

Anne Sundvoll og Inge Kvalstad

**SEDA – Sentrale data fra
allmennlegetjenesten**
Sluttrapport fra pilotprosjektet

Rapporter

I denne serien publiseres statistiske analyser, metode- og modellbeskrivelser fra de enkelte forsknings- og statistikkområder. Også resultater av ulike enkeltundersøkelser publiseres her, oftest med utfyllende kommentarer og analyser.

Reports

This series contains statistical analyses and method and model descriptions from the different research and statistics areas. Results of various single surveys are also published here, usually with supplementary comments and analyses.

© Statistisk sentralbyrå, juni 2002

Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen, vennligst oppgi Statistisk sentralbyrå som kilde.

ISBN 82-537-5075-7 Trykt versjon

ISBN 82-537-5076-5 Elektronisk versjon

ISSN 0806-2056

Emnegruppe

03.02.20

Design: Enzo Finger Design

Trykk: Statistisk sentralbyrå/260

Standardtegn i tabeller	Symbols in tables	Symbol
Tall kan ikke forekomme	Category not applicable	.
Oppgave mangler	Data not available	..
Oppgave mangler foreløpig	Data not yet available	...
Tall kan ikke offentliggjøres	Not for publication	:
Null	Nil	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	Less than 0.5 of unit employed	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	Less than 0.05 of unit employed	0,0
Foreløpig tall	Provisional or preliminary figure	*
Brudd i den loddrette serien	Break in the homogeneity of a vertical series	—
Brudd i den vannrette serien	Break in the homogeneity of a horizontal series	
Desimalskilletegn	Decimal punctuation mark	,(,)

Sammendrag

Anne Sundvoll og Inge Kvalstad

SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten

Sluttrapport fra pilotprosjektet

Rapporter 2002/13 • Statistisk sentralbyrå 2002

Statistisk sentralbyrå har i pilotprosjektet SEDA undersøkt muligheten av å etablere felles statistikk for allmennlegetjenesten, basert på informasjon om pasientkontakter lagret i elektronisk pasientjournal. Prosjektet har vært metodeorientert. Sosial- og helsedepartementet har vært oppdragsgiver for prosjektet.

Det ble i årsskiftet 2001/2002 gjennomført en prøvedatainnsamling, som omfattet uttrekk av én måneds journaldata for 49 allmennleger. Hensikten var å framskaffe og vurdere data, samt dokumentere erfaring om metoden i bruk, før datainnsamlingen eventuelt besluttes utvidet.

Rapporten konkluderer med at datauttrekk fra elektronisk pasientjournal gir grunnlag for felles statistikk for allmennlegetjenesten, og Statistisk sentralbyrå tilrår at prosjektet videreføres. En videreføring og utvidelse av prosjektet med hensikt å tilrettelegge for løpende datainnsamling, vil gi sentrale helsemyndigheter et verdifullt informasjonsgrunnlag for oppfølging av allmennlegetjenesten. Allmennlegene vil få en samlet og helhetlig oversikt over egen praksis.

Statistisk sentralbyrå har i rapporten påpekt et behov for økt standardisering av informasjon i elektronisk pasientjournal, dersom man i framtiden ønsker å utnytte denne datakilden til statistikkformål. Behovene er først og fremst knyttet til en tilrettelegging i journalsystemene for angivelse og inndeling av pasientkontakter (kontaktregistrering). Like viktig er implementering av nødvendige klassifikasjoner og kodeverk for å oppnå valid informasjon om iverksatte tiltak, som forskrivning av legemidler, henvisninger og laboratorieprøver.

En viktig del av pilotprosjektet har vært å illustrere potensialet og mulige anvendelser av SEDA-data. Vi understreker usikkerheten i datamaterialet, da utvalget av allmennleger med hensikt har vært begrenset. Det har ikke vært etterstrebet noen representativitet blant de deltakende legene. Datamengden tilsvarer én måneds kontaktdata, og aktiviteten kan derfor ikke generaliseres til variasjoner over året.

Innhold

Forord	8
1. Sammendrag.....	9
1.1. Bakgrunn og formål	9
1.2. Pilotdatasettet	9
1.3. Rekruttering av allmennleger	9
1.4. Samarbeid med hovedleverandørene av elektronisk pasientjournal	9
1.5. Gjennomføring av datainnsamlingen	10
1.6. Utfyllingsgrad og begrensninger i SEDA-dataene	10
1.7. Potensialet i SEDA-dataene.....	11
1.8. Konklusjon	11
2. Innledning.....	12
2.1. Bakgrunn for pilotprosjektet SEDA	12
2.2. Målformuleringer	12
2.3. Framdrift i prosjektet	13
3. Metode	15
3.1. Anbefalinger fra forprosjektet SEDA.....	15
3.2. Øvrige anbefalinger beskrevet i prosjektplanen.....	15
3.3. Justeringer i ettertid	16
4. Trekking og etablering av utvalget	17
4.1. Utvalgstreking	17
4.2. Tilrettelegging	17
4.3. Supplering	18
5. Rekruttering av allmennleger	19
5.1. Tilrettelegging	19
5.2. Rekrutteringsstrategi	19
5.3. Utforming av informasjonsmateriell til allmennlegene.....	20
5.4. Tiltak for å øke oppslutningen	21
5.5. Resultat	21
5.6. Årsaker til frafall.....	22
5.7. Oppsummering - rekruttering	23
6. Teknisk tilrettelegging	24
6.1. Utarbeidelse av kravspesifikasjon for SEDA	24
6.2. Organisering av SEDA-rapportene	25
6.3. Erfaringer fra samarbeidet med journalleverandørene.....	26
6.4. Testing	26
7. Datainnsamling	28
7.1. Gjennomføring.....	28
7.2. Feil og problemer underveis.....	28
7.3. Problemer tilknyttet uttrekk av data fra Infodoc journalsystem	29
7.4. Oppsummering - teknisk gjennomføring	29
8. Prosessering av data.....	30
8.1. Mottakskontroll.....	30
8.2. Omkoding	30
8.3. Filetablering.....	30
8.4. Databearbeiding.....	31
8.5. Datalagring	31

9. Metodisk analyse. Utfyllingsgrad og begrensninger i pilotdataene	33
9.1. Rapport 1: Pasientkontakter i perioden	33
9.2. Rapport 2: Listepasientene	37
9.3. Oppsummering - begrensninger i pilotdataene	37
10. Statistisk anvendelse av SEDA- dataene	38
10.1. Potensialet for kontaktstatistikk i SEDA-dataene	38
10.2. Definisjon og inndeling av kontakttype	40
10.3. Oppsummering - opptelling av pasientkontakter	41
10.4. Kontaktstatistikk - noen hovedresultater	41
10.5. Annen kontaktstatistikk	44
10.6. Pasientprofil	45
10.7. Diagnoseoversikt	45
10.8. Tiltak iversatt i forbindelse med en legekontakt	46
10.9. Oppsummering - statistikkpotensialet i SEDA-dataene	49
11. Vurdering av pilotprosjektet i lys av målsettingene.....	50
12. Statistisk sentralbyrås tilråding	52
13. Utfordringer og tilpasninger for en utvidet og løpende innsamling av aktivitetsdata	53
13.1. Standardisering av informasjon i EPJ.....	53
13.2. Samarbeid med EPJ-leverandørene om tilrettelegging av SEDA-statistikk.....	53
13.3. Videreutvikling av driftssystemet for SEDA	53
Litteraturliste	55
Vedlegg	
A. Prosjektet sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA-prosjektet) - oppdragsbrev	56
B. Sentrale data fra allmennlegetjenesten - Prosjektplan	59
C. Prosjektet sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA-prosjektet) - tilpasninger i prosjektplanen	84
D. SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten - rekrutteringsmaterieil	90
E. Prosjektet sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA-prosjektet) - teknisk bistand til programmering av datauttrekk fra EPJ	99
F. NOMESCOs diagnosegrupper	111
G. SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten - tilbakeføring av praksisprofil	112
H. Praksisprofil, alle leger samlet	115
I. Vedleggstabeller	124
De sist utgitte publikasjonene i serien Rapporter	126

Tabellregister

4. Trekking og etablering av utvalget

1. Allmennleger i bruttoutvalget fordelt på kommunetype. Antall	17
2. Installasjoner og brukere i bruttoutvalget, fordelt på journalsystem. Antall	18
3. Allmennleger i tilleggsutvalget fordelt på kommunetype. Antall	18
4. Installasjoner og brukere i tilleggsutvalget, fordelt på journalsystem. Antall	18

5. Rekruttering av allmennleger

5. Resultater fra rekrutteringen. Bruttoutvalg før supplering. Fordeling på journalsystem. Antall	22
6. Resultater fra rekrutteringen. Tilleggsutvalget. Fordeling på journalsystem. Antall	22
7. Resultater fra rekrutteringen. Fordeling på journalsystem. Antall	22

10. Statistisk anvendelse av SEDA- dataene

8. Kontakttyper etter takstbruk. Antall og prosent.....	39
9. Kontakttyper etter kontaktregistrering. Antall og prosent.....	39
10. Korrespondanse mellom takst- og kontaktregistreringsopplysninger.....	39
11. Journalbehandlinger. Antall og prosent	41
12. Pasientkontakter. Antall og prosent.....	41
13. Pasientkontakter etter kontakttype og kjønn. Antall og prosent	41
14. Pasientkontakter etter kontakttype og alder. Antall og prosent	42
15. Kontaktfrekvens etter kjønn. Antall og prosent	42
16. Kontaktfrekvens etter alder. Antall og prosent	42
17. Pasientkontakter etter kontakttype og kommunetype. Antall og prosent.....	43
18. Kontaktfrekvens etter kommunetype. Antall og prosent.....	43
19. Pasientkontakter etter kontakttype og listetilhørighet. Antall og prosent	43
20. Listepasientene etter alder og kjønn. Antall og prosent	43
21. Listepasienter med kontakt i perioden etter alder og kjønn. Antall og prosent.....	44
22. Pasientkontakter etter kontakttype, med og uten medvirkning fra legens hjelpepersonell. Antall og prosent....	44
23. Belastning på ulike ukedager	44
24. Gjennomsnittlig antall journalbehandlinger og pasientkontakter	44
25. Pasientkontakter i forbindelse med legevakt. Antall og prosent	44
26. Pasientkontakter i forbindelse med legevakt etter pasientens alder. Antall og prosent	45
27. Pasientprofil. Pasienter med minst én legekontakt i perioden etter alder og kjønn. Antall og prosent	45
28. Hoveddiagnose etter diagnosegruppe og kjønn. Antall og prosent.....	45
29. De hyppigst forekommende diagnosene i gruppe 16 - andre diagnoser	46
30. Henvisninger til sykehus/privatpraktiserende spesialist	46
31. Henvisninger til sykehus/spesialist etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent	46
32. Rekvireringer av fysioterapi.....	46
33. Rekvireringer av fysioterapi etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent	46
34. Rekvireringer av kiropraktikk	47
35. Rekvireringer av røntgen	47
36. Rekvireringer av røntgen etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent.....	47
37. Reseptutstedelser	47
38. Resepter fordelt etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent	47
39. Forskrivning av legemidler	48
40. Laboratorieprøver	48
41. Laboratorieprøver etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent	48
42. Sykmeldinger.....	48
43. Sykmeldingsdiagnose etter pasientens kjønn. Antall og prosent	49

Vedleggstabeller

H1. Pasientprofil. Pasienter med minst én legekontakt i perioden etter alder og kjønn. Antall og prosent	124
H2. Hoveddiagnose etter ICPC-diagnosegrupper og kjønn. Antall og prosent	124
H3. Listepasienter etter alder og kjønn. Antall og prosent	124
H4. Listepasienter med kontakt i perioden etter alder og kjønn. Antall og prosent.....	125
H5. Resepter fordelt etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent	125
H6. Laboratorieprøver etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent	125

Forord

Denne rapporten beskriver gjennomføring og resultater fra pilotprosjektet SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk har vært ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet. Under arbeidet har Statistisk sentralbyrå (SSB) ledet en prosjektgruppe bestående av:

Anne Sundvoll	Statistisk sentralbyrå, prosjektleder
Inge Kvalstad	Statistisk sentralbyrå, IT-ansvarlig
Anders Grimsmo	Den norske lægeforening
John Leer	Den norske lægeforening
Kjell Maartmann-Moe	Den norske lægeforening
Arnt Ole Ree	Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS

I tillegg har rådgiver Jon Erik Finnvold og seksjonssjef Ann Lisbet Brathaug representert Statistisk sentralbyrå i prosjektgruppen.

Arbeidet har pågått i perioden januar 2001 - juni 2002. Sosial- og helsedepartementet har vært oppdragsgiver. Fra 1. januar 2002 ble oppfølgingen av prosjektet fra oppdragsgivers side lagt til Sosial- og helsedirektoratet.

Kapittel 2-10 beskriver gjennomføring og resultater fra pilotprosjektet. Kapittel 2 gir bakgrunn for prosjektet SEDA. Gjennomføring av datainnsamlingen er dokumentert i kapittel 3-8. Kapittel 9 og 10 er viet resultater.

Kapittel 11-13 gir en samlet vurdering av pilotprosjektet, vår tilrådning, samt utfordringer og tilpasninger for en utvidet og løpende innsamling av aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten i Norge.

Kapittel 1- 5 og 9-13 er skrevet av Anne Sundvoll. Kapittel 6-8 er skrevet av Anne Sundvoll og Inge Kvalstad. Kapittel 6 og 8 er av teknisk karakter.

1. Sammendrag

1.1. Bakgrunn og formål

SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten er et pilotprosjekt finansiert av Sosial- og helsedepartementet og utført av Statistisk sentralbyrå. Formålet med pilotprosjektet har vært å teste en metode for uttrekk av data fra allmennlegers elektroniske pasientjournal, og overføring til et sentralt mottak for samling og analyse. Prosjektet har vært *metodeorientert*. Data-mengden og antall leger involvert er derfor med hensikt begrenset. Vår tilnærming har vært å gjennomføre et kontrollert miniskalaforsøk for å skaffe erfaring om metoden i bruk, før datainnsamlingen eventuelt utvides.

1.2. Pilotdatasettet

Journaluttrekket som inngikk i pilotundersøkelsen besto av fem hovedgrupper av data:

- Pasientkarakteristika
- Legekarakteristika
- Kontaktopplysninger
- Diagnose
- Tiltak iverksatt i forbindelse med en pasientkontakt

Vi valgte å samle inn et sett tilleggsopplysninger om legene og -kontorene som inngikk i pilotprosjektet. Disse dataene er i ettertid sammenslått med journaldataene. Kommuneopplysninger (innbyggertall, sentralitetskode, legedekning) er også lagt til analysefilen.

1.3. Rekruttering av allmennleger

Til å gjennomføre journaluttrekket og returnere data til Statistisk sentralbyrå var vi avhengige av å etablere et samarbeid med et utvalg allmennleger. Datainnsamlingen ble for legenes del basert på frivillighet. Ved innsamling av aidentifiserte pasientopplysninger er også pasientenes interesser funnet ivaretatt.

For å generere et utvalg leger, ble landets kommuner stratifisert etter kjennemerket sentralitet.

I tillegg til Oslo, og Tromsø¹ ble 12 andre kommuner trukket. Basert på informasjon fra Fastlegeregisteret, genererte dette utvalget nær 100 allmennleger.

Det ble avsatt åtte uker til rekruttering av allmennleger. Erfaringene fra lignende prosjekter er at rekrutteringsarbeidet er svært krevende. For det første er det tidkrevende å etablere et kontaktnett ute på legekantorene. For det andre er legekantorer gjerne preget av sterkt tidspres. Tidspresen fører til at det blir vanskelig å nå igjennom for den institusjonen som leter etter oppgavegivere, og tilsvarende lett å avslå for den som sitter i den andre enden. For å kunne fange legenes oppmerksomhet om å bidra med data til prosjektet, måtte både argumenter og framgangsmåte for å overbevise velges med omhu. I dette tilfellet ble det sendt ut en omfattende informasjonspakke før legekantorene ble fulgt opp pr. telefon.

I løpet av rekrutteringsperioden ble utvalget supplert med ytterligere 60 leger brutto. Underveis ble vi oppmerksom på hva som fungerte dårlig, og fikk ideer til nye virkemidler for å rekruttere leger til prosjektet. Det ble følgelig foretatt enkelte justeringer i innsamlingsopplegget. Begge utvalgene (det opprinnelige utvalget og tilleggutvalget) fikk en oppslutning på 42 prosent. Til sammen 60 leger ønsket å delta i pilotundersøkelsen. Det ble brukt kortere tid til å rekruttere legene i tilleggsutvalget. Dette mener vi illustrerer at vi fikk bedre tak på rekrutteringen utover i perioden.

Frafallet fordelte seg på flere ulike årsaker. Informasjonen om detaljene rundt installasjon og bruk av programmet viste seg å være utslagsgivende i rekrutteringen. Svært få av legene var skeptisk til konseptet.

1.4. Samarbeid med hovedleverandørene av elektronisk pasientjournal

Pilotundersøkelsen var begrenset til datauttrekk for journalsystemene WinMed, Profdoc Vision og Infodoc.

¹ Pilotundersøkelsen omfattet bare deler av Oslo og Tromsø

Datamengden for uttrekket ble satt til journaldata tilsvarende én måned, og avgrenset i tid til november 2001. Programmeringsarbeidet ble utført av leverandørselskapene Infodoc AS og Profdoc Norge AS etter kravspesifikasjon fra Statistisk sentralbyrå. Testing og verifisering ble lagt opp som samarbeid mellom partene. En viktig erfaring er at uttestingen er helt avgjørende for hvor godt man lykkes under gjennomføringen av datainnsamlingen. For to av journal-systemene ble det underveis i innsamlingen oppdaget feil i uttrekket, noe som medførte retting og utsending av nytt program.

1.5. Gjennomføring av datainnsamlingen

I alt 21 legekontorer (49 leger) medvirket i datainnsamlingen. For datauttrekk fra Infodoc journalsystem ble installering og uttrekk gjennomført av leverandøren. Dette var mest hensiktsmessig siden uttrekket medførte lokale tilpasninger i journalprogrammet for å kunne identifisere og trekke ut henvisninger og rekvisisjoner.

For de to øvrige journalsystemene fikk legene som samtykket i å delta, tilsendt et diskettprogram samt beskrivelse av installering og bruk. Selve datauttrekket bestod i å markere aktuell periode uttrekket gjaldt for samt markere legene som inngikk i forsøket.

11 av de 60 legene som ønsket å delta i pilotundersøkelsen leverte ikke data. Ved to av Infodoc-kontorene (tilsvarte 7 leger) kunne ikke SEDA-rapporten installeres. Tilpasningene leverandøren planla å legge inn, kom i konflikt med kodifiseringer som allerede var lagt inn i journalsystemet lokalt.

Problemene med Infodoc var det ikke mulig for oss å forutse. At det øvrige frafallet underveis var såpass beskjedent, mener vi peker mot at legene vi rekrutterte var svært motiverte for å delta.

Vi har forståelse for at mange leger vegrer seg for å påta seg ekstraarbeid. Tidspresset i allmennlegetjenesten er noe av det viktigste en må forholde seg til i arbeidet med å videreutvikle det tekniske innsamlingsopplegget for SEDA. En bør tilstrebe et så enkelt uttak som overhodet mulig, gjerne hvor selve utføringen knyttes opp mot andre faste rutiner, f.eks. uttak av data til Rikstrykdeverket.

Vi mener pilotundersøkelsen har vist at det er interesse for å utvikle et slikt verktøy. Vi ser et potensiale for å finslipe produktet slik at det kan nyttegjøres både av leger direkte, og til forsendelse av data til et sentralisert mottak.

1.6. Utfyllingsgrad og begrensninger i SEDA-dataene

Analysen viser at det er noe ujevn kvalitet på SEDA-dataene. Det er god utfyllingsgrad på viktige

pasientkarakteristika som kjønn, alder og kommune-tilhørighet, samt legens kjønn og alder.

Rapporten viser at det er visse problemer med kontakttakstene og kontaktregistreringen. Isolert sett gir ingen av dem et helt riktig inntrykk av aktiviteten. Takstene gir et for lavt anslag, da administrative kontakter ikke kommer med. Dessuten er det grunn til å tro at det er noe variasjon i takstbruken.

Kontaktregistreringen dekker trolig alle kontaktene, men fanger i tillegg opp etterarbeidet, noe som forstyrrer bildet ved optelling av pasientkontaktene. Infodoc journalsystem har ikke kontaktregistrering. I de to andre systemene er kontaktregistrering valgfritt, men ser ut til å være en opsjon legene foretrekker å bruke.

Vi mener at kontaktregistreringen har et større potensiale for å måle aktivitet i allmennpraksis enn takstene. Dersom kontaktregistrering i alle system tilordnes en funksjon linket opp mot utfylling av regningskortet, blir registreringen en logisk og tidsbesparende del av journalføringen.

Vi har samlet inn diagnoseopplysninger for pasientene. ICPC-kodeverket mener vi gir et godt inntrykk av kontaktårsaken(e) ved en legekontakt, anvendt på grovt nivå. Rapporten påpeker den usikkerheten som ligger i legens anvendelse av kodeverket, fordi legene selv i stor grad baserer seg på fritekstopplysningene.

Pilotmaterialet gir mulighet til å telle opp og klassifisere resepter. For å etablere legemiddelstatistikk basert på pasientjournaler, anbefaler vi uttak og klassifisering av legemiddelets ATC-kode. Dette krever at koden lagres i journaldatabasen. Pr. i dag gjøres ikke dette i Infodoc journalsystem.

Omfanget av henvisninger og rekvisisjoner gir viktig informasjon om ikke-refusjonsbelagt aktivitet i allmennlegetjenesten. Vi kan i dag telle henvisninger, men har ingen statistisk anvendbar informasjon om hvor det henvises til. Pilotdataene viser at vi til dels har hatt problemer med å fange opp utstedte henvisninger. Vi har dokumentert problemer med Infodoc-uttrekene. Vi utelukker heller ikke at det i løpet av perioden har vært henvist på vanlige brevark. For å få valid og reliabel informasjon om henvisninger i allmennlegetjenesten, kreves både at journalsystemene har et entydig merke for utstedt henvisning, men også at journalen tilpasses slik at brukerne ledes til å henvise i eller via journalen.

Basert på journaldata kan vi i dag telle opp laboratorieprøver ved hjelp av innregistrerte analysesvar. Det er imidlertid ikke implementert noen standard i journalsystemene for benevnning og gruppering av prøvene. Vi ser et behov for en slik type standardisering, for å

kunne bygge opp hensiktsmessig statistikk for laboratorieprøvene. Vi har påvist manglende dobbelt-signering, som fører til at laboratoriedataene ikke er med i alle uttrekkene.

De ulike journalsystemene har en noenlunde lik logikk bak utforming av sykmeldingsmodulen. Sykmeldingsdataene anses å ha god kvalitet.

1.7. Potensialet i SEDA-dataene

SEDA er konsentrert om innsamling av aktivitetsdata - data som gir informasjon om legekontaktens innhold. Denne type statistikk vil gi sentrale helsemyndigheter informasjon og kunnskap om allmennlegetjenesten. En slik statistikkpakke bør også kunne tas ut og utnyttes direkte som et hjelpemiddel for allmennleger, for å få oversikt over aktivitet i egen praksis.

Kombinert med opplysninger om listepasientene og tilleggsinformasjonen som er lagt på i ettertid, mener vi at SEDA evner å belyse et mangfold av problemstillinger. Kontaktstatistikk gir opplysninger om fordelingen av konsultasjoner, enkle kontakter og sykebesøk. Datasettet gir et bredt inntrykk av hvilke tiltak som iverksettes i forbindelse med en pasientkontakt.

Vi får informasjon om hvilke grupper i befolkningen som oppsøker lege, hvor hyppig legekontaktene skjer og hvilke sykdommer eller symptomer som behandles. Aktivitetsdata sett i sammenheng med kommunedata for utvalgskommunene vil gi viktig informasjon om variasjon i allmennpraksis.

En kopling mellom kontaktdataene og listegrunnlaget viser ikke bare hvordan pasientene fordeler seg, men gir også en unik mulighet til å relatere aktiviteten til en fast populasjon. En fast forbindelse mellom lege og pasient vil være nøkkelen til å se klinisk allmennmedisin (forskrivning av legemidler) i sammenheng med den befolkningsgruppen som betjenes.

1.8. Konklusjon

Statistisk sentralbyrå vil tilrå at SEDA-prosjektet videreføres. Som grunnlag for vår konklusjon har tre elementer vært tungtveiende. Det ene er vår vurdering av gjennomføringen av datainnsamlingen, som vi tross mye arbeid med rekrutteringen av leger, mener var vellykket. Det andre er potensialet vi ser i de innsamlede dataene. Det tredje og siste er tilbakemeldingene fra pilotlegene om at de har hatt utbytte av å delta, og at de anser den tilbakeførte praksisprofilen som nyttig og noe de kan bygge videre på.

Dersom Helsedepartementet velger å videreføre innsamling av SEDA-data, vil vi tilrå at man i det videre arbeidet legger vekt på følgende:

- Tilrettelegge for økt standardisert informasjon (kodeverk og klassifikasjoner) i elektronisk pasientjournal
- Videreutvikle og optimalisere uttrekkene. Tilrettelegge for elektronisk innsamling av data. Videreutvikle driftssystemet. Utvide datamengden. Øke antall leger som inngår og perioden for datauttak
- Tilrettelegge for en koordinert datainnsamling til statistikk- og forskningsformål

Vi påpeker imidlertid viktigheten av å bygge opp et slikt system stein for stein. Fullskaladrift vil følgelig ikke være realistisk på kort sikt. De neste fasene vil nødvendigvis ha et visst preg av testing og utprøving.

På lengre sikt mener vi SEDA kan gi økt kunnskap om allmennlegers praksis, gjennom løpende statistikkproduksjon basert på regelmessige datauttrekk fra elektronisk pasientjournal. Vi anbefaler at ambisjonsnivået i første omgang begrenses til utvalgsdata. Utvalget av allmennleger genereres ved en landsdekkende utvalgsplan, men legene som inngår i et slikt system behøver ikke å være de samme over tid. Et roterende panel av allmennleger som leverer data er et mulig scenario for fullskaladrift.

Et slikt utvalg vil gi representative landstall. Det vil også gi representative tall på lavere geografisk nivå, men vil ikke kunne brytes ned på kommunenivå. At noen leger følges over flere år, betyr at utvalget gir grunnlag for å analysere for eksempel sykdomsforløpet til pasienter.

Dersom Helsedepartementet legger vekt på at det er ønskelig med SEDA-data på kommunenivå, vil det være nødvendig å innhente elektroniske data fra alle allmennleger (fulltelling). Dette vil generere svært store datamengder, og det vil bli en krevende jobb å få inn data, dersom man legger frivillighet til grunn. SSB anbefaler derfor i første omgang å satse på utvalgsdata.

2. Innledning

2.1. Bakgrunn for pilotprosjektet SEDA

Sosial- og helsedepartementet (SHD) nedsatte høsten 1999 en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å utrede og komme med forslag til innsamling av aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten. Gruppen skulle vurdere data, datakilder, og mulige tekniske og organisatoriske løsninger for innhenting av aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten av betydning for oppfølging av Fastlegereformen. Arbeidsgruppen avleverte sin tilråding til departementet februar 2000².

Oppdraget med å gjennomføre pilotprosjektet SEDA ble gitt Statistisk sentralbyrå høsten 2000. Selve arbeidet ble startet opp ved årsskiftet 2000/2001. Statistisk sentralbyrå, ved Seksjon for helsestatistikk, har vært prosjektansvarlig for SEDA og rapportert direkte til SHD/Sosial- og helsedirektoratet. Ved sentrale milepæler i prosjektet, har resultatene vært lagt fram for en referansegruppe, bestående av aktører involvert i arbeidet med forprosjektet SEDA. I mandatet for pilotprosjektet SEDA³, framstår fire sentrale punkter:

- Organisering av en prosjektgruppe
- Utarbeidelse av prosjektplan
- Gjennomføring av en prøvedatainnsamling med vekt på metode
- Utarbeidelse av en sluttrapport for pilotprosjektet, herunder en tilråding om en eventuell videreføring av prosjektet

Oppdragsgivers ønske har vært å gjennomføre og evaluere en miniskalainnsamling før man tok stilling til prosjektets videre skjebne. Ved å legge fokus på metode, dempet man samtidig forventningene til at SEDA i denne omgang kunne gi representative tall for landet. Pilotprosjektets hovedanliggende har vært testing og utprøving, samt erfaringsbygging. Vi har i denne rapporten derfor lagt stor vekt på ren dokumentasjon av utført arbeid.

Vi understreker at SEDA-data kun gir oversikt over den rent kurative virksomheten innenfor norsk allmennpraksis.

2.2. Målformuleringer

I prosjektplanen for SEDA ble det framsatt fem etterprøvbare mål for pilotprosjektet SEDA. Målene er gjengitt nedenfor, og resultatene fra pilotundersøkelsen vurderes i lys av formuleringene som følger:

- *SEDA skal gi økt kunnskap om allmennlegers praksis, ved innsamling av sentrale aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten.*
- *SEDA skal være et system for innhenting av aktivitetsdata som allmennlegene kan støtte opp om.*
- *Svarprosent på 70.*
- *Det legges opp til at allmennlegene skal ha utbytte av å delta ved at de får tilbakeført statistikk om egen praksis (praksisprofiler), og relevante sammenligningsgrunnlag.*
- *Rapporten fra pilotprosjektet skal, ved vurdering av kvalitet på innsamlet data og en gjennomgang av valgt innsamlingsmetode, gi konkrete svar på om det er grunnlag for å videreføre/utvide et slikt system for datainnsamling fra allmennlegetjenesten.*

Det ble i tillegg angitt tre mer langsiktige mål for prosjektet.

SEDA skal vurderes utviklet:

- *..med tanke på å kunne bli et landsdekkende system for innhenting av aktivitetsdata, som skal gi grunnlag for representativ statistikk for aktivitet i allmennlegetjenesten.*
- *..til å bli et elektronisk system for datarapportering fra den enkelte lege til et sentralisert mottaksapparat.*

² Aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten. Rapport fra forprosjektet SEDA

³ Se vedlegg A: Oppdragsbrev for pilotprosjektet SEDA

- ..til å bli en viktig premissleverandør i arbeidet med å *standardisere informasjon* (kodeverk og klassifikasjoner) i elektronisk pasientjournal (EPJ).

2.3. Framdrift i prosjektet

En vanlig erfaring i utviklingsprosjekter er at tid ofte blir manglevare. Vi la i prosjektplanen opp til en mye strammere tidsplan enn hva som ble resultatet. For å komme i mål, har det vært knappert noe inn på etterarbeidet.

Vår oppfatning er at terrenget har stemt bra med kartet, og at prosjektplanen derfor kunne settes ut i livet uten store endringer.

Planlegging

Pilotprosjektet SEDA ble igangsatt ved årsskiftet 2000/2001. I oppstartsfasen ble det fokusert på prosjektorganisering, samt tids- og ressursplanlegging. Arbeidet med å utforme prosjektplanen startet opp februar 2001. Statistisk sentralbyrå ledet en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Statistisk sentralbyrå, Den norske lægeförening (Dnlf) og Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS (KITH). Underveis ble også Statens helsetilsyn, Statens institutt for folkehelse og Rikstrykdeverket konsultert.

Prosjektplanen for SEDA⁴ ble levert departementet og presentert for referansegruppen i mai 2001. I store trekk var det tilsutning til prosjektplanen. Løsningen på justeringene som ble foreslått er skissert i et tilleggsnotat⁵ av juni 2001. I sitt brev av juli 2001 godkjente departementet prosjektplanen. Brevet ga også tilsagn om tilleggsbevilgning til dekking av utviklingskostnader, slik at Statistisk sentralbyrå kunne knytte til seg konsulentbistand fra hovedleverandørene av elektronisk pasientjournal.

Tilrettelegging

Departementet og referansegruppen sluttet seg til Statistisk sentralbyrås anbefaling om at man skulle arbeide direkte opp mot journalleverandørene. Forut for departementets tilsagn, hadde Statistisk sentralbyrå gjennomført uforpliktende sonderinger med firmaene Profdoc Norge AS og Infodoc AS, vedrørende deres journalsystemer WinMed, Profdoc Vision og Infodoc. Den formelle henvendelsen til leverandørene var avhengig av departementets tilsagn, og prosjektet ble noe forsinket i påvente av saksgangen i departementet. I denne perioden ble det arbeidet med tilrettelegging (henvendelser til Helsetilsynet, Datatilsynet, forespørsel til RTV om utlevering opplysninger fra Fastlege-registeret), samt utforming av informasjonsmateriell til allmennlegene.

I midten av juli sendte Statistisk sentralbyrå en forespørsel vedrørende konsulentbistand i SEDA-prosjektet til de nevnte journalleverandørene. På grunn av ferie-avvikling ble ikke forespørslene besvart før i seint i august. Det tok også noe tid å enes om betingelsene for oppdraget (kontraktsutforming etc.).

Vi argumenterte i prosjektplanen for å vente med rekruttering av allmennleger til man hadde noe oversikt over det tekniske aspektet ved prosjektet. Rekrutteringsarbeidet ble derfor lagt på is til programmering av SEDA-uttrekket var kommet godt i gang ute hos leverandørene. Henvendelsen til allmennlegene, som var planlagt i begynnelsen av august, gikk dermed ut først i slutten av september. Med åtte uker avsatt til rekruttering, var det ikke realistsikk å be legekantorene foreta dataleveransen før i begynnelsen av desember. Denne forsinkelsen ble meldt departementet i brev av 14. september.

Korrespondansen med Helsetilsynet, Datatilsynet og Rikstrykdeverket (vedrørende data fra Fastlege-registeret) forløp uten forsinkelser. I arbeidet med journalleverandørene skulle utvikling, testing, pretest og utsending foregå parallelt til gitte frister for hvert av journalsystemene. Statistisk sentralbyrå opplevde i hovedsak et konstruktivt og godt samarbeid med journalleverandørene, men møtte også problemer med nøkkelpersoners tilgjengelighet og leverandørenes evne til å overholde tidsfrister. En erfaring er at Statistisk sentralbyrå har hatt relativt lav prioritet ute hos leverandørene, og har tapt i konkurranse med annet arbeid leverandørene er forpliktet til å utføre. En direkte følge av dette var at den ene leverandøren ble forsinket med leveransen av uttrekksprogrammet for WinMed journalsystem.

