

Projektprotokol

Evaluering og monitorering af akutaftalen i Region Midtjylland

April 2012

Forskningsenheden for Almen Praksis



Baggrund for ændringer

I Region Midt varetages akutområdet af almen praksis/lægevagt, skadestue og akut medicinsk koordinering-vagtcentral (AMK) for 112-opkald. Denne struktur indebærer tre adskilte indgange til sundhedsvæsenet, og i tilfælde af behov for akut lægehjælp skal borgerne selv træffe beslutning om, hvor hjælpen mest relevant søges. Adgangen til akuthjælp skal i de fleste tilfælde forudgås af telefonisk kontakt til visitation, hvor behovet for hjælp vurderes. I skadestuen og AMK varetages visitationen af sygeplejersker og i lægevagten af praktiserende læger. Alle opgaver i lægevagten varetages af lægerne selv uden involvering af andet personale, når der ses bort fra ordningen i Lægevagten i Herning, Holstebro og Skive.

Afgrænsningen mellem de tre indgange er i princippet veldefinerede. Ved en akut opstået tilstand er der følgende overordnede inddeling: ved livstruende tilstande ringes 112, i tilfælde af større skader kontaktes skadestuen og i alle andre tilfælde kontaktes egen læge/lægevagten. Erfaringer viser dog, at det hyppigt forekommer, at opkald til de tre instanser ikke falder inden for de nævnte definitioner. F.eks. er brug af egen læge og lægevagt meget varierende i regionen og har formentlig bl.a. sammenhæng med afstanden til skadestue, idet man mener, at skadestuen i den østlige del af regionen i langt højere grad har været søgt til mindre skader sammenlignet med den vestlige del af regionen. Samtidig får både AMK og skadestuen henvendelser, som er mere relevante for lægevagten, og lægevagten får henvendelser, som er relevante for skadestuen og i nogle tilfælde også for 112. Der er dog ikke foretaget opgørelser af, hvor hyppigt dette forekommer, og der foreligger ikke viden om, hvilke typer af henvendelsesårsager, det drejer sig om, samt hvordan de mest optimalt og effektivt kan håndteres i det akutte sundhedsvæsen.

Der er nu i et samarbejde mellem PLO-Midt og Region Midt indgået en ny aftale på akutområde. Den skal indføres trinvis i løbet af 2012. Med aftalen om en ny struktur på akutområdet ønsker man at sikre befolkningen en enstrenget ind- og adgang til akuthjælp (bortset fra 112) ved at alle skal ringe til lægevagten uden for almindelig arbejdstid. Samtidig ønsker man at inddrage almen praksis som en integreret del af det akutte beredskab i dagtid bl.a. ved at opbygge et samarbejde mellem skadestuepersonale og lægevagt i lægevagtskonsultationerne.

Udenlandske erfaringer (ex. fra Storbritannien) har vist, at især ved akutte tilstande kan det have en uheldig effekt med flere indgange til sundhedsvæsenet, idet brugerne får sværere ved at navigere og finde den korrekte indgang i forhold til behovet. Samtidig kan indsatsen blive mindre effektiv, idet der er en tendens til, at sundhedstilbud af denne type vil blive benyttet maksimalt i befolkningen. Der er således flere gode grunde til at søge en mere enstrenget tilgang til sundhedsvæsenet ved akutte tilstande. Samtidig er det naturligt og relevant at monitorere og evaluere, hvilke effekter en sådan ændring medfører.

Væsentligste ændringer

Visitation

Alle akutte henvendelser skal gå via praktiserende læger – i dagtid til almen praksis og i vagttid til lægevagten, dvs. skadevisitationen bemandet af sygeplejersker nedlægges. Dog vil sygeplejersker bemande lægevagttelefonen i dagtid for henvendelser fra f.eks. turister og fra patienter, der fejlagtigt ringer til dette nummer i stedet for til egen læge.

Flere mindre skader samt henvendelser, der mest oplagt hører til almen praksis, forventes fremover at blive håndteret i almen praksis i dagtid henholdsvis i lægevagten i vagttid frem for at blive henvist til skadestue.

