

# **Kvalitet i almen praksis**

**Hvad kan måles – og hvordan?**

DAK-E

Den Almenmedicinske Kvalitets Enhed

## Indhold

<b>Forord ved Søren Friberg, DAK-projektets leder .....</b>	<b>3</b>
<b>Baggrund .....</b>	<b>4</b>
<b>Hvad kan måles? .....</b>	<b>4</b>
<b>Standarder og indikatorer for diabetes .....</b>	<b>4</b>
<b>Hvordan er standarderne og indikatorerne udviklet? .....</b>	<b>7</b>
<b>Hvorfor måle behandlingskvaliteten? .....</b>	<b>7</b>
<b>Hvad er og hvordan fungerer datafangst? .....</b>	<b>7</b>
<b>Hvilke krav stiller datafangst til dit elektroniske patientjournalssystem? .....</b>	<b>9</b>
<b>Hvor og hvordan behandles data? .....</b>	<b>9</b>
<b>Hvordan vurderer jeg resultaterne? .....</b>	<b>9</b>
<b>Fordele ved at måle behandlingskvalitet i egen praksis. ....</b>	<b>9</b>
<b>Behandlings- og risikostratificering – er det nyt? .....</b>	<b>10</b>
<b>Den praktiserende læge som tovholder. ....</b>	<b>12</b>

## Forord

*Ved Søren Friberg, leder af DAK-E.*

Denne pjece er først og fremmest skrevet til praktiserende læger, der skal deltage i arbejdet med at udvikle nye almenmedicinske indikatorer for god behandling og organisation.

Den er et forsøg på at give en kortfattet indføring i nogle af de mest almindelige begreber i forbindelse med kvalitetsmåling i almen praksis, idet diabetesbehandling bruges som eksempel. Sidst i pjecen findes et afsnit om begrebet risiko- eller behandlingsstratificering hvor formålet er ”Rette patient på rette sted”.

Det er ikke sigtet at beskrive forløbsydelsen i detaljer, idet denne bliver grundigt beskrevet andetsteds. I DAK-E er arbejdet med løbende at udvikle nye indikatorsæt på forskellige kliniske og organisatoriske områder centralt. Jeg håber og tror, at denne lille pjece vil sikre, at definitionen af de forskellige centrale begreber på området står klart, og at den vil vække interesse for dette vigtige arbejde blandt praktiserende læger.

## Kvaliteten i almen praksis - hvad kan måles og hvordan?

Af Tina Eriksson, Poul Brix, Jens Søndergaard, Claus Rendtorff og Lisbeth Rasmussen

Forfatterne var alle medlemmer af indikatorgruppen, som var en del af Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt (DAK-projektet) <sup>1</sup>.

### Baggrund

Landsoverenskomsten 2006 indfører en forløbsydelse for diabetesbehandling, som træder i kraft i løbet af 2007. For at kunne bruge ydelsen er det et krav, at den praktiserende læge arbejder med kvalitetsmåling af egne diabetespatienters behandling og forløb. Kvalitetsmålingerne skal registreres til en almenmedicinsk database. På længere sigt vil også andre sygdomsgrupper kunne kvalitetsmåles, og man vil kunne indføre lignende forløbsydelser for andre kroniske lidelser som eksempelvis KOL. Det forventes således, at alle praktiserende læger med tiden kommer til at anvende kvalitetsmåling i egen praksis, og der vil formentlig løbende blive udviklet nye indikatorer i almen praksis.

### Hvad kan måles?

Kvalitet i almen praksis er et komplekst begreb. Før behandlingskvaliteten i almen praksis måles, er det nødvendigt at gøre sig nogle tanker om, hvad kvalitet er. Derpå må man finde kvalitetsmål,

### Boks 1

#### ”Kvaliteten i almen praksis har aldrig været bedre, men det kan den blive!”

Dette citat af PLO's tidligere formand Jørgen Lassen kan stå som et motto for arbejdet med at måle kvalitet i almen praksis

der på acceptabel vis afspejler den kvalitet, man vil vurdere (boks 1).

For patienten er resultatet (bedring af tilstanden) altid det vigtigste, men det kan også være et fremskridt, at processen gennemføres, selvom man ikke umiddelbart kan måle virkningen på patienternes helbred (boks 2).

I denne sammenhæng anvendes nogle kvantitative mål for kvalitet, kaldet standarder og indikatorer (boks 3).