Gjennomføring av datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk til ulik tid for de tre journalsystemene. For brukere av Infodoc journalsystem, installerte leverandøren SEDA-rapporten i slutten av oktober, og gjennomførte uttrekkene i begynnelsen av desember. Profdoc Vision-brukerne fikk tilsendt diskettprogram og veiledning i slutten av november. Uttrekkene ble i hovedsak gjennomført i løpet av desember måned. WinMed-brukerne fikk tilsendt uttrekksprogram rett før jul, og uttrekkene ble gjennomført i løpet av januar og februar måned. Alle uttrekkene inneholdt data for november måned.

Databehandling

I midten av februar var alle pilotdataene returnert Statistisk sentralbyrå. Vi erfarte at utsending, uttrekk og mottak av pilotdata tok noe lengre tid enn antatt på forhånd. Vi ønsket å knappe inn på etterarbeidet ved å utarbeide program for feilretting og omkodning basert på testdataene, og gradvis erstatte med reelle data. Vi hadde imidlertid for liten tilgang på komplette test-datasett, og valgte derfor å vente på pilotdataene.

⁴ Se vedlegg B: SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten. Prosjektplan

⁵ Se vedlegg C: SEDA - Tilleggsnotat til prosjektplan

Kontroll, samling av data og filetablering foregikk i tidsrommet januar - februar 2002. Filene ble kontrollert fortløpende etter mottak.

tilbakemeldinger til legene som deltok i prosjektet. I figur 1 gir vi en oversikt over framdriften i prosjektet.

Rapportering

I perioden mars - mai 2002 ble det arbeidet med analyse og rapportering. I mai sendte vi ut individuelle

Figur 1. Pilotprosjektet SEDA: Faser i prosjektet

Aktivitet	Periode gjennomført
Fase 1: Planlegging	
Organisering	januar 2001
Utarbeidelse av prosjektplan	februar - mai 2001 *
Fase 2: Tilrettelegging	
Administrasjon, tilrettelegging	juni - august 2001
Legerekuttering	september - november 2001
Teknisk tilrettelegging	september - november 2001
Programmering	september - oktober 2001
Testing	november 2001
Pretest/brukertest	november 2001
Fase 3: Gjennomføring av datainnsamling	
Utsending	november og desember 2001, januar 2002
Datauttrekk	desember 2001 - februar 2002
Purring av data	desember 2001 - februar 2002
Fase 4: Databehandling	
Innsjekkingsystem	november 2001
Dataregistrering av skjemaopplysninger	desember 2001
Programstruktur for automatisk prosessering av data	januar - februar 2002
Fase 5a: Rapportering	
Dokumentasjon av gjennomføring	januar 2002 - februar 2002*
Metodisk analyse av pilotdataene	mars 2002 - mai 2002
Statistisk anvendelse av pilotdataene	mars 2002 - mai 2002
Tilråding om videre framdrift	mai 2002*
Ferdigstillelse	juni 2002
Fase 5b: Tilbakemelding til allmennlegene	
Utarbeidelse av praksisprofil	april - mai 2002
Fase 6: Etterarbeid	
Langtidslagring av data	mai - juni 2002
Interndokumentasjon	juni - juli 2002

* Angir ved hvilke tidspunkt dokumentasjon/resultater har vært lagt fram for referansegruppen.

3. Metode

3.1. Anbefalinger fra forprosjektet SEDA

På tidspunktet arbeidet med forprosjektet SEDA ble startet opp, hadde man erfaringene fra det skrinlagte Helsedataprojektet⁶ å bygge på. Da departementet overtok styringen av prosjektet, var hovedfokus å snevre inn og forenkle det opprinnelige konseptet. En viktig føring for SEDA-prosjektet var at man skulle konsentrere seg om en metode og et datasett for innsamling av en kjerne helt *sentrale* aktivitetsdata. Rapporten fra forprosjektet SEDA gir noen klare rammer for hvilke data som ønskes og hvordan dataene bør innhentes:

- *Uttrekk av data fra elektronisk pasientjournal (EPJ)*
- *En bør konsentrere innsamlingen om fem hovedgrupper av variable: Pasient- og legekarakteristika, kontakttypen, diagnose og tiltak*
- *Datasettet bør være enkelt og robust*

Rapporten legger til grunn at elektronisk pasientjournal er den mest komplette datakilden for innsamling av aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten. En alternativ datakilde er Rikstrykdeverket (RTV), men RTV-data omfatter ikke hele datasettet som ble foreslått. Et viktig anliggende var å inkludere aktivitet som det ikke gis refusjon for, eksempelvis henvisninger. På denne måten søkes et mer generelt og helhetlig bilde av aktiviteten i allmennlegetjenesten enn det man i dag har tilgang på å få gjennom bruk av RTV-data.

Et annet problem med RTV-data, er at de for en stor del basert på takstsystemet, som inngår i årlige forhandlinger. For tilrettelegging for løpende statistikk er det viktig å at utgangspunkt i et sett variable med en klar og operasjonell definisjon, som ikke endres over tid.

Videre heter det at:

- *En bør gjennomføre pilotprosjekter av mindre omfang for å teste ut tekniske og organisatoriske løsninger*

I pilotprosjektet SEDA har hatt til hensikt å teste ut organisatoriske og tekniske løsninger i én felles datainnsamling. Omfanget er stort nok til at dataene gir et visst inntrykk av aktivitet i allmennpraksis, men samtidig er antall deltakere begrenset slik at forsøket er kontrollert og gjennomførbart.

- *Datainnsamlingen bør baseres på frivillighet*
- *Løsningen for datauttaket bør medføre minst mulig ekstra arbeid for legene*
- *Bearbejdede sammenligningsdata gjøres tilgjengelig så raskt som mulig*

Anbefalingene om frivillig deltakelse, liten grad av merarbeid og tilbakemelding med resultater til deltakende leger, anser vi som viktige suksesskriterier, og er fulgt opp i prosjektplanen for SEDA.

3.2. Øvrige anbefalinger beskrevet i prosjektplanen

Vi viser til prosjektplanen for SEDA for en mer utførlig argumentasjon bak metodevalgene som legges til grunn. Vi repeterer her noen av de mest sentrale anbefalingene:

- Samarbeid med de to største leverandørene av elektronisk pasientjournal
- Teste datauttrekk for journalsystemene WinMed, Infodoc og Profdoc Vision
- Uttrekk av journaldata for én måned, samt karakteristika ved listegrunnlaget
- Piloten gjennomføres i eksisterende versjoner av journalsystemene, uten endringer eller tilpasninger
- Individdata. Aidentifiserte pasientopplysninger. Legedata hentes ut ved samtykke
- Stratifisere og trekke et utvalg kommuner. Utvalget genererer et antall legekontorer som inviteres til å delta
- Vedleggsbrev fra Legeforeningen, kopi til Helsesjef/Kommunelege1
- Opprette en kontaktperson ved hvert legekantor for formidling av kontakt
- Tilleggsopplysninger om lege og -kantor returneres sammen med samtykket

⁶ Helsedataprojektet ble oppstartet i regi av Rikstrykdeverket i 1994. Prosjektet stoppet opp i 1997

- Ikke hensiktsmessig å kreve endring av arbeidsrutiner i forbindelse med produksjon av journaldata
- Brukervennlig og lite tidkrevende uttrekk som ikke nødvendigvis må involvere legen selv
- Forsendelse av data i posten pr. diskett
- Tilbakeføring av resultater til deltakende leger. Dialog med legene underveis

3.3. Justeringer i ettertid

Tilgjengelighetsdata ut

I prosjektplanen foreslo Statistisk sentralbyrå et sett indikatorer for å måle ventetid. I departementets brev vedrørende godkjenning av prosjektplanen het det at "*...innhenting av tilgjengelighetsdata som foreslått i prosjektplanen vil trolig medføre store validitetsproblemer.....Vi ber derfor om at den foreslåtte innhenting av tilgjengelighetsdata utgår i pilotprosjektet.*"

Lokale tilpasninger for å trekke ut henvisninger og rekvisisjoner fra Infodoc journalsystem

Uttrekk fra gjeldende versjon av Infodoc journalsystem er for en stor del basert på fritekstsøk. Journalsystemet som sådan er i første rekke utformet med tanke på dokumentasjon og assistanse i journalføringen. Leverandøren har hele veien signalisert noe skepsis i forhold til kvaliteten SEDA-uttrekket ville gi.

I dialogen om kravspesifikasjonen for SEDA, fikk vi avklart at det ikke var mulig å trekke ut henvisninger og rekvisisjoner, *uten* å gjøre tilpasninger i journalsystemet ute hos deltakerne.

Når man skriver ut henvisninger og rekvisisjoner i Infodoc journalsystem, lagres ingen melding i journalbasen, som senere kan utnyttes ved datauttrekk. Leverandøren anbefalte et opplegg med lokal tilpasning i journalsystemet. Denne tilpasningen måtte skje forut for registreringsperioden, altså i løpet av oktober måned.

Tilpasningen medførte at det ble lagret et merke ved oppdatering av journalen, som kunne gjenkjennes som henholdsvis henvisning, rekvirering av kiropraktikk, fysioterapi og røntgen.

Arbeidet tilpasningene medførte, førte til at leverandøren selv (Infodoc AS) valgte å ta ansvar for testing, installering og kjøring av SEDA-rapport ute hos legene.

4. Trekking og etablering av utvalget

4.1. Utvalgstrekkning

Strategien bak utvalgsplanen var å legge til rette for representasjon av leger og pasienter i ulike typer kommuner⁷. For å oppnå dette, ble landets kommuner først inndelt i fire strata, basert på kommunens sentralitetsnivå⁸. I gruppen av mest sentrale kommuner ble Oslo⁹ og Tromsø¹⁰ valgt. Deretter ble ytterligere to kommuner trukket.

I gruppen av sentrale kommuner, ble fire kommuner trukket, fulgt av to kommuner fra gruppen av mindre sentrale kommuner. Endelig ble fire kommuner i gruppen for minst sentrale kommuner trukket ut - totalt 14 kommuner. Det samlede utvalget tilfredsstilte både intensjonen om god geografisk spredning og representasjon av ulike kommunetyper. Med dette kriteriet som utgangspunkt, ville en god oppslutning i piloten kunne ha lagt til rette for geografisk representativitet.

Statistisk sentralbyrå anbefalte i prosjektplanen at kommunene til sammen genererte et bruttoutvalg på rundt 100 allmennleger. Med Oslo og Tromsø i utvalget, ble dette antallet kraftig oversteget. For å redusere antallet, ble utvalget derfor begrenset til å omfatte bare én av Oslos bydeler og tre av Tromsøs postsoner.

Basert på registerformasjon om legehjemler fordelt på kommune, var det klart at denne avgrensningen ville gi et utvalg på rundt 100 leger. Trekkingen ble følgelig ansett som tilfredsstillende med hensyn til bruttoutvalgets omfang.

4.2. Tilrettelegging

Et annet kriterium som var vel så viktig, var å sikre tilstrekkelig antall brukere av hvert av journal-

systemene som skulle undersøkes. Lister over brukere/kunder¹¹ av de ulike journalsystemene ble innhentet fra leverandørene. Listene vi fikk tilgang til var ikke fullstendig oppdatert, men ga et rimelig inntrykk av hvordan brukermassen fordelte seg. En sjekk mot disse listene tilsa at utvalget ville gi representasjon fra alle brukergruppene.

Allmennlegene som skulle defineres inn i bruttoutvalget, ble avgrenset ved hjelp av innhenting av opplysninger fra Fastlegeregisteret. Utskriften var basert på tall pr. juli 2001 og inneholdt opplysninger om 3 625 allmennleger. Opplysningene omfattet kommunenummer, legens fødselsnummer, samt adresseopplysninger for kontoret legen var tilknyttet. Ved trekking av 14 utvalgskommuner, og avgrensning av byene Oslo og Tromsø, satt vi tilbake med opplysninger om 98 leger fordelt på 42 arbeidssteder.

Tabell 1. Allmennleger i bruttoutvalget fordelt på kommunetype. Antall

Kommunetype	Kommunenavn	Antall allmennleger
I alt		98
Mest sentrale kommuner	Oslo, Tromsø, Frogn, Os	32
Sentrale kommuner	Ulstein, Notodden, Søndre Land, Tvedestrand	50
Mindre sentrale kommuner	Jølster, Overhalla	6
Minst sentrale kommuner	Beiarn, Porsanger, Vindafjord, Stor-Elvdal	10

Adresseopplysninger ble sjekket mot telefonkatalogen. Telefonnummer ble lagt på manuelt. Ved henvendelse til de ulike legekantorene ble det klart at brukerne fordelte seg på de ulike journalsystemene som følger:

⁷ For mer detaljert beskrivelse, se prosjektplanen

⁸ Se Statistisk sentralbyrå: Standard for kommuneklassifisering

⁹ Oslo kommune kan i prinsippet regnes som eget stratum, og bør derfor undersøkes spesielt

¹⁰ Begrunnelsen for valget av Tromsø var å sikre representasjon fra minst en av kommunene som inngikk i Fastlegeforsøket (Lillehammer, Trondheim, Tromsø og Åsnes)

¹¹ En bruker er her synonymt med legekantor

Tabell 2. Installasjoner og brukere i bruttoutvalget, fordelt på journalsystem. Antall

Journalssystem	Antall installasjoner	Antall brukere
I alt	42	98
WinMed	23	43
Profdoc Vision	6	18
Infodoc	8	27
Utenfor målgruppen:		
Profdoc DOS	3	8
Andre journalsystemer	1	1
Har ikke elektronisk pasientjournal	1	1

4.3. Supplering

Underveis i rekrutteringsperioden ble utvalget av allmennleger supplert. Det var da rekruttert et ujevnt antall i de tre brukergruppene.

For å skape balanse i antall brukere for hvert journalsystem, gikk vi bort fra kommune som trekkeenhet. Vi baserte oss i stedet på listene fra leverandørene over tilknyttede brukere, og valgte ut legekontorer i det sentrale østlandsområdet. Med en slik strategi ble det lagt til rette for personlig besøk som virkemiddel i det videre rekrutteringsarbeidet.

Tabell 3. Allmennleger i tilleggsutvalget fordelt på kommunetype. Antall

Kommunetype	Antall allmennleger
I alt	60
Mest sentrale kommuner	47
Sentrale kommuner	-
Mindre sentrale kommuner	-
Minst sentrale kommuner	13

Tabell 4. Installasjoner og brukere i tilleggsutvalget, fordelt på journalsystem. Antall

Journalssystem	Antall installasjoner	Antall brukere
I alt	18	60
WinMed	5	14
Profdoc Vision	7	21
Infodoc	6	25

Ved å håndplukke leger i andre runde ble fordelingen etter journalsystem jevnere, men på bekostning av balansen i representasjon av de ulike kommunetypene.

I kapittel 5 beskriver vi nærmere hvordan vi forberedte legerekutteringen, hvordan vi arbeidet og om responsen ute på legekantorene.

5. Rekruttering av allmennleger

5.1. Tilrettelegging

5.1.1. Oppretting av personregister

Datatilsynet godkjente oppretting av personregister i forbindelse med SEDA-prosjektet innefor Statistisk sentralbyrås rammekonsesjon, men har satt som vilkår å legge eventuelt nye premisser for oppbevaring og lagring av pilotdataene etter Helseregisterlovens bestemmelser. (Helseregisterloven trådte i kraft 1. januar 2002.)

5.1.2. Dispensasjon fra taushetsplikt

Statistisk sentralbyrå søkte Statens helsetilsyn om fritak fra taushetsplikt etter Helsepersonellovens § 29 for innhenting av taushetsbelagte pasientopplysninger. Bakgrunnen for dette var at vi ønsket en vurdering av om pasientens behov for beskyttelse var å anse som ivaretatt. Helsepersonellovens § 29 er beregnet for rent forskningsbaserte prosjekt, men likevel egnet for pilotprosjektet SEDA, siden metodeutvikling - og ikke statistikkproduksjon - har vært pilotprosjektets hovedansvarlig.

Dispensasjon fra taushetsplikten er ikke nødvendig dersom pasientens samtykke innhentes eller dersom opplysningene gis i anonymisert form. Anonymiseringen må da være utført på en slik måte at opplysninger ikke kan føres tilbake til enkeltpersoner. I tilfellet SEDA samlet Statistisk sentralbyrå inn aidentifiserte pasientopplysninger, men ønsket Helsetilsynets vurdering av om opplysningene var å anse som fullt ut anonymiserte.

I Helsetilsynets svarbrev legges det til grunn at det ikke er behov for dispensasjon fra taushetsplikten i forbindelse med gjennomføringen av pilotprosjektet SEDA. Helsetilsynets vurdering bygger på to forhold: Det er *lite sannsynlig* at enkeltpasienter vil kunne identifiseres i dette prosjektet, dessuten vektlegges SSBs erfaring med å forvalte denne type informasjon.

5.1.3. Koordinering med andre prosjekter som behandler datauttrekk fra EPJ

Legeforeningen inviterte i juni 2001 til møte mellom ulike institusjoner som arbeider med dataauthenting fra

allmennlegetjenesten, blant annet for å se på muligheten av å koordinere prosjektene. Uavhengig av hverandre arbeider nå NOKLUS (Norsk senter for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus), Statens institutt for folkehelse og Statistisk sentralbyrå med å utvikle metoder og systemer for uttrekk av opplysninger fra elektronisk pasientjournal. Til tross for at prosjektene har ulik vinkling, er data-settene er til dels overlappende, og legerekutteringen til hvert av disse prosjektene gjøres uavhengige av hverandre. Partene ble enige om at de opprinnelige prosjektplanene skulle settes ut i livet, men at man skulle opprettholde kontakten med en mulig framtidig samordnet dataauthenting for øyet. Statistisk sentralbyrå er av den oppfatning at det verken er ønskelig eller hensiktsmessig for førstehandsbrukeren (allmennlegen) å forholde seg til mange ulike systemer for datauttrekk, hvis *ett felles system* kan betjene flere behov.

På tidspunktet rekrutteringen til pilotprosjektet SEDA startet, hadde Statistisk sentralbyrå liten oversikt over hvilke geografiske områder som var blitt berørt av de andre prosjektene. SSB redegjorde i prosjektplanen for at vi ønsket å trekke kommuner uavhengig av de andre utvalgsplanene. Vi har derfor ikke noe grunnlag for å si noe om vi har vunnet eller tapt noe ved å være på banen samtidig med de andre aktørene.

5.2. Rekrutteringsstrategi

Vårt utgangspunkt var at legerekuttering er en krevende prosess, hvor det er svært viktig å forberede seg godt og sette av nok tid til gjennomføringen. Det var flere ulike problemstillinger å tenke igjennom: Hvordan bør førstekontakten skje? Hvordan skal vi etablere en fast kontakt ute på legekantorene? Hvordan skal vi komme i kontakt med legene og motivere for deltakelse? Hvordan skal vi få en avklaring om deltakelse? Hva skal til for at legene som samtykker faktisk deltar?

Statistisk sentralbyrå fant det hensiktsmessig å berede grunnen for datainnsamlingen ved å rykke inn *forhåndsomtale av SEDA* i Tidsskriftet for Den norske lægeforening. I tillegg til omtale på trykk, har prosjektgruppens medlemmer forankret i Dnlf

redegjort for SEDA under flere legekongresser. Vi antar at denne omtalen har hjulpet på legenes tilbøyelighet til å avgi data til pilotprosjektet.

Da vi intervjuet allmennleger i oppstartsfasen, kom det fram at de foretrakk skriftlig informasjon som kunne leses uforstyrret, framfor uanmeldt besøk på legekontoret. Vi la derfor til rette for at førstekontakten skulle skje i form av et *informasjonsbrev*. I brevet ble det angitt en svarfrist, og lagt ved en returkonvolutt for innsending av svar. Svarsystemet ga legene *mulighet for reservasjon*.

Erfaringer fra lignende undersøkelser tilsier at et svarslipp-system alene ikke sikrer tilstrekkelig deltakelse, med mindre bruttoutvalget er svært stort. Vi valgte derfor å legge til rette for et *aktivt oppfølgings-system*, der man i begynnelsen avventet svarskjemaene, men deretter i større grad søkte en avklaring over telefon.

Det ble på forsommeren 2001 sendt en henvendelse til Legeforeningen vedrørende utforming av et *vedleggsbrev*. Vedleggsbrevets hovedfunksjon skulle være å tilkjennegi at *Legeforeningen* var orientert om og *signaliserte støtte til dataauthenticeringen*. En annen hensikt med brevet var å *legge til rette for kommunikasjon med legene i prosjektgruppen* underveis i rekrutteringsarbeidet.

I intervjuene Statistisk sentralbyrå gjennomførte i forbindelse med utformingen av prosjektplanen, fikk vi tilbakemeldinger om at en slik støtte ville telle positivt. En del av strategien for å rekruttere leger til SEDA, ble derfor å vise at det i tillegg til offentlige myndigheter, også sto legeinteresser bak prosjektet.

En viktig del av rekrutteringsstrategien var å forsøke å spille på faktorer som øker legenes motivasjon til å delta. Vi valgte derfor å tilby *individuelle tilbakemeldinger* i form av bearbeidet statistikk for egen praksis/pasientgruppe.

5.3. Utforming av informasjonsmaterieil til allmennlegene

5.3.1. Informasjonsbrevet

Informasjonsbrevet¹² måtte utformes slik at det i tillegg til å gi essensiell informasjon, hadde evnen til skapte interesse for prosjektet.

Erfaringer fra tidligere arbeider, synspunkter fra allmennlegene Statistisk sentralbyrå har vært i kontakt med og innspill fra referansegruppen, ga noen sentrale føringer på viktige momenter i henvendelsen til allmennlegene. Vi valgte å vektlegge følgende:

- Tydeliggjøre formålet, oppdragsgiver og ansvarlig institusjon
- Konkretisering av hva en eventuell deltakelse innebærer
- Hva får legen igjen for å delta ?
- Er det trygt å avgi disse dataene ?
- Hva skjer med dataene etter at de har forlatt legekontoret ?

For å skape tillit la vi et ekstra stort fokus på spørsmålene rundt personvern, sikkerhet og konfidensialitet.

5.3.2. Øvrig informasjon/returmaterieil

Utover informasjonen de to brevene ga, var det flere andre viktige avklaringer som måtte gjøres. For å hindre at informasjonsbrevet ble for kompakt og langt, valgte vi å legge all tilleggsinformasjon ut i vedlegg. Med tilleggsinformasjonen ønsket vi å foregripe en del spørsmål som var forventet å komme:

- Hvilke opplysninger kommer med på uttrekket ?
- Hvordan får legen dataene presentert ? Relevante sammenligningsgrunnlag ?

Det ene vedlegget ga informasjon om hvilke opplysninger datauttrekket omfattet, det andre ga eksempler på tilbakeføring av statistikk til den enkelte lege.

- Mulighet for å reservere seg fra ytterligere henvendelser ?

Det ble utformet et svarskjema med opplysninger om legekontoret for kontorer som ønsket å delta, og en mulighet til reservasjon for ytterligere henvendelser, for kontorer som ikke ønsket å delta. Vi tok høyde for at det kunne forekomme tilfeller med bare delvis opplutning fra allmennleger tilknyttet ett og samme legekontor. For å få oversikt over deltagende leger utformet vi samtykkeerklæring med bakgrunnsopplysninger for leger som ønsket å avgi data. Forsendelsen inneholdt en forhåndsfrankert returkonvolutt, for å hindre at henvendelsen skulle bli liggende, etter at den var besvart.

5.3.3. Utsending og oppfølging

Rekrutteringsmaterieilet ble sendt ut den 24. september med A-post. Svarfristen ble satt til 5. oktober. For legekontorer bestående av en enkelt lege, ble henvendelsen sendt i legens navn. I de tilfellene hvor flere leger arbeidet sammen, hadde vi kun opplysninger om legekontorets navn. Henvendelsen ble da rettet til administrativ leder. I denne forsendelsen fulgte det med kopier til forventet antall øvrige leger, basert på utvalgsopplysninger fra Fastlegeregisteret. Det ble i tillegg sendt en orientering med kopi av henvendelsen til øvrste helsemyndighet i de 14 pilotkommunene.

Med det tempoet og den arbeidsintensiteten som ofte preger et legekontor, sto vi foran litt av en utfordring i

¹² Se vedlegg D: Rekrutteringsmaterieil

arbeidet med å få en avklaring fra alle legekantorene før deadline. Å komme igjennom på telefon til et legekantor kan i seg selv være en prøvelse, særlig like etter åpningstid. Å forsøke å komme videre igjennom til lege, er også problematisk. Mange forværelser er svært dyktige i å sile ut og hindre pågang over telefon som ikke er pasientorientert. Det er dessuten vanskelig å finne et tidspunkt innenfor normal arbeidstid hvor en lege har anledning til å ringe tilbake.

I det følgende har vi beskrevet noen av erfaringene fra rekrutteringsarbeidet:

Innledningsvis:

- Liten pågang på telefon fra legekantorene
- Få svarskjema i retur
- Feil adresseopplysninger for enkelte av legekantorene. Medførte ekstra utsending

Første telefonkontakt med legekantoret:

- Posten var blitt liggende/ikke delt ut
- Tvil om *hvem* henvendelsen var lagt til
- Ansvarlig lege var bortreist eller syk
- Ansvarlig lege hadde mottatt henvendelsen, men ikke sett på den ennå
- Ansvarlig lege hadde sett henvendelsen, men enten ikke rukket å distribuere den videre, eller saken hadde ikke blitt diskutert i plenum ennå
- Ansvarlig lege fant ikke igjen henvendelsen

Videre oppfølgingssamtaler:

- Det var viktig å komme i kontakt med ansvarlig lege for å informere og eventuelt utdype
- Denne kontakten måtte skje på legens premisser
- Det var ikke strategisk å presse på for å få snakke med lege under pasientbehandling. Dette ville lett føre til avslag
- Vi så etter hvert behovet for å være tilgjengelig på kveldstid for å lette terskelen for legene med hensyn til å ringe oss tilbake
- Det var viktig å presentere prosjektet kortfattet med tanke på at informasjonsbrevet ikke var lest
- Det var ikke gunstig at en legesekretær brøt inn i en pasientkontakt for å kreve rask avklaring. Det var i noen tilfeller ikke heldig at forværelset gjenga en samtale med SSB for legen. Legen tok da en avgjørelse om deltakelse basert på informasjon referert fra legesekretæren. Legesekretæren vektla andre momenter enn vi ville ha gjort for å motivere til deltakelse

Etter fire uker av rekrutteringsperioden var status følgende:

Det avtegnet seg et bilde med ca. 30 deltagende leger. Vi måtte derfor tilstrebe oss å være mer tilgjengelige pr. telefon utover vanlig kontortid (0800 - 1600). For få Infodoc-brukere var rekruttert og deadline nærmet seg. Utvalget var dessuten nær tømte for potensielle Profdoc Vision-brukere, og vi hadde ikke lyktes med å få tak i et kontor i rimelig reiseavstand, for utføring av en brukertest.

5.4. Tiltak for å øke oppslutningen

Basert på erfaringene fra rekrutterings første uker, ble følgende ekstratiltak iverksatt:

- Etablering av et tilleggsutvalg

I datainnsamlingens fjerde uke, besluttet vi å tilleggsrekruttere minimum 50 nye leger. Vi trakk ikke nye kommuner ved denne anledningen, men baserte oss i stedet på leverandørenes lister. Det var viktig å unngå feilnedslag, og vi trengte i første rekke Infodoc- og Profdoc Vision-brukere.

- Omarbeiding av informasjonsbrevet

Innspill undervis førte til at vi redigerte informasjonsbrevet. Vi la større vekt på det praktiske aspektet ved å delta, da det først og fremst var dette spørsmålene fra legene dreide seg om. På dette tidspunktet satt vi med mer informasjon om detaljene rundt uttrekket.

- En skriftlig påminning til legekantorene som allerede var blitt purret
- Økt tilgjengelighet, betjent mobiltelefon, også på kveldstid

Etter hvert som tiden gikk hadde vi mindre og mindre effekt av å ringe. Det var nå viktig å gi en beskjed direkte til legen. Vi utformet derfor en påminning i form av postkort, der vi åpnet for kontakt med SSB på kveldstid.

5.5. Resultat

På neste side har vi gjengitt resultater fra rekrutteringen. Vi har gjort opptellinger både på legekantornivå og på legenivå.

Tabell 5. Resultater fra rekrutteringen. Bruttoutvalg før supplering. Fordeling på journalsystem. Antall

Journalsystem	Bruttoutvalg		Frafall/Avgang		Nettoutvalg	
	Legekontor	Leger	Legekontor	Leger	Legekontor	Leger
I alt	42	98	25	63	17	35
WinMed	22	44	13	28	9	16
Profdoc Vision	6	16	3	7	3	9
Infodoc	8	26	3	16	5	10
Profdoc DOS	3	9	3	9		
Andre	2	2	2	2		
Har ikke EPJ	1	1	1	1		

Tabell 6. Resultater fra rekrutteringen. Tilleggsutvalget. Fordeling på journalsystem. Antall

Journalsystem	Bruttoutvalg		Frafall		Nettoutvalg	
	Legekontor	Leger	Legekontor	Leger	Legekontor	Leger
I alt	18	60	10	35 ¹	8	25
WinMed	5	14	3	8	2	6
Profdoc Vision	7	21	3	8	4	13
Infodoc	6	25	4	19	2	6

¹Ved ett av legekontorene, tilsvarende 5 leger, fikk vi ikke noen avklaring før deadline. Legekontoret er tatt med i frafallsberegningene.

Tabell 7. Resultater fra rekrutteringen. Fordeling på journalsystem. Antall

Journalsystem	Ønsket å delta		Leverte data	
	Legekontorer	Allmennleger	Legekontorer	Allmennleger
I alt	25	60	21	49
WinMed	11	22	10	20
Profdoc Vision	7	22	7	22
Infodoc	7	16	4	7

5.6. Årsaker til frafall

Rekrutteringen avtegnet fire hovedgrupper. Den første omfatter *leger som var genuint interessert i dataene*. Den andre består av leger som tross liten interesse for SEDA-dataene *stilte seg til disposisjon for prosjektet*. *Frafallet* er sammensatt. Til slutt har vi leger som faller utenfor målgruppen til pilotprosjektet - *avgangene*.

5.6.1. De interesserte legene

De fleste i denne gruppen returnerte samtykket uten oppfølging pr. telefon. Noen av legene ble ringt opp etter at svarfristen var gått ut, men var svært interesserte da vi kontaktet dem.

5.6.2. Leger som ble motivert gjennom oppfølgingsamtale over telefon

Felles for leger i denne gruppen var de selv ikke var så interessert i SEDA-dataene, men ønsket likevel å stille seg til disposisjon for prosjektet. Informasjonsbrevet var i noen tilfeller lest, men leger i denne gruppen ble først og fremst motivert gjennom oppfølgingsamtalen over telefon.

5.6.3. Frafallet

Frafallet omfatter også vakanser og langtidssykmeldinger. I løpet av perioden fikk vi opplysninger om tre vakanser og én langtidssykmelding. Vi har ikke sjekket faktisk antall leger for legekontorene som returnerte

med avslag for sine leger. Legekontorer hvis status var ukjent ved deadline, er også regnet med i frafallet.

Vi vil i det følgende gå nærmere inn på de ulike frafallsårsakene:

Arbeidspress

Mange allmennleger opplever en presset arbeids-situasjon. I en situasjon der pågangen er stor, blir pasientene prioritert. "Jeg skulle gjerne ha deltatt, men jeg makter ikke slik situasjonen er nå" er en formulering vi har hørt ved flere anledninger. Sykdom og/eller vakanser ved legesenteret gjør arbeidet ekstra krevende for dem som er på post.

Prinsipielle innvendinger

Noen, men en relativt liten andel, hadde mer prinsipielle innvendinger mot å delta. Dette gikk både på holdningen til å påta seg oppgaver utover pasientbehandlingen, og en generell motstand mot å avlevere data om egen praksis. Vi opplevde likevel at svært få hadde spesielle innvendinger mot selve prosjektideen.

Usikkerhet rundt detaljene i SEDA-uttrekket

Vi opplevde noe vansker med å markedsføre et produkt som var under utvikling. I startfasen hadde vi ikke detaljkunnskap om hvordan installasjon og uttrekk fungerte, noe som kan ha medført at vi ikke virket tilstrekkelig overbevisende.

Hvis vi kunne ha snakket i klartekst om detaljene rundt bruken fra starten av er det mulig situasjonen rent rekrutteringsmessig ville vært lettere. I en situasjon der legene ikke visste helt nøyaktig hvor stor arbeidsmengde det var knyttet til uttrekket, valgte noen å avstå fra å delta, selv om interessen i utgangspunktet var til stede.

Ikke fortrolig med bruken av EPJ

Ikke alle bruker journalsystemet fullt ut. Vi fikk tilbakemeldinger som: "Jeg er ikke representativ", "Jeg er under opplæring", "Jeg har nylig skiftet journalsystem". Leger i denne situasjonen var svært tilbøyelige til å avslå deltakelse.

Sykdom og vakanser

Sykdom samt vakanser (ubesatte stillinger) førte til at brutto potensielt antall deltakere ble noe lavere enn de 98 legene vi i utgangspunktet hadde identifisert.

Ingen avklaring

Ved enkelte tilfeller hadde vi ikke fått en endelig avklaring fra legekantoret da deadline var passert.

Frafall underveis

11 av legene som samtykket i å delta, leverte ikke data. Majoriteten i denne gruppen var Infodoc brukere, hvor det som tidligere omtalt ble problemer med installeringen av SEDA.

5.6.4. Avganger – utenfor målgruppen

Karakteristisk for denne gruppen var at legene i utgangspunktet var interesserte i å delta, men at de lå utenfor målgruppen for pilotprosjektet. Fem av kontorene vi kontaktet hadde andre journalsystemer enn de piloten omfattet. Ett av legekantorene vi kontaktet benyttet ikke elektronisk pasientjournal.

5.7. Oppsummering - rekruttering

I det opprinnelige utvalget ble 98 leger identifisert. 12 lå utenfor målgruppen. Tre vakanser ble registrert. Vi satt da igjen med 83 potensielle deltakere. Av disse ble 35 rekruttert, en svarprosent på 42. I tilleggsutvalget ble 25 av 60 leger rekruttert. Ved deadline manglet vi avklaring fra flere av legene.

I utgangspunktet mener vi det var avsatt nok tid (8 uker) til rekrutteringsarbeid. Vi fikk relativt tidlig i innsamlingsprosessen signaler om at ambisjonen om 70 prosents oppslutning ikke kunne innfris.

