået fire af sine egne patienter.

Navne, CPR-numre og data fra ydelsesregistret blev givet til lægerne. I den følgende måned noterede lægen for hver patient særlige forhold omkring omsorgen. Dels forhold omkring kvaliteten af diagnostik, behandling, kontrol, rehabilitering, sundhedspædagogik mv. Desuden registrerede lægen i et særligt skema, den oplevede betydning af at have fået afsløret den hyppige bruger - altså, om det var en indikator.

Efter en måned skulle lægerne returnere en kopi af alle skemaer. To uger efter dette var det planlagt at arrangere et fælles møde, hvor der kunne dannes konsensus om anvendeligheden af hyppige brugere som indikator. Dette møde kunne dog af forskellige grunde ikke gennemføres inden for projektets tidsramme. I stedet fik deltagerne tilsendt et spørgeskema, de skulle udfylde.

Resultater

I alt 36 hyppige brugere blev inkluderet. For de hyppige brugere angav lægerne, at somatiske problemer udgjorde 60% af de hyppige brugeres samlede helbredsproblemer, de psykiske problemer 26% og de sociale 14%. 18 (50%) af de hyppige brugere havde somatiske, psykiske og sociale problemer samtidigt.

	Rigtigt	Neutral	Forkert
Sammenlignet med en typisk patient i almen praksis er denne patients problemer mere komplekse.	24 (67 %)	2 (6 %)	10 (28 %)
Omsorgen for denne patients somatiske problemer kunne efter dit skøn godt optimeres yderligere.	4 (11 %)	12 (33 %)	20 (56 %)
Omsorgen for denne patients psykiske problemer kunne efter dit skøn godt optimeres yderligere.	14 (38 %)	11 (31 %)	11 (31 %)
Omsorgen for denne patients sociale problemer kunne efter dit skøn godt optimeres yderligere.	9 (25 %)	9 (25 %)	18 (50 %)
Behandlingen med lægemidler hos denne patients kan efter dit skøn optimeres.	6 (17 %)	10 (28 %)	20 (55 %)
Forebyggelsen hos denne patient kan efter dit skøn optimeres.	10 (28 %)	10 (28 %)	16 (44 %)

I alt kunne der foretages en eller flere af ovennævnte optimeringer hos 50% af de hyppige brugere.

Det efterfølgende spørgeskema blev besvaret af otte af de ni deltagende læger (89 %) omfattende 32 registrerede patienter.

Undersøgelsen viste, at:

- 17 patienter (53 %) blev set af lægen indenfor de efterfølgende to måneder.
- 2 patienter (6 %) fik ændret behandling.
- Lægerne angav, at udpegning af HB hjalp til bedre behandling / omsorg: i nogen grad (3 læger), i ringe grad (4 læger), slet ikke (1 læge).
- Lægerne angav, at udpegning af HB medfører generelt øget opmærksomhed hos lægen: i nogen grad (3 læger), i ringe grad (4 læger), slet ikke (1 læge).
- På en skala fra 1–9 (1-3 uegnet, 4–6 muligt egnet, 7-9 egnet) angav lægerne et gennemsnit på 3,2 (fordelt på trin 1-5).

Konklusion

Omkring halvdelen af de hyppige brugere havde på samme tid både somatiske, psykiske og sociale aspekter i deres helbredsproblemer, og helbredsproblemerne hos hyppige brugere vurderedes for to tredjedele at være mere komplicerede end hos andre patienter. Hos halvdelen af de hyppige brugere var der basis for at optimere den almenmedicinske omsorg. Oftest for de psykiske problemer, forebyggelsen og de sociale problemer. For næsten hver femte kunne lægemiddelbrugen optimeres.

De deltagende læger fandt ikke, at udpegning af hyppige brugere var egnet til at skærpe opmærksomheden og heller ikke, at det højnede kvaliteten af behandlingen.

Der kræves yderligere forskning for at afdække, i hvilket omfang og hvordan hyppige brugere kan opfattes som en kvalitetsparameter.

9. Farmakologiske kvalitetsindikatorer

Yderligere information:

["Dok 21 Farmakologi HR projektbeskrivelse"](#)

["Dok 22 HR Farmakologi Artikel"](#).

