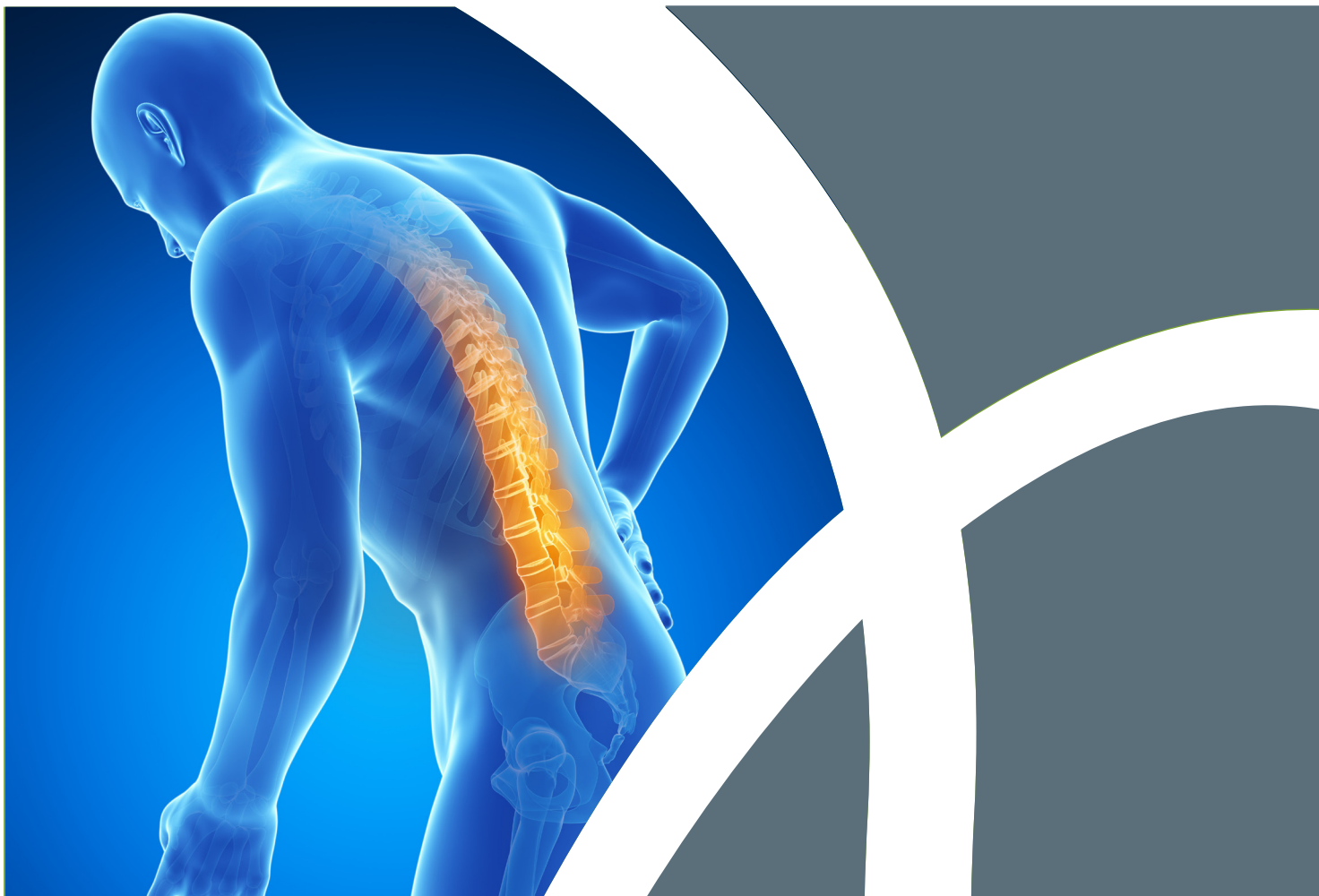


Rygmonitorering i Region Syddanmark

Rapport fra kronikerpuljeprojekt 2013



Peter Qvist, Center for Kvalitet, John Banke,
Praksisafdelingen

I. Baggrund og formål

Projektet er gennemført som led i den forstærkede indsats for patienter med kroniske sygdomme, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2010-2012 bevilgede særlige midler til. Projektet har taget udgangspunkt i Region Syddanmarks forløbsprogram for rygområdet, som beskriver regionens samlede indsats over for patienter med rygger (specielt lænderygproblemer).