### Standarder og indikatorer for diabetes

Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprojekt (DAK) udviklede i 2004 et sæt standarder og indikatorer for diabetes til brug i almen praksis (boks 4). Det samme har det Nationale Indikator Projekt (NIP) gjort, men fælles for hospitalsvæsenet og almen praksis. I standarderne for almen praksis skal lægen aftale individuelle behandlingsmål med patienten og gennemføre livsstilssamtaler (ikke en del af hospitalsvæsenets standarder). I øvrigt er indikatorerne de samme.

I almen praksis er der formuleret standarder og indikatorer for diabetesbehandlingen på følgende områder:

- Reduktion af forhøjet HbA1c
- Blodtryksmåling
- Hypertensionsbehandling
- Individuelle behandlingsmål
- Livsstilssamtale

### Boks 2

#### Kvalitetsmåling – resultat, proces og struktur

**Resultatet** for patienten vil naturligvis altid være det vigtigste (fravær af diabetiske senkomplikationer), men ofte vil det være urealistisk at kunne måle dette inden for kort tid

I stedet vil man ofte måle **processen**. Hos diabetespatienter vil senkomplikationer reduceres, hvis HbA1c er under 8 %. Her vil et kvalitetsmål så være regelmæssigt at måle HbA1c på alle sine diabetespatienter og holde flest mulige under 8 %

**Strukturen** i behandlingen, dvs. hvordan kontrol og behandlingsforløb planlægges, kan ligeledes være et kvalitetsmål, f.eks. et system, der sikrer indkaldelse af patienter, der udebliver fra aftalte kontroller

En vigtig forudsætning for at anvende struktur- og procesmål er sammenhæng mellem disse og resultatet for patienten

### Boks 3

#### Definitioner på standard og indikator

##### Hvad er en standard?

##### En standard angiver krav til kvalitet

Standard for måling af HbA1c: Diabetespatienter skal have målt HbA1c minimum hvert halve år

Standard for resultat af

HbA1c-målingerne: HbA1c er under 8 %

##### Hvad er en indikator?

##### En målbar variabel, der anvendes til at måle kvalitet - altså i hvor høj grad, der leves op til den angivne standard

Måling af HbA1c som indikator: Andelen af registrerede patienter med diabetes i praksis, der inden for de seneste seks måneder har fået målt HbA1c

Resultat af HbA1c-målingerne som indikator: Andel af registrerede patienter med diabetes i praksis, hvor det sidst målte HbA1c er < 8 %

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

<sup>1</sup> DAK-projektet startede i 2003 på overenskomstparternes initiativ og omfattede initiativer på områderne indikatorudvikling, IT, patientforløb og patientperspektiver. Du kan læse mere om DAK-projektet i DAK's afslutningsrapporten.

**Boks 4****Diabetesindikatorer i almen praksis**

Indikator	Tæller	Nævner
Diabetes-registrering	Antal T90	Antal ptt. i praksis/1000
HbA1c (procesmål)	Antal T90, hvor der er undersøgt for HbA1c inden for de seneste 8 mdr.	Antal T90
Reduktion af forhøjet HbA1c	Antal T90, hvor HbA1c er < 8 % ved sidst foretagne måling	Antal T90
Blodtryk (procesmål)	Antal T90, hvor der er målt BT inden for de seneste 8 mdr.	Antal T90
Hypertensionsbehandling	Antal T90, hvor BT er <130/80 ved sidst foretagne BT-måling	Antal T90
Øjenundersøgelse	Antal T90, hvor øjenundersøgelse er afkrydset inden for de seneste 24 mdr.	Antal T90
Fodundersøgelse	Antal T90, hvor fodundersøgelse er afkrydset inden for de seneste 15 mdr.	Antal T90
Mikroalbuminuri	Antal T90, hvor der er undersøgt for mikroalbuminuri inden for de seneste 15 mdr.	Antal T90
Lipider (procesmål)	Antal T90, hvor der er foretaget måling af Se-cholesterol, LDL, HDL og triglycerider inden for de sidste 15 mdr.	Antal T90
Livsstilssamtale	Antal T90, hvor der inden for de seneste 15 mdr. er afholdt (og afkrydset for) samtale om kost, motion, rygning	Antal T90
Individuelle behandlingsmål	Antal T90, hvor der inden for de seneste 15 mdr. er aftalt (og afkrydset) mål for BT, HbA1c, lipider, vægt og medicingennemgang	Antal T90

I DAK-projektet er sigtet med at udvikle indikatorer, at den enkelte praktiserende læge og klinik kan bruge disse til læring og kvalitetsforbedring.