Vi utelukker ikke at det hadde hatt en positiv effekt på rekrutteringen hvis utviklingsarbeidet var unnagjort før vi trakk inn brukerne (allmennlegene). En slik ideell modell er imidlertid vanskelig i pilotprosjekter, og var heller ikke lagt opp til fra oppdragsgivers side. Frafallet var sammensatt, men inntrykket vi sitter igjen med er at legene vi rekrutterte var motiverte, og så allmenn- og egennytt av datautplukket. Det var svært få som

virkelig var skeptiske til konseptet eller vegret seg for å avgi data. Vi opplevde likevel at det ble mange avslag, fordi legene ikke følte kapasitet til å ta på seg oppgavebyrder utover det de allerede hadde.

Ved å bearbeide og optimalisere uttrekket, samt tilby SEDA-rapport som fast menyvalg i journalen, mener vi at det er grunnlag for å få tilslutning i den store gruppen av leger som lever under hardt tidspress. For å skape interesse og blest om prosjektet, bør man legge vekt på å markedsføre potensialet i dataene som foreligger fra pilotundersøkelsen.

6. Teknisk tilrettelegging

6.1. Utarbeidelse av kravspesifikasjon for SEDA

Basert på anbefalingene i prosjektplanen om hvilke variable pilotundersøkelsen skulle dekke, samt den forhåndskunnskap Statistisk sentralbyrå hadde om de ulike journalsystemene, ble en felles kravspesifikasjon¹³ utarbeidet for SEDA-uttrekket.

For å unngå å tape tid samt unngå misforståelser underveis i programmeringsarbeidet, la vi vekt på at spesifikasjonen skulle være mest mulig presis og oversiktlig. Det ble nedlagt betydelig arbeid i utformingen. Henvendelsen til journalleverandørene Infodoc AS og Profdoc Norge AS bestod av:

- Følgelbrev, med tidsplan og angitte rammer for programmeringsarbeid og testing
- Kravspesifikasjon for uttrekkene
- Filbeskrivelse med anbefalt struktur for filproduktet

Da arbeidet med kravspesifikasjonen startet opp, hadde vi gjennom sonderinger med journalleverandørene en viss oversikt over journalsystemene som skulle undersøkes. Best var kjennskapet til WinMed journalsystem. Som del av planleggingsarbeidet besøkte vi Profdoc Norge AS avdeling WinMed, hvor utviklingssjefen demonstrerte bruken av journalsystemet og hvilke opplysninger som kunne trekkes ut i en tenkt SEDA-rapport.

Det ble tidlig i prosjektet installert en testversjon av WinMed journalprogram i Statistisk sentralbyrå for at prosjektadministrasjonen skulle kunne gjøre seg bedre kjent med oppbygningen og funksjonalitetene i elektronisk pasientjournal. Underveis i prosjektet ble det bygd opp en testbase i SSB bestående av programvare og modul for SEDA-uttrekk for hver av de tre journalsystemene. Dette ble gjort for å kunne gjennomføre testing og kvalitetssikring i tråd med anbefalingene.

SSB har i kravspesifikasjonen lagt til grunn en filstruktur som tar høyde for ulikheter mellom journalsystemene. Systemene er standardisert i forhold til

kodeverk (ICPC¹⁴, ATC¹⁵), funksjonalitet (f.eks. reseptmodul, sykmeldingsmodul) og legeregninger (takstkoder). Likevel er det stor innbyrdes forskjell på hvilken informasjon som lagres som fritekst, og hvilke opplysninger som pr. i dag kan kvantifiseres og utnyttes til statistikkformål. Dessuten ligger det til dels ulik tankegang bak hensynet til utforming av interface, brukerfleksibilitet og oppbyggingen av databasestrukturen.

Journalsystemene WinMed og Profdoc Vision er mest lik hverandre strukturmessig, mens gjeldende versjon av Infodoc er skodd over en litt annen lest.

Da kjerneoppgaven i piloten var å undersøke muligheter for felles output fra EPJ til statistisk bruk, var det, ulikhetene til tross, mest hensiktsmessig å utforme én felles spesifikasjon. Spesifikasjonen angir felles krav for pilotvariablene, men tar høyde for at ikke alle systemene har evne til å produsere data i alle feltene av hver record (rad med data). Det var blant annet på det rene at dagens versjon av Infodoc ikke kunne trekke ut ATC-kode.

Opptelling av resepter, legemidler og analysesvar

I tillegg til strukturelle krav inneholdt kravspesifikasjonen retningslinjer for antall resepter, antall legemidler, antall analysesvar osv. som skulle med pr. kontakt. Det ble avsatt et maksimalt antall posisjoner for hver. Dersom antallet ble oversteget, kom de N (N = max antall) første med på uttrekket, mens resten ble utelatt.

Korrespondanse mellom diagnose og tiltak

Da SSB utarbeidet prinsippene for generering av fil, forutsatte vi mulighet for intern korrespondanse mellom elementer i datasettet; bl.a. en direkte korrespondanse mellom diagnose og tiltak, for eksempel diagnose, resept og legemiddel, samt diagnose og henvisning. Det viste seg at dette ikke fungerte i praksis. I journalsystemet Profdoc Vision finnes en slik korrespondansemulighet i forhold til

¹³ Se vedlegg E: Kravspesifikasjon for SEDA

¹⁴ ICPC - International Classification of Primary Care

¹⁵ ATC - Anatomical Therapeutic Chemical Classification

resepter og legemidler, forutsatt at legene benytter seg av denne linken i journalføringen. Uten dette kan det ikke trekkes sikre slutninger om at en forskrivning korresponderer med diagnosen anført i forbindelse med pasientkontakten.

Vi oppnår imidlertid korrespondanse mellom syk-melding og diagnose, ved å trekke ut sykmeldingsdiagnose.

Opptelling av pasientkontakter

Det var nødvendig å lage en tilleggsdel/spesialdel for hvert journalsystem med hensyn til hvordan man skulle telle og kategorisere pasientkontakter.

Framgangsmåten som ble valgt var å kombinere takstkoder med opplysninger fra kontaktregistreringen. Infodoc journalsystem har ikke kontaktregistrering. Som erstatning ble "kontaktregistrering" i Infodoc basert på utfylling av anamnesefeltet.

Opptelling av pasientkontakter i Infodoc journalsystem
I SEDA-uttrekket for Infodoc benyttes anamnesefeltet til å identifisere ny kontakt. Utfylt anamnese genererer ny kontakt. Utfylt anamnese men ingen takstkode, kodes som administrativ/forebyggende¹⁶ kontakt.

Opptelling av pasientkontakter i WinMed journalsystem
For WinMed journalsystem har vi i tillegg til takstene brukt opplysninger fra kontaktregistreringen til å identifisere en ny pasientkontakt. Dette fungerer når legen benytter kontaktregistrering under journalføringen (dvs. har funksjon for kontaktregistrering på). Det er fullt mulig å føre journalnotat uten bruk av kontaktregistrering. I dette tilfellet får vi ingen tolkbar kontaktregistreringskode, og man har dermed bare takstene å støtte seg på.

Opptelling av pasientkontakter i Profdoc Vision journalsystem

På samme måte som med WinMed, kan vi i Profdoc Vision benytte opplysninger fra kontaktregistreringen til å identifisere en ny pasientkontakt. Dette fungerer i prinsippet bare når legen benytter standard menyvalg for kontaktregistrering. SEDA-programmet kan ikke tolke brukernes egne innlagte valg for kontakttype. I slike tilfeller må vi legge takstkoden til grunn.

6.2. Organisering av SEDA-rapportene

6.2.1. Struktur

SEDA-uttrekket består av to rapporter:

Rapport 1: *Pasientkontakter i perioden* gjelder uttrekk av pasient- og legekarakteristika, kontaktopplysninger, diagnoser og tiltak i en valgt periode. I pilotprosjektet SEDA ble datamengden avgrenset til perioden 01/11 - 30/11 2001.

Rapport 2: *Listepasienter* gjelder uttrekk av karakteristika ved listepasienter registrert i journalsystemet, i det aktuelle tidsrom rapporten kjøres for.

Rapport 1 inneholder kontaktdata. For hver nye kontakt genereres en record eller rad med data. I tillegg til kontaktopplysninger, pasient- og legeopplysninger, trekkes diagnoseopplysninger ut, samt opplysninger om iverksatte tiltak.

Rapport 2 henter opp alle listepasienter som er tilknyttet den aktuelle legen, samt karakteristika ved disse.

Rapportene inneholder flere av de samme variablene, og kan knyttes opp mot hverandre ved bruk av flere ulike koplingsnøkler. Med tanke på å sammenholde pasientfordeling i henholdsvis listepopulasjon og kontaktregisteret, faller det naturlig å sortere på pasient og dermed benytte journalnummer som koplingsnøkkel. Man kan også kople rapportene på høyere nivå, f.eks. på legennivå.

6.2.2. Funksjon

Leverandørene valgte ulike løsninger for installering, kjøring og nedlasting av SEDA-data. For journalsystemene WinMed og Profdoc Vision har leverandøren tilrettelagt for felles kjøring for legekantoret fra én arbeidsstasjon. Her er det lagt inn reservasjonsmulighet, dvs. at man markerer for hvilke leger uttrekket skal omfatte. Infodocs løsning for SEDA krever separat kjøring for den enkelte lege.

SEDA-rapportene kunne enten legges inn som menyvalg i journalen (Infodoc, Profdoc Vision) eller startes fra eget program (WinMed).

Rapportene ble kjørt ved å avgrense tidsperioden og markere for leger som skulle inngå (WinMed, Profdoc Vision). Rapportene kunne kjøres samlet (WinMed, Infodoc) eller separat (Profdoc Vision).

Filene kunne pakkes (zipes) automatisk (WinMed, Infodoc) eller manuelt (Profdoc Vision). De ferdige pakkede filene ble så lastes ned på diskett.

Rapportene er lagret som flatfil i ASCII-format. Flatfil i ASCII-format gjør verifikasjonsarbeidet enklere, fordi vi får en direkte oversikt over dataene. Man trenger dermed ikke et ekstraprogram i SSB for å tolke dataene.

¹⁶ Se kapittel 10 for definisjon.

6.3. Erfaringer fra samarbeidet med journalleverandørene

SSB inngikk fastprisavtale med leverandørene. I ettertid viste det seg at overslagene var noe knappe. De omfattet programmering og noe testing. Det ble ikke beregnet brukerstøtte, noe det viste seg å være behov for. Dessuten var det et stort behov for å kommunisere og ha jevnlig kontakt med leverandørene underveis i prosessen. Det var også nødvendig med samtaler i etterkant i forbindelse med tolkning av data, og hjelp til å forstå hvordan uttrekkene fungerte.

Leverandørene forsto godt vår kravspesifikasjon, og det var få misforståelser mellom partene underveis. Vi har tidvis hatt problemer med å holde en løpende dialog, da vi har forholdt oss til nøkkelpersonell hos journalleverandørene. Dette har medført problemer med tilgjengelighet. I noen grad føler vi også at vi har blitt offer for interne prioriteringer hos journalleverandørene.

Selve samarbeidet om SEDA har vært konstruktivt og godt. Samtidig er det viktig å ta med videre at utviklingsarbeid, testing og kvalitetssikring tar tid. Det kan være mange ting som går galt, og en trenger å ta høyde for at også uforutsette ting kan inntreffe. Vår erfaring er at en del av kvalitetssikringen faller på den som skal kjøpe et slikt produkt. Bare grovtestingen skjer ute hos leverandørene.

Vi ser i ettertid at testingen kunne ha vært bedre utført fra leverandørens side. Vi har dessuten erfart at det kan oppstå feil under bruk som ikke lar seg avdekke i en enkeltstående test.

Leverandørens kommentarer til opplegg og kravspesifikasjon har ellers vært nyttige. De viktigste innvendingene vi har merket oss er at vår spesifikasjon for pilotundersøkelsen genererte mye unødig tomrom på filen. Leverandørene ga også viktige innspill til hvordan de ulike dataelementene burde sorteres og organiseres. Journalleverandørene vil være svært viktige bidragsyttere i tilretteleggingen av en videre prosess med SEDA.

6.4. Testing

SSBs anbefalinger med hensyn til testprosedyrer er beskrevet i prosjektplanen for SEDA.

Vi anbefalte testing på tre ulike områder:

Strukturell test	Test av filprodukt. Om opplysninger ble lagt i de posisjoner på filen vi forventet at de ble lagt (Test av fil m/dummydata)
Validitetssjekk	Om opplysninger punchet inn i pasientjournal kom med på uttrekket (Testing i SSB)
Konseptuell test	Om uttrekket fungerte teknisk ute hos en tilfeldig valgt bruker. Sjekk av output (Brukertest)

Før programmeringsarbeidet startet opp konsulterte vi Statens institutt for folkehelse som har erfaringsbakgrunn i tilsvarende utviklingsarbeid, samt fra samarbeid med journalleverandørene. Deres viktigste anbefalinger var å sette av tilstrekkelig tid til testing, og være grundige i testingen.

Arbeidet med testingen ble gjennomført som følger:

1. Fase:

- Programmering og grovtesting

Vi forutsatte at leverandøren testet programmet slik at utgangspunktet for den videre testingen var et produkt uten kjente feil eller mangler. I ettertid ser vi at det kun var snakk om grovtesting fra leverandørens side i denne fasen.

- Verifikasjon av programmeringen

Som en første test på at leverandørene hadde forstått kravspesifikasjonen, ba vi om et sett testdata (dummydata) samt en kort filbeskrivelse for hvert av uttrekksprogrammene. Med dette fikk vi et inntrykk av hva hvert av systemene kunne produsere av data, og om opplysningene la seg på de posisjonene på filen som vi forventet.

Ikke alle data ble rapportert med det antall siffer kravspesifikasjonen tilsa. For å lette arbeidet for leverandørene, valgte vi å gjøre en del tilpasninger sentralt (f.eks. gjøre om alder fra to til tre siffer, kommunenummer fra blank til 0 i første siffer).

Denne første testen bekreftet at kravspesifikasjonen var grei å tolke. Datamengden var imidlertid ikke tilstrekkelig til at vi fikk verifisert alle verdier på de ulike variablene.

2. Fase

- Systematisk testing

Det var derfor helt nødvendig å gjennomføre systematiske tester for å sjekke at alle mulige verdier kunne skrives ut, og at opplysningene ført inn i pasientjournalen faktisk var de samme som kom med på uttrekket. Disse testene ble utført i Statistisk sentralbyrå, etter at vi fikk tilgang på de ulike journalsystemene og en testversjon av uttrekkene.

- Oppsummeringsmøter

Vi gjennomførte et oppsummeringsmøte med hver av leverandørene hvor vi systematisk gikk igjennom kravspesifikasjonen, leverandørens tolkning og vår tolkning av testdataene. På møtene brukte vi også tid på å verifisere dataelementer vi hadde problemer med å få testet, eller som av ulike grunner ikke kom med på uttrekket.

3. Fase

- Brukertest

Etter at leverandørene hadde rettet de nye feilene, ble det lagt opp til en brukertest ute på et legekantor som allerede var rekruttert til SEDA. Formålet med testen var å sjekke om uttrekket fungerte konseptuelt. Går det bra å installere SEDA? Får man kjørt programmet? Det var også ønskelig å se på uttaket av journaldata for en begrenset periode for gjøre en ekstra sjekk av innholdet i rapportene. Vi la imidlertid ikke opp til noen direkte kontroll mot journalen i denne testen.

På grunn av mangler i uttrekkene ble det kjørt to tester for hhv. WinMed og Profdoc Vision journalsystem. For Infodoc journalsystem ble testingen utført under installasjon hos brukerne. Vi ble i dette tilfellet forelagt produksjonsdata underveis i datainnsamlingsperioden.

4. Fase

- Innsjekking av pilotdata

Under innsjekkingen av dataene (omtales i avsnitt 8.1. Mottakskontroll) hadde vi en løpende dialog med journalleverandørene for å vurdere innhold og kvalitet på uttrekkene.

5. Fase

- Tilbakemeldinger fra pilotlegene

Det ble lagt til rette for en ytterligere "sjekk" av pilotdataene ved å trekke allmennlegene aktivt inn i etterarbeidet. I sluttfasen kontaktet vi de av legene som sa seg villige til å diskutere resultatene og innsamlingsopplegget for øvrig med oss. Denne gjennomgangen har gitt verdifulle innspill til et eventuelt videre tilretteleggingsarbeid. Tilbakemeldingene fra allmennlegene omtales nærmere i kapittel 11.

7. Datainnsamling

Da rekrutteringsarbeidet var avsluttet, hadde vi knyttet til oss 7 Infodoc-kontorer, 7 Profdoc Vision-kontorer og 11 WinMed-kontorer, til sammen 60 allmennleger. Én måneds registreringer for disse legene ga etter vår mening et tilstrekkelig stort datasett for analysen.

Vi hadde i første rekke rekruttert leger som var motiverte for å delta og interesserte i sluttproduktet. Det var grunn til å anta at de ville være noe tolerante i forhold til eventuelle tekniske problemer som måtte oppstå underveis. Vi la likevel til grunn at deltakelsen ikke skulle medføre betydelig merarbeid. For å tilrettelegge datainnsamlingen etter denne hensikten, la vi vekt på følgende:

- Kort, selvforklarende veiledning
- Få tastetrykk i forbindelse med installering og uttrekk av SEDA-rapport
- Gjennomføre et samlet uttrekk for alle leger ved ett og samme legekantor
- Automatisk komprimering av data før nedlasting til diskett
- Legge ved forhåndsfrankert returmaterieil
- Tilgjengelig brukerstøtte, også på kveldstid

7.1. Gjennomføring

Datainnsamlingsprosessen forløp til ulik tid for de tre brukergruppene. Av hensyn til sammenlignbarheten ble alle legekantorer bedt om å ta ut novemberdata. Dette gjaldt også legekantorene som ikke fikk gjennomført uttrekk før etter årsskiftet.

Infodoc AS installerte SEDA-rapportene hos de aktuelle legene i forkant av dataregistreringsperioden (i slutten av oktober) og returnerte for å ta ut dataene i begynnelsen av desember. Dataene ble fortløpende sendt Statistisk sentralbyrå. Ved to av legekantorene ble SEDA-rapportene aldri installert i journalsystemet. Tilpasningene leverandøren måtte gjøre for å få kjørt SEDA kom i konflikt med kodifiseringer som var lå inne i det lokale journalsystemet. Ytterligere ett legekantor trakk seg under datainnsamlingen.

Diskettprogram og veiledning for Profdoc Vision-brukerne ble sendt ut mot slutten av november.

I løpet av desember hadde flesteparten gjennomført uttrekket. Statistisk sentralbyrå fungerte som brukerstøtte. Vi opplevde at det var behov for å konsultere leverandøren underveis.

Materieil og program for brukere av WinMed journal-system ble sendt ut rett oppunder jul. Det ble returnert data i januar og februar. I dette tilfellet trakk vi inn Profdoc avdeling WinMed som brukerstøtte. Ett av legekantorene trakk seg underveis.

7.2. Feil og problemer underveis

Vi er blitt møtt med til dels stor toleranse ute på legekantorene. Det har vært noe frustrasjon på grunn av feilmeldinger under kjøring av SEDA-uttrekkene. Vanskelighetsgraden har dessuten vært noe større enn det vi forespeilte legene.

SSB har forsøkt å presisere overfor legene at en pilot-datainnsamling, hvis formål er uttesting, alltid innebærer risiko for feil. Vi har etter beste evne søkt å imøtekomme spørsmål og problemer ute på legekantorene underveis i datainnsamlingen.

De største avvikene mellom intensjonene i prosjektplanen og den praktiske gjennomføringen var først og fremst:

- Forsinkelse i utsending av program for WinMed-brukerne

Forsinkelsen i utsendingen av WinMed journalsystem var uheldig overfor legene, men fikk ingen store konsekvenser utover at ett av legekantorene trakk seg.

- Feilmelding under kjøring av SEDA-rapport for WinMed- og Profdoc Vision-brukere

Under datainnsamlingen ble vi konfrontert med en type overløpsproblematikk, som brukertestene ikke maktet å avsløre. Overløpet førte til feil fordi uttrekksprogrammet prøvde å skrive flere opplysninger til fil enn det var avsatt plass (posisjoner) til.

Dette problemet erfarte vi både for Profdoc Vision og WinMed. Problemet ble introdusert først da det ble kjørt på store datamengder. Enkelte av de små legekontorene kunne imidlertid kjøre programmet uten å få feilmelding. For WinMed ble denne feilen oppdaget såpass tidlig at alle kontorene fikk tilsendt nytt program.

- Større vanskelighetsgrad enn forespeilet

Tilbakemeldingene viser at selve rapportkjøringen var intuitiv og tilrettelagt, men det var enkelte problemer tilknyttet for- og etterarbeidet. WinMed-brukerne hadde problemer med installering, og Profdoc Vision-brukerne med komprimering av data.

Profdoc Vision-brukere som ikke på forhånd hadde installert WinZip, måtte utføre en ekstra operasjon for å få komprimert dataene. Det var nødvendig å mellomlagre data på harddisk før kopiering til diskett.

Vår anbefaling er at man i alle systemer legger til rette for til én felles operasjon for uttrekk, komprimering og overføring av data.

- Feil i Profdoc Vision-uttrekket

Vi oppdaget en ny feil i Profdoc Vision-uttrekkene under innsjekkingen, men feilen er justert for i ettertid i SSB ved hjelp av et retteprogram. Programmet skriver ut erklæring om sykmelding utover 8 uker i de N neste kontaktene etter en dobbelregistrering. Dette gjaldt også de andre erklæringene (uførepensjon/rehabilitering/attføring).

7.3. Problemer tilknyttet uttrekk av data fra Infodoc journalsystem

Et viktig premiss for gjennomføringen av pilotundersøkelsen var å unngå å legge føringer på legene i forbindelse med journalføring. Vi la opp til et uttak av rådata basert på "vanlig" eller "daglig" bruk av journalsystemet.

En viktig erfaring pilotundersøkelsen har gitt også journalleverandørene, vi tenker her spesielt på Infodoc, er at journalsystemet håndteres på måter som ikke er tilsiktet fra leverandørens side. Dette gjelder både rutiner for innføring av opplysninger i journalen og rutiner for signering. Dette fikk i noen grad konsekvenser for hvilke data som kom med på SEDA-uttrekket.

Vi oppsummerer her de viktigste problemene med datauttrekk fra Infodoc journalsystem:

- Installasjon av SEDA forstyrret/interfererte med andre moduler av journalsystemet
Konsekvens for SEDA: Dubletter i uttrekkene
Løsning hos SSB: Dublettsjekk og sletting av ekstra records

- Manglende dobbeltsignering av innkomne prøvesvar
Konsekvens for SEDA: Mangler laboratoriedata der dette har forkommet
- Feil i utplukket fra brukerregisteret
Konsekvens for SEDA: Mangler medarbeiderinformasjon
- Lokale kodifiseringer i journalsystemet kom i konflikt med installeringen av SEDA
Konsekvens for SEDA: Mistet to legekontorer, til sammen 7 leger
- Tilpasningene Infodoc la inn for å hente ut henvisninger og rekvisisjoner fungerte bare delvis
Konsekvens for SEDA: Ufullstendige opplysninger om henvisninger og rekvisisjoner

7.4. Oppsummering - teknisk gjennomføring

Vi har i erfart at det er viktig å sette av tilstrekkelig tid til samarbeid med journalleverandørene. De er nøkkelpersoner i dette arbeidet. SSB er avhengige av bistand til denne type utviklingsoppgaver, og det er den enkelte leverandør som har førstehåndskunnskapen om systemene som skal undersøkes. Journalleverandørene vil være viktig bidragsyttere i en videre tilrettelegging av SEDA.

Vi rekrutterte 60 leger og fikk data fra 49. Motivasjonen til å levere data blant legene som deltok var stor. Vi forsøkte i forkant av datainnsamlingen å gjøre et poeng av at hensikten med prosjektet var testing og utprøving. Vi opplevde likevel noe frustrasjon blant legene underveis. Vi har stor forståelse for at allmennlegene, i den pressede arbeidssituasjonen mange opplever, verken har tid eller evne til å slite med noen av de tekniske problemene som oppstod i tilknytning til pilotdatainnsamlingen.

Dersom datainnsamlingsopplegget skal fungere i et utvidet omfang, må det gjøres tekniske forbedringer som sikrer at uttrekk, komprimering og forsendelse av data kan skje i én felles operasjon. Leverandørene bør selv stå for installeringen.

Vi anbefaler at det i tillegg til forsendelse av data til en sentralisert instans, tilrettelegges for direkte uttak av statistikk for egen praksis/pasientgruppe, slik at legene når som helst kan hente ut data om egen praksis.

8. Prosessering av data

I dette kapittelet gjennomgår vi kort prinsippene for databehandling, etter at dataene ble returnert til Statistisk sentralbyrå.¹⁷

Automatisk prosessering av data. Produksjonslinjeprinsippet

Vi har søkt å tilrette for automatisk prosessering av data. I den tekniske løsningen vi har valgt, ligger *produksjonslinjeprinsippet* i bunn. Dataene hentes først fra et felles "mottaksområde". Ved en eventuell senere kommunikasjonsløsning, kan inndata fra legene/legekontorene legges til dette området.

Prosessene dataene gjennomløper, ligger lenket fortløpende i et logisk system. Ved oppstart av hver prosess hentes opp et menyprogram som påkaller andre småprogram. Hvert program utfører én spesifikk oppgave. De ulike programmene kan lenkes inn eller ut av produksjonslinjen etter behov. Figur 2 viser en modell av dataprosesseringen.

Inndeling av programmeringsarbeidet

Prosessene mottak, omkoding, samling og paakobling ble utviklet sekvensielt, men vi tok høyde for å oppdatere programmene underveis, etter hvert som nye problemstillinger - feil og behov for omkoding - ble kjent ("refactoring").

Prosessene felles og kontroll brukes i forbindelse med de ovennevnte prosessene. Felles inneholder programmer som anvendes på tvers av journal-systemene. Kontroll brukes for kontroll av felter og utfyllingsgrad.

Programmene innenfor prosessene bearbeiding og presentasjon ble utviklet parallelt og brukes i forbindelse med tabellgenerering. Prosessprogrammeringen avsluttes med lagring av overlevelsedata.

8.1. Mottakskontroll

Innsjekking

Innsjekkingen bestod i å motta og pakke opp diskettforsendelser, og registrere mottaket i en logg. Filene ble kopiert over på harddisk og "omdøpt". Det ble foretatt en overfladisk sjekk av innhold. Følgene sjekkpunkter ble tatt i bruk:

- At både rapporten for "Pasientkontakt i perioden" og "Listepasienter" hadde kommet med
- At uttrekket var kjørt for perioden 01112001 - 30112001
- At helsepersonellnummer i uttrekket samsvarte med legen som har gitt samtykke
- At sentrale opplysninger var kommet med, og at uttrekket virket fullstendig

Mottakskontroll

"Teknisk" mottakskontroll har omfattet:

- Kontroll av datauttrekk på disketter
- Enkel oppretting av feil
- Fjerning av dummy records (i den grad de har vært mulig å identifisere)

8.2. Omkoding

Omkoding

Proessen omkoding har omfattet:

- Utarbeidelse av felles koder og filformater, på tvers av journalsystemene
- Mer "avansert" oppretting av feil input basert på funnet kriterier i prosessen mottak, eller funnet på et senere tidspunkt

Ulik lengde på noen av feltene SEDA etterspør, gjør at lengden på hver record blir noe ulik systemene imellom. Arbeidet med å tilpasse input slik at alle records er like lange, har inngått som del av omkodingsarbeidet i SSB.

8.3. Filetablering

Samling

- Samling av datasett etter journalsystem
- Samling av datasett, alle tre systemene

¹⁷ For mer utførlig dokumentasjon vises til tilleggsnotatet *Pilotprosjektet SEDA - Teknisk dokumentasjon (Inge Kvalstad) som ferdigstilles i juli 2002*

Påkobling

- Påkobling av legeopplysninger (fra skjema) og kommuneopplysninger

8.4. Databearbeiding*Kontroll*

- Kontroll av gyldighet på felter og utfyllingsgrad. Kontrollen kan gjelde prosessene Felles, Mottak, Omkoding, Samling og Påkobling

Bearbeiding

- Lagring av tellevariabler som summerer forekomster i datamaterialet (analysevariabler)
- Generering av nye felles variable, basert i hovedsak på informasjon i eksisterende variabler. Disse variablene brukes spesielt i forbindelse med prosessen Presentasjon

- Lagring av formater, som f.eks. kan brukes til utskrifter

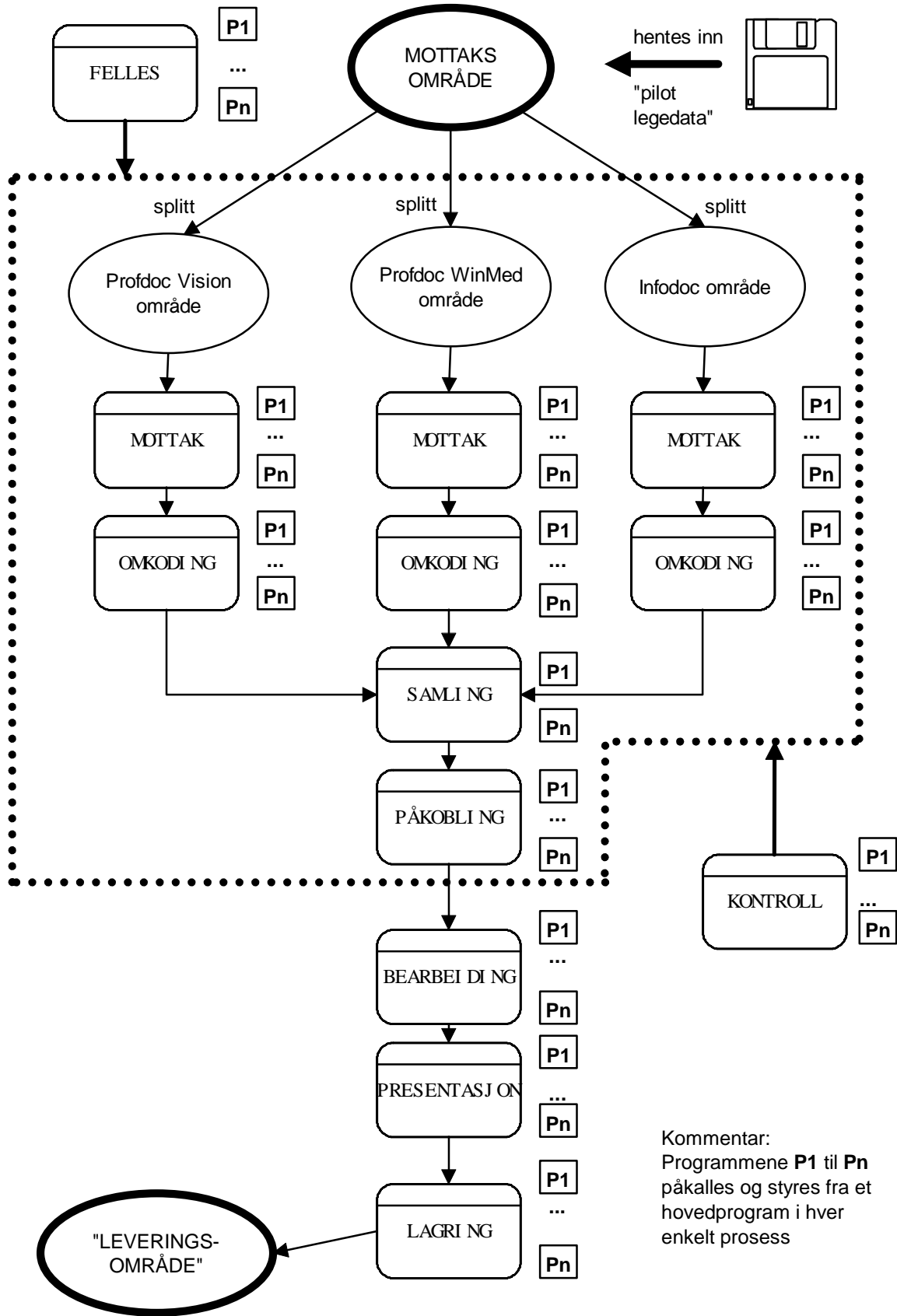
Presentasjon

- Tabellgenerering
- Presentasjon av informasjon basert på forhåndsdefinerte kriterier

8.5. Datalagring*Lagring*

- Lagring av "overlevelsesdata" på flate filer (SSB-systemet DataDok). Overlevelsesdata er data som SSB ønsker å kunne bruke i forskningsøyemed, og som vi har fått tillatelse til å kunne lagre

Figur 2. Konseptuell oversikt over SEDA - databehandling i SSB



9. Metodisk analyse. Utfyllingsgrad og begrensninger i pilotdataene

Vi vil i det følgende gjøre en gjennomgang av pilotdataene. Sentralt i vurderingen står utfyllingsgrad, dessuten begrensninger i den statistiske anvendelsen av dataene som følge av at informasjonen i journal-systemene bare delvis er standardisert.

9.1. Rapport 1: Pasientkontakter i perioden

9.1.1. Pasientinformasjon

Utnyttelse av journalnummeret

Det lagres et unikt *journalnummer* for hver nye person i et legekantors pasientregister. Alle pasienter SEDA har informasjon om, er tilknyttet et journalnummer. Under filetableringen har vi utvidet nummerserien slik at alle pasienter forblir unike, også etter at dataene er sammenslått. Det nye sorteringsnummeret har ingen direkte informasjon om *hvem* pasienten er, og brukes kun for å skille pasientene fra hverandre. Når man beholder informasjonen på individnivå, har man muligheten til å illustrere ulike typer pasientatferd. Vi kan eksempelvis angi kontaktfrekvenser og se nærmere på hvordan ulike pasientgrupper frekventerer legekantorene.

Alle personer som tilknyttes en lege gjennom Fastlegeordningen, tilordnes automatisk et journalnummer i pasientregisteret ved det aktuelle legekantoret. Dermed har vi en unik mulighet til å kople informasjon om pasientmassen som har hatt legekontakt, med informasjon om listegrunnlaget. Denne koplingen kan skje på pasientnivå, legenivå eller for alle legekantorer samlet. Når listegrunnlaget er kjent, har vi dessuten fått tilgang på en viktig nevner i pasientstatistikken, som kan utnyttes på ulike måter. Vi vil illustrere dette ved å vise noen sammenstillinger av informasjon i de to rapportene SEDA omfatter (se kapittel 10). Fastlegeprinsippet gir viktig informasjon om forbindelsen mellom legen og den befolkningsgruppen som betjenes, som også kan utnyttes statistisk.