I forløbsprogrammet lægges der op til monitorering af, om patienterne modtager de aftalte sundhedsfaglige tilbud til rette tid og i rette regi. En sådan monitorering forudsætter, at der foregår løbende registrering af relevante data. Disse data (indikatorer) skal afspejle væsentlige dele af indsatsen og give et overblik over kvaliteten af den samlede sundhedsfaglige indsats.

I forløbsprogrammet fokuseres særligt på indsatsen de første 2-3 måneder efter første henvendelse med akutte rygger i almen praksis. Formålet med dette projekt har været,

1. At udvikle et sæt af indikatorer til brug for kvalitetsmonitorering af den indledende udredning og behandling af patienter med lænderyg problemer i Region Syddanmark.
2. At udvikle et elektronisk datafangstmodul til registrering af de nødvendige registreringer (indikatordata)
3. At afprøve den kliniske anvendelighed af indikatorerne til kvalitetsudvikling i almen praksis

Projektet er et af de regionale projekter som er finansieret af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til sikring af en forstærket indsats overfor patienter med kronisk sygdom. Projektet er gennemført i samarbejde mellem Region Syddanmarks Center for Kvalitet og regionens Praksisafdeling.

II. Praktisk gennemførelse

Projektet har gennemløbet følgende **faser**:

1. Gennemgang af relevant litteratur med oversigt over eksisterende og/eller pilotafprøvede indikatordata
2. Nedsættelse af ekspertgruppe mhp. udarbejdelse af konkrete forslag til kvalitetsindikatorer
3. Gennemførelse af en høringsrunde mhp. efterfølgende fastlæggelse af et endeligt indikatorsæt til klinisk afprøvning
4. Udvikling af et datafangstmodul mhp. elektronisk indberetning af indikatordata
5. Klinisk afprøvning af de udviklede indikatorer med henblik på vurdering af såvel anvendeligheden af kvalitetsindikatorerne som den elektroniske løsning.

Ad fase 1. Indenfor almen praksis har man i regi af Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt (DAK¹) i 2006 udarbejdet forslag til nogle få indikatorer på området. Indikatorerne blev udarbejdet på baggrund af DSAM's kliniske vejledning. Et planlagt datafangstmodul er ikke efterfølgende blevet udviklet.

I 2009/10 udarbejdedes i regi af Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) i alt 9 indikatorer til brug for kiropraktor praksis. Arbejdet med fastlæggelse af indikatorerne har fulgt NIP's sædvanlige koncept – herunder med brug af evidensgraduering og udfærdigelse af dokumentalistrapport. Der foregik i

¹ En forløber for det nuværende DAK-E

2011-12 et tilsvarende arbejde på fysioterapiområdet. Erfaringerne fra disse projekter er indgået i det aktuelle arbejde, bl.a. via deltagelse af relevante fagpersoner i ekspertgruppen.

Den faglige baggrundslitteratur for dette projekt er ellers stort set identisk med den litteratur, der ligger til grund for udarbejdelsen af det regionale forløbsprogram og de nævnte NIP indikator projekter. Der er dog lagt speciel vægt på anbefalingerne i det regionale forløbsprogram.