I boks 3 defineres standard og indikator med HbA1c som eksempel.

HbA1c er et godt mål for diabetespatienters blod-sukkerkontrol, og et HbA1c under 8 % er en acceptabel grænse med henblik på at nedsætte risikoen for diabetesrelaterede komplikationer<sup>2</sup>.

#### Hvordan er standarderne og indikatorerne udviklet?

Den anvendte metode er en modifikation af den, der er brugt i England til at udvikle indikatorer i almen praksis, og starter med, at man enes om et indikatorområde (f.eks. diabetes). Derefter udpeges en "indikatorgruppe" bestående af 10-14 praktiserende læger med forskellig baggrund.

Alle i indikatorgruppen kommer med forslag til mulige emner for indikatorer på baggrund af et oplæg fra projektlederen. Oftest fremkommer 40-60 forslag. Efterfølgende giver alle i gruppen en værdi ("rating") for, hvor relevant og troværdig hver enkelt indikator er som mål for kvaliteten. Der gives karakterer fra 1-9 (1-3 uegnet, 4-6 muligvis egnet og 7-9 egnet).

På baggrund af "ratingen" mødes gruppen til et heldagsmøde, hvor de endelige indikatorer udpeges (oftest 8-12 indikatorer).

Projektlederen beskriver – med støtte fra indikatorgruppen (e-mail-kommunikation) – de enkelte indikatorer og definerer standard, indikator og dataindsamling. Formål for læge og patient og den foreliggende dokumentation (evidens) for at bruge hver enkelt indikator beskrives også. Det

samlede resultat godkendes af indikatorgruppen (konsensus).

Metoden er relativt enkel at gennemføre og giver stor accept af de valgte indikatorer blandt praktiserende læger.

#### Hvorfor måle behandlingskvaliteten?

Hverdagens erfaringer viser, at vi ikke altid gør, som vi tror, vi gør. Det gælder også praktiserende læger. Det viser blandt andet en kortfattet opgørelse, som en af forfatterne bag denne brochure foretog i sin praksis (boks 5). Optimering af behandlingskvalitet med udgangspunkt i måling af standarder og indikatorer kommer både patient og læge til gavn, men skal foregå på en måde, så det ikke forstyrrer det daglige arbejde i praksis. Dette kan foregå automatisk ved datafangst i den praktiserende læges computer.

#### Hvad er og hvordan fungerer datafangst?

Moderne IT-teknologi kan trække data ud af vore journalføringssystemer og analysere dem, således at de bliver direkte anvendelige. Det sker i denne forbindelse ved hjælp af datafangstmodulet.

Datafangstmodulet er en elektronisk enhed, der efter lægens ønske kan installeres i ens eget IT-system. Modulet opsamler løbende data, uden lægen skal gøre noget aktivt. Hvis lægen melder sig til projekter, f.eks. en diabetesforløbsydelse, skal han en gang om året på et pop-up-vindue udfylde nogle supplerende spørgsmål om diabetesbehandlingen. Ud fra de indberettede data vil det blive muligt fra tilbageleverede rapporter at sammenligne egne patienters behandlingsdata med andre lægers, således at det bliver muligt

<sup>2</sup> Idealet er en HbA1c-værdi på under 6,1 %, men for patienter med mere fremskredet NIDDM er 8 % en rationel grænse med henblik på en intensivning af behandlingen.

**Boks 5****Vi lærte vore diabetespatienter at kende – og behandlingen er blevet bedre****Praktiserende læge Claus Rendtorff og praksissygeplejerske Anne Lene Rebling fortæller...**

I vores praksis på Vesterbro i København har vi siden 2000 haft et kartotek over vore godt 30 type-2-diabetikere. I kartoteket ligger en kopi af patientens vandrejournal. Hver tredje måned holdes en diabeteskonference i klinikken, hvor alle journaler gennemgås. Vi opdager derfor, hvis patienter udebliver fra de planlagte kontroller hos sygeplejersken