Pasientkarakteristika

Opplysninger om pasientens *kjønn* og *alder* har god utfyllingsgrad. Kjønn og alder utledes fra pasientens personnummer registrert i journalsystemet. Kun ved 19 tilfeller har vi ikke opplysninger om pasientens kjønn.

Det var noen få forekomster i Infodoc-dataene der pasientens alder ble rapportert som negativ verdi. Disse ble blanket under feilrettingen av dataene.

Opplysninger om pasientens *bostedskommune* har relativt god utfyllingsgrad. Av 30 565 registreringer vi har opplysninger om, har bare 149 manglende opplysninger om bostedskommune.

I store bykommuner, som Oslo og Bergen kan det være behov for å findele pasientens bostedstilknytning mer detaljert enn på kommunenivå. Vi ba i disse tilfellene om opplysninger om *trygdekantoret* pasienten tilhørte. Oslo kommune var representert i pilotundersøkelsen. Analysen viser at i tre prosent av pasientkontaktene for Oslo er det ikke registrert opplysninger om trygdekantor.

SEDA-dataene inneholder viktig informasjon om *pasientens tilknytning til legekantoret*. Variabelen *PasientListet* uttrykker dette forholdet, og har tre mulige verdier:

- 1 Kontaktlegen er pasientens fastlege
- 2 Kontaktlegen er ikke pasientens fastlege, men pasienten har sin fastlege ved samme legekantor
- 3 Pasienten er ikke tilknyttet legekantoret gjennom Fastlegeordningen

For å skille 1 og 2, sammenholdes journalinformasjon om kontaktlege og fastlege. Hvis det ikke er noen opplysninger om fastlege i journalen, får variabelen verdien 3. En slik inndeling av pasientmassen gir mulighet til å beskrive ulike typer pasientatferd.

Vi har koplet informasjon fra de to rapportene ved hjelp av pasientidentifikasjonen. Rapportene viser 16 591 ulike pasienter med minst én legekontaktkontakt i perioden, og totalt 50 644 listepasienter. 76 pasienter med *PasientListet* = 1 gjenfinnes ikke blant listepasientene. Det er spesielt for Profdoc Vision vi har identifisert noe manglende samsvar.

9.1.2. Legeinformasjon

I statistikkøyemed har man på samme måte som med pasienten, ikke noe behov for informasjon som identifiserer legen. Man trenger en nummerserie som er unik for hver lege, men tallserien behøver ikke å gi noen direkte informasjon om *hvem* legen er. I dette tilfellet har vi under databehandlingen valgt å ta vare på *helsepersonellnummeret*, som ligger lagret på alle recordene. Helsepersonellnummer vil under lagringsarbeidet erstattes med en fiktivt legenummer.

Alle records der kontaktlegens helsepersonellnummer ikke samsvarer med helsepersonellnummer oppgitt i samtykkeskjemaet, ble luket ut. Dette gjaldt spesielt data fra Profdoc Vision. Her har helsepersonellnummeret også tatt verdi 0.

Fra pasientjournalen har vi dessuten informasjon om legens *kjønn* og *alder*. For alle legene som inngikk i pilotundersøkelsen er det registrert fullstendige opplysninger om kjønn og alder. Fra samtykkeskjemaene har vi dataregistrert opplysninger om *antall år legen har vært i praksis*, *antall år på nåværende arbeidsplass*, hvorvidt legen er *spesialist i allmennmedisin*, og opplysninger om *driftsform*.

Fra rapporten for listepasientene kan vi hente ut *listelengde*. Antall listepasienter kan indikere hvor stor arbeidsbyrde legen har, men bør helst sees i sammenheng med andre forhold, eksempelvis stillingsprosent.

Denne legeinformasjonen kan, dersom datamaterialet er tillater det, belyse variasjon i allmennpraksis for ulike grupper av leger. I tillegg til informasjon om legen, vil også andre opplysninger om legekantoret (*åpningstid*) og om kommunen for øvrig (innbyggertall, sentralitet, legedekning o.a.) være nyttige bakgrunnsdata for slike typer analyser. I denne omgang er vi varsomme med å splitte opp pilotdataene på lege-nivå, da antall leger som inngår i undersøkelsen er begrenset.

9.1.3. Medarbeiderinformasjon

Vi søkte informasjon hvorvidt andre enn kontaktlegen har vært involvert i pasientkontakten. I et hvert tilfelle der legens hjelpepersonell har medvirket i pasientkontakten, skal i prinsippet medarbeiderinitialene tas med på recorden som leses til SEDA.

Ved analyse av pilotdataene, går det fram at vi for legekantorer som benytter Infodoc journalsystem, ikke har fått med medarbeiderinformasjon. Medarbeiderinitialene tas fra brukerregisteret, men det har ikke lyktes i pilotundersøkelsen å få denne informasjonen med på uttrekkene.

9.1.4. Informasjon om legekantoret

Vi har *adresseopplysninger* for hvert enkelt legekantor, men disse lagres bare midlertidig på datasettet til

resultatene er tilbakeført legene. Kommuneopplysningene (kommunennummer) er ikke helt komplette. Vi manglet opplysninger om *kommunetilhørighet* på vel 1 prosent av recordene. I dataene fra fire av Profdoc Vision-kantorene er det stedvis rapportert blanke observasjoner i feltet for kommunenummer. Som en del av feilrettingen har riktig kommunenummer blitt lagt på i ettertid.

9.1.5. Informasjon om journalsystem i bruk

Med et eget merke for *journalsystem i bruk*, kan man enkelt splitte opp datamaterialet og utføre separate analyser for hvert av de tre journalsystemene piloten omfatter. På alle recordene er det angitt hvilket journalsystem som brukes, samt versjonsnummeret.

I arbeidet med å definere oppgaver tilknyttet feilretting og omkodning av data, vurderte vi hvert enkelt rådatasett, etter hvert som diskettene ble returnert Statistisk sentralbyrå. I fasen etter at dataene ble slått sammen til en felles fil, har vi utført kvalitetstester for dataene basert på dette kjennemerket.

Infodoc-legene har benyttet versjon 3.63, Profdoc Vision-brukeren versjon 3.1 og WinMed-brukeren versjon 2.0 av respektive journalsystem. *Kjøredatoen* (dato for uttrekk) er i ettertid kontrollert mot kontaktdatoene i uttrekket. Enkelte av Infodoc-uttrekkene inneholdt noe desemberdata. Dette skyldes at leverandøren tok ut data for den perioden SEDA hadde vært installert på legekantoret. Desemberdataene er i ettertid tatt ut.

9.1.6. Kontaktinformasjon

Det finnes opplysninger om *kontaktdato* for alle journalbehandlingene vi har data om. Vi valgte å beholde records der kontaktdatoen var ugyldig, etter at testen for avgrensning av uttrekket var gjennomført. Dette dreier seg om noen ytterst få feilregistreringer (f.eks. feilpunching av årstall).

Kontakttidspunktet er registrert for nær alle records, men har tatt verdien "0000" i en del av tilfellene der journalen er åpnet utenom pasientkontakt i journalsystemet Profdoc Vision (gjelder menyvalget "journalhåndtering uten kontakt").

Vi har ikke fått noe informasjon om second opinion-kontakter. Etter det vi er kjent med, har det vært mulig å hente ut disse opplysningene i WinMed. Vi tolker resultatet dit hen at det ikke har forekommet noen tilfeller av denne kontakttypen i løpet av registreringsperioden.

Opptelling av pasientkontakter

En viktig ambisjon for SEDA er å finne et mål som gir god statistikk for *antall pasientkontakter* og fordeling på kontakttypen. Hvor stor andel av kontaktene i en periode utgjør konsultasjonene? Hvor stort omfang er

det av sykebesøk? Hvordan fordeler de øvrige kontaktene seg? Hvor stort er omfanget av "administrative kontakter" - kontakter som ikke utløser takst ?

Informasjonen lagret i *kontakttakstene* og i *kontaktregistreringen* inneholder feilkilder, og vi vil derfor omtale disse spesielt (se avsnitt 10.1. om potensialet for kontaktstatistikk). Takstheftet inneholder retningslinjer for takstsettingen, men vi legger likevel til grunn at det finnes variasjon mellom leger i praktisering av takstbruken. Det er forøvrig grunn til å anta at det aller vesentligste av takstene som er utløst i perioden, er registrert på regningskortet og dermed kommet med på uttrekkene. Når det gjelder takstene, bør derfor tolkningen av en blank observasjon være at pasientkontakten ikke har utløst kontakttakst.

Det er åpenbart at kontaktregistreringen benyttes ulikt rundt om på legekantorene. Noen benytter seg av standardmenyen, andre har lagt inn egne menyvalg. *Kontaktregistrering ser imidlertid ut til å være tidsbesparende i journalføringen, samt en opsjon legene foretrekker å bruke.* Infodoc journalsystem har pr. i dag ikke kontaktregistrering. Så lenge systemene fungerer så vidt ulikt, vil takst- og diagnosesetting inntil videre være nyttig tilleggsinformasjon for å identifisere en pasientkontakt.

Vi bruker her begrepet journalbehandling synonymt med dannelse av en ny record. En del av recordene er dannet fordi en lege, som del av etterarbeid, åpner og lagrer ny informasjon i journalen om en pasient han/hun nylig har vært i kontakt med. Journalsystemene ser ut til å generere ulikt antall journalbehandlinger pr. pasientkontakt.

Vi har ikke hatt anledning til å ettergå hver eneste registrering, for å få klarhet i hvilke records som hører til en og samme pasientkontakt. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at det ligger nok informasjon i data-materialet til å kunne reorganisere dataene. (M records blir til N records ($M > N$) der M er antall journalbehandlinger og N er antall reelle pasientkontakter.)

Ved opptellingen av pasientkontaktene i perioden (se tabell 12) har vi søkt å identifisere og ta ut journalbehandlinger generert av etterarbeid. Datasettet på 22 422 pasientkontakter brukes gjennomgående i kapittel 10. Journalbehandlinger generert av etterarbeid er ikke tatt med i analysen.

9.1.7. Diagnoseopplysninger

For diagnosesetting har vi i dag en felles løsning for de tre journalsystemene. Det gis anledning til å til å sette én *hoveddiagnose* og minst én *bi-diagnose* pr. kontakt. I dette tilfellet har vi også et standard kodeverk (ICPC-kodeverket - International Classification of Primary Care) å bygge statistikken på. ICPC-kodeverket er detaljrikt og består av 322 koder i symptomdelen og

363 koder i diagnosedelen. Norsk utgave av ICPC-1 har dessuten 12 tilleggskoder, samt 39 prosesskoder for koding av tiltak. Alle allmennleger er kjent med og benytter seg av dette kodeverket under journalføringen. ICPC-kode angis i hovedsak i tilfeller der kontakten utløser kontakttakst, samt for utstedelse av sykmeldinger.

Vi har i analysen (se kapittel 10) valgt å grovgruppere diagnosekodene etter NOMESCO-standarden¹⁸. Det har forekommet enkelte feilregistreringer, men i hovedsak har vi et rikt omfang av fullstendige diagnosekoder å bygge statistikken på.

Et validitetsproblem ligger imidlertid i selve prosessen med å omsette en pasients ofte sammensatte helseproblem, til minimum én ICPC-kode. Fritekstopplysningene legen føyer til, og selv i stor grad vil basere seg på, angir mer detaljert legens forståelse av pasientens tilstand. ICPC-kode(n)e vil ikke alltid evne å avspeile en slik kompleksitet. Vi mener likevel at legenes bruk av ICPC-kodeverket bør kunne legges til grunn i statistikkproduksjon. NOMESCO-standarden er dessuten en grov og relativt robust diagnosegruppering.

I pilotdatamaterialet er det satt minst én ICPC-diagnose i 77 % av journalbehandlingene. I 9 % av journalbehandlingene er det i tillegg satt minst én bi-diagnose, og i drøyt 1 % av tilfellene minst to.

I journalbehandlingene hvor kontakttakst er utløst (tilsvarende 22 236 records) er ICPC-kode angitt i 93 prosent av tilfellene.

Prosesskode eller tiltakskode (bokstav A - Z samt tallkode -30 til -69) er satt som hoveddiagnose ved 1 877 tilfeller. Prosesskode uten bokstav (ugyldig koding) er satt som hoved- eller bi-diagnose satt ved 177 tilfeller. Koden -62 er valgt ved 127 anledninger.

9.1.8. Reseptdata og forskrivning av legemidler

Kravspesifikasjonen ble lagt opp med hensikt å *telle utstedte resepter og fordele på type resept* (f.eks. hvit og blå, samt forekomst av A-resept, B-resept etc.).

I de tilfellene vi har opplysninger om utstedt resept, gitt ved fordeling hvit og blå resept, viser dataene tilsvarende utfyllingsgrad på *reseptkategori* (fordeling på A-resept, B-resept, C-resept og annet). Vår vurdering er at reseptdataene er av en slik kvalitet at de kan utnyttes statistisk.¹⁹ Vi vil understreke betydningen av å inkludere resepter i SEDA-datasettet, fordi man

¹⁸ Vedlegg F: Inndeling i NOMESCO diagnosegrupper. NOMESCO - Nordic Medico Statistical Committee

¹⁹ KITH har utarbeidet og nylig ferdigstilt kravspesifikasjon for dokumentasjon av forskrivning og administrasjon av legemidler

har tilgang på å se forskrivning i sammenheng med diagnoser.

For å belyse potensialet for legemiddelstatistikk ved bruk av SEDA-data, har vi valgt å hente inn opplysninger om legemiddelets ATC-kode (Anatomisk terapeutisk kjemisk klassifikasjon). I ATC-systemet inndeles legemidlene i grupper på fem nivåer. På 1. nivå fordeles legemidlene på 14 anatomiske undergrupper. De neste to nivåene er terapeutiske eller farmakologiske undergrupper. 4. nivå er terapeutisk, farmakologisk eller kjemisk undergruppe, men 5. nivå representerer den kjemiske substansen.

I gjeldende versjon av Infodoc journalsystem lagres ikke ATC-koden i journaldatabasen, til tross for at kodeverket er tilgjengelig for brukeren under journalføringen. Vi valgte i pilotundersøkelsen å nyttegjøre oss legemiddelnavnet lagret som fritekst. Med begrenset datamengde, er det mulig å foreta en del manuelle operasjoner for å kategorisere fritekstopplysninger, men for et større datasett vil vi fraråde å satse på slike løsninger.

Det er derfor en forutsetning at ATC-koden kan lagres og trekkes ut, dersom SEDA i framtiden skal produsere denne type statistikk.

ATC-kodeverket er med sine undernivå, et svært detaljert kodeverk. Vi har i det følgende valgt å grov-inndelegemidlene i fire grupper:

- 1 Vanedannende legemidler (tilsvarer legemidler på A- og B-resept)
- 2 Forskrivning av antibiotika (utledes av ATC-koden, bokstavkode "J" på første nivå)
- 3 Spesifikk forskrivning (legemidler for bestemte indikasjoner, tilsvarende legemidler på blå resept)
- 4 Uspesifikk forskrivning (legemidler for kvalme, hodepine etc.)

9.1.9. Henvisninger og rekvisisjoner

Vi vet med sikkerhet at vi har mistet noe informasjon om *henvisninger* i Infodoc-dataene. Som vi har nevnt tidligere, kom kodifiseringer innlagt i journalen av brukerne i konflikt med leverandørens opplegg for datauttrekk. I disse tilfellene veide hensynet til brukerne tyngst, og SEDA-uttrekkene ble derfor ikke utført.

Pilotdataene viser at de tilpasningene Infodoc la inn i journalsystemet for å fange opp henvisninger og rekvisisjoner ikke har vist seg vellykket, da informasjonen vi søkte bare delvis har kommet med på uttrekkene.

For de to andre journalsystemene vi undersøkte, har vi trolig fått med samtlige henvisninger, så sant det henvises på en måte uttrekksprogrammet gjenkjenner.

Henvisning på vanlige brevark vil eksempelvis ikke komme med i SEDA-uttrekket.

Vi har i denne omgang nøydt oss med å telle henvisninger, og har ingen informasjon om hvor det er henvises til. Her finnes ingen standard i journalsystemene, og de ulike menyvalgene er gjerne tilpasset regionalt. For å kunne få valid og reliabel informasjon om omfanget av henvisninger til sykehus eller spesialist, kreves både at man lykkes i å trekke ut alle journalførte henvisninger, men også at brukerne henviser via journalsystemet.

For *rekvisisjoner* (rekvirering av fysioterapi, kiropraktikk og røntgen) er det grunn til å tro at datasettet er mer fullstendig enn tilfellet er for henvisningene. Det finnes ingen åpenbare tegn på systematiske feil. Vi har svært begrenset datamengde for rekvisirering av kiropraktikk (kun 26 observasjoner), mens gjennomgående har det vært forekomster av rekvisirering av fysioterapi og røntgen på alle legekantorene i løpet av perioden.

9.1.10. Laboratoriedata

Laboratoriedataene består i hovedsak av analyser av biomateriale (blod, serum, urin, sekret, celler og vev). I tillegg til å telle antall analysesvar, finner vi det hensiktsmessig å angi antall analyser pr. pasient tatt prøve av.

Basert på informasjon fra legene i har vært i kontakt med, satte vi en grense på 20 prøver pr. kontakt. Analysen av pilotdataene viser at ved nærmere 300 tilfeller har det vært registrert inn minst 20 prøvesvar på en og samme pasient. Dette betyr at vi ikke har evnet å telle alle analysesvar innregistrert i løpet av perioden. Som følge av manglende dobbeltsignering, mangler ett av Infodoc-datasettene laboratoriedata.

Vi har tre mulige måter å telle opp prøvene på: Bruk av variablene *analysesvar*, *laboratoriumtype*, samt *navn på prøve*. En opptelling viser at de ulike målene ikke gir helt like anslag.

For å dele prøvene inn i undergrupper, må vi inntil videre basere oss på fritekstopplysninger lagret for navn på prøven. Selv om mange av de mest vanlige prøvene er lette å gjenkjenne, telle opp og kategorisere ved fritekstsøk, er det likevel stor variasjonsbredde i hvordan prøvene benevnes og skrives inn i journalen.

Dersom en felles standard for benevning og kategorisering av analyseprøver implementeres i journalsystemene, mener vi forholdene ligger godt til rette for å telle opp og kategorisere analysesvar som del av statistikk for allmennlegetjenesten.

9.1.11. Sykmeldingsdata

Pilotdatamaterialet gir all grunn til å konkludere med at sykmeldingsdataene er velegnet for statistisk anvendelse. Dataene gir nær full dekning med hensyn til registrering av ICPC-kode.

Vi har påvist enkelte feilregistreringer av sykmeldingsdatoer (til-dato kommer før fra-dato i tid og vice versa), men jevnt over er utfyllingsgraden og kvaliteten god. I de aller fleste tilfellene der *utstedelse av sykmelding* er påvist, har vi også fullstendige opplysninger om *perioden* (fra-dato og til-dato), samt *sykmeldingsgrad*. Det er også tatt vare på én *sykmeldingsdiagnose*, den første som er innregistrert.

9.1.12. Erklæringer til trygden

Vi har observasjoner om erklæringer til trygden for alle journalsystem, men ikke for alle legekantorene. Vi vet at kriteriene som er satt for utplukk av disse dataene fungerer, men datamengden er for liten til å vise gode anvendelser av dataene utover ren opptelling av forekomster.

Utstedelse av *sykmelding utover 8 uker* forekommer ved 166 tilfeller. Til sammen har vi bare 57 forekomster av de andre typene som her undersøkes (erklæring om *uførepensjon*, erklæring om yrkesrettet *attføring*, erklæring om *rehabiliteringspenger*). Av disse forekommer erklæring om rehabiliteringspenger flest ganger (40 observasjoner).

For å nyttegjøre informasjon om erklæringene til trygden, anbefaler vi at datamengden økes.

9.2. Rapport 2: Listepasientene

9.2.1. Informasjon om listepasientene

Alle listepasienter ligger lagret med *journalnummer*. Vi har tidligere påpekt potensialet i SEDA-dataene ved å kople pasientinformasjonen opp mot listegrunnlaget.

Pilotdataene viser at vi for listepasientene også langt på vei har komplett informasjon om personenes *kjønn* og *alder*. *Kommunetilknytning* har vi opplysninger om for de aller fleste, og også *trygdekortnummeret*, der vi har spesifisert uttak av det.

Med bruk av *journalnummer* som koplingsnøkkel har vi mulighet til å sammenstille karakteristika for tre viktige grupper; pasienter som oppsøker lege, listepasienter som oppsøker egen lege, og listepasienter som *ikke* har hatt legekontakt i perioden.

9.2.2. Legeinformasjon

Ved bruk av *legeinformasjon* kan vi dessuten kople rapportene på et høyere nivå. Med tilstrekkelig datamateriale kan en dermed utnytte de mange mulighetene som ligger i å benytte lege som observasjonsenhet. Er aktiviteten først og fremst generert av listepasientene? Hvilke grupper av leger har stor pasienttilflyt utover listegrunnlaget?

9.3. Oppsummering - begrensninger i pilotdataene

Vi har her gjort en gjennomgang av pilotdatamaterialet. Vi har identifisert noen problemområder og begrensninger med hensyn på statistisk anvendelse av dataene.

Vi har påvist at Infodoc-uttrekkene er ufullstendige. Medarbeiderinformasjonen mangler. Dessuten har uttrekksprogrammet bare delvis klart å trekke ut henvisninger og rekvisisjoner. Laboratoriedataene er ufullstendige. ATC-kode mangler.

Uttreksprogrammet er basert på fritekstsøk, hvor noen av uttrekkskriteriene har feilet. Datainnsamlingen har gitt eksempler på at elektronisk pasientjournal også håndteres på måter som ikke er tiltenkt fra leverandørens side (f.eks. manglende dobbeltsignering). Dette utgjør ingen stor feilkilde, men medfører nødvendigvis at enkelte uttrekk ikke vil være komplette.

Leverandøren har imidlertid påpekt at nyeste versjon av Infodoc vil gi helt andre muligheter for datauttrekk enn gjeldende versjon på markedet.

Det er ikke mulig å identifisere testpasienter (dummy-records) i journalsystemene. Vi får noen ekstra records, som burde ha vært tatt bort. Vi ser et behov for et ekstra felt, der man avmerker hvis kontakten gjelder en testpasient.

Et gjennomgående problem er at informasjonen i elektronisk pasientjournal bare delvis er standardisert. For å komme videre bør man strebe etter standardisering, for gradvis å ta i bruk standardiserte menyvalg, klassifikasjoner og kodeverk under journalføring. Et eksempel er implementering av en felles standard for benevnning og kategorisering av laboratorieprøver. Leverandørene av de ulike journalsystemene må involveres i dette arbeidet.

10. Statistisk anvendelse av SEDA-dataene

Vi vil i det følgende illustrere mulige anvendelser av SEDA-dataene. For å avspeile potensialet i dataene, legges det vekt på anvendelser som både gir mening på aggregert nivå (alle data sammenslått), og for den enkelte lege.

Vi vil igjen påpeke at pilotprosjektet har vært metodeorientert. Hensikten har vært å framskaffe og vurdere data, og dokumentere erfaring om metoden i bruk, før datainnsamlingen eventuelt besluttes utvidet. Vi understreker at utvalget av leger ikke er representativt for landet. Betydelig frafall under legerekutteringen medfører dessuten at pasientmassen representerer et lite antall kommuner. Datamengden tilsvarende én måneds kontaktdata, og aktiviteten kan derfor ikke generaliseres til variasjoner over året.

Nøkkeltall:

Antall leger som inngår i analysen	49
Lengde på registreringsperioden (antall dager)	30
Antall pasientkontakter	22 422
Antall ulike pasienter, personer med minst én legekontakt i perioden	14 104

Blant de 49 legene som leverte data oppga 34 at de var spesialist i allmennmedisin. 41 av legene var selvstendig næringsdrivende, 3 var fastlønnet og 5 oppga "annet". 15 av legene hadde mer enn tjue års erfaring fra allmennpraksis.

10.1. Potensialet for kontaktstatistikk i SEDA-dataene

10.1.1. Kombinere kontakttakstene og kontaktregistreringen

Noe av problemet tilknyttet optelling av pasientkontakter ved hjelp av journaldata, er at verken takstene eller kontaktregistreringen, slik den er utformet i dag, kan gi et helt nøyaktig anslag.

Det vil trolig være noe variasjon blant legene i bruken av kontakttakstene, men viktigere er at kontakttakstene underrapporterer antall pasientkontakter, fordi rent administrative kontakter (se vår definisjon)

ikke kommer med. På samme måte vil det være variasjon blant legene i forhold til hvordan man vil betegne og markere for en kontakt ved oppstart av en journalbehandling. Dessuten kan det forekomme tilfeller der kontakttypen legen markerte for i utgangspunktet, ikke helt samsvarer med det faktiske innholdet i kontakten.

Kontakttype	Definisjon
Enkel pasientkontakt uten frammøte:	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved brev eller telefon
Enkel pasientkontakt med frammøte:	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved personlig frammøte eller bud
Konsultasjon:	Henvendelse, forespørsel ved personlig frammøte på legens oppholdssted, vanligvis på legens faste arbeidssted/kontor. En konsultasjon forutsetter en direkte kontakt mellom lege og pasient og at legen foretar en utredning
Sykebesøk:	Henvendelse, forespørsel ved at legen oppsøker pasienten hjemme eller på det aktuelle eller avtalt møtested. Et sykebesøk forutsetter direkte kontakt mellom lege og pasient og at legen minst foretar en utredning
Administrativ/forebyggende kontakt:	Henvendelse ved personlig frammøte der formålet er av administrativ karakter, som utstedelse av helseattest, førerkort og lignende. Henvendelse ved personlig frammøte på legens oppholdssted med hensikt å oppnå forebyggende behandling som vaksine, generell helsekontroll eller bedriftslegekontroll

I tabell 8 har vi gruppert takstkodene i fire hovedgrupper, basert på definisjonene som følger av takstheftet (se kravspesifikasjon for SEDA). Vi har identifisert 22 236 pasientkontakter ved hjelp av kontakttakstene. Konsultasjoner opptrer hyppigst og utgjør om lag halvparten av kontaktene. 39 prosent av kontaktene gjelder enkel kontakt uten frammøte, mens 9 prosent er enkle kontakter med frammøte. Bare en av hundre kontakter er sykebesøk.

I tabell 9 har vi grovinn delt kontaktregistreringskodene i WinMed og Profdoc Vision. Infodoc journalsystem har ikke kontaktregistrering. Der kontakttakst er utløst, har vi valgt å sette "kontaktregistreringskoden" lik takstkoden. I kontakter der vi ikke har takstopplysninger, har vi valgt å legge kontakten i gruppen for administrative/forebyggende kontakter.

Tabell 8. Kontakttyper etter takstbruk. Antall og prosent

Takstgrupper	Antall	Prosent
I alt	22 236	100,0
Enkel kontakt uten frammøte	8 668	39,0
Enkel kontakt med frammøte	2 006	9,0
Konsultasjon	11 266	50,7
Sykebesøk	296	1,3

Tabell 9. Kontakttyper etter kontaktregistrering. Antall og prosent

Kontaktregistreringsgrupper	Antall	Prosent
I alt	30 565	100,0
Enkel kontakt uten frammøte	8 149	26,7
Enkel kontakt med frammøte	2 109	6,9
Konsultasjon	11 188	36,6
Sykebesøk	254	0,8
Administrative kontakter	427	1,4
Annen uspesifisert kontakt	3037	9,9
Egne menyvalg	133	0,4
Ikke registrer kontaktttype	1463	4,8
Journalhåndtering uten kontakt	3805	12,5

Tabell 10. Korrespondanse mellom takst- og kontaktregistreringsopplysninger

Takstkoder	Totalt kontakt registrering	Enkel kontakt uten frammøte	Enkel kontakt med frammøte	Konsultasjon	Sykebesøk	Uoppgitt takstkode
Totalt takstkoder	30 565	8 668	2 006	11 266	296	8 329
Enkel kontakt uten frammøte	8 149	7 794	31	76	1	247
Enkel kontakt med frammøte	2 109	82	1 801	112	-	114
Konsultasjon	11 188	52	13	10 732	33	358
Sykebesøk	254	4	-	6	239	5
Administrative kontakter	427	-	-	-	-	427
Annen uspesifisert kontakt	3 037	254	98	184	11	2 490
Egne menyvalg	133	-	1	6	-	126
Ikke registrer kontaktttype	1 463	312	7	62	11	1 071
Journalhåndtering u. kontakt	3 805	170	55	88	1	3 491

Kontaktregistreringen identifiserer tilsynelatende et langt større antall pasientkontakter sammenlignet med takstinformasjonen. Vi har fanget opp omlag samme antall konsultasjoner, enkle kontakter med frammøte og sykebesøk. Enkle kontakter uten frammøte har et redusert omfang, sammenlignet med takstinformasjonen. På en annen side har vi her fått identifisert 427 pasientkontakter i gruppen for administrative/forebyggende kontakter, samt et ekstra bidrag, 3 037 pasientkontakter, i gruppen for "annen uspesifisert kontakt".

"Egne menyvalg" representerer 133 kontakter. "Ikke registrer kontaktttype" utgjør 1 463 kontakter. "Journalhåndtering uten kontakt" teller 3 805 kontakter, men langt de fleste registreringene i denne gruppen kommer i tillegg til en tidligere kontaktregistrering, og representerer etterarbeid.

Vi vil i det følgende illustrere hvor langt man kommer ved å *sammenstille* informasjon fra takstene og kontaktregistreringen. Når vi "krysser" denne informasjonen (se tabell 10), finner vi:

For enkle kontakter i gruppe 1 (kontakt uten frammøte) korresponderer 90 prosent av takstene med tilsvarende kontaktregistreringskode. For enkle kontakter i gruppe 2 (kontakt med frammøte) er korrespondansen også 90 prosent. I gruppe 3 - konsultasjoner - samsvarer 95 prosent av takstene med konsultasjonskode i kontaktregistreringen, mens for gruppe 4 - sykebesøk - er det 80 prosent samsvar.

Tabell 10 viser, at selv om det langt på vei finnes en korrespondanse mellom takstbruk og bruk av kontaktregistreringskodene, er det også en del "rusk" i registreringene. Et eksempel er at kontakttakst er registrert i over 300 tilfeller der det i kontaktregistreringen er avmerket for journalhåndtering uten kontakt.

10.2. Definisjon og inndeling av kontakttype

Ved å sammenstille informasjon fra takstene og kontaktregistreringen, er målet å identifisere det ekstra bidraget pasientkontakter kontaktregistreringen gir.

Vår nye variabel `KontaktType`, er inndelt på følgende måte:

1. Enkel kontakt uten frammøte	Takstene: 1bd, 1bk, 1f, 1g, 14a+b Kontaktregistrering av henvendelser pr. telefon eller brev der takst ikke er registrert
2. Enkel kontakt med frammøte	Takstene 1ad, 1ak Kontaktregistrering av enkel pasientkontakt (ved frammøte, eller ved bud) der takst ikke er registrert
3. Konsultasjon	Takstene 2ad, 2ak, 2ed
4. Sykebesøk	Takstene 11ad, 11ak, 2fk Kontaktregistrering av sykebesøk der takst ikke er registrert
5. Administrativ/forebyggende kontakt	Kontaktregistrering av konsultasjon i tilfeller der konsultasjonstakst ikke er registrert, samt all kontaktregistrering av bedriftslegekontroll
6. Annen uspesifisert kontakt	Kontaktregistrering av "Annen kontakt", lokalt definerte menyvalg, samt kontakter med koden "Ikke registrer kontakttype, der takst ikke er registrert"
7. Journalbehandling uten kontakt.	Kontaktregistreringskodene "Ingen kontakt", "Notat" og "Journalhåndtering uten kontakt" der takst ikke er registrert

I tilfeller hvor takstbruken sammenfaller med kontaktregistreringen, er vi temmelig sikre på å fange opp riktig kontakttype. I tilfeller der kontaktregistreringen avviker fra takstbruk, har vi basert oss på informasjonen fra takstene. I tilfeller der takstopplysninger mangler, baseres informasjonen fra kontaktregistreringen.

Hvordan skille mellom pasientkontakter og journalbehandlinger

Når man skal telle pasientkontakter, bør i utgangspunktet en pasientkontakt være representert ved én record (rad) med data. I pilotdatamaterialet er det bare delvis slik. I tillegg til journalføring under selve

pasientkontakten, blir også journalføring som resultat av etterarbeid, lagt ut som egne records.

Vi undersøkte muligheten for å samle alle opplysninger som omfattet en og samme pasientkontakt på én record, ved uttak av dataene. Dette ville føre til betydelig merarbeid under programmeringen. Alternativt kunne man legge stort arbeid i å "vaske" dataene, slik at man var sikret at alle data som hørte sammen, ble lagt på samme kontakt. Et slikt arbeid er svært ressurskrevende og krever nærmest at man blir kjent med innholdet på hver eneste record på analysefilen. Pilotdatamaterialet består av over 30 000 records, og tiden vi har hatt til rådighet i analysearbeidet har ikke tillatt reorganisering av data av dette omfanget.

Vi vil i det følgende operere med to begreper: *Antall pasientkontakter* illustrerer en reell kontakt med en pasient, mens *antall journalbehandlinger* omfatter både pasientkontakter og journalhåndtering som del av etterarbeid.

Overført på variabelen `KontaktType` vil antall pasientkontakter omfatte gruppene 1 til og med 6. Antall journalbehandlinger vil ta verdiene 1 til og med 7.

Pasientkontakter	Journalbehandlinger
1. Enkel kontakt uten frammøte	1. Enkel kontakt uten frammøte
2. Enkel kontakt med frammøte	2. Enkel kontakt med frammøte
3. Konsultasjoner	3. Konsultasjoner
4. Sykebesøk	4. Sykebesøk
5. Administrative/forebyggende kontakter	5. Administrative/forebyggende kontakter
6. Annen uspesifisert kontakt	6. Annen uspesifisert kontakt
	7. Journalbehandling uten kontakt

Antall pasientkontakter og fordeling på kontakttype - hvor riktig blir svaret ?

For å skille ut pasientkontakter, har vi valgt å kontrollere for om diagnose (hoveddiagnose) er satt under kontakten. For å telle med som pasientkontakt, har vi angitt at kontakten må inneholde minimum én diagnosekode (ICPC-kode). Vi presiserer at antall *reelle* pasientkontakter i perioden vil være høyere enn dette anslaget. Journalbehandlingene som er utelatt fra denne presentasjonen vil både bestå av et tillegg pasientkontakter og av etterarbeid. Da vi er usikre på hvor mye av opplysningene som ligger dobbelt, har vi valgt å ta dette ut.