Ad fase 2. Ekspertgruppen (bilag1) blev nedsat efter udpegning fra relevante faglige fora med deltagelse af fysioterapeuter, kiropraktorer og læger med samtidig hensyntagen til tværsektoriel repræsentation. Gruppen bestod af 12 personer – inklusive projektleder og en observatør fra region Nordjylland, hvor man også har haft særlig fokus på kvalitetsudvikling af rygområdet.

Der blev afholdt 3 møder med supplerende mailkorrespondance før og efter høringsrunden. I processen blev der taget udgangspunkt i den under pkt. 1 nævnte baggrundslitteratur suppleret med faglig erfaring fra ekspertgruppens deltagere. Man enedes om at begrænse sig til relativt få indikatorer til registrering i forbindelse med hver lægekonsultation de første 8 uger af forløbet (i alt op til 4 konsultationer).

Ad fase 3. Ekspertgruppen pegede på følgende høringsparter, som blev bedt om at respondere på det udsendte materiale (indikatorer + vejledning):

- Praksisudvalget i Region Syddanmark
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Rygcenteret, Middelfart
- Praksiskoordinator Lars Rytter, Region Hovedstaden
- Dansk Kiropraktorforening (DKF)
- DKF (kredsforeningen, Region Syddanmark, Dorthe Ziegler)
- Danske Fysioterapeuter (regionsformand Brian Errebo-Jensen),
- Fysioterapien, Region Syddanmark (SU-formand Tyge Sigsgaard Larsen)
- Det Nationale indikatorprojekt (NIP)
- DAK-E (Henrik Schroll)

Ad fase 4. Mhp. udvikling af datafangstmodul til elektronisk indberetning af indikatordata blev der indgået aftale med DAK-E, der i samarbejde med projektledelsen fandt frem til en løsning bestående af en enkelt pop up med fire faneblade beregnet på de maksimalt fire konsultationer i forløbet.

Ad fase 5. Delmålene med den kliniske afprøvning var at

1. Afklare hvor mange patienter, der præsenterer sig med nyopståede rygsymptomer ud af samtlige rygpatienter² i almen praksis. Kun patienter med nyopståede symptomer³ er omfattet af den del af forløbsprogrammet, der evalueres.
2. Afklare anvendeligheden af pop-up'er med flere faneblade til registrering af patientforløb, er det praktisk gennemførligt? (dette er ikke gjort før).
3. Afklare deltagende lægers oplevelse af den praktiske brug af sådanne pop-up'er

² Rygpatienter er i denne sammenhæng patienter, der kodes med ICPC: L02, L03, L84 og L86

³ "Nyopstået" inkluderer også patienter, der har en klar forværring i kendt ryglidelse og som ikke allerede er grundigt udredt

4. Afklare anvendeligheden af registreringerne (indikatorerne) til kvalitetsudvikling

De praktiserende læger i Region Syddanmark, der har anvendt en tidligere afprøvet rygpop-up vedrørende STarT stratificering, blev inviteret til at deltage i dette delprojekt.

1. Forventningen var, at hver deltagende praksis kan inkludere 1-2 patienter per uge i en 3 måneders periode, hvilket med 15 deltagende læger vil give ca. 300 inkluderede patienter i alt.
2. Data blev indberettet til Dansk Almenmedicinsk Database. Efter indhentet tilladelse til dataudtræk fra datatilsynet, leverede DAK-E bl.a. følgende data
 - a. Antal patienter, der blev inkluderet (relevant "L-diagnose", nyopståede gener)
 - b. Antal patienter, der blev ekskluderet (relevant "L-diagnose", kroniske gener)
 - c. Andelen af patienter, der får foretaget triage ved 1. konsultation
 - d. Andelen af patienter med 'røde flag', der henvises til videre udredning
 - e. Andelen af patienter, der er STarT stratificerede
 - f. Fordeling af patienter i stratificeringsniveau 1,2 og 3
 - g. Andelen af patienter, der blev viderehenvist til (anbefalet) undersøgelse og/eller specifik behandling i andet regi⁴
 - h. Andelen af patienter, der blev henvist til MR scanning
 - i. Andelen af patienter, der blev henvist til Rygcenter
3. Delprojektet vedrørende den kliniske afprøvning afsluttedes med et fælles møde med deltagende praksis. Det afsluttende møde havde karakter af et auditmøde. Da ikke alle deltagende praksis deltog ved auditmødet, blev data efterfølgende tilsendt praksis. Feedback fra deltagende praksis indgår i anbefalinger til fremtidig anvendelse og implementering af datafangstmodulet.