Vi har skærpet opmærksomheden på at overholde de rekommandationer, der er opridset i DSAM's diabetesvejledning. Det viste sig, at vi stillede os tilfredse med blodtryks- eller HbA1c-målinger, der ikke levede op til standarden. Vi blev enige med den enkelte patient om, "at det nok skal blive bedre". Diabeteskartoteket gav os overblik, så vi kunne fange en sådan brist i hverdagens kontrol

Gennem Claus Rendtorffs deltagelse i DAK's

indikatorgruppe blev vi opmærksomme på, at risikoen for diabetespatienter øges væsentligt ved HbA1c over 8 %

I løbet af det sidste halve år har vi fået bedre diabeteskontrol i kraft af en mere intens indsats over for disse patienter

Ved årsskiftet 2005-06 havde vi 12 patienter med HbA1c-niveau > 8 %. Tre patienter har ikke siden fået foretaget måling (udeblivelse, indlæggelse). En opgørelse i juni 2006 viste, at de ni resterende alle har fået reduceret HbA1c, seks af dem til under 8 %. Det gennemsnitlige HbA1c-niveau for alle ni var 10 % før interventionen og er nu faldet til 7,3 %

Generelt er der hos alle 30 patienter sket et fald i HbA1c-værdien, og vi mener, at det skyldes en generelt større opmærksomhed på at sikre lav HbA1c hos alle vore diabetespatienter

at identificere, hvor der kan ske forbedringer i behandlingen.

Danske lægers IT-systemer anvender nøgledata, der uanset lægesystem har et ensartet indhold, som ICPC-diagnoser, medicin, ydelser og laboratorieværdier. Datafangstmodulet henter automatisk disse data fra lægens IT-system – der samles ikke data fra lægens tekstdel af journalnotaterne. Hvis lægen selv melder sig til andre kvalitets- eller forskningsprojekter, kan det medføre, at der kommer et pop-up-vindue for hvert projekt. Det er dig som praktiserende læge, der afgør, hvilke projekter du vil indgå i.

Det forventes, at datafangstmodulet kan fungere i alle danske elektroniske patientjournalssystemer fra april 2007. Systemudbydere sørger for installation af datafangstmodulet og opkobling til Sundhedsdatanettet, som er et sikkert netværk, som ingen uvedkommende kan få adgang til.

**Hvilke krav stiller datafangst til dit elektroniske patientjournalssystem?**

Datafangstmodulet kræver, at det elektroniske patientjournalssystem er af nyere dato, da modulet i praksis ikke kan fungere i DOS-versioner. Du kan få oplysning om, hvorvidt dit system opfylder kravene, ved at henvende dig til din systemudbyder.

**Hvor og hvordan behandles data?**

Data sendes til en almen medicinsk database via Sundhedsdatanettet. Dansk AlmenMedicinske Database (DAMD) er en del af DAK-enheden og huses i Det Almen Medicinske Hus ved Syddansk Universitet i Odense. Her behandles data, og de returneres efterfølgende til den praktiserende

læge i bearbejdet form, så lægen kan bruge dem til egen læring og udvikling.

**Hvordan vurderer jeg resultaterne?**

De data, du modtager fra databasen, giver overblik over, hvilke af dine patienter der ikke opfylder standarderne. Data er personhenførbare, så du får mulighed for at kontakte de pågældende patienter og søge at forbedre behandlingen. Du får mulighed for at sortere data, så du kan finde de patienter, der f.eks. ikke har været til kontrol eller ikke opfylder de enkelte standarder.

Dine indikatormålinger gør det muligt at sammenligne din diabetesbehandling eller anden kronikerbehandling med den, der ydes i andre praksis, f.eks. i en 12-mandsgruppe. Der kan også sammenlignes med "best practice" (boks 6).

Hvor let du har ved at opnå målene for f.eks. HbA1c, afhænger både af behandlingen og andre forhold som sammensætningen af patientpopulationen – f.eks. med hensyn til alder, sociale forhold og uddannelsesniveau. Erfaringer viser, at det er muligt at forbedre behandlingen væsentligt gennem en målrettet indsats uanset praksistype.

**Fordele ved at måle behandlingskvalitet i egen praksis**

Indikatormålinger kan fremme en objektiv evaluering af kvalitet, således at du kan dokumentere den kvalitet, der ydes i din praksis.