Konsultation

Lægevagtskonsultationerne bemannes med behandlersygeplejersker, som vil modtage og overvåge patienter i venteområdet, supportere vagtlægen og selvstændigt håndtere problemer inden for deres ansvarsområde. Der skal i konsultationsklinikkerne foreligge en skriftlig instruks og et flowdiagram for behandlingerne, og vagtlægerne skal have adgang til at konferere tvivlstilfælde med vagthavende i relevante specialer.

I *akutklinikkerne* i Grenå, Ringkøbing, Skive, Silkeborg og Holstebro udgør vagtlæger den lægefaglige back-up for behandlersygeplejerskerne i vagttid.

I *akutafdelingerne* i Aarhus, Viborg, Horsens, Randers og Gødstrup/Herning udgør vagtlæger ligeledes den lægefaglige back-up for behandlersygeplejerskerne i vagttid i de tilfælde, hvor patienterne er visiteret til konsultation i lægevagten, og hvor sygeplejerskerne supporterer vagtlægerne. I de tilfælde hvor sygeplejerskerne selvstændigt afslutter behandlingen, er de hospitalsansatte læger back-up for sygeplejerskerne.

Formålet med evaluering og monitorering

Formålet er at evaluere effekten af den nye akutaftale i Region Midtjylland på en række områder. Der skal således gennemføres en fremadrettet monitorering af aktiviteten i almen praksis og lægevagten, herunder opgørelser af ændringer i ydelser, patientflow, håndtering af mindre skader samt af tilgængelighed i almen praksis i dagtid. Evalueringen vil omhandle både ændringer i ydelsesmønster og i kvaliteten. Følgende områder vil blive undersøgt mht. ændringer i forbindelse med den nye akutaftale:

- Ændringer i ydelsesmønstre og patientflow for hele akutområdet
- Kvaliteten af visitationen
- Ændringer i organiseringen i den enkelte praksis herunder tilgængelighed for akutte henvendelser
- Den sygeplejebaserede aktivitet i lægevagten herunder interaktion med almenmedicinske læger
- Håndteringen af skader i almen praksis i dagtid og aktiviteten i almen praksis generelt
- Håndteringen af skader i lægevagten og aktiviteten i lægevagten generelt

Fremgangsmåde

Måling af ændringer i ydelser

Der foretages opgørelser af aktiviteten i almen praksis i dagtid, i lægevagten, i skadestuerne og 112-opkald. Ydelser i 2011 udgør baseline i sammenligning med ydelser i 2013. Registerdata fra Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret suppleret med specifikke data fra AMK om 112-opkald anvendes i undersøgelsen. På basis af registerdata opsættes analyser af proportioner af patienter, der primært ses i de enkelte akutfunktioner og efterfølgende ses i andre funktioner (patientflow). Dette foretages af regionen i samarbejde med Forskningsenheden, der skal være med til at definere, hvilke data, der søges. Data vil også blive tilgængelige for Forskningsenheden til analyser og præsentation.

Måling af ændringer i kvalitet

Der gennemføres evaluering af kvaliteten af visitationen i lægevagten, af tilgængelighed til egen læge, af samarbejdet i lægevagtskonsultationen og af behandlingen af de mindre skader mm. i almen praksis i dagtid og i lægevagten, som tidligere oftest blev henvist til behandling på skadestue. Hvor det er muligt, vil en undersøgelse både før og efter indførelse af akutaftalen blive gennemført.

1. Kvaliteten af visitation

Visitations-kvalitet omhandler i princippet sikkerhed såvel som effektivitet og patienttilfredshed.

En yderligere evaluering af effektiviteten af visitationen foretages ved at undersøge skadestuepatienters kontaktårsager før og efter indførelsen af akutaftalen. Det gøres ved gennemgang af patientjournaler og epikriser for et antal patienter og kan således foretages retrospektivt. En sådan undersøgelse vil kunne afdække, om der efter indførelse af akutaftalen sker en ændring i de patientkontakter og sundhedsproblemer, der visiteres til behandling på skadestuen.