III. Resultater

Fase 1: Litteraturgennemgang.

Litteraturgennemgangen resulterede i et oplæg med forslag til en indikator bruttoliste, der sammen med forløbsprogrammet og tidligere afprøvede indikatorer blev brugt som baggrundsmateriale for ekspertgruppens arbejde.

Fase 2: Ekspertgruppens indikatorforslag

Ud fra bruttolisten med supplerende indikatorforslag fra gruppen blev hvert forslag grundigt diskuteret mhp. udvælgelse af en nettoliste ud fra på forhånd fastlagte kriterier. Indikatorlisten blev efterfølgende anvendt som basis for konkrete forslag til registreringer i en foreløbig ikke-elektronisk udgave. Denne ikke-elektroniske udgave blev sammen med indikatorliste og registreringsvejledning sendt ud til de udvalgte høringsparter.

Fase 3: Høringsrunden

Høringssvarene gav anledning til enkelte rettelser i det fremsendte materiale. På baggrund heraf udfærdigedes den endelige indikatorliste. Indikatorlisten (bilag 2) godkendtes af ekspertgruppen pr. mailkorrespondance.

⁴ Opgjort for hvert af de 3 stratificeringsniveauer

Fase 4: Udvikling af datafangstmodul

Pilottest af funktionaliteten af den elektroniske løsning indgik som en rutinemæssig del af udviklingen af datafangstmodul. Modulet blev efterfølgende stillet til rådighed for de praksis, der meldte sig til den kliniske afprøvning i fase 5.

Fase 4: Klinisk pilotafprøvning

De 15 deltagende praksis inkluderede i alt 233 patienter i løbet af en tre måneders periode. Dette var lidt mindre end forventet. Mulige årsager er anført under delmål 3.

Delmål 1 vedrørende akutte versus kroniske patienter:

I alt 204 patienter (47%) blev ekskluderet, da der ikke var tale om akut opståede gener. Dette svarer til, at ca. hver anden patient, der henvender sig i almen praksis med ryggerer, har akutte smerter. Forløbsprogrammets såkaldte 3-måneders program⁵ dækker således ca. halvdelen af henvendelser i almen praksis på rygområdet.

Delmål 2 vedrørende pop up løsningen:

Der viste sig at være flere problematikker i forbindelse med det nyudviklede koncept med en pop up løsning med flere faneblade. Det var bl.a. vanskeligt at tage højde for, at patienterne har forskellig anamneselængde⁶, hvilket har betydning for lægens valg af strategi (bl.a. tidspunkt for henvisning til videre behandling). Visse oplysninger (bl.a. aftaler om ny konsultation) viste sig at være vanskeligt brugbare pga. usikkerheder om ventetider på fx udredning eller fysioterapi. Tilbagemeldingen af data fra DAK-E gav også anledning til udfordringer i forhold til analyse og resultatfremstilling.

Delmål 3 vedrørende lægernes feed back på selve pop up'en:

Den generelle oplevelse var, at pop up'en var relativt let anvendelig – også set i forhold til andre pop up løsninger⁷. Tidsforbruget var begrænset, og det var ikke vanskeligt at få indarbejdet en rutine med udfyldelsen.

En væsentlig kritik af IT-løsningen var, at en udfyldt og sendt pop up ikke kan kaldes frem igen, og at dokumentationen i pop up'en ikke er integreret med lægernes journaler. Herudover savnedes en helt ensartet rubrik i alle faneblade vedrørende sendte henvisninger og andre konkrete tiltag i forbindelse med den enkelte konsultation.