Tabell 11. Journalbehandlinger. Antall og prosent

KontaktType	Kontrollert for diagnose		Ikke kontrollert for diagnose	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I alt	30 565	100,0	30 565	100,0
Enkel kontakt uten frammøte	7 805	25,5	8 915	29,2
Enkel kontakt med frammøte	1 799	5,9	2 120	6,9
Konsultasjon	11 023	36,1	11 266	36,9
Sykebesøk	292	1,0	301	0,9
Administrative kontakter	729	2,4	785	2,6
Annen uspesifisert kontakt	774	2,5	2 616	8,6
Journalhåndtering uten kontakt	8143	26,6	4562	14,9

Tabell 12. Pasientkontakter. Antall og prosent

KontaktType	Kontrollert for diagnose		Ikke kontrollert for diagnose	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I alt	22 422	100,0	26 003	100,0
Enkel kontakt uten frammøte	7 805	34,8	8 915	34,3
Enkel kontakt med frammøte	1 799	8,0	2 120	8,1
Konsultasjon	11 023	49,2	11 266	43,3
Sykebesøk	292	1,3	301	1,2
Administrative kontakter	729	3,3	785	3,0
Annen uspesifisert kontakt	774	3,4	2 616	10,1

Vi vil i det følgende illustrere hva som skjer med fordelingen, når vi legger til kravet om registrert diagnose. Når vi kontrollerer for diagnose, vil kontakter i kategorien 1-6 som mangler diagnose, omkodes til verdi 7: Journalbehandling uten kontakt. Når vi legger til kravet om registrert diagnosekode, øker antall journalhåndteringer uten kontakt fra 4 562 til 8 143.

Kontaktregistreringen genererer 30 565 journalbehandlinger. Av disse er 3 805 journalhåndtering uten kontakt. "Reelle" pasientkontakter utgjør 26 760 av journalbehandlingene (ref. tabell 9).

Når vi sammenstiller opplysninger fra takstene og kontaktregistreringen, uten å kontrollere for diagnose, finner vi 26 003 pasientkontakter (tabell 12).

Når vi legger til kravet om diagnose, reduseres antall pasientkontakter fra 26 003 til 22 422. I dette data-materialet finner vi takstopplysninger ved 20 719 tilfeller. Vi har identifisert et ekstra bidrag kontakter fra kontaktregistreringen, først og fremst kontakter i gruppen for administrative/forebyggende kontakter, og en del av kontaktene som er kodet som uspesifisert kontakt.

10.3. Oppsummering - opptelling av pasientkontakter

Vi har påpekt problemer tilknyttet opptelling av pasientkontakter. Det er variasjon både i bruk av takstkodene og i kontaktregistreringen. Takstene alene gir ikke noe informasjon om aktiviteten i allmennpraksis. Kontaktregistrering er pr. i dag ikke implementert i alle journalsystemer, men ser ut til å være en opsjon legene foretrekker å bruke.

Med utgangspunkt i en sammenstilling av takstinformasjonen og kontaktregistreringskodene, har vi identifisert et ekstra bidrag pasientkontakter via kontaktregistreringen. Vår oppfatning er at kontaktregistreringen er det beste utgangspunktet for å få oversikt over alle pasientkontaktene i allmennpraksis.

Journalsystemene har ulike løsninger for generering av data, som gir systematiske variasjoner i forhold til om opplysninger tilknyttet en og samme pasientkontakt er representert ved én eller flere records. I et videre tilretteleggingsarbeid, er det nødvendig å se nærmere på denne problematikken.

10.4. Kontaktstatistikk - noen hovedresultater

Vi vil i det følgende se på to typer av kontaktstatistikk. Den ene tar utgangspunkt i sentrale karakteristika ved *pasienten* når kontakter telles opp og fordeles. Pasientkontakter fordelt etter pasientens kjønn, alder etc. har vi valgt å kalle *kontaktprofil*. I profilen har vi også valgt å inkludere attributtet *listepasient* og *kontaktfrekvens*. Med dette gir profilen viktig informasjon om pasientatferd.

Kontaktprofil: Pasientkontakter etter kjønn og alder, omfang av listepasienter, kontaktfrekvens for ulike pasientgrupper.

Opptelling og fordelig av pasientkontakter er i seg selv et mål på aktiviteten i allmennpraksis. SEDA-dataene har også annen viktig informasjon om aktivitet som kan belyses ved:

Annen kontaktstatistikk: Bruk av hjelpepersonell, omfang av kontakter utenfor kontortid (legevakt), Antall kontakter pr. dag. Kontaktfordelig etter praksistype (solo-/gruppepraksis, praksisstørrelse). Kontaktfordeling etter regional inndeling eller kommunitype (f.eks. grad av sentralitet).

Når vi gjør disse opptellingene, benyttes kontakt som enhet. Vi har i det følgende utelatt etterarbeid (journalhåndtering uten kontakt) og tar utgangspunkt i de 22 422 pasientkontaktene som ble identifisert i kapittel 10.2 - altså pasientkontakter med registrert diagnosekode.

10.4.1. Kontaktprofil

Tabell 13. Pasientkontakter etter kontakttype og kjønn. Antall og prosent

KontaktType	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
N	22 422	8 493	13 910	19
Sum prosent		100	100	
Enkel kontakt uten frammøte	7 805	33	36	
Enkel kontakt med frammøte	1 799	8	8	
Konsultasjon	11 023	50	49	
Sykebesøk	292	2	1	
Administrative kontakter ¹	729	4	3	
Annen uspesifisert kontakt	774	4	3	

¹ I november 2001 var det en viss pågang for fornyelse av førerkort

Tabell 14. Pasientkontakter etter kontaktttype og alder. Antall og prosent

KontaktType	I alt	Yngre enn 1 år	01-04 år	05-14 år	15-24 år	25-44 år	45-64 år	65-74 år	75-84 år	Eldre enn 85 år	Uoppgitt alder
N	22 422	378	472	897	1829	6956	6193	2336	2468	865	28
Sum prosent		100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Enkel kont u.f.	7805	28	26	28	35	35	36	32	36	46	
Enkel kont m.f.	1 799	3	6	7	6	5	8	13	14	11	
Konsultasjon	11 023	62	65	60	53	51	48	49	41	32	
Sykebesøk	292	3	2	1	1	1	1	1	3	6	
Adm. kontakt	729	4	1	2	2	5	4	1	2	1	
Annen uspes.	774	1	1	1	3	3	4	4	4	4	

Tabell 13 gir en oversikt over pasientkontaktene i perioden, med fordeling på kontaktttype og kjønn. Pilotdataene viser at flere kvinner enn menn har hatt legekontakt i perioden. 62 prosent av pasientkontaktene gjelder kvinner.

Menn og kvinner fordeler seg forholdsvis likt med hensyn på type legekontakt. Om lag halvparten av kontaktene skjer i form av en konsultasjon. Hver tredje kontakt foregår over telefon eller ved brev (enkel kontakt uten frammøte).

Tabell 14 gir en oversikt over kontaktttyper fordelt etter aldersgruppe. Vi har tatt utgangspunkt i aldersgrupper etter NOMESCO-standarden.

Tabell 15. Kontaktfrekvens etter kjønn. Antall og prosent

	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
Pasienter i alt	14 104	5 520	8 572	12
Sum prosent		100	100	
En kontakt	9 269	68	64	
To kontakter	2 925	20	21	
Tre kontakter	1 129	7	9	
Fire kontakter	430	3	3	
Fem kontakter	173	1	1	
6 - 10 kontakter	167	1	1	
11 - 15 kontakter	8	0	0	
16 +	3	0	0	

Sammenligner vi de yngste og eldste aldersgruppene, finner vi at pasientkontakt med små barn gjerne skjer i form av en konsultasjon, mens enkel kontakt uten frammøte er en utbredt kontaktform for eldre pasienter.

I tabell 15 illustreres kontaktfrekvens - hvor mange ganger samme pasient har hatt legekontakt i løpet av perioden.

I datasettet som utgjør 22 422 pasientkontakter finner vi 14 104 unike personer med minst én legekontakt i perioden. 9 269 personer (66 prosent) har hatt kun én legekontakt i perioden. 2 925 personer (21 prosent) har hatt to legekontakter 1 129 (8 prosent) har hatt tre, mens 5 prosent har hatt fire kontakter eller mer. Materialet viser at menn og kvinner fordeler seg relativt likt med hensyn på hvor ofte de har legekontakt.

Tabell 16 viser kontaktfrekvens etter alder. Sammenligner vi den eldste og yngste aldersgruppen, finner vi at de eldste pasientene tenderer i større grad mot å ha flere enn én legekontakt i løpet av perioden.

Med utgangspunkt i data lagret om pasienten i journalen, har man et svært viktig informasjonsgrunnlag for å belyse aktivitet i allmennpraksis. Alders- og kjønnsfordelingen i pasientmassen vil ha en del å si for aktiviteten ved legekantoret. Dette blir tydeligere når vi trekker inn kontaktårsaken (gitt ved diagnose).

Tabell 16. Kontaktfrekvens etter alder. Antall og prosent

Kontaktrate	I alt	Yngre enn 1 år	01-04 år	05-14 år	15-24 år	25-44 år	45-64 år	65-74 år	75-84 år	Eldre enn 85 år	Uoppgitt alder
N	14 104	282	324	714	1203	4301	3914	1418	1429	504	15
Sum prosent		100	100	100	100	100	100	100	100	100	
En kontakt	9 269	78	72	81	68	65	65	64	60	61	
To kontakter	2 925	15	18	14	19	20	22	21	24	24	
Tre kontakter	1 129	5	7	4	8	9	8	9	8	9	
Fire kontakter	430	1	1	1	3	4	3	3	4	3	
Fem kontakter	173	0	1	0	1	1	1	1	2	2	
6-10 kontakter	167	1	1	-	1	1	1	2	2	2	
11-15 kontakter	8	-	-	-	-	0	0	0	0	0	
16 +	3	-	-	-	-	0	-	-	0	-	

Tabell 17. Pasientkontakter etter kontaktttype og kommunetype. Antall og prosent

KontaktType	I alt	Minst sentral	Mindre sentral	Sentral	Mest sentral
N	22 422	4192	1 179	5 089	11 962
Sum prosent		100	100	100	100
Enkel kontakt uten frammøte	7 805	34	32	38	34
Enkel kontakt med frammøte	1 799	7	25	8	7
Konsultasjon	11 023	50	37	49	50
Sykebesøk	292	1	3	0	2
Administrative kontakter	729	4	3	3	3
Annen uspesifisert kontakt	774	3	-	2	5

Tabell 18. Kontaktfrekvens etter kommunetype. Antall og prosent

Kontaktrate	I alt	Minst sentral	Mindre sentral	Sentral	Mest sentral
N	14 104	2 810	686	3 251	7 357
Sum prosent		100	100	100	100
En kontakt	9 269	69	58	66	65
To kontakter	2 925	20	24	21	21
Tre kontakter	1 129	6	11	8	8
Fire kontakter	430	2	4	3	3
Fem kontakter	173	1	2	1	1
6-10 kontakter	167	1	1	1	1
11-15 kontakter	8	-	-	-	0
16 - 20 kontakter	3	-	-	-	0

Pasientatferd er ikke bare avhengig kjennetegn ved pasienten. Rent geografiske forhold, avstander og framkommelighet, organisering av legetjenesten (blant annet ulikheter i legevaksordninger), legedekning, samt andre forhold ved kommunen (f.eks. sentralitet, avstand til sykehus) vil ha noe å si for både tilgjengelighet til lege og hvilke tjenester som til en hver tid ytes (f.eks. mulighet for sykebesøk).

Vi har argumentert for å knytte data fra pasientjournalen opp mot kommunedata, for bedre å kunne belyse og kontrollere for ulike rammebetingelser.

Tabell 17 viser en fordeling av pasientkontakter etter kommunens sentralitet, med utgangspunkt i legekontorets beliggenhet.

Tabell 20. Listepasientene etter alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper NOMESCO	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn	Prosent		
					I alt	Menn	Kvinner
	50 644	24 033	26 606	5	100	100	100
Yngre enn 1 år	1 267	667	600	-	3	3	2
01 - 04 år	1 890	971	919	-	4	4	3
05 - 14 år	6 976	3 593	3 382	1	14	15	13
15 - 24 år	6 401	3 172	3 228	1	13	13	12
25 - 44 år	14 808	7 050	7 758	-	29	29	29
45 - 64 år	11 783	5 605	6 176	2	23	23	23
65 - 74 år	3 380	1 526	1 853	1	7	6	7
75 - 84 år	2 947	1 102	1 845	-	6	5	7
Eldre enn 85 år	1 115	314	801	-	2	1	3
Uoppgitt aldersgruppe	77	33	44	-	0	0	0

Pasientkontaktene fordeler seg nokså likt i gruppene av minst sentrale, sentrale og mest sentrale kommuner. Vi vil påpeke at i gruppen for mindre sentrale kommuner har vi data fra svært få legekontorer.

I tabell 18 viser vi kontaktfrekvens for pasienter fordelt etter kommunens sentralitet.

Omfang av listepasienter

Pilotdatamaterialet viser at 17 481 (78 prosent) av pasientkontaktene omfatter kontaktlegens egne listepasienter. 3 555 (16 prosent) av kontaktene gjelder pasienter som er tilknyttet legekontoret gjennom Fastlegeordningen, men der pasienten ikke har hatt kontakt med sin fastlege. I 6 prosent av kontaktene vi har data om, er pasienten ikke tilknyttet det aktuelle legekontoret kontakten har funnet sted.

En slik oppstilling gir viktig informasjon om i hvilken grad aktiviteten genereres av en fast forbindelse mellom lege og pasient, og hvor stort innslag det er av tilfeldig tilstrømming av pasienter.

Ved å sammenholde dataene for pasientkontakter i perioden med listegrunnlaget, kan man gi en oversikt hvor stor andel av sin faste populasjon legen til en hver tid betjener.

Tabell 20 gir samlet listeprofil for legene i pilotundersøkelsen. Av de 55 644 personene tilknyttet Fastlegeordningen vi har opplysninger om, er 24 033 menn og 26 606 kvinner.

Tabell 19. Pasientkontakter etter kontaktttype og listetilhørighet. Antall og prosent

KontaktType	I alt	Liste-pasient	Pasient tilhørende legekontoret	Pasient utenfra
N	22 422	17 481	3 555	1 386
Sum prosent		100	100	100
Enkel kontakt uten frammøte	7 805	35	32	38
Enkel kontakt med frammøte	1 799	8	10	6
Konsultasjon	11 023	50	50	40
Sykebesøk	292	1	2	7
Administrative kontakter	729	3	4	5
Annen uspesifisert kontakt	774	4	3	3

Tabell 21. Listepasienter med kontakt i perioden etter alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper NOMESCO	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn	Prosent		
					I alt	Menn	Kvinner
	11 878	4 575	7 303	-	100	100	100
Yngre enn 1 år	184	101	83	-	2	2	1
01 - 04 år	236	129	107	-	2	3	1
05 - 14 år	569	271	298	-	5	6	4
15 - 24 år	919	294	625	-	8	6	9
25 - 44 år	3603	1280	2323	-	30	28	32
45 - 64 år	3447	1395	2052	-	29	30	28
65 - 74 år	1241	529	712	-	10	12	10
75 - 84 år	1250	444	806	-	11	10	11
Eldre enn 85 år	412	123	289	-	3	3	4
Uoppgitt aldersgruppe	17	9	8	-	0	0	0

Tabell 21 viser en oversikt over karakteristika ved listepasienter med minst én kontakt i perioden. Det har er en overvekt av kvinnelige listepasienter, 7 303 kvinner mot 4 575 menn. Relativt sett går flere kvinner enn menn til lege.

Når vi sammenholder listepasientene med kontakt i perioden og listegrunnlaget, finner vi at kvinner og menn i aldersgruppen 45 - 64 år utgjør en større andel i gruppen med legekontakt enn de utgjør i listepopulasjonen. Tilsvarende ser vi at barn og unge fra 5 til 24 år utgjør en mindre del av kontaktene.

10.5. Annen kontaktstatistikk

Bruk av SEDA-data kan gi viktig informasjon og kunnskap om hverdagen på et legekantor. Hvordan er arbeidsdelingen? Hvem er involvert i pasientkontaktene? Hvor mange pasienter behandles pr. dag? Hvor stort er omfanget av pasientkontakter utenfor kontortid? Det ligger mange svar i pasientjournalen.

Bruk av hjelpepersonell

Tabell 22 viser omfang av bruk av legens hjelpepersonell. I 7 353, eller 33 prosent av pasientkontaktene har det vært en medarbeider utover legen selv involvert i kontakten. Vi vet at medarbeiderinformasjon ikke har kommet med i Infodoc-uttrekkene. Utelater vi pasientkontaktene fra Infodoc-brukerne, øker medarbeiderandelen til 40 prosent (7 353 av 18 343 pasientkontakter).

Tabell 22. Pasientkontakter etter kontaktttype, med og uten medvirkning fra legens hjelpepersonell. Antall og prosent

KontaktType	I alt	Medarbeider involvert i kontakten	Pasientkontakt uten bruk av medarbeider
N	22 422	7 353	15 069
Sum prosent		100	100
Enkel kontakt uten frammøte	7 805	32	36
Enkel kontakt med frammøte	1 799	18	3
Konsultasjon	11 023	42	53
Sykebesøk	292	0	2
Administrative kontakter	729	1	4
Annen uspesifisert kontakt	774	7	2

Antall pasientkontakter pr. dag

Vi har nedenfor beregnet gjennomsnittlig antall pasientkontakter i løpet av en arbeidsdag (ikke helg). Basert på pilotdataene for november 2001 finner vi:

Tabell 23. Belastning på ulike ukedager

Gjennomsnittlig antall pasientkontakter pr hverdag pr. lege	20,3
Gjennomsnittlig antall pasientkontakter pr. mandag pr. lege	24,2
Gjennomsnittlig antall pasientkontakter pr. tirsdag pr. lege	21,3
Gjennomsnittlig antall pasientkontakter pr. onsdag pr. lege	19,5
Gjennomsnittlig antall pasientkontakter pr. torsdag pr. lege	18,9
Gjennomsnittlig antall pasientkontakter pr. fredag pr. lege	18,5

Oversikten viser pasientbelastningen er størst på mandager og avtar utover uken.

Vi finner også at gjennomsnittlig antall journalbehandlinger pr hverdag pr. lege er 27,6.

Antall journalbehandlinger, slik vi måler det her, vil ikke være det samme som antall ganger en lege går inn og ut av journalsystemet. Dette skyldes at systemene oppfører seg ulikt i forhold til om etterarbeid lagres på samme record eller det dannes en ny record. I Infodoc lagres alle opplysninger på én og samme record så lenge journalen er usignert.

I de to andre systemene vil åpning av journal via kontaktregistreringen avgjøre hvorvidt en ny record dannes.

Tabell 24. Gjennomsnittlig antall journalbehandlinger og pasientkontakter

Journal system	Antall leger	Gjennomsnittlig antall journalbehandlinger	Gjennomsnittlig antall pasientkontakter
Infodoc	7	24,2	24,1
WinMed	22	25,2	20,2
Vision	20	30,7	19,2

Tabell 25. Pasientkontakter i forbindelse med legevakt. Antall og prosent

Legevakt	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
N	22 422	8 493	13 910	19
Sum prosent		100	100	
Kontakt i forbindelse med legevakt	652	3	3	
Øvrige kontakter	21 770	97	97	

Tabell 26. Pasientkontakter i forbindelse med legevakt etter pasientens alder. Antall og prosent

Legevakt	I alt	Yngre enn 1 år	01-04 år	05-14 år	15-24 år	25-44 år	45-64 år	65-74 år	75-84 år	Eldre enn 85 år	Uoppgitt alder
N	22 422	378	472	897	1829	6956	6193	2336	2468	865	28
Sum prosent		100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Kontakt ifm. legevakt	652	13	9	5	4	2	2	2	3	5	
Øvrige kontakter	21770	87	91	95	96	98	98	98	97	95	

Pasientkontakter i forbindelse med legevakt

Pilotdataene gir opplysninger om 652 legekontakter i forbindelse med legevakt (tabell 25). Takstopplysningene identifiserer 660 kontakter. Med utgangspunkt i kontaktregistreringen finner vi 479 kontakter.

Vi har valgt å knytte takstopplysningene opp mot kontaktregistreringen, og kontrollere mot registrert diagnose. Da sitter vi tilbake med 652 kontakter.

Problematikken tilknyttet identifisering av legekontakter i forbindelse med legevakt er den samme som vi omtalte under 10.2. -10.3., da opptellingen tar utgangspunkt i takstene og kontaktregistreringen.

Kontakter i forbindelse med legevakt utgjør en større andel av legekontaktene for den yngre delen av befolkningen, i særdeleshet for små barn.

33 av legene har journalført legevaktskontakter i perioden. 16 leger representerer 90 prosent av legevaktskontaktene.

10.6. Pasientprofil

Kontaktstatistikk legger antall kontakter til grunn, uavhengig om samme pasient har en eller flere kontakter i perioden. Når vi vil se nærmere på *persongrunnlaget* pasientmassen representerer, er det nødvendig å sortere på pasient. Oversiktene i det følgende er av pasienter med minst én legekontakt i løpet av perioden. Hver person med unik identifikasjon telles som én. En fordeling av pasientmassen fordelt på alder og kjønn, omtaler vi i det følgende som *pasientprofil*.

Tabell 27. Pasientprofil. Pasienter med minst én legekontakt i perioden etter alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper NOMESCO	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
N	14 104	5 520	8 572	12
Sum prosent		100	100	
Yngre enn 1 år	282	3	2	
01 - 04 år	324	3	2	
05 - 14 år	715	6	4	
15 - 24 år	1203	7	9	
25 - 44 år	4301	28	32	
45 - 64 år	3913	29	27	
65 - 74 år	1418	11	10	
75 - 84 år	1429	9	11	
Eldre enn 85 år	504	3	4	
Uoppgitt aldersgruppe	15	0	0	

I pilotdatamaterialet utgjør kvinner i alderen 25 - 44 år en stor andel av pasientmassen. 31 prosent av totalen, eller 32 prosent av de kvinnelige pasientene tilhører denne aldersgruppen.

En slik profil er nyttig å se i sammenheng med både diagnostisering og omfang av ulike tiltak iverksatt. I tilbakemeldingen til den enkelte lege, vil pasientprofil, diagnostisering og tiltak iverksatt for listepasientene trolig være av størst interesse. I denne presentasjonen vil vi vise diagnose og tiltak for de 22 422 identifiserte pasientkontaktene i perioden.

10.7. Diagnoseoversikt

Tabell 28 gir en oversikt over hoveddiagnose fordelt på NOMESCOs diagnosegrupper. Psykiske lidelser representerer 2 326 tilfeller eller 10 prosent av diagnosesettingen. Luftveisinfeksjoner omfatter 1 633 tilfeller eller 7 prosent. Ryggplager og nakke- og skuldrelidelser er også en vanlig årsak til legekontakt.

I tillegg til ovennevnte, er hjertelidelser er utberedt kontaktårsak blant menn. Blant kvinner ligger svangerskap og familieplanlegging til grunn for 7 prosent av kontaktene.

Tabell 28. Hoveddiagnose etter diagnosegruppe og kjønn. Antall og prosent

Diagnosegrupper NOMESCO	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
N	22 422	8 493	13 910	19
Sum prosent		100	100	
01 Luftveisinfeksjoner, inkl. otitt	1 633	8	7	
02 Nakke-,skuldre- o.a. entesopatii	1 550	7	7	
03 Ryggproblemer	1 092	6	4	
04 Psykiske lidelser	2 326	10	11	
05 Atopi o.a. hypersensitivitetssyk.	519	2	2	
06 Hypertensjon	850	4	4	
07 Iskemisk hjertesykdom og arytmier	841	6	3	
08 Diabetes	467	2	2	
09 Ondartede svulster	259	2	1	
10 Underlivslidelser kvinner	485	0	3	
11 Funksjonelle mage-tarm lidelser	720	3	3	
12 Hudinfeksjoner	324	2	1	
13 Skader	670	5	2	
14 Svangerskap og familieplanlegging	957	0	7	
15 Vaksinasjon o.a. foreb. virksomhet	279	1	1	
16 Andre diagnoser	9 450	43	42	

Tabell 29. De hyppigst forekommende diagnosene i gruppe 16 - andre diagnoser

ICPC-kode	Forklaring	Antall forekomster som hoveddiagnose
A62	Generell helseattest	646
U71	Urinveisinfeksjon	325
A04	Slapphet/tretthet/utilpasshet	232
L88	Revmatisme	291
L99	Muskel-skjellett-syst/bindevev sykdom	268
A97	Ingen sykdom	250

Gruppen "andre diagnoser" omfatter 9 450 tilfeller av diagnosesetting. Av diagnosekoder som faller innenfor denne gruppen forekommer generell helseattest (A62) ved flest tilfeller. A62 velges gjerne ved fornyelse av førerkort.

10.8. Tiltak iversatt i forbindelse med en legekontakt

En leges *tiltaksprofil* er gitt ved ulike tiltak iversatt i forbindelse med en legekontakt, som følge av påvist helseproblem. Vi vil i det følgende vise statistikk for henvisninger og rekvisisjoner, reseptutstedelser og forskrivning av legemidler, laboratorieundersøkelser, sykmeldinger samt erklæringer til trygden.

I tilbakemeldingene til den enkelte lege har vi lagt vekten på listepasientene og angitt forekomster av ulike tiltak pr. 1000 listepasienter.

I det følgende tar vi utgangspunkt i datasettet som genererer 22 422 pasientkontakter. Det vil ligge ytterligere opplysninger om tiltak i en del av recordene vi har sett bort i fra, fordi en del av tiltakene registreres i journalen som del av etterarbeidet.

10.8.1. Henvisning til sykehus/privatpraktiserende spesialist

Vi har i pilotundersøkelsen nøydt oss med å telle *antall* utstedte henvisninger. Vi har indikasjoner på at det har kommet med færre henvisninger i uttrekket enn det som reelt sett er henvist i perioden.

Med de måleprobleme som har vært påpekt, vil det være vanskelig å gi et svært nøyaktig anslag på omfanget av henvisningene.

Datamaterialet på 22 422 pasientkontakter gir 1415 utstedelser av henvisning til sykehus eller privatpraktiserende spesialist, fordelt på 1312 ulike pasienter. 6 prosent av pasientkontaktene har medført henvisning til sykehus eller spesialist.

Tabell 30. Henvisninger til sykehus/privatpraktiserende spesialist

Antall henvisninger til sykehus/spesialist (totalt)	1 415
Antall ulike pasienter henvist til sykehus/spesialist	1 312
Andel av ulike pasienter henvist til sykehus/spesialist	9,3 %
Antall pasientkontakter totalt	22 422
Antall ulike pasienter	14 104

Tabell 31. Henvisninger til sykehus/spesialist etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper Nomesco	I alt	Menn	Kvinner	Uopp-gitt kjønn	Prosent		
					I alt	Menn	Kvinner
I alt	1 415	531	884	-	100	100	100
Yngre enn 1 år	10	6	4	-	1	1	0
01 - 04 år	29	15	14	-	2	3	2
05 - 14 år	87	39	48	-	6	7	5
15 - 24 år	108	37	71	-	8	7	8
25 - 44 år	424	140	284	-	30	26	32
45 - 64 år	389	150	239	-	27	28	27
65 - 74 år	156	69	87	-	11	13	10
75 - 84 år	163	64	99	-	12	12	11
Eldre enn 85 år	49	11	38	-	3	2	4

Tabell 31 viser henvisninger i perioden etter pasientens alder og kjønn. 884, eller 62 prosent av henvisningene gjelder kvinner. Det er særlig pasienter i aldersgruppene, 25 - 44 år og 45 - 64 år som henvises til sykehus eller spesialist.

Ved å trekke ut henvisningsdiagnose, vil vi kunne skille på om hvor det har blitt henvist til sykehus eller privatpraktiserende spesialist. Vi vil anbefale at man legger til rette for å ta ut henvisningsdiagnose i et videre arbeid med SEDA.

10.8.2. Rekvireringer av fysioterapi, kiropraktikk og røntgen

Rekvirering av fysioterapi

Datamaterialet viser 674 rekvireringer av fysioterapi i perioden, fordelt på 640 ulike personer. Det er særlig kvinner i alderen 25 - 44 år og 45 - 64 år som er rekvirert fysioterapi.

Tabell 32. Rekvireringer av fysioterapi

Antall rekvireringer av fysioterapi (totalt):	674
Antall ulike pasienter rekvirert fysioterapi:	640
Andel av ulike pasienter rekvirert fysioterapi:	4,5 %

Tabell 33. Rekvireringer av fysioterapi etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper Nomesco	I alt	Menn	Kvinner	Uopp-gitt kjønn	Prosent		
					I alt	Menn	Kvinner
I alt	674	204	470	-	100	100	100
05 - 14 år	14	5	9	-	2	2	2
15 - 24 år	59	18	41	-	9	9	9
25 - 44 år	220	60	160	-	33	29	34
45 - 64 år	254	91	163	-	38	45	35
65 - 74 år	59	14	45	-	9	7	10
75 - 84 år	55	14	41	-	8	7	9
Eldre enn 85 år	13	2	11	-	2	1	2

Rekvirering av kiropraktikk

Vi har identifisert 26 rekvireringer av kiropraktikk²⁰ i perioden.

Tabell 34. Rekvireringer av kiropraktikk

Antall rekvireringer av kiropraktikk (totalt):	26
Antall ulike pasienter rekvirert kiropraktikk:	26
Andel av ulike pasienter rekvirert kiropraktikk:	0,2 %

Rekvirering av røntgen

Datamaterialet viser 732 rekvireringer av røntgen, fordelt på 698 ulike personer. Det er en overvekt av personer i aldersgruppen 45 - 64 år som er rekvirert røntgen.

Tabell 35. Rekvireringer av røntgen

Antall rekvireringer av røntgen (totalt):	732
Antall ulike pasienter rekvirert røntgen:	698
Andel av ulike pasienter rekvirert røntgen:	4,9 %

Tabell 36. Rekvireringer av røntgen etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper NOMESCO	I alt	Menn	Kvin- ner	Uopp- gitt kjønn	Prosent		
					I alt	Menn	Kvin- ner
I alt	732	286	446	-	100	100	100
Yngre enn 1 år	3	1	2	-	0	0	0
01 - 04 år	4	3	1	-	1	1	0
05 - 14 år	32	19	13	-	4	7	3
15 - 24 år	54	22	32	-	7	8	7
25 - 44 år	219	85	134	-	30	30	30
45 - 64 år	262	102	160	-	36	36	36
65 - 74 år	89	35	54	-	12	12	12
75 - 84 år	60	16	44	-	8	6	10
Eldre enn 85 år	9	3	6	-	1	1	1

10.8.3. Reseptutstedelser og forskrivning av legemidler

Reseptutstedelser

Det er viktig å kunne se forskrivninger i sammenheng med diagnose. Selv om man i dag ikke kan avlese en direkte forbindelse mellom diagnose og forskrivning på kontakttidspunktet, gir SEDA-data nevneren - antall personer med en bestemt diagnose. Ved løpende SEDA-innsamling kan man, gitt forutsetningen om paneldata, dessuten over tid avlese konsekvensene av legemiddelbruk.

Ved å ta vare på informasjonen fra punktene i blåreseptsystemet og sammenholde med ATC-kode, vil man i noen grad kunne kompensere for manglende tilrettelegging av problembasert journalføring.

Tabell 37. Reseptutstedelser

Totalt antall hvite resepter:	9 672
Totalt antall blå resepter:	3 362
Totalt antall resepter (hvit og blå):	13 034
Totalt antall kontakter:	22 422
Antall kontakter der resepter ble skrevet ut:	8 234
Totalt antall A-resepter:	86
Totalt antall B-resepter:	2 274
Totalt antall C-resepter:	9 941
Totalt antall andre resepter:	733
Totalt antall resepter:	13 034
Totalt antall pasientkontakter:	22 422

Tabell 38. Resepter fordelt etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent

	I alt	Menn	Kvin- ner	Uopp- gitt kjønn
N	13 034	4 702	8 329	3
Sum prosent		100	100	
Yngre enn 1 år	148	2	1	
01 - 04 år	186	2	1	
05 - 14 år	331	3	2	
15 - 24 år	679	4	6	
25 - 44 år	3 010	22	24	
45 - 64 år	3 934	32	29	
65 - 74 år	1 964	16	14	
75 - 84 år	2 049	14	17	
Eldre enn 85 år	724	5	6	
Uopp-gitt aldersgruppe	9	0	0	

Datamaterialet viser 13 034 reseptutstedelser i perioden, fordelt på 9 672 (74 prosent) hvite og 3 362 (26prosent) blå resepter. C-resept representerer 76 prosent av reseptene, B-resepter 17 prosent og A-resepter under én prosent.

64 prosent av reseptene er skrevet ut til kvinnelige pasienter.

Forskrivning av legemidler

Vi har i det følgende inndelt forskrivningene i fire hovedgrupper. Forskrivning av vanedannende legemidler tilsvarer legemidler på A- eller B-resept. Antibiotika er gitt som alle legemidler der "J" er første siffer i legemidlets ATC-kode. For legemidler i Infodoc journalsystem har vi kodet legemidler manuelt, ved hjelp av legeekspertise.

Spesifikk forskrivning representerer her legemidler skrevet ut på blå resept. I gruppen for uspesifikk forskrivning har vi plassert legemidlene som ikke faller inn under de tre andre gruppene. Uspesifikk forskrivning gjelder legemidler til bruk for hodepine, kvalme etc.

²⁰ Relevant å se dette i sammenheng med Henvisningsprosjektet. Gjennomført i Vestfold, Hordaland og Nordland. Forsøket løper fra 01.09.01 til 31.08.03

Tabell 39. Forskrivning av legemidler

Summeringer for Profdoc Vision og Profdoc Winmed ¹		
Totalt antall forskrivninger av vanedannende legemidler:	2 817	
Totalt antall forskrivninger av antibiotika:	740	
Totalt antall spesifikk forskrivning:	2017	
Totalt antall uspesifikk forskrivning:	4102	
Summeringer for Infodoc ²		
Totalt antall forskrivninger av vanedannende legemidler:	671	
Totalt antall forskrivninger av antibiotika:	343	
Totalt antall spesifikk forskrivning:	848	
Totalt antall uspesifikk forskrivning:	418	
Totalt antall forskrivninger ³ :	11 956	100,0 %
Totalt antall forskrivninger av vanedannende legemidler:		
	3 488	29,2
Totalt antall forskrivninger av antibiotika:		
	1 083	9,1
Totalt antall spesifikk forskrivning:		
	2 865	23,9
Totalt antall uspesifikk forskrivning:		
	4 520	37,8

¹ Basert på ATC-kode.² Basert på fritestopplysninger.³ I totalen mangler forskrivninger i WinMed der legemidlets ATC-kode er utelatt.