2. Organisering af og tilgængelighed til almen praksis

Regionen planlægger at gennemføre en undersøgelse af tilgængelighed ved at lave telefonopkald til en række praksis før og efter indførelsen af akutaftalen. Resultaterne heraf vil også blive tilgængelige for Forskningsenheden i forbindelse med nærværende evaluering.

3. Den sygeplejeskebaserede aktivitet i lægevagten

Et vigtigt fokusområde for den ændrede akutfunktion i vagttid er inddragelsen af sygeplejefagligt personale i lægevagten og lægernes mulighed for at benytte de udvidede faciliteter i lægevagtskonsultationerne. Den sygeplejeskebaserede aktivitet får stor tidsmæssige udbredelse. Der vil endvidere komme nye diagnostiske muligheder – ex. måling af CRP, og det vil være vigtigt at monitorere, hvorledes disse ændring forløber. Der gennemføres derfor undersøgelser af lægernes og sygeplejerskernes evaluering af ordningen og samarbejdet, og der sikres data om aktiviteter. Dette gøres ved at indsamle basisoplysninger om aktiviteter i samarbejdet mellem læger og sygeplejersker og om omfanget af selvstændige aktiviteter afsluttet af sygeplejerske. Der gennemføres endvidere webbaseret spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker og læger.

4. Monitorering af aktivitet i almen praksis

Der etableres et antal monitoreringspraksis (ca. 20-30), der er repræsentative med hensyn til størrelse og geografisk beliggenhed. Pop-up-registrering integreres i de elektroniske journalsystemer. Dette er allerede etableret via datafangstmodulet fra Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed, DAK-E, i en forsøgsordning på Bornholm via Forskningsenheden. Med overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner fra 2012 er opkobling til datafangstmodulet blevet obligatorisk for praktiserende læger inden udgangen af 2013. Den etablerede datafangstfunktion kan udbygges med et projektmodul målrettet evaluering af indsatsen med den nye akutaftale i Region Midt. Data fra specifikke pop-up-registreringer indberettes til DAMD, hvorfra de videregives til Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus.

Optimalt skal denne dataindsamling finde sted både før og efter, således at man vil kunne monitorere ændringer i henvendelsesmønstret i almen praksis i dagtid. Det er dog ikke realistisk, at man kan nå dette før 1. september 2012.

For yderligere information ang. monitoreringspraksis samt forslag til pop-up skærm ang. behandling af mindre skader henvises til Bilag 1. Det er en udfordring at indhente data om episoder – som behandling af skader – som foregår relativt sjældent. Derfor arbejdes med en model, hvor der indsamles data om alle henvendelser til almen praksis, som resulterer i en konsultation samme dag. Derved opnås viden om akutte kontakter i almen praksis, hvori også skader vil indgå.

Der bliver også her – som ved data fra lægevagten – tale om aggregerede data. Således vil der ikke blive foretaget analyser med data, der vil være henførbare til enkelte læger.

Følgende data er relevante for monitoreringen af almen praksis:

Baggrundsinfo: Praksistype, antal ydernr, antal læger, personalesammensætning, organisering af akutarbejdet i praksis, tilgængelighed, antal tilmeldte patienter, patientfordeling mm.

Pop-up-registrering ved akutte konsultationer skal omfatte følgende:

Tidspunkt for kontakt, symptom og diagnose, patientens køn, alder, kontaktårsag, iværksat behandling, behandler, henvisning, varighed og tyngde af kontakten, afslutning, kontakt til skadestue i tvivlstilfælde mm.

5. Monitorering af aktivitet i lægevagten

I forbindelse med kontaktmønsterundersøgelse af lægevagten - LV-KOS 2010, blev der udviklet og integreret et pop-up-registreringsmodul i lægevagtens EDB-system. I kraft heraf er det muligt tilfældigt at udvælge tilfældige kontakter og sikre data om kontaktårsagerne i henvendelser til lægevagten og uddybende information om kontakterne i form af lægernes vurdering af diagnose, alvorlighed, relevans af kontakten og af visitationer mm. Denne funktionalitet kan aktiveres og udvikles med spørgsmål, som er relevante for evaluering af den nye akutaftale. Således kan der indhentes specifikke data fra lægerne om henvendelser, som skyldes skader.