Dette er ikke en del af DAK-projektet, men omtales, fordi det er et vigtigt område, hvor der i Danmark udvikles kvalitetsindikatorer.

Ph.d.-studerende Hanne Rasmussen arbejder med farmakologiske kvalitetsindikatorer.

I hendes ph.d.-afhandling vurderer praktiserende læger validiteten af forskellige indikatorer for behandling med NSAID. Afhandlingen forventes forsvaret efteråret 2005.

Der er udviklet en metode baseret på faktor-analyse til at sammenligne og skelne mellem registerbaserede indikatorer med henblik på at kunne udvælge et tilstrækkeligt antal indikatorer til at dække de relevante kvalitetsaspekter, men uden at medtage for mange.

Hanne Rasmussen et al har netop publiceret en artikel omhandlende kvalitetsindikatorer for NSAID (17). Konklusionen er, at praktiserende læger ikke betragter simple indikatorer baseret på aggregerede data på praksisniveau som egnede til at evaluere kvaliteten af ordinationer, men foretrækker indikatorer, der beror på kliniske data på patientniveau.

En efterfølgende artikel, der endnu ikke er publiceret, vil beskrive, hvordan man kan udvælge indikatorer på kvalificeret vis.

Konklusion

Der er behov for at udvikle gode, relevante og accepterede farmakologiske kvalitetsindikatorer. Hanne Rasmussen et al.'s forskningsresultater vil hjælpe os til at udvikle metoder hertil.

10. Fællesnordiske indikatorer for den primære sektor

Der er under Nordisk Ministerråd nedsat en nordisk arbejdsgruppe vedrørende indikatorer.

Arbejdsgruppens kommissorium:

”Det overordnede formål med arbejdsgruppens virksomhed er at medvirke til *afskaffelse af grænsehindre mellem de nordiske lande*. Ved at arbejde for at de målemetoder, der anvendes i de nordiske landes sundhedsvæsen, bliver sammenlignelige, er målet at give de nordiske borgere, politikere, sundhedspersonale og myndigheder mulighed for at vurdere og sammenligne ydelserne på tværs af de nordiske landegrænser.”

Der er under denne arbejdsgruppe oprettet seks undergrupper. Én af disse er ”Indikatorer vedrørende primærsektoren”. Poul Brix Jensen, der deltager i den nordiske arbejdsgruppe, er formand for denne gruppe.

Det er gruppens opgave at finde/ udvikle nogle få indikatorer (maks. 6-8), hvor der kan indsamles data fra alle eller næsten alle nordiske lande, der kan gøres til genstand for sammenligning på internationalt niveau og på tværs af nordiske landegrænser. Eventuelt også at beskrive indikatorer, hvor data kan forventes at foreligge indenfor nogle få år.

Følgende indikatorområder er præliminært valgt, og vil blive vurderet nærmere. Kun nogle få af disse forventes at blive valgt.

- MFR Vaccinationsrate af 12-årige.
- Influenzavaccination af voksne > 65 år
- Forbrug af antibiotika.
- Patientoplevet tilgængelighed baseret på EUROPEP.
- Tilgængelighed til praksis ved registrering af ventetider telefonisk og tidsbestilling.
- Provokerede kirurgiske aborter.
- Forekomst af caries hos 15-årige.
- Måling af HbA1c hos diabetespatienter.
- Diazepamforbrug mere end 4 uger hos samme patient.
- 4-6 måneder gamle børn der bliver ammet.
- Søgbare journaloptegnelser om tobaksforbrug.

Den metode, der anvendes, er en modifikation af den metode, der er beskrevet i DAK A-projektet.

Konklusion

Disse indikatorer er valgt med henblik på offentliggørelse. Data vil være på nationalt niveau. For almen praksis vil det betyde, at man inden for udvalgte kvalitetsområder vil kunne sammenligne almen praksis i Norden. Men på grund af den forskellige

organisation og kultur af primær sektor i Norden vil det kun være muligt at finde få indikatorer.