Datamaterialet viser 11 956 forskrivninger. Vane-dannende legemidler utgjør 29 prosent av forskrivningene. Hver tiende forskrivning er antibiotika. Legemidler på blå resept utgjør hver fjerde forskrivning. En stor andel av legemidlene (38 prosent) faller innenfor gruppen uspesifikk forskrivning.

Det vil også være mulig å gruppere forskrivning av legemidler etter kjønn og alder på pasienten. En slik inndeling vil blant annet kunne illustrere hvem som får antibiotika.

10.8.4. Laboratorieprøver

Vi har identifisert 25 015 prøvesvar. Drøye halvparten av prøvene er tatt på et eksternt laboratorium. Det er i gjennomsnitt tatt 6 prøver av hver pasient.

64 prosent av prøvene gjelder kvinner. Blant mennene, er det særlig aldersgruppen 45 - 64 år som går igjen.

Tabell 40. Laboratorieprøver

Totalt antall prøver på eget laboratorium:	11 523
Totalt antall prøver på eksternt laboratorium:	13 492
Totalt antall prøver:	25 015
Totalt antall pasientkontakter:	22 422
Antall kontakter der prøvesvar er innregistrert:	4 547
Antall analyseprøver pr. totalt antall pasienter:	1,1
Antall analyseprøver pr. pasient tatt prøve av:	5,6

Tabell 41. Laboratorieprøver etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper NOMESCO	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
N	25 015	8 940	16 073	2
Sum prosent		100	100	
Yngre enn 1 år	83	0	0	
01 - 04 år	193	1	1	
05 - 14 år	729	4	3	
15 - 24 år	1 625	4	8	
25 - 44 år	5 792	21	24	
45 - 64 år	7 626	35	28	
65 - 74 år	3 979	18	15	
75 - 84 år	3 951	14	17	
Eldre enn 85 år	1 034	3	5	
Uoppgitt aldersgruppe	3	0	-	

10.8.5. Sykmeldingsstatistikk

Datasettet på 22 422 pasientkontakter representerer 3160 sykmeldinger, når feilregistreringene (feil i datoregistreringer) er utelatt. Sykemeldinger blir utstedt sjeldnere enn ved hver tiende pasientkontakt, likevel blir nærmere hver fjerde pasient sykmeldt. Dette illustrerer at de sykmeldte går ofte til lege.

Sykmeldingene fordeler seg med 2 636 (83 prosent) på full sykmelding, og 524 (17 prosent) på delvis sykmelding.

Tabell 43 viser at ryggproblemer, samt nakke- og skuldrelidelser er vanlige årsaker til sykmelding. Sykmelding som følge av luftveisinfeksjoner forekommer ofte. Materialet viser dessuten at psykiske lidelser går igjen som sykmeldingsårsak.

Tabell 42. Sykmeldinger

Antall pasienter totalt:	22 422
Antall ulike pasienter:	14 104
Totalt antall sykmeldinger:	3 160 ¹
Andel unike pasienter sykmeldt:	22,4 %
Antall med full sykmelding:	2 636
Antall med delvis sykmelding:	524

¹ Feilregistreringer er tatt ut.

Tabell 43. Symmeldingsdiagnose etter pasientens kjønn. Antall og prosent

Diagnosegrupper NOMESCO for sykmeldte	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
N	3 220 ¹	1 207	2 012	1
Sum prosent			100	100
01 Luftveisinfeksjoner, inkl. otitt	465	13	16	
02 Nakke-,skuldre- o.a. entesopatier	510	17	15	
03 Ryggproblemer		474	19	12
04 Psykiske lidelser		457	14	14
05 Atopi o.a. hypersensivitetssykdommer	51	1	2	
06 Hypertensjon		37	1	1
07 Iskemisk hjertesykdom og arytmier	33	2	0	
08 Diabetes	12	0	0	
09 Ondartede svulster		18	1	0
10 Underlivslidelser kvinner	21	-	1	
11 Funksjonelle mage-tarm lidelser	100	3	3	
12 Hudinfeksjoner		25	1	1
13 Skader	143	7	3	
14 Svangerskap og familieplanlegging	89	-	4	
16 Andre diagnoser		785	21	26

¹ Datamaterialet, feilregistreringer inkludert.

10.8.6. Erklæringer til trygden

Datamaterialet gir få erklæringer til Folketrygden.

Datamaterialet har gitt 166 erklæringer om sykefravær i mer enn 8 uker, 40 erklæringer om rehabiliteringspenger, 13 erklæringer om yrkesrettet attføring, samt fire erklæringer om uførepensjon.

Antall pasientkontakter totalt:	22 422
Antall ulike pasienter:	14104
Antall erklæringer om sykefravær i mer enn 8 uker (totalt):	166
Menn:	68
Kvinner:	98
Antall ulike pasienter med erklæring om sykmelding utover 8 uker:	156
Antall erklæringer om rehabiliteringspenger (totalt):	40
Menn:	11
Kvinner:	29
Antall ulike pasienter med erklæring om rehabiliteringspenger:	39
Antall erklæringer om yrkesrettet attføring (totalt):	13
Menn:	5
Kvinner:	8
Antall ulike pasienter med erklæring om yrkesrettet attføring:	13
Antall erklæringer om uførepensjon (totalt):	4
Menn:	3
Kvinner:	1
Antall ulike pasienter med erklæring om uførepensjon:	4

10.9. Oppsummering - statistikkpotensialet i SEDA-dataene

Vi har i dette kapitlet søkt å illustrere ulike anvendelser av SEDA-data med hensikt å avdekke potensialet i dataene.

Utnyttelse av SEDA-data vil gi en unik mulighet til å oppnå kunnskap om aktivitet i allmennlegetjenesten og om innholdet i en pasientkontakt. Uttak av SEDA-statistikk for den enkelte allmennlege vil gi en samlet og helhetlig oversikt over egen praksis.

11. Vurdering av pilotprosjektet i lys av målsettingene

Vi vil her gjøre en vurdering av pilotprosjektet - gjennomføring og resultater - i lys av målsettingene angitt i prosjektplanen.

Økt kunnskap

Vår vurdering er at pilotprosjektet SEDA har *tilrettelagt* for økt kunnskap om allmennlegers praksis. Prosjektet har belyst hvordan man kan nyttegjøre det store informasjonsgrunnlaget i elektronisk pasientjournal til statistikkformål.

Utvidelse av datagrunnlaget med hensikt å kunne gi anslag på landsnivå, samt fordeling etter kommune-type og karakteristika ved legen er angitt som et viktig langsiktig mål for prosjektet. SEDA vil gi et helt unikt datasett med gir bred og viktig informasjon om aktivitet i allmennlegetjenesten. Etablering av løpende statistikk kan åpne for flere bruksområder: I tillegg til å gi plan- og styringsdata for sentrale helsemyndigheter, kan et slikt system bidra til kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten, samt gi gode muligheter til forskning på feltet.

Dersom systemet skal gi grunnlag for kommunal helsestatistikk, vil det medføre at man trenger å samle inn data fra alle leger (fulltelling). Statistisk sentralbyrå er skeptisk til mulighetene for å få med alle leger, dersom man legger frivillighet til grunn. Samtidig vil vi komme bort i problemet med småkommuner som bare har én lege. Av personvern hensyn vil vi ikke anbefale å presentere data for enkeltleger. Vi anbefaler derfor at et framtidig system baseres på utvalg.

Støtte fra allmennlegene

SEDA har tatt utgangspunkt i et datasett som tilfredsstiller NOMESCOs innstilling til nordisk sammenlignbar statistikk for allmennlegetjenesten. Denne kjernen av aktivitetsdata ble lagt til grunn i rapporten fra forprosjektet SEDA.

I arbeidet med pilotprosjektet SEDA har Statistisk sentralbyrå vektlagt å finne fram til et datasett som også ivaretar allmennlegenes ønsker for statistikk om egen praksis. En viktig forutsetning for støtte har vært å føre en dialog med allmennleger under

prosjektarbeidet. Kontakten er i første rekke søkt ivaretatt gjennom innspill i prosjektgruppen for SEDA, som har hatt tung representasjon fra Legeforeningen. Prosjektgruppen har vært operativ gjennom hele arbeidsprosessen.

I tillegg gjennomførte SSB i startfasen samtaler med allmennleger i to kommuner. I disse samtalene ble det også gitt viktige innspill om datainnsamlingsopplegget - særlig i forhold til strategier for rekruttering av allmennleger. Vi ønsket blant annet tilbakemeldinger om hvordan kontaktarbeidet skulle foregå og hva man burde vektlegge i en slik henvendelse.

For å oppnå og bevare støtte fra allmennlegene, har det også vært viktig å hente inn og nyttegjøre oss erfaringer fra lignende studier. Vi har etablert kontakt med andre norske institusjoner som i samme periode har forberedt og/eller gjennomført datauttrekk fra allmennlegetjenesten. I et videre arbeid mener vi det vil være viktig for støtten å samordne datauttrekk til statistikk- og forskningsformål.

Gjennom planleggings- og utviklingsarbeidet har vi søkt å tilrettelegge for et opplegg for datauttrekk som gir liten grad av merarbeid. Vi har dessuten lagt vekt på å understøtte motivasjonen for avgi data, i form av individuelle tilbakemeldinger. Til tross for at SEDA på forhånd var ukjent for de fleste, evnet vi på forholdsvis kort tid å rekruttere 60 leger og gjennomføre datainnsamling blant 49 leger. Denne tilslutningen mener vi reflekterer at sympatisørene i norsk allmennpraksis for et slikt type prosjekt allerede er av et visst omfang.

Oppslutning om pilotprosjektet

Erfaringene fra rekrutteringsarbeidet har vist at mange leger har hatt en interesse for prosjektet som klart har oversteget ulempen merarbeidet eventuelt har medført. En annen gruppe var så presset på tid, at selv om de i utgangspunktet støttet konseptet, kunne de ikke *selv* påta seg oppgaven med å trekke ut og forsende data. For å få gjennomslag i denne gruppen ved en senere anledning, vil det være helt avgjørende å optimalisere datauttrekket. Betegnende for den siste frafallsgruppen, er at vi ikke har greid å skape nok interesse

for å oppnå tilslutning. Vi vil tro at det ligger en mulighet i å skape blesst om prosjektet, gjennom å illustrere statistikkpotensialet og ulike anvendelsesområder for SEDA-dataene.

Vi ønsker å vektlegge utviklingsarbeidet mot et felles datauttrekk for allmennlegetjenesten som er igangsatt gjennom pilotprosjektet SEDA. Erfaringene underveis har gitt oss grunn til å tro at økt tilslutning kan komme gradvis dersom prosjektet videreutvikles, og en får bukt med de feil og mangler som er blitt avdekket gjennom pilotinnsamlingen. Vi tror i den forbindelse at det er viktig å foredle fram et konsept som i tillegg til å tilrettelegge for forsendelse av data til et sentralt mottak, gir tilbud om direkte uttak av statistikk for egen praksis.

Viktig både motivasjons- og nyttemessig er å tilrettelegge for at statistikken som publiseres fra sentralt hold gjøres sammenlignbar med individuelle uttrekk. I tillegg til landstall, bør en tilby statistikk på regionnivå, og/eller for grupper av leger med like kjennetegn (eks. listelengde).

Utbytte av deltakelse i SEDA

Et av suksesskriteriene i pilotfasen har vært å tilby individuell tilbakemelding med resultater fra egen praksis/pasientgruppe²¹. En slik tilbakeføring har også gitt oss muligheten til å få innspill og kommentarer om opplegget i etterkant av datainnsamlingen. Legenes egne vurderinger har vært et viktig holdepunkt for vår tilråding.

Vi har ikke lyktes å komme i kontakt med alle legekontorene som deltok, men de av legene vi har snakket med føler at de har hatt utbytte av å delta i prosjektet. Legene anser den tilbakeførte statistikken som detaljert, og dekkende for det de forstår med begrepet *praksisprofil*. En del av legene har vært opptatt av å diskutere og sammenligne rapportene med kolleger.

Noen av legene nevnte rapportene trygdekontorene utarbeider over takstbruk. De var imidlertid selv inne på at SEDA-statistikk ville gi et bedre inntrykk av aktiviteten.

Ikke alle tabellene vi har returnert har vært like relevante. Størst utbytte har de hatt av å se prosentvise fordelinger, samt relatere aktiviteten til listepasientene, og i forhold til pr. 1000 på liste (for sammenligning med gjennomsnittet).

Legene har påpekt forbedringspotensialer presentasjonsmessig - de vil gjerne kunne lese direkte ut hvordan de ligger an sammenlignet med gjennomsnittet, og ikke bla i to ulike rapporter.

Legene er delt i den belastningen de har følt ved å delta. Noen syntes rapporteringen var uproblematisk, mens andre har påpekt vansker med å installere og trekke ut data.

Grunnlag for videreføring

Med gjennomføring av pilotprosjektet SEDA har vi dokumentert erfaringer fra implementering og drift i miniskala. Vi har grunnlag for å si at pilotundersøkelsen både teknisk og organisatorisk sett har vært vellykket. Vi vil spesielt trekke fram at det har vært få avvik mellom intensjonene angitt i prosjektplanen og gjennomføringen.

Vi har påpekt mangler og mulige forbedringspotensialer for innsamlingsopplegget. Å *framskaffe* et sett aktivitetsdata for analyse har vært både utfordringen og selve kjernen i pilotprosjektet.

Vår konklusjon er at journaldata kan anvendes til statistikk, under forutsetning at det tas i bruk mer standardiserte koder og klassifikasjoner under journalføringen.

Vi tror dessuten at prosjektet har potensiale for å innfri de mer langsiktige målene:

- Bidra til økt standardisert informasjon i elektronisk pasientjournal
- Etablere et landsdekkende system for innhenting av aktivitetsdata

²¹ Se vedlegg G: Tilbakeføring av praksisprofil

12. Statistisk sentralbyrås tilråding

Ut fra en samlet vurdering av de erfaringene gjennomføringen av pilotprosjektet har gitt, vil vi tilrå at prosjektet videreføres, med hensikt å tilrettelegge for å kunne gi anslag for aktiviteten på landsnivå.

Vi legger til grunn at det *på sikt* kan etableres en løpende statistikkproduksjon basert på regelmessige datauttrekk fra elektronisk pasientjournal og forsendelse til et sentralt mottak. *Vi påpeker imidlertid viktigheten av å bygge opp et slikt system stein for stein. Fullskaladrift vil følgelig ikke være realistisk på kort sikt. De neste fasene vil nødvendigvis ha et visst preg av testing og utprøving.*

Vi vil tilrå at man også i fortsettelsen baserer deltakelse på frivillighet, og at statistikken bygger på representative utvalg av allmennleger. Utvalget av allmennleger bør genereres ved en landsdekkende utvalgsplan, men legene som inngår i et slikt system behøver ikke å være de samme over tid. Et roterende panel av allmennleger vil både sikre sammenlignbarhet over tid, dessuten mulighet for utskiftning av deltakere. Ingen bør i prinsippet utelukkes fra å kunne levere data til SEDA. Vi vil dessuten fokusere på den muligheten som ligger i å kunne følge utviklingen i egen praksis i relasjon til aktivitet for landet, regionen og/eller aktivitet til leger med like kjennetegn.

Vi har av personvernshensyn, samt manglende mulighet til å inkludere alle leger i et frivillig system i denne omgang ikke vurdert fulltelling, og omtaler her en mulig løsning basert på utvalg. Med utgangspunkt i en utvalgsplan basert på stratifisering av kommuner, og trekking av leger i neste trinn, vil vi anslå at i underkant av 100 leger netto vil være tilstrekkelig for å gi landstall. Man bør på grunn av sesongvariasjoner i aktiviteten innehente data fra flere perioder over året.

Vi vil tilrå at man i det videre arbeidet tilrettelegger for å sammenholde SEDA-data mot andre datakilder (f.eks. RTV-data).

13. Utfordringer og tilpasninger for en utvidet og løpende innsamling av aktivitetsdata

Gitt at prosjektet besluttes videreført, vil vi her påpeke noen viktige momenter i det videre arbeidet, i lys av de mer langsiktige målene for SEDA:

- Standardisert informasjon i elektronisk pasientjournal
- Landsdekkende system, gi grunnlag for representativ statistikk
- Elektronisk system for datarapportering

Dessuten:

- Koordinere innsamlingen med andre statistikk- og forskningsprosjekter som baserer seg på journaldata

13.1. Standardisering av informasjon i EPJ

Grunnlaget for SEDA-statistikk er den informasjonen som genereres og lagres i elektronisk pasientjournal. I arbeidet med å bygge opp et statistikkgrunnlag for aktivitet i allmennlegetjenesten, mener vi det er av størst viktighet i den neste fasen å fokusere på *data-grunnlaget*. Det er ikke hensiktsmessig å bygge opp et landsdekkende statistikk-system uten at det samtidig tilrettelegges for økt grad av standardisert informasjon i elektronisk pasientjournal.

Standardisering av input, klassifikasjoner og kodeverk i EPJ er selve forutsetningen for å kunne gi meningsfull statistikk for allmennlegetjenesten. Leverandørene av elektronisk pasientjournal står sentralt og må trekkes inn i dette arbeidet.

Vi har påpekt flere områder der det er behov for standardisering for å gi meningsfull SEDA-statistikk:

- Kontaktregistrering, for å kunne få oversikt over alle pasientkontakter
- Standardisert dokumentasjon av forskrivning og administrasjon av legemidler
- Mulighet for å ta vare på og trekke ut legemidlets ATC-kode
- Standardiserte henvisninger til sykehus/spesialist
- Implementering av felles standard for prøvenavn for laboratorieprøver

Statlig tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren 2001 - 2003 "Si @" angir flere satsingsområder av betydning for SEDA. En videreføring og videre utvikling av SEDA må sees i lys av utviklingsarbeid som allerede er iverksatt eller er under planlegging. Et aktuelt forum for å fremme nødvendige tiltak er *Referansegruppen for Kodeverk, Klassifikasjoner og termer i helse- og sosialsektoren (KoK)*, hvor SEDA er satt på dagsorden.

En svært viktig forutsetning for å drive arbeidet videre, er at tilrettelegging for statistikk av journaldata fremmes som brukerkrav fra allmennlegene overfor journalleverandørene.

13.2. Samarbeid med EPJ-leverandørene om tilrettelegging av SEDA-statistikk

Et tett samarbeid med leverandørene av elektronisk pasientjournal vil være viktig for både å kunne optimalisere uttrekket (innholds- og utførelsesmessig) og kunne implementere SEDA-rapport som tilbud til/opsjon for brukerne. Omlegging til ny databasestruktur i Infodoc gjør det nødvendig å gå en ny runde med denne leverandøren om framtidige SEDA-uttrekk. Det vil her være nødvendig med tilsvarende testing og miniskalauttrekk som her er gjennomført.

Det bør være en forutsetning at det i alle journalsystemer tilrettelegges for å skille ut data om gjelder testpasienter (dummydata), slik at SEDA i mest mulig grad avspeiler reelle pasientkontakter.

13.3. Videreutvikling av driftssystemet for SEDA

13.3.1 .Tilpasninger i den sentrale administrasjonen

Med en utvidet datainnsamling, anbefaler vi at det bør avsettes ytterligere ressurser i den sentrale driftsadministrasjonen for å håndtere kontakt og oppfølging av legekantorene.

Vi anbefaler dessuten å få på plass en mer permanent testbase hos driftsansvarlig, for systematisk testing av uttrekk og kontroll av inndata.

Dersom datamengden økes betydelig, bør prosessene for innsjekking, kontroll og omkoding av data automatiseres.

13.3.2. Gradvis utvidelse av datagrunnlaget

En bør satse på en gradvis utvidelse av datamengden. Dette vil innebære at flere leger involveres og en større datamengde/flere datauttrekk pr. lege. Vi anbefaler at datainnsamlingen også i fortsettelsen baseres på frivillighet.

Vi har antydnet at *roterende panel* kan være et egnet system for datainnsamling på fullskalanivå. Panel-design ivaretar sammenlignbarhet over tid. Ved å åpne for jevnlig utskiftning av deltakere, forbygger man effektivt avskalling over tid, dessuten kan flere leger inkluderes i opplegget.

13.3.3. Omlegging til elektronisk innsamling av data

Med et utvidet antall leger, bør man satse på elektronisk forsendelse av data. Elektronisk meldingsutveksling forutsetter at legekantoret har tilgang til Internett. Realistisk sett bør man i første omgang legge til grunn en kombinasjon av manuell og elektronisk forsendelse av SEDA-data.

Framtidig SEDA-rapportering bør også kunne sees i sammenheng med annen tilrettelegging for elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren. Vi tenker spesielt på nasjonalt Helsenett.

Litteraturliste

Bjerkedal, T (red) (1995) :*Personbasert syketilfellestatistikk i allmennlegetjenesten*, RTV-rapport 7/95.

Fugeli P, Rokstad K. (1993): How to succeed in a multipractice study, Universitetet i Bergen.

Heeks R et al (1999): Why Health Care Information System Succeed or Fail. Working Paper, Institute for Development Policy and Management.

Grimsmo A (red) (1998): Helsedataprojektet. Felles edb-utvalg for primærmedisin.

Grimsmo A et al (1994): Informasjon til planlegging og sammenlikning i kommunene. Tidsskrift for Den norske lægeforening, nr. 17.

Grimsmo A et al (1994): Informasjon til kvalitets-sikring og selvevaluering i allmennpraksis. Tidsskrift for Den norske lægeforening, nr 17.

Grimsmo A et al (1998) Pasienter, diagnoser og aktiviteter i allmennpraksis i de nordiske landene Nordisk Medicinalstatistisk Komité.

Paulsen B (1999): Legebruksdata fra fastlegesystemet som verktøy i kommunalt planleggings- og utviklingsarbeid. SINTEF Unimed.

Paulsen B (1997): Driftsdata fra legetjenesten som grunnlagsdata i kommunal helseplanlegging SINTEF Unimed.

Sosial- og helsedepartementet (2002): "Si @" Statlig tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og departementet sosialektoren.

Sosial. og helsedepartementet (2001): Indikatorer for årlig måling av utviklingen av helsenett og elektronisk departementet samhandling. Utkast forprosjektrapport.

Statistisk sentralbyrå (1994): *Standard for kommuneklassifisering 1994*, NOS C 192.

Traynor V et al. (1993): Recruiting general practitioners for survey research, Australian Family Physician.



**DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT**

Statistisk sentralbyrå
Postboks 8131 Dep
0033 OSLO

SSB		14 JUL 2000	
S.nr 00/1507	D.nr.: 1		
A.: 532-2	Off/Uoff.:		
Ktr. 301	Saksbeh.: ABR		
Ferdigbeh. (J/N)		JA	

Deres ref

Vår ref
00/04112 HA 2 EMT/ao

Dato
12.07.2000

PROSJEKTET SENTRALE DATA FRA ALLMENNLEGETJENESTEN (SEDA-PROSJEKTET) - IVARETAKELSE AV PROSJEKTLEDERANSVAR.

Vi viser til tidligere kontakt om denne saken senest møte 14.juni i år.

Bakgrunn.

Sosial- og helsedepartementet legger opp til en omfattende evaluering og oppfølging av Fastlegereformen. Som del av dette arbeidet nedsatte departementet høsten 1999 en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å utrede og komme med forslag til innsamling av aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten. Gruppen skulle vurdere data, datakilder og mulige teknisk og organisatoriske løsninger for innhenting av aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten av betydning for oppfølging og evaluering av Fastlegereformen. Arbeidsgruppen avleverte sin tilråding 18.februar i år, rapporten følger vedlagt. Gruppen anbefalte departementet å starte med et enkelt og robust datasett over aktiviteter i allmennlegetjenesten. Den anbefalte å starte opp med ett eller få pilotprosjekter hvor innsamling av datasettet utprøves og at pilotprosjekter og datainnsamling baseres på frivillig basis.

Planlegging og gjennomføring av pilotundersøkelse(r).

Sosial- og helsedepartementet har besluttet å videreføre SEDA-prosjektet i tråd med arbeidsgruppas anbefalinger slik disse framkommer i rapporten av 18.februar 2000. SEDA-prosjektet omhandler innhenting av aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten. Hensikten med prosjektet er:

Postadresse

Kontoradresse

Telefon
22 24 90 90* /
Org. nr.

Telefaks

Saksbehandler
emt

- metodeutvikling
- innsamling av data
- gi grunnlag for å vurdere mulig nasjonalt system for innsamling av aktivitetsdata

Departementet legger opp til følgende organisering av det videre arbeidet: SSB gis i oppdrag å være prosjektleder og rapporterer direkte til departementet. Sosial- og helsedepartementet har den overordnede styringen av prosjektet gjennom den ordinære linjeorganisasjonen.

Departementet vil nedsette en referansegruppe bestående av de aktører som var involvert i arbeidet med vedlagte rapport. Denne gruppa vil få en rådgivende funksjon overfor departementet i forhold til de anbefalinger SSB gir. Endelige vedtak fattes av departementet og kommuniseres direkte til SSB.

Spesifisering av oppdraget til SSB.

Vi ber om at SSB påtar seg prosjektlederansvaret for videre organisering, planlegging og gjennomføring av pilotprosjekt(er).

Oppdraget kan deles inn i tre faser. Det forutsettes nær kontakt mellom oppdragstaker og oppdragsgiver i gjennomføringen av prosjektet.

Fase 1 Organisering.

Departementet ser at det kan være hensiktsmessig med ekstern deltakelse i prosjektet f.eks gjennom deltakelse i en prosjektgruppe og ber SSB vurdere dette. For å sikre god framdrift ser vi det som viktig at eventuelle eksterne aktører involveres tidlig i arbeidet.

SEDA-prosjektet er komplisert og har mange berøringsflater. Arbeidsgruppa som utarbeidet den vedlagte rapporten hadde derfor en bred sammensetning. Det vil ikke være hensiktsmessig å involvere så mange aktører i en prosjektgruppe. Vi vil imidlertid poengtere betydningen av at SSB sørger for nødvendig kontakt og samordning med relevante aktører. Vi viser her blant annet til departementets IT-tiltaksplan (vedlagt) og aktuelle tiltak som berører SEDA-prosjektets problemstillinger. Vi viser også til at de allmennmedisinske miljøer vil være sentrale både i forhold til det faglige innholdet i prosjektet, gjennomføring, produksjon og spredning av data fra prosjektet, utvalg av respondenter osv.

Vi ber om at SSB utarbeider forslag til prosjektoranisasjon for arbeidet, herunder hvordan relevante eksterne aktører involveres i prosjektet. Forslag til prosjektoranisasjon forelegges departementet før videre planlegging starter opp.

Fase 2 Prosjektplan

Videre planlegging av arbeidet innebærer konkretisering og forslag til løsning blant annet i forhold til følgende spørsmål jfr. arbeidsgruppas rapport:

- konkretisering og operasjonalisering av de foreslåtte variablene/dataelementene

- sammenhengen mellom variablene/dataelementene
- hvor hyppig data skal samles inn
- hvorvidt det skal være ikke identifiserbare individdata eller aggregerte data
- tilråding i forhold til eventuell inkludering av tilgjengelighetsdata i prosjektet
- forslag om et eller flere pilotprosjekt
- forslag til utvalg av allmennleger som inviteres til å delta i pilotprosjektet
- strategi for å sikre oppslutning fra aktuelle allmennleger om deltakelse i prosjektet
- forslag til metode for datainnsamling, inklusive eventuelle behov for programutvikling og kontakt med IT-leverandører
- strategi for hvordan data fra prosjektet kan gjøres tilgjengelig for allmennleger som deltar i pilotprosjektet
- anbefalinger i forhold til andre viktige avklaringer som kommer fram i planleggingsperioden

Vi ber om at SSB utarbeider en prosjektplan for arbeidet hvor forslag til løsning av spørsmålene angis. Planen skal inneholde aktuelle milepeler og forslag til spesifisert budsjett. Forslag til prosjektplan skal godkjennes av departementet før oppstart av pilotprosjekt.

Fase 3 Pilotprosjekt

Tredje fase i arbeidet er iverksetting av pilotprosjektet. Dette innebærer teknisk tilrettelegging for innrapportering og innsamling av datamateriale fra pilotene.

Departementet ønsker en sluttrapport fra prosjektet. Denne skal inneholde en samlet vurdering av prosjektet, gjennomføring, resultater osv. Vi ønsker også en tilråding om eventuell videreføring/utvidelse av prosjektet.

Aktuelle data og resultater fra pilotprosjekt(er) skal gjøres tilgjengelig for den forskningsbaserte evalueringen av Fastlegereformen.

Vi vil be om en snarlig tilbakemelding fra SSB om aksept av oppdraget, tentativ tidsplan for arbeidet og samlet budsjett for oppdraget.

Med hilsen

Andreas Disen e.f.
Andreas Disen e.f.
ekspedisjonssjef

fr

Ellen M. Thorbjørnsrud
Ellen Thorbjørnsrud
underdirektør

Vedlegg

SEDA

Sentrale data fra allmennlegetjenesten

Prosjektplan

Statistisk sentralbyrå

14. mai 2001

Innhold

1. Bakgrunn.....	4
1.1. Forprosjektet SEDA.....	4
1.2. Organisering av planleggingsarbeidet våren 2001.....	4
1.3. Status.....	4
2. Formål.....	5
2.1. Oppdragsspesifikasjon fra SHD.....	5
2.2. Målformuleringer for SEDA.....	5
2.3. Langsiktige mål for SEDA.....	6
3. Milepæler.....	6
3.1. Milepælplan.....	6
4. Organisering av arbeidet.....	7
4.1. Deltakere. Journalleverandører, allmennleger, SSB.....	7
4.1.1. Ekstern teknisk bistand til datauttrekk fra EPJ.....	7
4.1.2. Klargjøring av uttrekksprogram og teknisk mottakskontroll.....	8
4.1.3. Oversikt over datastrømmen.....	8
4.2. Rekrutteringsarbeid.....	9
4.2.1. Prosedyre for rekruttering av allmennleger.....	9
4.2.2. Informasjonsbrevet.....	10
4.2.3. Påmelding til undersøkelsen. Sentral oppfølging.....	12
4.2.4. Veiledning og oppfølging av deltakende leger.....	13
4.3. Prosesser i forbindelse med databehandling innenfor SSB.....	13
4.3.1. Teknisk mottakskontroll. Omkoding, påkopling og samling av data.....	13
4.3.2. Kontroll av gyldighet på felter.....	13
4.3.3. Tabellproduksjon - praksisprofiler.....	13
4.3.4. Rapportering til SHD.....	13
4.3.5. Lagring av data.....	14
5. Forutsetninger. Statistisk sentralbyrås anbefalinger.....	15
5.1. Variabelliste.....	15
5.1.1. Pasientinformasjon.....	15
5.1.2. Lege-/Medarbeiderinformasjon.....	16
5.1.3. Informasjon om legepraksis.....	16
5.1.4. Kontaktinformasjon.....	16
5.1.5. Informasjon om kontaktårsak.....	17
5.1.6. Tiltak.....	17
5.1.7. Inkludering av tilgjengelighetsdata.....	19
5.1.8. Individdata.....	20
5.1.9. Aidentifiserte pasientopplysninger. Pasientenes personvern og legenes rettssikkerhet.....	20
5.1.10 Motivasjon for deltakelse. Krav til legene. Krav til motytelse.....	21

5.2. Utvalgsplan.....	21
5.2.1. Kartlegging av journalsystemer i bruk i allmennlegetjenesten.....	21
5.2.2. Klyngeutvalg. Avgrensing av hele kommuner.....	22
5.2.3. Stratifisert trekking.....	22
5.2.4. Avgrensing av utvalget til leger som inngår i Fastlegeordningen.....	23
5.3. Datainnsamlingsperiode/datamengde.....	23
6. Detaljplan for gjennomføring av pilotundersøkelsen.....	24
7. Finansiering.....	25
7.1. Finansieringsplan.....	25
Litteraturliste.....	26
Vedleggsliste.....	27

Tabeller

Tabell 1. Milepælplan.....	6
Tabell 2. Rekrutteringsarbeid.....	9
Tabell 3. Aidentifisert pasientinformasjon.....	21
Tabell 4. Oversikt over de største EPJ-leverandørenes journalsystemer.....	21
Tabell 5. Kommuner etter sentralitetsnivå.....	23
Tabell 6. Detaljplan for gjennomføring av SEDA-pilot.....	24
Tabell 7. Finansieringsplan for SEDA - SSBs andel av kostnadene.....	25
Tabell 8. Utviklingskostnader - Ekstern teknisk bistand.....	25

Figurer

Figur 1. Oversikt over datastrømmen.....	8
Figur 2. Rekruttering av allmennleger: Kartlegging av prosessen.....	11
Figur 3. Prosesser i forbindelse med databehandling innenfor SSB.....	14

1. Bakgrunn

1.1. Forprosjektet SEDA

Sosial- og helsedepartementet (SHD) nedsatte høsten 1999 en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å utrede og komme med forslag til innsamling av aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten. Gruppen skulle vurdere data, datakilder, og mulige tekniske og organisatoriske løsninger for innhenting av aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten av betydning for oppfølging av Fastlegereformen. Arbeidsgruppen avleverte sin tilråding til SHD februar 2000 (vedlegg 1). Gruppen anbefalte departementet å starte med et enkelt og robust datasett over aktiviteter i allmennlegetjenesten. Den anbefalte å starte opp med ett eller få pilotprosjekter hvor innsamling av datasettet ble utprøvd, og at pilotprosjekter og datainnsamling ble basert på frivillig basis. Det ble videre anbefalt at datainnsamlingen skulle konsentreres om fem hovedgrupper av variable: Pasient- og lege-karakteristika, kontakttipe, diagnose og tiltak, og at dataene skulle hentes fra legenes elektroniske pasientjournal (EPJ).

Prosjektgruppen for SEDA har lagt anbefalingene i vedlagte rapport til grunn for arbeidet med å utforme prosjektplanen for høstens prøvedatainnsamling.

1.2. Organisering av planleggingsarbeidet våren 2001

Statistisk sentralbyrå (SSB) har ledet en prosjektgruppe, bestående av representanter fra SSB, Den norske lægeforening (Dnlf) og Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS (KITH). SSB fant det mest hensiktsmessig for SEDA at kjernen i prosjektgruppen utgjorde et *liten* arbeidsenhet med noen sentrale aktører, men at SSB parallelt med gruppens arbeid kunne stå fritt til å undersøke og eventuelt trekke inn andre ressurspersoner og/eller samarbeidspartnere.