Du får overblik over behandlingen af dine diabetespatienter og mulighed for at forbedre organisationen og rutinerne i din praksis, så patienterne får en systematisk opfølgning og kontakt. Derved kan du koncentrere din indsats om de patienter, der har

**Boks 6****Hvad er "best practice"?**

**Resultaterne fra den eller de praksis, der har de bedste resultater inden for det område, som forsøges evalueret**

Målet er at lære af de bedste og opnå gensidig erfaringsudveksling

det største behov. Det kan medføre færre uplanlagte og subakutte henvendelser. De mål, der indsamles ved kvalitetsvurderingen af dine kroniske syge patienter, kan anvendes til at risikostratificere patienterne.

**Behandlings- eller risikostratificering – er det nyt?**

I forløbsydelsen for diabetespatienter i landsoverenskomsten skal patienterne risikostratificeres<sup>3</sup>. Det er et nyt begreb ved behandling af kroniske patienter som f.eks. diabetespatienter, men praktiserende læger bruger faktisk risikostratificering dagligt.

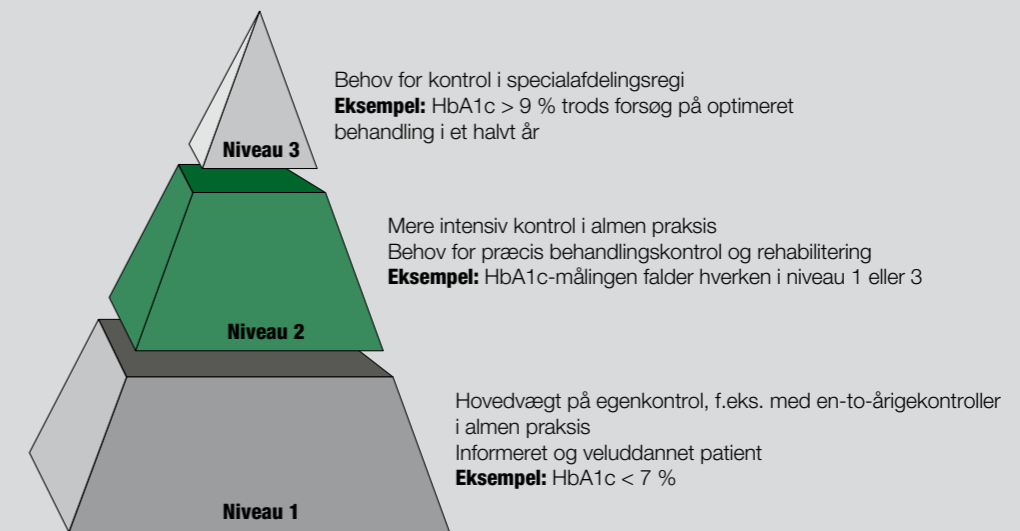
Har du en febril patient, vurderer du, om der er tale om en banal viral infektion eller en alvorligere infektion, og om vedkommende kan behandles i eget hjem eller skal indlægges. Det er risikostratificering. Det kan også udtrykkes som "rette patient på rette sted".

Sundhedsstyrelsens model for behandling af de store kroniske sygdomme opdeler patienterne i tre niveauer afhængig af risikoen for at udvikle komplikationer og behov for lægelig kompetence – risikostratificering (boks 7). Du (og i nogle tilfælde speciallægerne) skal stratificere diabetespatienter efter syv forskellige risikofaktorer (glykæmisk kontrol, metaboliske problemer, blodtryk, retinopati, den diabetiske fod, nefropati og hjerte-kar-syg-

dom). Stratificeringen skal i høj grad være *dynamisk*, da tilstanden kan forbedres, stabiliseres eller forværres. Der lægges vægt på, at patienterne i højere grad end tidligere inddrages i egen kontrol og behandling, hvor du og andre understøtter patientens egenomsorg.

Man taler om "Kronikerpyramiden", hvor niveau 3 er toppen af pyramiden, og niveau 1 er bunden (boks 7). For at en patient tilhører niveau 3 skal blot et af de nævnte kriterier være opfyldt (boks 8). For at tilhøre niveau 1 skal patientens sygdomsbehandling leve op til alle de kriterier, der er nævnt for niveau 1. De patienter, der hverken tilhører niveau 1 eller 3, hører til niveau 2. Når pop-up-vinduet for diabetes er udfyldt, er patienten automatisk risikostratificeret, og man får risikoniveauerne som en del af tilbagemeldingen.