11. Forslag til videreudvikling af indikatorer

Perspektivering

DAK A-projektet om standarder og indikatorer er et pilotprojekt, der har vist, at det er muligt at udvikle såvel sygdomsspecifikke som generelle kvalitetsindikatorer for almen praksis, der accepteres af professionen. Der er her angivet en metode, der synes velegnet dertil.

Arbejdet med at udvikle symptomindikatorer bør fortsætte. Desuden bør indikatorer for lægemiddelordination udvikles.

Måling af kvalitetsindikatorer kan blive et godt redskab for den enkelte praktiserende læge til kvalitetsforbedringer af eget klinisk arbejde.

Der er dog nogle forudsætninger, der skal være opfyldte:

1. At der mere systematisk udvikles indikatorer, så de praktiserende læger får mulighed for at udvælge de områder, der er mest relevante for den enkelte praksis.
2. At indikatorerne af de praktiserende læger findes relevante.
3. At indsamling af data ikke belaster arbejdet i den kliniske hverdag.
4. At de praktiserende læger får mulighed for at sammenligne og diskutere resultaterne i mindre læringsgrupper.
5. At ejerskabet til data er klart og veldefineret.

Organisation

En driftsorganisation/ -enhed for udvikling af indikatorer. Denne kan være en del af en større organisation for kvalitetsudvikling af almen praksis.

Der bør oprettes en faglig styregruppe, der kan udpege relevante indikatorområder og sikre, at det faglige niveau er højt.

Til organisationen skal nogle kompetencer være tilknyttede eller tilgængelige. Det drejer sig om:

- Daglig ledelse.
- Sekretariatsbistand.
- Dokumentation (dokumentalist).
- Metodemæssig videnskabelig ekspertise.
- Tilknytning til database med feedback-funktioner.
- IT-ekspertise vedrørende datafangstmoduler.
- Epidemiologi.
- Samarbejde med regionale kvalitetsenheder ikke mindst vedrørende implementering.
- Samarbejde med andre lægelige kvalitetsudviklingsorganisationer som fx Den Nationale Kvalitetsmodel, DGMA og NIP.

Hvor mange indikatorer, der årligt kan udvikles, vil afhænge af de disponible ressourcer (humane og økonomiske) samt omfanget af de kompetencer, som organisationen kan "trække på".

Dataindsamling

En forudsætning for, at resultaterne af indikatormålinger kan anvendes, er, at der oprettes en national database med et fastlagt årligt driftsbudget, hvortil data kan opsamles og analyseres, og hvorfra der løbende kan gives feedback til deltagende læger. Forhold om ejerskab og på hvilket niveau og for hvem, data er tilgængelige, skal være klart defineret.

Implementering

Det er vigtigt, at det allerede i planlægningsfasen af en driftsorganisation for indikatorer beslutes, hvordan implementeringen af anvendelsen af indikatorer skal gennemføres.

Selve implementeringen skal foregå regionalt, hvor der derfor bør være regionale organisationer, med ansatte facilitatorer og efteruddannelsesvejledere, der kan sikre uddannelse af de praktiserende læger til at anvende indikatorer og hertil knyttede datafangstmoduler. Det skal endvidere sikres, at deltagende praktiserende læger kan tilknyttes en kollegial "læringsgruppe".

Regionalt bør der endvidere findes nogle kvalitetskonsulenter, der kan arbejde tæt sammen med "indikatororganisationen".