Dataindsamlingen kan "tændes/slukkes" med passende mellemrum, således at man får et fortløbende indblik i udviklingen, og hvordan evt. interventioner giver effekt.

Følgende data er relevante for monitoreringen af lægevagten:

Pop-up-registrering ved skader skal omfatte følgende: Kontaktårsag, tidspunkt for kontakt, symptom og diagnose, patientens køn, alder, iværksat behandling, henvisning, varighed og tyngde af kontakten, afslutning, tlf-kontakt til skadestue i tvivlstilfælde mm.

Der skal søges finansiering til honorering af vagtlægerne for at besvare spørgeskemaer: Dette er ikke med i nærværende budget. Som alternativ kan der laves en analyse af udviklingen i brug af tillægsydelser i lægevagten. Dette vil kunne belyse omfanget skader behandlet ved lægevagten.

Perspektiver

Indarbejdelsen af datafangstmoduler i form af pop-up-spørgeskemaer i de udvalgte monitoreringspraksis og i lægevagten vil dokumentere hyppigheden af skader i almen praksis i dagtid og i lægevagten med detaljerede oplysninger, der er relevante i en klinisk sammenhæng såvel som i et sundhedspolitisk perspektiv. Disse datafangstmoduler vil ligeledes fremover give mulighed for at indhente ad-hoc data af høj kvalitet indenfor udvalgte områder, som ønskes belyst i kvalitetsudviklingsøjemed eller med henblik på monitorering og forskning. Det vil kunne supplere den viden, der rutinemæssigt indhentes via Sygesikringsregisteret og via det nationale datafangstmodul. Præliminære opgørelser fra kontaktmønsterundersøgelsen (LV-KOS 2010) viser, at ifølge vagtlægernes vurdering var op mod 30% af alle henvendelserne ikke relevante for lægevagten, men burde i stedet have været rettet til egen læge i dagtid. Det er et eksempel på et indsatsområde, som ville være relevant at undersøge nærmere og monitorere løbende for at følge udviklingen. Datafangstmodulerne giver endvidere mulighed for at validere den løbende registrering og de algoritmer mv., der udvikles på basis af registre og databaser.

Opgavefordeling

Regionen etablerer monitoreringspraksis og forestår indhentning af data til den registerbaserede måling af ændringer i ydelsesmønstre.

Forskningsenheden for Almen Praksis forestår kvalitetsevalueringerne i form af undersøgelse af kvaliteten af visitationen og af udvikling af pop-up-registreringer og indhentninger af data i samarbejde med hhv. DAK-E vedr. dagtid og vagtudvalg/EG Data Inform vedr. lægevagten.

Tidsplan

Indhentning af baselinedata:

- Undersøgelse af lægers og sygeplejerskers vurdering af visitationen på skadestuen foretages de sidste to uger i august.
- Spørgeskemaer om tilfredshed med visitation udsendes de sidste to uger i august
- Monitoreringspraksis oprettes og pop-up-registreringsmodulet i almen praksis samt registreringsmodulet i lægevagten udvikles snarest muligt – og ideelt set med henblik på start på dataindsamling 1. juni 2012.

Indhentning af data til sammenligning efter indførelse af akutaftalen:

- Vil foregå løbende. Det er en fordel at indsamle patientdata fra samme tidspunkt på året som baselinedata.

Se Bilag 3, figur med tidslinje

Afrapportering

Afrapportering vil ske i form af rapporter med passende intervaller baseret på registeroplysninger. Der laves en endelig rapport sommeren 2014, der er forudgået af løbende opgørelser, hvor det er relevant. Data afrapporteres endvidere videnskabeligt i forskningstidsskrifter.

Godkendelser

Projektet godkendes i Datatilsynet. Da projektet indebærer indhentning af personfølsomme data fra lægevagten, ansøges Sundhedsstyrelsen om godkendelse. Projektet indeholder ikke intervention eller brug af biologisk materiale fra patienterne, hvorfor projektet ikke forelægges den lokale Videnskabsetiske Komité. Projektet bedømmes i DSAMs udvalg for multipraksisundersøgelser.