For dig som praktiserende læge er det idealet at behandlingen af patienterne opfylder kriterierne for niveau 1. Patienter, der er i eller flytter sig til niveau 2 eller 3, har brug for intensiveret indsats eller henvises til sygehus/specialistkompetence. Det er derfor særligt disse patienter, som indsatsen koncentrerer sig om. Antallet af årlige kontroller og de individuelle behandlingsmål planlægges du i samarbejde med patienten under hensyntagen til bl.a. risikoniveau. Diabetesambulatorier vil anvende samme stratificeringskriterier til at sikre, at

**Boks 7****Risikostratificering**

**Eksempel:** En diabetespatient, der er velreguleret mht. lipider, HbA1c, blodtryk og med godt kendskab til egen sygdom. Er selv i stand til at kontrollere fastebloodsukker og hjemmeblodtryk. Han er derfor stratificeret til niveau 1  
På grund af nedsat fysisk aktivitet stiger fastebloodsukkeret. Patienten henvender sig til lægen, der konstaterer, at HbA1c er steget til over 8 %  
Nu er patienten i niveau 2 og skal følges tæt, indtil HbA1c er kommet under 7 % på antidiabetika og øget motion  
Herefter er patienten tilbage på niveau 1

**Eksempel:** En nyopdaget diabetespatient med BT >160/90. Øvrige risikofaktorer er i orden. Han bliver stratificeret til niveau 2  
Efter ½ år er BT fortsat for højt (150/90) trods antihypertensiv behandling. Han er derfor nu på niveau 3 og henvises til diabetesambulatorium. Det lykkes diabetesambulatoriet at få BT stabilt < 130/80 i 3-stofbehandling og uden væsentlige bivirkninger  
Patienten afsluttes fra ambulatoriet og er nu i niveau 2, hvor egen læge henviser patienten til motion på recept og diætist. Efter et vellykket forløb, der varer ½ år, stratificeres patienten til niveau 1

<sup>3</sup> Risikostratificeringsbegrebet involverer både primær- og sekundærsektoren. Termen "risikostratificering" er måske ikke helt valgt, idet der i grunden er tale om en opdeling af patienterne i forskellige grupper med forskellige behandlings- og kontrolbehov. Der har været forslag om termerne "behandlingsstratificering", "behandlingsniveau(deling)", "behovsniveau(deling)" og "behovsopdeling" som erstatning eller supplement af begrebet "risikostratificering".

**Boks 8****Kriterier for risikostratificering af diabetespatienter**

Patienten er i niveau 1, hvis alle kriterier er opfyldt, og i niveau 3, hvis bare ét kriterium er opfyldt.  
Patienter, der ikke opfylder alle kriterier i niveau 1 og ingen kriterier i niveau 3, er i niveau 2

	<b>Niveau 1</b>	<b>Niveau 2</b>	<b>Niveau 3</b>
<b>Glykæmisk kontrol efter intervention</b>	HbA1c < 7 %		HbA1c > 9 % trods forsøg på optimeret behandling i ½ år
<b>Metaboliske problemer i forbindelse med behandlingen</b>	Ingen	Svær insulinresistens	Tendens til alvorlige eller uventede hypoglykæmitilfælde. Stærkt svingende blodsukker
<b>Blodtryk</b>	<130/80		>160/90 trods forsøg på optimeret behandling i ½ år
<b>Retinopati</b>	Evt. simplex retinopati		Maculaødem eller proliferativ retinopati
<b>Den diabetiske fod</b>	Ingen	Tegn på neuropati eller arteriel insufficiens	Fodsår/gangræn/charcot og amputation
<b>Nefropati</b>	Ingen	Mikroalbuminuri	Makroalbuminuri/nefropati
<b>Hjertekarsygdom/storkarsygdom</b>	Ingen tilstedeværende hjertekarsygdom	Tilstedeværende hjertekarsygdom	

det er den rigtige patientgruppe, de behandler. Naturligvis vil der være patienter der af forskellige årsager falder udenfor denne stratificeringsmodel, undtagelserne skal dog i givet fald være velbegrundede.

**Den praktiserende læge som tovholder**

I Sundhedsstyrelsens model for kronisk sygdom

har den praktiserende læge en meget central rolle som tovholder for de kroniske forløb. Tovholderrollen indebærer, at du som patientens praktiserende læge samler alle relevante informationer vedrørende patienten, og at du er aktiv og indtager en opsøgende rolle over for dine kroniske patienter, når det er nødvendigt, og derved sikrer dine patienter den bedste kontrol og behandling.