Prosjektgruppen har hatt fire arbeidsmøter i løpet av våren 2001. Mellom møtene har SSB hatt jevnlig kontakt med de øvrige gruppemedlemmene.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Den norske lægeforening: John Leer, Kjell Maartmann-Moe, Anders Grimsmo (vara)
- Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS: Arnt Ole Ree
- Statistisk sentralbyrå: Jon-Erik Finnvoold (seksjon 330), Inge Kvalstad (303), Anne Sundvoll (330)

SSB har i perioden hatt kontakt (møter og/eller telefonisk kontakt) med journalleverandørene Profdoc Norge AS og Infodoc AS, IT-selskapet Mediata, Statens institutt for folkehelse, Statens helsetilsyn og NOKLUS (Norsk senter for kvalitetssikring av laboratorieundersøkelser utenfor sykehus).

SSB har i tillegg hatt kontakt med forskere som representerer det allmenn- og samfunnsmedisinske miljø, samt foretatt dybdeintervjuer av allmennleger.

1.3. Status

Statistisk sentralbyrå har med dette overlevert Sosial- og helsedepartementet vår anbefaling med hensyn til gjennomføringen av den forestående datainnsamlingen. SSB anbefaler at man konsentrerer innsatsen om én pilotundersøkelse, der minimum 30 legepraksiser (solo-/gruppepraksis) rekrutteres. Formålet er å få testet en metode for uttrekk av sentrale aktivitetsdata fra EPJ, blant annet for å vurdere kvaliteten på slike data. Så snart klarsignalet fra SHD gis, vil SSB påbegynne det tekniske- og praktiske forarbeidet tilknyttet pilotundersøkelsen. Melding til Datatilsynet ble sendt uke 19. Med meldingen følger kopi av søknad til Helsetilsynet om fritak fra legenes taushetsplikt etter Helsepersonellovens § 29 til forskningsformål.

Prosjektgruppen vil avholde et nytt møte så snart datainnsamlingen er avsluttet, for å gjøre en gjennomgang av erfaringene fra pilotundersøkelsen.

2. Formål

2.1. Oppdragsspesifikasjon fra SHD

Statistisk sentralbyrå mottok 14. juli 2000 et oppdragsbrev fra Sosial- og helsedepartementet vedrørende SEDA (vedlegg 2).

Statistisk sentralbyrå fikk i oppdrag å lede en prosjektgruppe der SSB knyttet til seg relevante eksterne aktører for å løse SEDA-prosjektets problemstillinger, beskrevet i rapporten fra forprosjektet. SSB ble videre bedt om å utforme en prosjektplan for ett eller flere pilotprosjekt, gjennomføre en datainn-samling med vekt på metodeutvikling, samt levere en sluttrapport. Sammen med sluttrapporten ønsket SHD en tilråding fra SSB om en eventuell videreføring/utvidelse av prosjektet.

SEDA inngår nå som en del av oppfølgingen av Fastlegereformen. Det er ønskelig med et system som *på sikt*, i tillegg til å gi plan- og styringsdata for sentrale myndigheter, kan bidra til kvalitetsutvikling i allmennlegetjenesten, gi grunnlag for kommunal helsestatistikk, samt muligheter til forskning om allmennlegetjenesten.

Med Fastlegereformen følger et pasientlistesystem som innebærer at "nevneren" (pasientpopulasjonen til den enkelte lege) nå blir tilgjengelig. Med nevneren på plass vil det også være mer relevant for legene å sammenligne data for egen praksis med andre.

2.2. Målformuleringer for SEDA

SEDA har pr. i dag status som et pilotprosjekt. Statistisk sentralbyrå har derfor, i tråd med oppdragsbrevet fra SHD, lagt hovedfokus på metodeaspektet i prosjektet. Det viktigste i denne fasen er å få på plass et system i mini-skala for uttrekk og innsamling av aktivitetsdata som fungerer tilfredsstillende i alle ledd, som allmennlegene kan støtte, og som gir god kvalitet på innsamlet data.

SSB anser det som viktige suksesskriterier at *antall variable* som undersøkes i denne omgang begrenses, og at *omfanget* av innsamlet materiale (antall leger som deltar og perioden datauttaket programmeres for) reduseres til et nødvendig minimum.

SSB har nedenfor angitt fem etterprøvbare mål for SEDA-piloten:

- SEDA skal gi økt kunnskap om allmennlegers praksis, ved innsamling av sentrale aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten.
- SEDA skal være et system for innhenting av aktivitetsdata som allmennlegene kan støtte opp om.
- Det legges opp til at allmennlegene skal ha utbytte av å delta ved at de får tilbakeført statistikk om egen praksis (praksisprofiler), og relevante sammenligningsgrunnlag.
- Svarprosent på 70.
- Rapporten fra pilotprosjektet skal, ved vurdering av kvalitet på innsamlet data og en gjennomgang av valgt innsamlingsmetode, gi konkrete svar på om det er grunnlag for å videreføre/utvide et slikt system for datainnsamling fra allmennlegetjenesten.

2.3. Langsiktige mål for SEDA

Statistisk sentralbyrå har arbeidet primært utfra den status SEDA har i dag, og rettet innsatsen mot å få til en datainnsamling høsten 2001. SSB har også, med tanke på en mulig videreføring av SEDA-prosjektet, diskutert en mulig tilnærming til en utvidet og løpende innsamling av slike type data.

SSB har på samme måte nedenfor angitt tre mer langsiktige mål for SEDA.

SEDA skal vurderes utviklet...

- ...med tanke på å kunne bli et landsdekkende system for innhenting av aktivitetsdata som skal gi grunnlag for representativ statistikk for aktivitet i allmennlegetjenesten.
- ...til å bli et elektronisk system for datarapportering fra den enkelte lege til et sentralisert mottaksapparat.
- ...til å bli en viktig premissleverandør i arbeidet med å standardisere informasjon (kodeverk og klassifikasjoner) i EPJ.

Statlig tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren 2001- 2003 "Si @" angir flere satsningsområder som er av betydning for SEDA. En videreføring og utvikling av SEDA-prosjektet må sees i lys av utviklingsarbeid tilknyttet elektronisk meldingsutveksling og prosesser tilknyttet standardisering av informasjon i helsesektoren.

3. Milepæler

3.1. Milepælplan

Statistisk sentralbyrå foreslår følgende forløp for høstens datainnsamling:

Tabell 1: Milepælplan

Fase	Aktivitet	Påbegynt	Avsluttet
1a	Programmering av datauttrekk	5. juni *	31. august
1b	Testing av programvare/mottak (SSB)	1. september	28. september
1c	System for uttrekk/mottak på plass		28. september
2a	Utsending av informasjonsbrev	3. august	3. august
2b	Rekruttering/veiledning av leger	6. august	28. september
2c	Nødvendig antall leger rekruttert		28. september
3a	Datauttak gjøres		1. oktober
4a	Mottakskontroll/purring	2. oktober	12. oktober
4b	Filbehandling	15. oktober	9. november
4c	Tabellproduksjon/Analyse av data	12. november	31. januar
4d	Utkast rapport ferdig		1. februar
5a	Gjennomgang av utkast rapport	4. februar	15. februar
5b	Rettelser og ferdigstilling av rapport	18. februar	5. mars
5c	Rapport leveres SHD		5. mars
5d	Rapportering av data til leger		5. mars

* Av hensyn til framdriften er det ønskelig å komme raskt i gang med programmeringsarbeidet.

SSB ønsker å kunne gi journalleverandørene klarsignal til å påbegynne programmeringsarbeidet i begynnelsen av juni. Vi mener det er hensiktsmessig å ha kommet et stykke i dette arbeidet før legerekrutteringen påbegynnes.

Statistisk sentralbyrå tror ikke det er hensiktsmessig å starte rekrutteringen av allmennleger før etter fellesferien (avsluttes 27. juli). Ferieavvikling både for legene og for rekrutteringspersonell i SSB ligger til grunn for denne vurderingen.

SSB har avsatt åtte uker til rekruttering av allmennleger, etter at informasjonsbrevet er sendt. I løpet av denne perioden må nødvendig antall leger ha gitt sitt samtykke, og den skriftlige veiledningen må være gjennomgått og forstått.

SSB foreslår at datauttaket omfatter alle legekontakter i perioden mandag 3. september til og med søndag 30. september. Den 1. oktober (alternativt en påfølgende dato så nær den datoen som mulig) aktiveres uttrekksprogrammet, og disketten(e) med nedlastede data returneres SSB i rekommandert sending. En må påregne noe tid til puring. Vi har foreslått to uker til denne oppgaven. Arbeidet med en sammenslåing av filmateriale kan dermed neppe påbegynnes før 15. oktober.

Det er avsatt tre effektive måneder til filarbeid og nødvendige datakjøringer for rapportering til den enkelte lege og tabeller til bruk i rapporten.

SSB tar sikte på å kunne gi Sosial- og helsedepartementet utkast til rapport den 1. februar. Endelig rapport leveres departementet senest 5. mars. SSB planlegger å rapportere tilbake til deltakende leger så snart denne leveransen har funnet sted.

4. Organisering av arbeidet

4.1. Deltakere: Journalleverandører, allmennleger, SSB

4.1.1. Ekstern teknisk bistand til datauttrekk fra EPJ

Statistisk sentralbyrå anbefaler et samarbeid med journalleverandørene Profdoc Norge AS og Infodoc AS i pilotprosjektet SEDA. Disse to leverandørfirmaene har samlet en markedsandel på leveranse av elektroniske journalsystemer i norsk allmennpraksis på over 90 prosent. SSB har i tillegg forhørt seg hos firmaet Mediata, som har spesialisert seg på et IT-verktøy som kan trekke ut den type data SEDA-prosjektet forespør.

Det er flere gode argumenter for å knytte til seg de to største EPJ-leverandørene i dette arbeidet. Leverandørene har utvilsomt best kjennskap til programvaren som benyttes. Statistisk sentralbyrå ser det dessuten som en klar ulempe at kontroll av overførte data fra journal til datafilene SSB får tilgang til, tilfaller en tredjepart. Et avgjørende argument for å knytte til seg programleverandørene allerede i denne innledende fasen er med tanke på en mulig videreføring av SEDA-prosjektet. Informasjonen i dagens EPJ-systemer er *lite standardisert*. SEDA-piloten vil være starten på å prøve å samordne data fra de ulike EPJ-programmene i et felles system for statistikkproduksjon. Hvis SEDA lykkes, mener SSB at prosjektet på sikt kan være en viktig bidragsyter med hensyn til å standardisere informasjon (klassifikasjoner og kodeverk) i EPJ. Et langsiktig mål vil være at journalleverandørene implementerte slike standarder i fremtidige versjoner av EPJ.

SSB valgte å kontakte Profdoc Norge AS og Infodoc AS tidlig i planleggingsprosessen, for å sikre god framdrift. Vi viser til forespørsel sendt leverandørene (vedlegg 3 og 4) samt mottatt tilbud (vedlegg 5, 6 og 7).

SSB har på bakgrunn av innhentet informasjon vurdert det slik at leverandørene kan utføre uttrekksarbeidet etter kravspesifikasjonen SSB vil stille for SEDA innenfor en forsvarlig tids- og kostnadsramme. (For kostnader se punkt 7.1. om finansiering).

SSB har også bedt Mediata om å dokumentere kapasitet vedrørende et slikt uttrekk (vedlegg 8), men har kommet til at denne løsningen først og fremst ivaretar kortsiktige interesser for SEDA. SSB kan med en slik løsning bli svært sårbare når journalleverandørene velger å gjøre endringer i sine systemer. For øvrig har firmaet Mediata få ansatte, noe som SSB vurderer som et mulig risikomoment i forhold til ønsket framdrift i prosjektet.

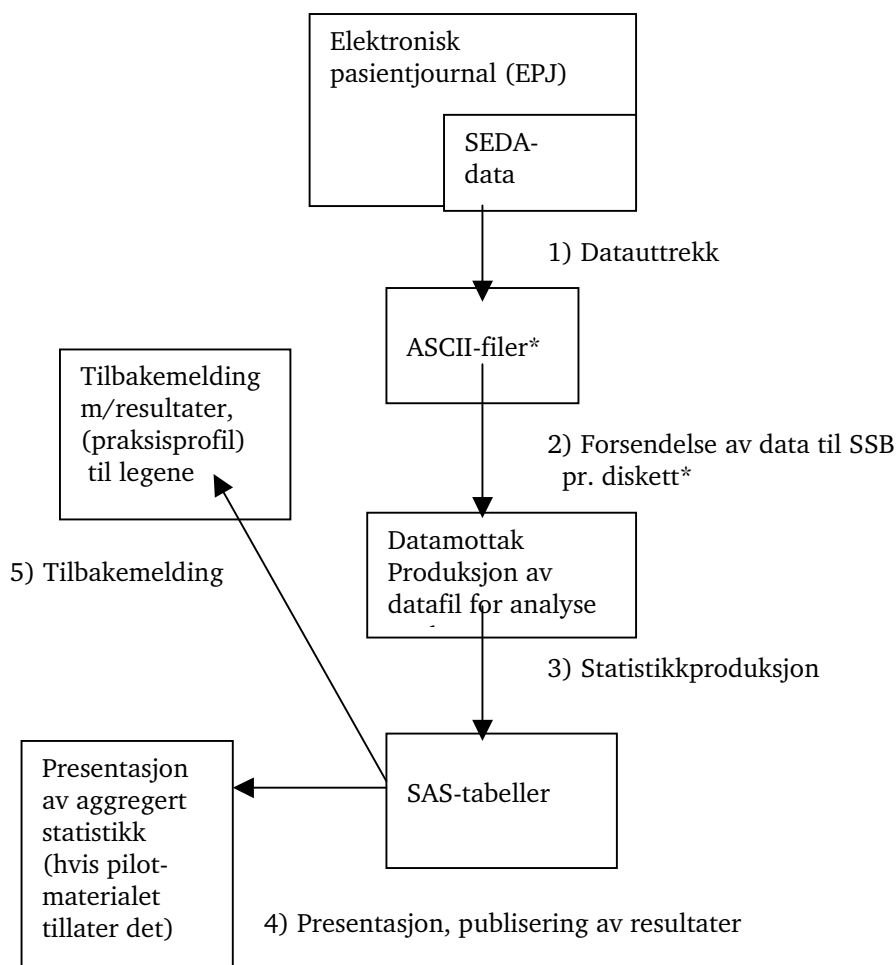
4.1.2. Klargjøring av uttrekksprogram og teknisk mottakskontroll

SSB anbefaler et samarbeid med journalleverandørene om en filbeskrivelse for uttrekk av SEDA-data. Dette vil innebære at SSB genererer regler for oppbygging av datafilen (kravspesifikasjon) som leverandørene arbeider etter, men at man trolig må gå noen runder med leverandørene for å finne fram til gode "kjøreregler" for hvordan en datarecord skal dannes.

SSB anbefaler at det gjennomføres en pretest hos minimum én bruker for hver av programtypene Profdoc Vision, WinMed og Infodoc for å kontrollere at det programmerte uttrekket fungerer tilfredsstillende. Som en del av verifiseringen av leverandørens arbeid, ønsker SSB å gjøre en test basert på endelig filbeskrivelse, samt filer med dummy-records der *alle* SEDA-variablene er representert. Dataene prøveleses inn i statistikkprogrammet SAS. Når denne testen er gjennomført, kan det legges til rette for datauttrekk hos legene i pilotutvalget.

4.1.3. Oversikt over datastrømmen

Figur 1: Oversikt over datastrømmen



* SEDA er i denne innledende fasen mer et *statistikk*prosjekt enn et *kommunikasjons*prosjekt. SSB har derfor foreslått enkle løsninger (ASCII-filer, disketter) for å få overført journaldata til et sentralt system for statistikkproduksjon (SAS/Oracle). SSB er i ferd med å utarbeide og implementere standard kommunikasjonsløsninger der man blant annet kan benytte inn- og utrapportering av statistikk ved hjelp av XML. Vi regner med at SEDA-data på sikt kan innpasses i et slikt system.

Vi har definert *tre aktører* som må bidra i prosessen for å innhente SEDA-data:

- Journalleverandørene, som programmerer og tilpasser et datauttrekk fra EPJ.
- Legene, som legger inn data i EPJ, administrerer uttrekket og returnerer data til et sentralt mottak.
- SSB, som mottar og behandler data og presenterer aggregert statistikk.

Den fjerde mulige aktøren er personen som ivaretar difts-/brukerstøtteoppgaver på legesenteret, som om nødvendig må bistå legene med datauttrekket fra EPJ. Figur 1 viser oversikt over datastrømmen.

4.2. Rekrutteringsarbeid

4.2.1. Prosedyre for rekruttering av allmennleger

Statistisk sentralbyrå mener et av de viktigste suksesskriteriene for SEDA-prosjektet er en god og gjennomarbeidet strategi for rekruttering av allmennleger. Rekrutteringsarbeidet kan deles opp i flere faser:

Tabell 2: Rekrutteringsarbeid

Formål	Rekrutteringsarbeid fase 1	Aktører
Innhente kunnskap om databehov, samt kunnskap om legenes motivasjon for å delta	Intervju med allmennleger	SSB
Profilere undersøkelsen, forberede legene	Innlegg i Tidsskrift for Dnlf	SSB/Dnlf
Informere, motivere, svare på spørsmål	Oppfølging av diskusjon på EYR	Dnlf
	Rekrutteringsarbeid fase 2	
Skaffe oversikt over leger og journalsystem i bruk	Gjøre prøvetrekk av leger Kartlegge de ulike journalsystemenes nedslagsfelt	SSB
	Rekrutteringsarbeid fase 3	
Informasjon fra SSB/Oppfordring fra Dnlf til å støtte undersøkelsen	Henvendelse til legesentre Kopi til helsesjef/kommunelege1	SSB/Dnlf
Aktiv oppfølging og veiledning	Oppfølging pr. telefon	SSB

Statistisk sentralbyrå har som en del av forarbeidet gjennomført dybdeintervjuer med allmennleger. Intervjuene har vært nyttige i forbindelse med få kartlagt legenes databehov, få innspill om hvordan undersøkelsen bør presenteres, innhente kunnskap om mulige motivasjonsfaktorer, samt å få ideer til en effektiv gjennomføring av datainnsamlingen. Informasjonen fra legeintervjuene har SSB systematisert og nyttegjørt seg i arbeidet med å utarbeide en best mulig rekrutteringsstrategi for SEDA.

SSB valgte i samarbeid med Dnlf å gå ut i Tidsskrift for Den norske lægeforening for å profilere undersøkelsen. Dette var også et bevisst valg i forhold til å imøtekomme diskusjonsivrige leger i debattforumet EYR med konkret informasjon om prosjektet. Dnlfs medlemmer i prosjektgruppen har deltatt i (og vil følge opp) denne diskusjonen og bidratt med informasjon og svar på spørsmål, som ledd i forberedelsen til høstens legerekruttering.

SSB har kommet til at det vil være mest hensiktsmessig å forsøke å rekruttere *hele* praksiser (dvs. inkludere *alle* leger som arbeider sammen på et legekantor/legesenter) til pilotundersøkelsen, fordi et legesenter ofte representerer et sterkt kollegialt fellesskap, der taushetsplikt og pasienter oppfattes som et felles anliggende, til tross for separate pasientlister. For invitasjoner som angår flere leger, anbefaler SSB at henvendelsen rettes til legesenteret ved administrativ leder (med kopi til alle ansatte). Dersom minst én lege på et legesenter er interessert i å delta, vurderes kostnadene forbundet med å rekruttere resten av kollegiet som relativt små.

Også praktiske hensyn taler for trekke klyngeutvalg (se avsnitt 5.2. om utvalgsplan). Forsendelsen av disketter kan gjøres samlet, og dersom det er behov for teknisk assistanse, er det en klar fordel at legene er konsentrert i grupper.

Av samme praktiske hensyn vurderer SSB at det avgrenses et antall kommuner, der *alle* (dvs. brukere av Infodoc, Winmed og Profdoc Vision) allmennleger i kurativ virksomhet inviteres til å delta. Dersom større byer kommer med i utvalget, bør imidlertid innsamlingen begrenses geografisk til å omfatte f.eks. en til to bydeler.

4.2.2. Informasjonsbrevet

Informasjonsbrevet sendes til et utvalg leger/legesentre ved administrativ leder (vedlagt et tilstrekkelig antall kopier). SSB anser førstekontakten (informasjonsbrevet) som svært viktig. SEDA omtales i Tidsskriftet for Den norske lægeforening nr. 12/2001, men likevel vil utgangspunktet for en del av legene SSB forsøker å rekruttere være at de *ikke* har forhåndskunnskaper om prosjektet.

SSB tror det vil være avgjørende for oppslutningen at man i informasjonsbrevet er presise og informative på følgende punkter:

- Formålet med undersøkelsen
- Hva legene har igjen for å delta i SEDA-prosjektet
- Hvordan lege- og pasientopplysninger behandles

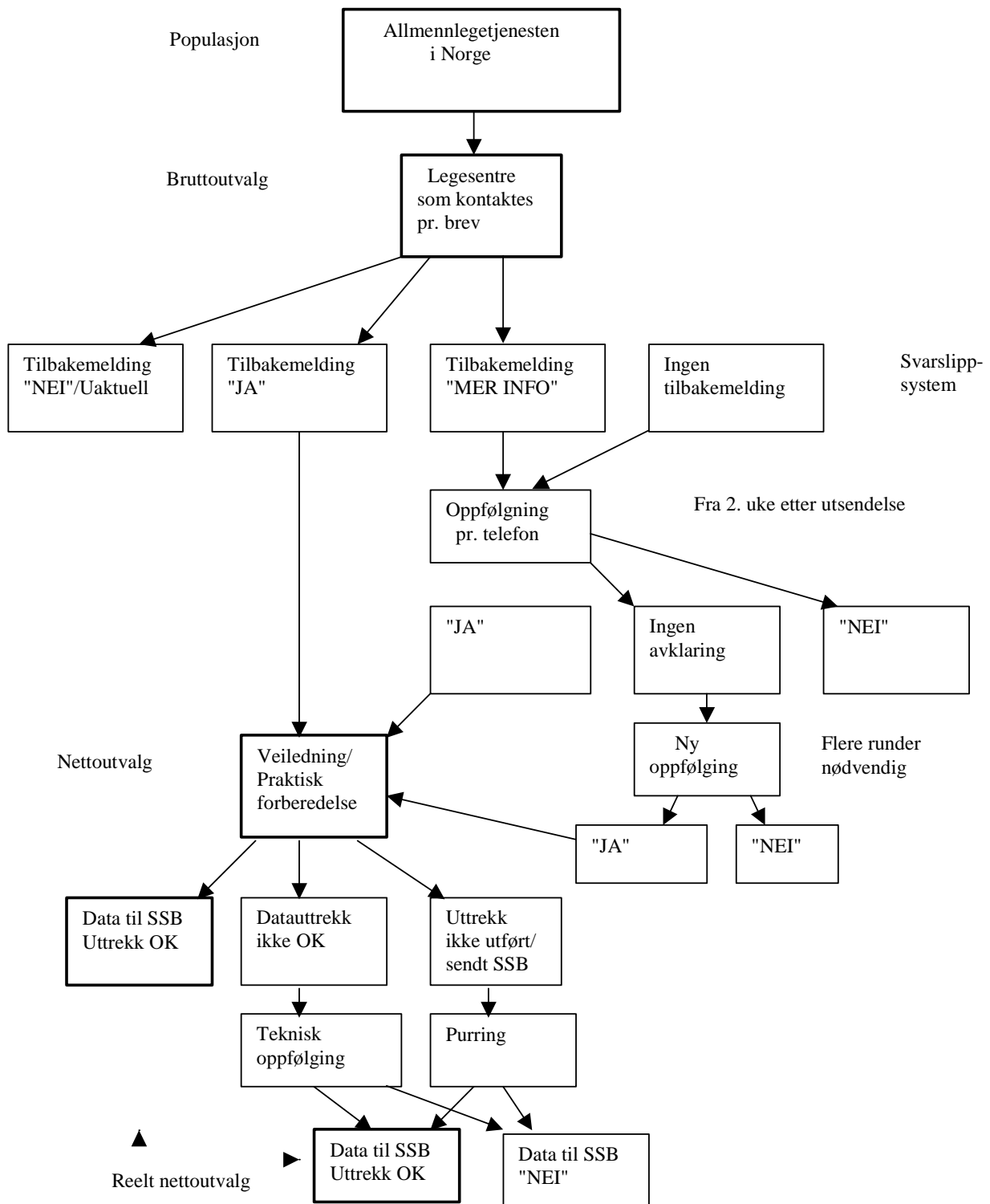
Vedrørende formålet bør det framgå at det er Sosial- og helsedepartementet som er oppdragsgivere, og at SHD har et databehov, men at SEDA ikke medfører kontroll av den enkelte lege.

SSB tror det vil være strategisk å tydeliggjøre aspekt ved SEDA som tjener legene. I denne sammenheng bør det klargjøres hvilke arbeidsoppgaver legene må utføre i forbindelse med datauttaket, men at det legges opp til at legene får bearbeidet statistikk - praksisprofil - i retur. SSB foreslår at man i informasjonsbrevet gir eksempler på tabeller SEDA vil ta sikte på å produsere, samt angir et tidspunkt for tilbakemelding til legene.

Det vil framgå av informasjonsbrevet at dispensasjon fra taushetsplikt er gitt, og at undersøkelsen er godkjent av Datatilsynet. I den siste formuleringen ligger en forståelse av at personvernet for berørte parter (pasienten og legen) er funnet ivaretatt, og at all databehandling foregår etter regelverket. Det vil opplyses om at undersøkelsen er frivillig, og at legene står fritt til når som helst å kunne trekke seg fra prosjektet.

SSB tror det vil bidra positivt i legerrekrutteringen at det utarbeides et følgebrev signert Dnlf.

Figur 2: Rekruttering av allmennleger: Kartlegging av prosessen



4.2.3. Påmelding til undersøkelsen. Sentral oppfølging

SSB anbefaler en henvendelse med svarslipp* (forhåndsfrankert returkonvolutt vil medfølge) der legen/legesentrene har tre valg (se også figur 2):

Hva legen/legesenteret må gjøre:

"JA"	Legen/legesenteret v/administrativ leder samtykker i å delta, og fører opp telefonnummer og aktuelle tidspunkter SSB kan ta kontakt. Et "JA" betyr at SSB kan tilrettelegge for deltakelse/datauttrekk
"MER INFO"	Legen/legesenteret v/administrativ leder ønsker å få mer informasjon om prosjektet. Telefonnummer og aktuelle tidspunkter føres opp. Legesenteret er inneforstått med at SSB snarlig vil ta en oppfølgende kontakt.
"NEI"	Legen/legesenteret reserverer seg fra å delta og vil ikke bli kontaktet av SSB.

* Det må tas høyde for at legen/administrativ leder også kan maile, fakse eller ringe inn sitt svar til SSB.

SSB anbefaler videre at det dannes et rekrutteringsapparat bestående av minimum to personer, som registrerer innkomne svar og aktivt følger opp legekantorene.

Hva SSB gjør:

"NEI"	Leger som reserverer seg fra å delta vil ikke bli fulgt opp
"JA"	Leger som samtykker i å delta får nødvendig veiledning pr. brev/faks + telefon
"MER INFO"	Leger som ber om mer informasjon blir kontaktet og forsøkt rekruttert pr. telefon
Ingen tilbakemelding	Leger som ikke lar høre fra seg innen svarfristen, kontaktes og forsøkes rekruttert pr. telefon

SSB har ikke lagt opp til personlig besøk som hjelp til rekruttering og/eller veiledning. Vi mener at oppfølgingsarbeidet kan gjøres over telefon, og vi anser at personlig besøk ikke er nødvendig i forhold til oppgavene som forespeiles legene (aktivering av diskettprogram, og utfylling av skjemaet for legeopplysninger). Med et spredt utvalg vil en serie med slike legebesøk dessuten bli svært tids- og kostnadskrevende.

For å lykkes i rekrutteringsarbeidet, tror SSB det vil være avgjørende å spille på medarbeiderne (legesekretærene), og søke å opprette én fast kontaktperson som kan være bindeleddet mellom SSB og deltakende leger. Etter det SSB kjenner til har NOKLUS hatt positiv uttelling med en slik strategi.

SSB foreslår å invitere *minst* 50 legekantorer til å delta i undersøkelsen (se avsnitt 5.2. om utvalgsplan). Vi tar sikte på at den beskrevne rekrutteringsprosedyren sikrer en oppslutning på minimum 70 %, slik at nettoutvalget består av minimum 35 gruppe- og/eller solopraksiser.

Dersom den skisserte rekrutteringsstrategien ikke skulle vise seg å gi de ønskede resultater, vil SSB anbefale at det åpnes for bruk av ytterligere ett virkemiddel:

- "Vervetelefon" fra en av Dnlfs medlemmer i prosjektgruppen

4.2.4. Veiledning og oppfølging av deltakende leger

Alle leger som rekrutteres vil motta diskettprogram for datauttrekk fra EPJ sammen med en veiledning. Legene må deretter knyttes opp mot et sentralt mottaksapparatet (SSB) som består av én kontaktperson for faglige/metodiske spørsmål og én kontakt for tekniske spørsmål. Det ville være ønskelig at det i tillegg opprettes en kontaktperson fra Dnlf.

Faglig kontakt og lege gjennomgår arbeidsoppgavene sammen over telefon. SSB legger opp til en prosedyre der legen selv administrerer datauttaket. Dersom dette ikke er mulig, må SSB knytte til seg vedkommende som innehar drifts-/brukerstøtteoppgaver på legesenteret til å administrere denne oppgaven.

En forhåndsfrankert konvolutt for returforsendelse av disketter vil medfølge veiledningen sammen med et spørreskjema for innhenting av noen sentrale legeopplysninger. Ved hjelp av dette skjemaet er det ønskelig å få kartlagt:

- Legespesialitet
- Legens tid i praksis totalt
- Legens tid i nåværende praksis
- Åpningstid pr. uke

Opplysningene vil bli dataregistrert i SSB og slått sammen med datamaterialet fra EPJ.

4.3. Prosesser i forbindelse med databehandling innenfor SSB

4.3.1. Teknisk mottakskontroll. Omkodning, påkopling og samling av data

Disketter som returneres SSB sjekkes inn manuelt før de sendes til teknisk mottak. SSBs tekniske mottakskontroll består i å kontrollere at hver forsendelse inneholder et datauttrekk, og at filene kan leses. Dersom en forsendelse inneholder feil og ikke kan leses inn, forsøkes om mulig et nytt uttrekk.

Dataene blir lest inn i statistikkprogrammet SAS, og om nødvendig omkodet (felles koder og filformat). Kommunedata (innbyggertall, legedekning, sentralitetskode) og legeopplysninger (fra spørreskjemaet) blir lagt til materialet. Deldatasettene blir deretter slått sammen til én felles datafil for statistikkproduksjon og metodisk analyse. Se figur 3 for beskrivelse av de ulike prosessene.

4.3.2. Kontroll av gyldighet på felter

Gyldighet på felter og utfyllingsgrad sjekkes for å gi grunnlag for å vurdere kvaliteten på dataene. En slik sjekk vil synliggjøre hvilke data fra journalen som er anvendelige for statistisk presentasjon og analyse. SSB vil undersøke om utfyllingsgraden varierer med type journalsystem i bruk. Det vil være svært ønskelig med tilbakemeldinger fra allmennlegene i denne fasen.

4.3.3. Tabellproduksjon - praksisprofiler

Så snart datamaterialet er kontrollert og sammenslått og en verifisert SAS-fil foreligger, kan tabellproduksjonen starte. SSB tar sikte på å utarbeide praksisprofiler for deltakende leger med vekt på kliniske problemstillinger. SSB vil ta utgangspunkt i en forhåndsdefinert tabellpakke, men tror det vil være strategisk å åpne for å "spille ball" med legene, med hensyn til hvilke tabeller som ønskes.

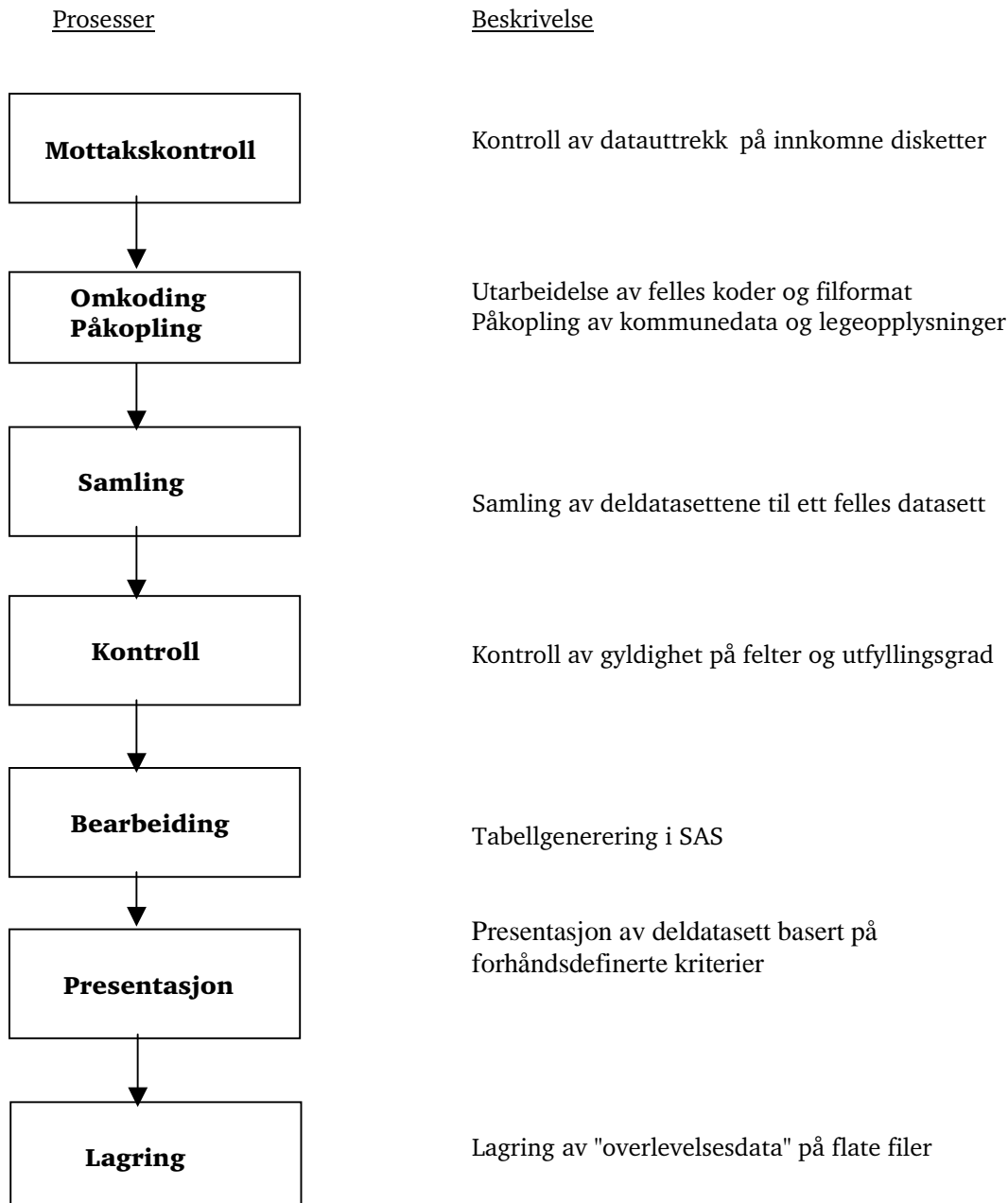
4.3.4. Rapportering til SHD

Dersom pilotmaterialet er omfattende nok til å kunne publisere resultater, vil tabeller over sentrale funn kunne utgjøre en komponent i rapporteringen til SHD. Rapporten vil ha hovedvekt på dokumentasjon av gjennomføring og vurdering av datakvalitet.