Data opbevares som privat forskningsregister på Forskningsenheden for Almen Praksis efter vanlige procedurer.

Styregruppe

Fra:

Forskningsenheden for Almen Praksis	Grete Moth
	Flemming Bro
	Peter Vedsted
	Morten Bondo Christensen
	Linda Huibers

Region Midtjylland

PLO-Midtjylland

Bilag1

Budget

Post	2012 7 mdr.	2013 12 mdr.	2014 8 mdr.
Forskningsenheden for Almen Praksis			
Løn til forsker - deltid: 50%	155.500	267.500	183.500
Løn til junior forsker - deltid: 50%	132.500	226.500	155.500
Løn til statistiker – deltid: 20% (4 mdr.)	36.000	88.000	60.000
Løn til datamanager – deltid: 25% (4 mdr.)	39.000	120.000	82.000
Løn i alt	363.000	702.000	481.000
Udvikling of drift af software - lægevagten	50.000	0	0
Udvikling af software – DAK-E	25.000	0	0
Registerdata	40.000	40.000	40.000
Drift/kontorhold	17.000	30.000	20.000
I alt udvikling/drift	132.000	70.000	60.000
6 % adm.afgift, Danske Regioner	29.700	46.320	32.460
I alt for Forskningsenheden	524.700	818.320	573.460
Region Midt			
Etablering af monitoreringspraksis	?		
Drift/honorering af monitoreringspraksis	?	?	?
Ydelsesdata	?	?	?
I alt for Region Midt			

Bilag 2, Monitoreringspraksis og eksempel på pop-up spørgeskema til almen praksis

Der etableres 20-30 repræsentative praksis i regionen, der kan aktiveres ved behov for at lave registreringer/monitoreringer af aktiviteter i almen praksis. Det kan bruges både ved kvalitetsmålinger, evalueringsprojekter og til forskningsprojekter.

Deltagelse og indsamling af data i de enkelte praksis vil blive honoreret. For at få praksis med på idéen og opretholde deltagelsen er det vigtigt, at det evt. ekstra tidsforbrug ved registreringer holdes på et absolut minimum. Her har pop-up-modulet vist sin effektivitet. Der skal ikke bruges tid til at notere baggrundsoplysninger på patienten, da det automatisk også registreres.

Pop-up-skærmen kan aktiveres tilfældigt eller f.eks. efter bestemte ydelseskoder eller diagnosekoder. For at fordel belastningen ved registreringen kan skærmen endvidere aktiveres randomiseret ved ex. hver 5. af de relevante kontakter. Et inkluderings spørgsmål kan afgøre, om resten af spørgsmålene også kommer frem. Det forventes, at en registrering kan foretages på max. 2-3 minutter. Det svarer til, at praksis skal honoreres med beløbet for et 10 minutters modul for ca. 4-5 registreringer.

Eksempel på spørgsmål, der kan indgå i pop-up skærm ang. håndtering af mindre skader i praksis.

Skærm 1

Skyldes henvendelsen, at patienten er kommet til skade indenfor de sidste 24 timer?

- Ja
- Nej

Skærm 2

<p>Hvad er årsagen til henvendelsen?</p> <p>Skriv i tekstfeltet herunder:</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	<p>Burde patienten have været på skadestuen med sit problem?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ja, skaden kræver fagligt behandling på skadestuen<input type="radio"/> Ja, skaden er for ressourcekrævende for praksis<input type="radio"/> Nej, skaden kan behandles her i praksis
<p>Ville patienten være kommet på skadestuen i stedet for praksis før den nye akutaftale?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ja, patienten ville være visiteret telefonisk til skadestuen<input type="radio"/> Ja, hvis patienten kom her i praksis ville vi henvise til skadestuen<input type="radio"/> Nej	<p>Er det fagligt i orden at håndtere den aktuelle skade i praksis?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ja, kompetencen er i praksis<input type="radio"/> Ja, men det kræver efteruddannelse<input type="radio"/> Nej, det vil kræve kompetence, der rækker ud over praksis

Bilag 3

Tidslinje