12. Foredrag og publikationer

1. Jensen PB. Præsentation af DAK-indikatorprojektet. Kvalitetsudviklingsudvalgene region Nord 13. januar 2004
2. Jensen PB. Præsentation af DAK-indikatorprojektet. Kvalitetsudviklingsudvalgene region Syd 3. februar 2004
3. Jensen PB. Præsentation af DAK-indikatorprojektet. Kvalitetsudviklingsudvalgene region Øst 9. marts 2004
4. Jensen PB. Orientering om indikatorprojektet. Møde med almenmedicinske forskningsmiljø, Panum. 13. april 2004.
5. Jensen PB. DAK-projektet standarder og indikatorer. Hvor er dette DAK-projekt på vej hen? Workshop. Temadag CKI 16. april 2004.
6. Jensen PB. Orientering om indikatorprojektet. Møde med almenmedicinske forskningsmiljø, Odense. 13. april 2004.
7. Jensen PB. Kvalitetsudvikling som en integreret del af den kliniske hverdag – hvordan? Hvordan skal kvalitetsarbejdet organiseres for at understøtte processen i almen praksis? Temadag Kvalitetsudviklingsudvalget for Vejle Amt. Vejle 4. oktober 2004.
8. Vedsted P "Hyppige brugere i almen praksis" er det en kvalitetsindikator? Workshop. Temadag CKI 13. april 2005
9. Shultz-Larsen P. Gennemgang og diskussion af diabetesindikatorer i almen praksis. Skal almen praksis og sygehusvæsenet have fælles Diabetesindikatorer? Workshop. Temadag CKI 13. april 2005

10. Jensen PB. Hvordan stimulerer vi kvaliteten af vores arbejde i almen praksis? Temadag for bloklæger ansat i H:S mandag d. 23/5 2005.
11. Rytter L, Jensen PB, Ravnholt MM, Andersen JS, Rasmussen L, Rubak J. Kvaliteten af henvisninger og epikriser. Practicus 2005.
12. Ravnholt M.M., Jensen P.B., Rasmussen L., Rytter L., Andersen J.S. A survey using generic quality indicators on referral and discharge letters. 14th Nordic Congress of General Practice. Stockholm, Sweden June 2005.
13. Jensen PB. Quality indicators for diabetic care in general practice. 14th Nordic Congress of General Practice. Stockholm, Sweden, June 2005.

13. Referencer

1. Marshall M, Cambell S, Hacker J, Roland M. Quality indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. The Nuffield Trust 2002. p 38-45)
2. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract 2000; 50: 882-7
3. Type2-Diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. CEMTV 2003
4. Type 2 diabetes i almen praksis. Diagnose og behandling. DSAM 2002
5. Olivarius NdF, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, Hørder M, Pedersen PA. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. BMJ 2001; 323: 1-9
6. Drivsholm TB, Frederiksen K, de Fine Olivarius N, Odegaard B, Kristensen JK. The prevalence of diabetes in Denmark. Development of a method for a registry-based assessment. Ugeskr Laeger. 2003 Jul 14;165(29):2887-91
7. Heje HN, Olesen F. Patients' evaluations as quality measurements in general practice. Ugeskr Laeger. 2002 Nov 11;164(46):5386-9
8. Vedsted P. Frequent attenders in general practice [PhD thesis]. Aarhus: Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, 2002
9. Type 2-diabetes I almen praksis. En evidensbaseret vejledning. Dansk selskab for almen medicin 2004.
- 10.14. Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. Medicinsk Teknologivurdering 2003; 5 (1).
11. Schroll H. Hosteprojektet. Et metodeudviklingsprojekt baseret på forløbsregistrering i Almen Praksis ved ICPC og brug af EDB-journaler. Odense Universitetsforlag 1994. ISBN 87 7838 023 5
12. Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. EQuIP, WONCA Region Europe, 2000.
13. Vedsted P. Heje HN. Olesen F. Statistical validation of the Danish EUROPEP questionnaire (DanPEP) on patient evaluation of general practice. Int J Qual Health Care. Indsendt.

14. Ishøy T, Qvist P, Rasmussen L, Gjørup T, Rasmussen JH, Christau B, Wiemann O. U hensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger. Ugeskr Læger 2005. 19;
15. Vedsted P, Østergaard I, Andersen KF, Olesen F. Hyppige brugere i almen praksis. Hvad der karakteriserer dem og forslag til håndtering. Ugeskr Læger 2002;164:4909-12.
16. Vedsted P, Sørensen HT, Nielsen JN, Olesen F. Variation in proportion of frequent attenders between Danish general practices. Scand J Public Health 2004;32:188-93.
17. Rasmussen HMR, Søndergaard J, Kampmann JP, Andersen Morten. General practitioners prefer prescribing indicators based on detailed information on individual patients: a Delphi study. Eur J Clin Pharmacol 2005; 61: 237-41.