Ved auditmødet diskuteredes endvidere ønsker til indhold og form af data feed back til den enkelte praksis (de såkaldte kvalitetsrapporter, som anvendes for bl.a. diabetes II).

Delmål 4 vedrørende anvendelse af resultater til kvalitetsudvikling:

Anvendeligheden af data til kvalitetsudvikling er afgørende i forhold til anbefalinger om fremtidig udvikling af kvalitetsmonitoreringen. Sammenlignes resultaterne af denne pilotafprøvning med anbefalingerne i forløbsprogrammet ses, at anbefalingerne på en række områder kun delvist er fulgt. Dette gav ved auditmødet anledning til livlige faglige diskussioner, hvilket tages til udtryk for, at data feed back af denne type udgør et godt grundlag for kritisk stillingtagen til egen klinisk praksis. Diskussionerne koncentreredes specielt om anvendelse af triagering og STarT stratificering som baggrund for klinisk beslutningstagning.

⁵ 3-måneders programmet har som overordnet målsætning at udgå udvikling af et akut rygproblem til en kronisk invaliderende tilstand

⁶ Forskelligt tidspunkt fra debut af symptomer til 1. lægebesøg

⁷ Deltagende praksis havde stort set alle erfaringer fra tidligere anvendte pop up

IV. Konklusioner og perspektivering

Det er i dette projekt lykkedes at udvikle kliniske indikatorer til monitorering af en væsentlig del af Region Syddanmarks forløbsprogram på rygområdet. Der er endvidere udviklet og afprøvet en pop up løsning til dataregistrering i almen praksis med flere faneblade til brug for registrering af indikatordata og tidsforløb i forhold til forløbsprogrammets anbefalinger⁸.

En evt. fremtidig videreførelse af de opnåede erfaringer i dette projekt vil kræve tilretning af pop up løsningen, udvikling af skabelon for data feed back til almen praksis og sikring af, at de opsamlede data kan integreres i lægernes journalsystemer.

I den udstrækning, man på kiropraktor- og fysioterapiområdet fremover registrerer egne indikatordata, bør registreringen i almen praksis og evt. i sekundærsektoren tilpasses tilsvarende. Det optimale ville være en fælles national registrering og kvalitetsopfølgning på området.

⁸ Analyse af tidsforløbet for den enkelte patient har ikke været en del af dette projekt

Bilag 1:

Rygindikatorgruppen, Region Syddanmark

Praktiserende læge Jørgen Graversen

Praktiserende læge Michael S. Schmidt

Fysioterapeut Flemming Pedersen

Kiropraktor Lisbeth Hartvigsen

Kiropraktor Alice Kongsted

Forsker Peter Kent.

Forsker Hanne Albert.

Fysioterapeut Lars Morsø

Lægefaglig konsulent John Banke

Overlæge Peter Qvist

Praktiserende læge Martin Bach Jensen.
(observatør, Region Nordjylland)

Bilag 2:

Indikatorliste for patienter med lænderygproblemer

Indikator nummer	Indikator	Tidspunkt for registrering ⁹	Nævner
1	Andelen af patienter, der får foretaget triage i forhold til "røde flag", rod-påvirkning og uspecifikke lændesmerter	T = 0	Alle patienter (med diagnoserne L02, L03, L84 eller L86)
2	Andelen af patienter <u>med</u> "røde flag", der er henvist til videre udredning	T = 0	Patienter med "røde flag"
3	Andelen af patienter <u>uden</u> "røde flag", der er henvist til videre udredning	T = 0	Patienter uden "røde flag"
4	Andelen af patienter, der er stratificeret i henhold til STarT	T = 0 eller 2	Som indikator 1
5	Andelen af patienter, der er henvist til/anbefalet udvidet undersøgelse eller specifik behandling	T = 2 eller 4	Patienter stratificeret til niveau 2 eller 3 ved STarT
6	Andelen af patienter, der er henvist til/anbefalet udvidet undersøgelse eller specifik behandling	T = 2 eller 4	Patienter stratificeret til niveau 1 ved STarT
7	Andelen af patienter, der er påbegyndt specifik behandling	T = 4 + 8	Patienter henvist til/anbefalet specifik behandling
8	Andelen af patienter, der er henvist til MR-scanning	T = 4 + 8	Patienter med uændrede eller forværede gener
9	Andelen af patienter, der er henvist til rygcenter	T = 4 + 8	Patienter med uændrede eller forværede gener

