

Bilag 1 til DSAM's hørings svar

Forslag til oplysninger om arbejdet i almen praksis.

Der er fra flere sider udtrykt ønske om mere kendskab til, hvad der sker i "maskinrummet" i almen praksis. Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, DAK-E, kan levere data fra Den Almenmedicinske Database (DAMD) til dette formål, men hvis faciliteten ønskes indført i større målestok vil det kræve tilførsel af nye resurser.

Overordnet skal patientnære kliniske kvalitetsindikatorer fra DAMD ikke benyttes til kvalitetskontrol og slet ikke til "pay-for-performance", som det er sket i England. Herved forringes kvaliteten af data, der skal benyttes til kvalitetsudvikling i egen klinik. Det er imidlertid muligt at finde kvalitetsindikatorer, der kan bruges som kvalitetskontrol, uden at det skader den kvalitetsudvikling, som data i DAMD giver ude i klinikkerne.

Der er et stort ønske om at kunne identificere data på ydernummer, men til mange planlægnings- og oversigtsformål, er det ofte bedre at have et geografisk overblik. Geografiske overblik kan gives på kommunalt niveau svarende til PLO kommunalt. Man kan også identificere praksis efter henvisningsmønster og dele praksis op i klynger efter hvilke afdelinger, de henviser til. Kvalitetsindikatorerne kan så opgøres på klyngeniveau og være et vigtigt redskab i dialog og planlægning mellem primær og sekundær sektoren.

GIS (Geographic Information Systems) er en anden metode til at få bedre oversigt over kliniske kvalitetsindikatorer. Her kobles data for den enkelte patient i anonymiseret form med et koordinatsæt, så det er muligt at se antallet af kroniske sygdomme fordelt på geografiske områder.

Hvis lægerne skal måles på praksisniveau, skal det være med procesindikatorer, som lægerne har direkte indflydelse på. Det kunne være mål som:

- Diagnosekodeprocent
- Hyppighed i anvendelse af kvalitetsrapporter
- Tilmelding til og levering af pop-up ved årskontrol (ikke antal eller andel, da det vil afhænge af patientcompliance)

På praksisniveau kunne man også levere antal af patienter med kroniske sygdomme (Diabetes, KOL, Hjertekarsygdom, Depression). Disse tal kan også leveres justeret i forhold til alder, køn og antal tilmeldte.

Disse tal kan suppleres med en oversigt på praksisniveau, hvor der udelukkende anvendes tal, som regionerne i forvejen har adgang til på klinik niveau, men ikke har sat systematisk op.

Det kan fx være oplysninger om ydelser, laboratorieværdier, recepter eller henvisninger. Eksempler på forskellige indikatorer på praksisniveau kunne være:

- Ydelser: antal lungefunktionsundersøgelser, forebyggelsesydelser, hjemmebesøg
- Laboratorieværdier: antal kolesterol- og HbA1c målinger
- Recepter: benzodiazepiner (beroligende), typer af morfika, typer af antibiotika.

Ovenstående forslag er baseret på data fra DAMD og Sygesikringsregisteret. Det er også muligt at aftale akkrediteringsmål, som ikke direkte kan hentes i datafangst, men som er baseret på en audit, der anvender DAMD data. Eksempler på dette:

- Plan for kontinuerlig gennemgang af patienter med kroniske sygdomme
- Målsætningsarbejde ud fra arbejde med kvalitetsrapporterne
- Plan for opfølgning af udeblevne patienter
- Plan for indkaldelse til vaccination
- Plan for opfølgning på kræftpatienter

Yderligere oplysninger hos DSAM v/ direktør Torsten Sørensen, 65326590, pts@dsam.dk eller hos DAK-E v/ konstitueret direktør Janus Laust Thomsen, 24600544, jlt@dadlnet.dk