⁹ Tidspunktet T er angivet i enheden "uger" jfr. forløbsprogrammet. Indikatorlisten lægger op til, at der registreres i fire forskellige "pop up" ved T = 0, T = 2, T=4 og T = 8.

Vejledning

Generelt:

ICPC kodning med de i indikator 1 nævnte diagnoser udløser pop up registreringskema svarende til relevante tidspunkter i patientforløbet. Til sikring af ensartet registrering vil der for visse svarmuligheder, fx *Røde flag* og *Lændesmerter med rodpåvirkning* være en "forklaringsboble" med supplerende tekst taget fra forløbsprogrammet

Indikator 1:

Forløbsprogrammet foreskriver, at den væsentligste indsats ved T=0 er triage med vurdering af faresignaler mhp. evt. henvisning til videre udredning. **Målet** er at alle patienter ved T=0 får foretaget triage.

Indikator 2:

Den væsentligste konsekvens af den indledende triage er, at patienter med røde flag viderehenvises til videre udredning. Der kan være undtagelser, men **målet** er, at tæt på 100% af patienter med røde flag viderehenvises.

Indikator 3:

Bl.a. af ressourcemæssige grunde er det væsentligt, at patienter uden røde flag ved T=0 fortsat håndteres i almen praksis. **Målet** er derfor, at tæt på 0% af patienter uden røde flag henvises til videre udredning.

Indikator 4:

STarT stratificering kan foretages ved T=0 eller ved T=2, bl.a. afhængig af anamneselængde forud for første besøg i almen praksis. Stratificeringen har betydning for den videre håndtering af patienten. Målet er, at alle patienter senest ved T=2 får foretaget STarT stratificering.

Indikator 5:

De fleste patienter stratificeret til niveau 2 eller 3 ved STarT bør henvises til enten udvidet lænderyundersøgelse (ULRUS) eller til specifik behandling hos fysioterapeut, kiropraktor eller anden behandler. Der eksisterer i regionen ikke aktuelt særlige tilbud til niveau 3 patienter, derfor slås niveau 2 og 3 sammen i denne udgave af indikatorlisten. **Målet** er, at tæt på 100% af patienterne i niveau 2 eller 3 henvises senest ved T=4.

Indikator 6:

De fleste patienter stratificeret til niveau 1 ved STarT bør ikke henvises til udvidet lænderyundersøgelse (ULRUS) eller til specifik behandling hos fysioterapeut, kiropraktor eller anden behandler. **Målet** er derfor, at tæt på 0% af patienterne i niveau 1 bliver henvist.

Indikator 7:

Det er væsentligt, at de patienter, der er anbefalet – eller henvist til – udvidet undersøgelse eller specifik behandling, påbegynder behandling hurtigst muligt. **Målet** er, at tæt på 100% af henviste patienter er påbegyndt behandling senest ved T=8 (helst allerede ved T=4).

Indikator 8 og 9:

Patienter med uændrede eller forværrede gener bør henvises til rygcenter og/eller MR scanning senest ved T=8. Målet er, at tæt ved 100% af denne patientgruppe henvises ved T=8, mens kun få patienter (tæt ved 0%) henvises allerede ved T=4.