4.3.5 Lagring av data

Data fra piloten som det kan være aktuelt å hente fram på et senere tidspunkt - "overlevelsedata" - vil SSB lagre på flate filer. Dataene kan da på en enkel måte hentes fram igjen og leses inn i andre strategiske verktøy som SSB benytter i programvareutvikling, eksempelvis Oracle.

Figur 3: Prosesser i forbindelse med databehandling innenfor SSB



5. Forutsetninger. Statistisk sentralbyrås anbefalinger

5.1. Variabelliste

SEDA gjelder innsamling av *aktivitetsdata* fra allmennlegetjenesten - data som kan bidra til å gi økt kunnskap om aktivitet i allmennpraksis og som kan beskrive innholdet i en legekontakt. Vi anbefaler at variabellisten reflekterer både sentrale myndigheters behov for plan- og styringsdata og legenes egne ønsker vedrørende statistikk over egen praksis.

Statistisk sentralbyrås forslag til aktivitetsdata for SEDA er gjengitt i vedlegg 9. Prosjektgruppen for SEDA har tatt utgangspunkt i å operasjonalisere den foreslåtte variabellisten fra forprosjektet. Arbeidsgruppen tilknyttet forprosjektet argumenterte for å følge NOMESKO's anbefalinger for nordisk sammenlignbar statistikk for ikke innlagte pasienter (vedlegg 10). Prosjektgruppen for SEDA har fulgt opp denne anbefalingen.

5.1.1. Pasientinformasjon

Pasient er en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. (Lov 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter)

Registrert pasient er en pasient som har fått opprettet journal og som finnes i det aktive journalsystemet som er i bruk. (Definisjonskatalog for allmennlegetjenesten - KITH)

Listepasient er en pasient som har en formell avtale om kontinuerlige legetjenester fra en fastlege. (Definisjonskatalogen)

Informasjon om registrerte pasienter som har hatt minst én legekontakt i det aktuelle tidsrom (september):

<u>Pasient-ID</u>	Internt generert løpenummer for hver pasient (Journalnummeret)
<u>PasientKjønn</u>	1 = Mann, 2 = Kvinne
<u>PasientAlder</u>	Alder i hele år. Fylte år pr. dato for datauttak
<u>PasientBosteds-kommune</u>	Pasientens bostedskommune gitt ved kommunenummer, 4 siffer
<u>PasientListet</u>	Listepasient. Pasienter som inngår i gjeldende leges listepopulasjon

Informasjon om kjønn, alder og bostedskommune innhentes for alle listepasienter. Dette er grunnlaget for å danne nevneren.

<u>ListeLengde</u>	Antall personer på kontaktlegerens liste
--------------------	--

Tilleggsinformasjon om listepasienter i byer med bydelsinndeling:

<u>ListePasientBydel</u>	Pasientens bostedsbydel gitt ved bydelsnummer, 2 siffer
--------------------------	---

5.1.2. Lege-/Medarbeiderinformasjon

Opplysninger om lege/medarbeider som har ført notater i journalen. Dersom legens medarbeider/ hjelpepersonell har ført inn opplysninger i journalen, vil aktuell Kontaktlege-ID kunne identifiseres.

<u>Kontaktlege-ID</u>	Helsepersonellnummer Indikerer hvilken lege som har ført inn opplysninger i journalen (Kontaktlegen)
<u>KontaktlegeKjønn</u>	1= Mann, 2= Kvinne
<u>KontaktlegeAlder</u>	Alder i hele år. Fylte år pr. dato for datauttak
<u>Medarbeider-ID</u>	Internt generert løpenummer Indikerer om medarbeider/hjelpepersonell på legesenteret har ført inn opplysninger i journalen

5.1.3. Informasjon om legepraksis

<u>Praksis-ID</u>	Fastlegenummer
<u>PraksisKommune</u>	Beliggenhet for gjeldende praksis gitt ved kommunenummer, 4 siffer

5.1.4. Kontaktinformasjon

Legekontakt: Enhver kontakt mellom pasient og lege i samband med et helseproblem. Omfatter enkel pasientkontakt, konsultasjoner og sykebesøk. (Definisjonskatalogen)

<u>KontaktDato</u>	Dato, måned, klokkeslett (TT,MM) den aktuelle legekontakten fant sted
<u>KontaktType</u>	Enkel pasientkontakt uten frammøte Enkel pasientkontakt med frammøte Konsultasjon Sykebesøk Administrativ konsultasjon Forebyggende konsultasjon

Enkel pasientkontakt uten frammøte: Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved brev eller telefon. (Definisjonskatalogen)

Enkel pasientkontakt med frammøte: Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved personlig frammøte eller bud. (Definisjonskatalogen)

Konsultasjon: Henvendelse, forespørsel ved personlig frammøte på legens oppholdssted, vanligvis på legens faste arbeidssted/kontor. En konsultasjon forutsetter en direkte kontakt mellom lege og pasient og at legen foretar en utredning. (Definisjonskatalogen)

Sykebesøk: Henvendelse, forespørsel ved at legen oppsøker pasienten hjemme eller på det aktuelle eller avtalte møtested. Et sykebesøk forutsetter direkte kontakt mellom lege og pasient og at legen minst foretar en utredning. (Definisjonskatalogen)

Enkel pasientkontakt, konsultasjon og sykebesøk utløser ulike takster i henhold til Normaltariffen. For veiledning til begrepene og bruk av takstene vises til forskrift til Folketrygdloven. (Takstheftet av 10. juli 2000 samt kommentarer til takstene).

Det er flere problemer tilknyttet takstkodene. Ikke alle legekontakter utløser takst. Pr. i dag forholder ikke alle allmennlegene seg til Normaltariffen. Takstene kan dessuten endres fra år til år, og er derfor ikke noe godt utgangspunkt med hensyn til å etablere stabile kodeverdier for kontakttype.

Vi foreslår at det forsøkes lagt opp til et system som fanger opp *alle* kontakttyper og ikke bare kontakter som utløser takst. Et slikt system vil ha behov for å definere ytterligere to kontakttyper:

Administrativ konsultasjon: Henvendelse ved personlig frammøte der formålet er av administrativ karakter, som utstedelse av helseattester, førerkort og lignende.

Forebyggende konsultasjon: Henvendelse ved personlig frammøte på legens oppholdssted med hensikt å oppnå forebyggende behandling, som vaksine og lignende, generell helsekontroll eller bedriftskontroll.

Felles for disse kontakttypene er at det *ikke* sendes regning til Rikstrygdeverket.

For å identifisere de ulike kontakttypene i EPJ, kan man be leverandørene hente opplysninger fra kontaktregistreringsbildet (obligatorisk i Profdoc Vision, valgmulighet i WinMed) eller hente opplysninger fra legeregningskortene. SSB ønsker å gjøre en gjennomgang med de ulike EPJ-leverandørene for å få avklart hvordan denne informasjonen kan tas ut. SSB har lagt opp til at SEDA-piloten skal kunne gjennomføres uten endringer i programvaren for de ulike journalsystemene. Dersom det viser seg at et slikt uttak vil kreve slike endringer, vil kostnadene øke.

Legevakt: Organisert vaktordning for dekning av nødvendig helsehjelp utenom åpningstid etter lov om helsetjenesten i kommunene. (For. 2000-04-14 nr. 328: Forskrift om fastlegeordning i kommunene)

KontaktLegevakt Skiller ut legekontakter i forbindelse med legevakt

KontaktNyVurdering Skiller ut legekontakter som gjelder ny vurdering/"second opinion" av pasientens helsetilstand

5.1.5. Informasjon om kontaktårsak

Diagnose: En bestemmelse og klassifikasjon av en pasients sykdom, tilstand, symptom eller problem. (Definisjonskatalogen)

DiagnoseKode Pasientens diagnose angitt ved en alfanumerisk kode fra kodeverket ICPC
DiagnoseGruppe Inndeling i NOMESKO's diagnosegrupper basert på diagnosens ICPC-nummer

5.1.6. Tiltak

Tiltak: Omfatter utredning, samtale, behandling, forebygging, helsefremmende arbeid, habilitering, rehabilitering og pleie. (Definisjonskatalogen)

Forskrivning av legemiddel

Legemiddel: Som legemiddel regnes stoffer, droger og preparater som er bestemt til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker (eller dyr), eller til ved innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom. (For. 1999-12-22 nr. 1559: Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften))

Hva som regnes som legemidler er nærmere angitt i forskriften.

ReseptRefusjonspunkt Utfylt punkt angir bruk av blåresept, der pasienten får refundert deler av utgiftene til foreskrevet legemiddel. Blankt punkt angir hvit resept

ReseptKategori Angir resepttype ved bokstavkoder A, B etc.

LegemiddelKode Foreskrevet legemiddel gitt ved legemidlets ATC-kode

LegemiddelDøgn dose Antatt gjennomsnittlige døgn dose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne

Henvisninger

Henviser: Når en helsearbeider ber om at en annen instans i helsetjenesten eller annet helsepersonell tar hånd om et helseproblem. (Definisjonskatalogen)

Henvisning: Dokumentet eller blanketten det henvises på. Inkluderer også elektronisk henvisning.

Henvisning Indikerer om legekontakten har medført henvisning til annen helseinstans

Rekvisisjoner

Rekvirere: Kreve at noe stilles til rådighet i arbeidet med et helseproblem. Det kan være undersøkelser, tjenester, hjelpemidler eller transport. (Definisjonskatalogen)

Rekvisisjon: Dokumentet eller blanketten det rekvireres på. Inkluderer også elektronisk rekvisisjon.

Rekvirering
Fysioterapi Indikerer om legekontakten har medført rekvirering av fysioterapi

Rekvirering
Kiropraktikk Indikerer om legekontakten har medført rekvirering av kiropraktikk

Rekvirering
Billeddiagnostisk
Undersøkelse Indikerer om legekontakten har medført rekvirering billeddiagnostisk undersøkelse som røntgen, CT, MR, ultralyd eller scientigrafi

Biologiske prøver

Biologiske prøver forstås her som laboratorieprøver av biomateriale (blod, urin, celle-/vevsmateriale)

AnalyseSvar Indikerer om legen har mottatt svar på analyse av biologisk prøve

Analyse
LaboratoriumType Om analysen er foretatt på eget eller på eksternt laboratorium.

AnalyseNavn Navn på prøve som er tatt

Erklæring til Folketrygden om sykmelding

Sykmelding
Utstedelse Identifikasjon av erklæring til Folketrygden om sykmelding av pasient (første attest eller forlengelse av sykmeldingen)

Sykmelding
DatoFørste Dato, måned (DD,MM) for første fraværsdag
Sykmelding
DatoSiste Dato, måned (DD,MM) for siste sykmeldingsdag

Sykmelding
Grad Sykmeldingsgrad angitt i prosent

Sykmelding-
Diagnose Diagnose sykmeldingen er basert på angitt ved ICPC-nummer

Andre erklæringer til Folketrygden

Erklæring
SykmeldingII Identifikasjon av erklæring til Folketrygden om sykefravær mer enn i 8 uker

Erklæring
Uførepensjon Identifikasjon av erklæring til Folketrygden om uførepensjon

Erklæring
Attføring Identifikasjon av erklæring til Folketrygden om yrkesrettet attføring

Erklæring
Rehabilitering Identifikasjon av erklæring til Folketrygden om rehabiliteringspenger

5.1.7. Inkludering av tilgjengelighetsdata

Statistisk sentralbyrå anbefaler at man i denne fasen konsentrerer seg om å teste uttrekk av data fra EPJ. Fortrinnsvis bør dette være data som er håndterbare for statistikkformål og der man kan forvente at utfyllingsgraden er god.

Inkludering av tilgjengelighetsdata krever til dels andre metoder for datainnsamling enn uttrekk av opplysninger fra EPJ. Av de foreslåtte indikatorene for tilgjengelighet i rapporten fra forprosjektet foreslår SSB at man i høstens pilotundersøkelse begrenser seg å teste innsamling av indikatorer for *ventetid*.

I legenes elektroniske avtalebok ligger opplysninger om hvilken dato pasienten bestilte legetime. Fra EPJ kan man hente ut opplysninger om dato legekonsultasjonen fant sted. Ved sammenstilling av disse opplysningene kan man trekke ut målet *ventetid* gitt ved antall dager fra time ble bestilt og til kontakt finner sted.

SSB foreslår at man i pilotundersøkelsen tester hva man får ut av en slik tilnærming, selv om målet er problematisk. Det er ikke legens kapasitet *alene* som avgjør når legetimer settes opp. Ventetid kan også reflektere pasientens eget ønske. Det kan være ulike praktiske årsaker til at pasienten ikke velger første ledige time.

<u>TimeBestilt*</u>	Dato, måned time blir bestilt
<u>KontaktDato</u>	Dato, måned for legekonsultasjon
<u>Ventetid</u>	Antall dager Beregnes ved KontaktDato - TimeBestilt

* Dersom timer flyttes, må det påses at det er dato for opprinnelig timebestilling som hentes ut av legenes elektroniske avtalebok, og ikke datoen timen ble flyttet.

5.1.8. Individdata

Statistisk sentralbyrå vil argumentere for at det er *individdata* som både er ønskelig og nødvendig for SEDAs problemstillinger. Uttak av aggregert statistikk gir en del volumtall, men utelater viktig informasjon om mekanismer på individnivå: Uttak av og sortering på journalnummeret, som er unikt for hver pasient, gir en helt annen oversikt over pasientatferd, og legetatferd overfor grupper av pasienter med felles kjennetegn (f.eks. kjønn, alder, diagnosegruppe).

SSB anbefaler at dataene ordnes slik at det for hver legekonsultasjon dannes en record (rad med data) bestående blant annet av pasientkjennetegn som kjønn, alder og kommunenummer, samt journalnummeret, som er unikt for hver pasient.

Sortering av pasientmassen på journalnummer vil gi opplysninger om *hvor mange* pasienter som har hatt legekonsultasjon i aktuelle periode, og *antall kontakter* (kontaktraten) for den enkelte pasient. Opplysninger om hvilke grupper av pasienter som forbruker legetjenester er en viktig side av SEDAs problematikk. Dertil også kunnskap om hvilke tiltak legen iverksetter for ulike pasientgrupper.

5.1.9. Aidentifiserte pasientopplysninger. Pasientenes personvern og legenes rettssikkerhet

Statistisk sentralbyrå anser det som mest hensiktsmessig for SEDA å samle inn aidentifiserte pasientopplysninger. Dette vil innebære at pasientens navn, adresse og personnummer ikke vil følge med datamaterialet SSB får tilgang til. Hensynet til pasientenes personvern ligger til grunn for denne vurderingen.

Pasientopplysningene som SEDA etterspør vil imidlertid ikke være fullt ut anonymiserte. En sammenstilling av flere pasientkjennetegn i en liten kommune *kan* i et gitt tilfelle tilkjenne enkelte personer.

Et inngripen i forholdet mellom lege og pasient, er ikke uproblematisk. Journaldata er i utgangspunktet taushetsbelagte, men taushetsplikten er ikke til hinder for at en lege kan avgi ellers taushetsbelagte opplysninger når individualiserende kjennetegn er utelatt eller er endret slik at vedkommende er vernet mot å bli kjent. Helsepersonellovens § 29 åpner for at leger og annet helsepersonell kan avgi ellers taushetsbelagte opplysninger til forskningsformål.

Hver datarecord må inneholde en Kontaktlege-ID og en Praksis-ID for å skille leger og ulike praksiser fra hverandre. For at den enkelte lege skal få tilbakeført statistikk over egen praksis, må SSB oppbevare opplysninger som identifiserer aktuell lege og praksis til tilbakemeldingen har funnet sted. SSB har i meldingen til Datatilsynet angitt at Helsepersonellnummer og Fastlegenummer lagres kryptert til pilotprosjektet avsluttes.

Det er avgjørende for leger som leverer data å vite at informasjonen de gir fra seg ikke blir brukt til kontroll av den enkelte. SSB har en nøytral posisjon mellom leverandør (legene) og mottaker (myndigheter, forskere, andre brukere) av dataene, og vil dermed kunne fungere som en *tiltrodd tredjepart*. SSB vil sørge for at datamaterialet vil bli fullt ut anonymisert før det (eventuelt) gjøres tilgjengelig for forskere og andre brukere gjennom NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).

Tabell 3: Aidentifisert pasientinformasjon

Kjennemerker	Representert i datamaterialet	Ikke representert i datamaterialet
Navn		X
Gateadresse		X
Postnummer		X
Kommunenummer	X	
Fødselsdato		X
Personnummer		X
Kjønn	X	
Alder i hele år	X	
Journalnummer	X	

5.1.10. Motivasjon for deltakelse. Krav til legene. Krav til motytelse

Vår anbefaling for SEDA-piloten er et retrospektivt uttak av journaldata, *uten* at det på forhånd legges omfattende føringer på legenes arbeidsrutiner. Legenes rutiner i forbindelse med innlegging av opplysninger i journalen er lite standardisert. Det er lite tenkelig at man i et slikt prosjekt kan evne å standardisere arbeidsmetodene, eller sette omfattende krav til legenes måte å arbeide på.

SSB foreslår derfor at på tidspunktet nødvendig antall leger er rekruttert (etter planen 1. oktober) tas det ut data som allerede forefinnes i pasientjournalen, som legen har ført inn i løpet av september. Det vil være en klar fordel om datauttrekket kan administreres i kontortid og på en slik måte at uttrekk og/eller oppdatering av systemet ikke blokkerer for annet arbeid på legenes PC.

Legeintervjuene ga klare signaler om at *tid* og *legens motivasjon til å utføre merarbeid* utgjør viktige aspekter i legerekutteringen. SSB anbefaler derfor at kravet til den enkelte lege begrenses til å administrere datauttaket og svare på skjemaet for legeopplysninger. Dersom graden av merarbeid økes utover dette, har vi grunnlag for å tro at det vil slå negativt ut på legenes motivasjon.

SSB har argumentert for at allmennlegene lettest kan støtte SEDA dersom legene finner egeninteresse i prosjektet. Det betyr at innsamlet data bør være sammenfallende med data som *legene selv* etterspør. SSB tror det vil være avgjørende at SEDA kan tilby legene individuell tilbakemelding bestående av bearbejdede data samt et sammenligningsgrunnlag.

5.2. Utvalgsplan

5.2.1. Kartlegging av journalsystemer i bruk i allmennlegetjenesten

I denne fasen anser SSB at man begrenser datainnsamlingen til de tre største journalsystemene på markedet. Både kostnader i forbindelse med programutvikling og praktiske hensyn (teknisk support, og mulig arbeid med omkodinger til felles filformat) taler for dette.

Tabell 4: Oversikt over de største EPJ-leverandørenes journalsystemer

Leverandør	Journalsystem	Markedsandel	Kommentar
Profdoc Norge AS	Profdoc Vision	ca. 200 installasjoner*	
	Profdoc DOS	ca. 300 installasjoner*	Skal utfases i 2002
	WinMed	ca. 850 installasjoner*	
Infodoc AS	Infodoc	ca. 30 % av markedet	

* Omfatter både allmennlege- og spesialisthelsetjenesten.

Profdoc DOS har pr. i dag ca. 300 installasjoner, men skal utfases. Etter planen skal Profdoc DOS-brukere over på Profdoc Vision i løpet av første halvdel av 2002.

Statistisk sentralbyrå anbefaler at man dermed begrenser datainnsamlingen i høstens pilotundersøkelse til å bestå av brukere av journalsystemene Profdoc Vision, WinMed og Infodoc.

5.2.2. Klyngeutvalg. Avgrensing av hele kommuner

Bestemmelse av utvalgsstørrelsen er nært knyttet til formålet til en utvalgsundersøkelse, og har ofte avgjørende innflytelse på kostnadene. I undersøkelser med metodisk fokus er det også et poeng å begrense utvalget og dataenhetene til et nødvendig minimum for å kunne kontrollere forsøket. Et viktig poeng bør altså være å sette praktiske hensyn foran andre ønsker.

Statistisk sentralbyrå har vektlagt metodeaspektet ved SEDA, og derfor ikke angitt som noe *mål* at SEDA i denne omgang skal framskaffe representativ statistikk for aktivitet i allmennlegetjenesten.

SSB har foreslått en utvalgsplan som legger til rette for representasjon av leger/pasienter i ulike typer kommuner. En god oppslutning i pilotundersøkelsen sannsynliggjør at man også får grep om andre viktige faktorer som skaper variasjon.

SSB har ovenfor (se punkt 4.2.1.) argumentert for at man bør søke å rekruttere *hele* praksiser. Både praktiske og etiske hensyn taler for dette. Praktiske hensyn i forbindelse med rekruttering og datauttrekk underbygger også argumentasjonen for å avgrense datainnsamlingen til hele kommuner, slik at legemassen konsentreres om noen større klynger.

Ved å trekke klyngeutvalg, dvs. alle leger/legesentra i en kommune, vinner man noe med hensyn til praktisk gjennomføring. I hvilken grad en får et mindre effektivt utvalg på grunn av samvariasjon mellom legene på det enkelte legesenter er vanskelig å tallfeste. Vi tror at dette tapet eventuelt er lite sammenlignet med å nå hele pasientpopulasjonen tilknyttet legesenteret.

SSB er oppmerksom andre prosjekter som omfatter dataauthenting fra allmennlegetjenesten høsten 2001 (NOKLUS og "Best mulig praksis" - Statens institutt for folkehelse). Det vil derfor kunne oppstå en situasjon der en eller flere legepraksiser SSB forsøker å rekruttere til SEDA allerede er rekruttert til et annet prosjekt. Vi er pr. i dag usikre på dette vil slå positivt eller negativt ut på legenes motivasjonen til å ville delta i SEDA.

SSB vil i utgangspunktet anbefale at man ikke tar hensyn til de andre prosjektplanene med tanke på hvilke geografiske områder som skal dekket av pilotundersøkelsen. Et metodisk hensyn taler for å beholde innslaget av tilfeldighet i legerrekutteringen ved å *trekke* kommunene.

5.2.3. Stratifisert trekking

Det er nærliggende å tro at kommunestørrelse og geografisk plassering i forhold til sentrale byer i seg selv reflekterer en viss variasjon i allmennpraksis. Avstand til nærmeste allmennlege, hvilke tilbud som finnes i kommunen innenfor spesialisthelsetjenesten og avstand til nærmeste sykehus, er rammevilkår som etter all sannsynlighet utløser variasjon i pasientens kontaktfrekvens og legens gjennomførte tiltak (bl.a. henvisningspraksis).

For å bestemme hvilke kommuner piloten skal dekke, mener SSB at en bør organisere og trekke kommuner på en slik måte at både store og små, sentrale og perifere kommuner sikres representasjon i utvalget. Dette kan gjøres ved stratifisert trekking. SSB foreslår at kommunene inndeles i fire strata basert på SSBs standard for kommuneklassifisering.

Kommunens innbyggertall og et mål på legedekning (antall innbyggere pr. legeårsverk) kan innhentes fra register og legges til materialet.

For kommuner med sentralitetsnivå 3 foreslår SSB at Oslo velges, samt én av de andre storbyene Bergen, Trondheim, Stavanger, Kristiansand eller Tromsø. Trondheim og Tromsø var med i Fastlegeforsøket. SSB foreslår derfor at utvalget inneholder én av disse.

I tillegg til Oslo og Tromsø/Trondheim foreslår vi at det trekkes to andre kommuner fra gruppe 3.

Videre foreslår SSB at det fra gruppe 2 trekkes to til fire kommuner, to kommuner fra gruppe 1 og to til fire kommuner fra gruppe 0. Bruttoutvalget vil dermed utgjøre 10-14 kommuner.

Tabell 5: Kommuner etter sentralitetsnivå

Sentralitetsnivå	Type kommuner	Antall kommuner	Andel av befolkning	Antall i pilot
0. Minst sentrale kommuner	Kommuner som ikke fyller noen av kravene nedenfor	203	14 %	2 - 4
1. Mindre sentrale kommuner	Større tettsteder, og kommuner innenfor 45 minutters reisetid fra disse	46	8 %	2
2. Sentrale kommuner	Større byer, og kommuner innenfor 60 minutters reisetid fra disse	82	25 %	2 - 4
3. Mest sentrale kommuner	Storbyene Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Kristiansand, Tromsø, og kommuner innenfor 75 minutters reisetid fra disse	104	53 %	4*

* For storbyene foreslår SSB at utvalget avgrenses til å omfatte alle leger i 1-2 bydeler.

5.2.4. Avgrensning av utvalget til leger som inngår i Fastlegeordningen

Formålet med SEDA er å innhente data som avspeiler aktivitet i allmennpraksis. Med utgangspunkt i registersituasjonen anbefaler SSB at man begrenser utvalget til å omfatte leger som har inngått fastlegeavtale med kommunen. En oversikt over aktuelle leger i kommunene som trekkes kan innhentes fra Rikstrygdeverkets (RTV) Fastlegeregistre.

Med grunnlag i opplysninger fra RTV utgjør bruttopopulasjonen i de 10-14 utvalgskommunene alle leger med fastlegeavtale. Med utgangspunkt i adresseopplysninger vil man kunne identifisere hvilke leger som arbeider sammen i gruppepraksis. Variabelen PraksisStørrelse, angitt ved antall leger i gjeldende praksis, foreslås dannet og lagt til materialet. Med utgangspunkt i den situasjon at flere praksiser kan være registrert med samme adresse, vil vi foreslå at variabelen kontrolleres. En mulighet er at variabelen PraksisStørrelse (antall leger) inngår i spørreskjemaet.

En prøvetrekking av leger viste at et slikt system gir et rekrutteringsgrunnlag på *minst* 100 leger. Med en svarprosent på 70 vil nettoutvalget bestå av *minst* 70 leger, mens effektivt nettoutvalg (gitt ved antall praksiser) vil ligge på omtrent halvparten.

5.3. Datainnsamlingsperiode/datamengde

SSB foreslår at datamengden i SEDA-piloten begrenses tilsvarende *alle registrerte pasientkontakter de fire siste ukene før uttrekksdato*. Det må tas høyde for at antall pasientkontakter vil variere sterkt blant de rekrutterte legene. En deltidslege vil representere et langt mindre datagrunnlag enn en lege i full kurativ praksis. Sykdom, kurs og reiser i perioden vil medføre færre pasientkontakter enn normalt.

Dersom minst 50 av de rekrutterte legene har hatt pasientkontakter daglig, og hver i gjennomsnitt representerer 10 pasientkontakter pr. dag, vil et uttak for 20 arbeidsdager gi anslagsvis 10.000 (50 X 10 X 20) legekontakter. Dette anses å være en tilstrekkelig datamengde for pilotundersøkelsen.

Dersom det er ønskelig å ta ut ytterligere data for analysere på variasjoner mellom legene (prosesser i allmennpraksis) kan dette gjøres ved å ta ut data tilbake i tid, eller ta nye uttak på et senere tidspunkt.

6. Detaljplan for gjennomføring av pilotundersøkelsen

Tabell 6 identifiserer arbeidsoppgaver som skal utføres, når de skal utføres, og hvem som skal utføre dem.

Tabell 6: Detaljplan for gjennomføring av SEDA-pilot.

Hovedaktivitet	Aktivitet	Periode	Ansvarlig
Teknisk tilrettelegging	Programmering av datauttrekk	uke 23 - 33	EPJ-leverandør
	Testing av datauttrekk	uke 34 - 35	EPJ-leverandør
	Test SSB, verifisering	uke 36 - uke 39	SSB 303/330
Praktisk tilrettelegging	Trekking, klargjøring av utvalg	uke 25 - 27	SSB 330
	Produksjon av informasjonsmateriell	uke 25 - 27	SSB 330/Dnlf
Rekruttering	Utsendelse av informasjonsbrev	uke 31	SSB 330
	Mottak påmelding/Purring	uke 32 - 39	SSB 330
	Utsendelse av informasjonsmateriell	uke 38	SSB 330
	Veiledning	uke 38 - uke 39	SSB 330
Datauttak	Oppfølging og support	uke 40	SSB 330/303
Mottak/purring	Innsjekking av disketter	uke 40 - 41	SSB 330
	Purring	uke 41	SSB 330
Filbehandling	Omkoding, påkopling	uke 42 - uke 45	SSB 303
	Samling av data		
	Kontroller		
Dokumentasjon av innsamling	Dokumentasjon	uke 42 - uke 45	SSB 330
Tabellkjøringer og analyse	Produksjon av tabeller	uke 46 - uke 05	SSB 303/330
	Produksjon av tabellrapport	uke 44 - uke 05	SSB 330
Rapportering	Tilbakemelding, rettelser	uke 06 - uke 09	SSB 303/330

Sosial- og helsedepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Oslo, 11. juni 2001
Deres ref.: 00/04112 HA 2 EMT/ao, Vår ref.: 00/1507
Saksbehandler: Anne Sundvoll
Seksjon for helsestatistikk

Prosjektet sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA-prosjektet) - tilpasninger i prosjektplanen

Vi viser til møte i Sosial- og helsedepartementet (SHD) den 30. mai der Statistisk sentralbyrå (SSB) la fram prosjektplanen for SEDA. Referansegruppens råd, der de avviker fra SSBs opplegg, framkommer av tilsendt møtereferat.

SSB vil med dette skissere mulige tilpasninger i prosjektplanen, basert på konklusjonene i referatet. Etter avtale omtaler vi også utviklingskostnadene spesielt.

Kostnader

SSBs andel av kostnadene er beregnet til kr.xxxxx,- eksklusive moms. Utviklingskostnader (programleverandører), er stipulert til kr. xxxxxxx,- eksklusive moms, og består i all hovedsak av to komponenter: *Antall uttrekk* og *antall rapporter* (uttak av kontaktdata, uttak av pasientgrunnlaget (fastlegelisten), uttak av rapport fra avtalebok) som uttrekket skal omfatte.

Antall journalsystemer som skal inngå i SEDA-piloten

Vi har lagt til grunn at det er brukere av journalsystemene Winmed, Profdoc Vision og Infodoc som skal inviteres til å delta i pilotundersøkelsen. Informasjonen i legejournalene bare delvis standardisert, og SSBs ønskemål med pilotprosjektet vil være å få oversikt over og kunnskap om hvordan man kan tilrettelegge for framtidig statistikkproduksjon av SEDA-data.

SSB mener piloten vil ha størst verdi dersom man får testet og analysert uttrekk fra journalsystemene som de dominerende markedsoperatørene (Profdoc Norge AS og Infodoc AS) leverer. Dersom oppslutningen om piloten- og datakvaliteten er god, tar vi sikte på å kunne produsere statistikk allerede i denne fasen.

De nevnte journalsystemene har ulike tyngdepunkt i markedet for allmennpraksis. Helt generelt kan vi si at:

Infodoc journalsystem står sterkt i Oslo (pga. avtalen med Oslo kommune) og nærområder til Oslo, har noe feste i Øst- og Vestfold og Agderfylkene. Ellers står Infodoc svært sterkt på Vestlandet, særlig i Hordaland (Bergen) og Sogn og Fjordane (Nordfjordområdet). Nord for Trondheim er Infodoc journalsystem lite anvendt.

Winmed journalsystem har god utbredelse over hele landet, men har generelt noe mindre forekomst der Infodoc er sterke. Fra Trondheim og nordover er Winmed klart dominerende.

Profdoc Vision journalsystem har et visst feste på Østlandet (særlig Buskerud, Telemark, Oppland og Akershus), og er bare delvis representert i øvrige fylkene.

Inkludering av tilgjengelighetsdata

Når det gjelder antall variable, vet vi at en del av opplysningene som er foreslått, ligger lett tilgjengelig i journalen, mens andre felt må omkodes. Generelt kan vi si at en stor del av kostnadene er knyttet til det å etablere et uttrekk, og mindre avhengig av lengden på variabellisten.

SSB har foreslått at piloten omfatter en egen rapport fra avtaleboken for å kartlegge ventetid.

Infodoc AS har beregnet denne jobben til xxxxxx,- (eksklusive moms).

Vi har valgt å legge dette estimatet til grunn for uttrekk av samme rapport fra de øvrige journalsystemene. Dersom denne rapporten ikke tas med i SEDA-piloten, forventes en kostnadsreduksjon på ca. xxxxx,- (eksklusive moms).

Rekrutteringsstrategi

SSB tar sikte på å innarbeide en prosess for tilbakemelding fra allmennlegene som deltar i piloten. Dette anses viktig både for å kunne tolke data og for å få synspunkter på gjennomføringen. SSB vil i informasjon til legene argumentere for at feedback i denne fasen er viktig. Leger som er interesserte i å bidra med slike innspill får anledning til å merke av for dette på et påmeldings-/samtykkeskjema. Tilbakemelding kan foregå ved bruk av telefon, e-mail (brev/faks), eller i noe utstrekning besøk.

SSB tror det vil være avgjørende for deltakelsen at legene har tiltro til at dataene ikke benyttes til kontroll av den enkelte. I omtalen av SEDA-prosjektet i Tidsskrift for Den norske lægeføring (12/2001) ble kontrollaspektet tatt opp av en av Dnlfs representanter i prosjektgruppen for SEDA. SSB tror effekten blir størst dersom en slik argumentasjon som ble ført i Tidsskriftet av Kjell Maartmann-Moe gjentas i et følgebrev signert Dnlf.

SSB vil tydeliggjøre i informasjonsbrevet at det i stor grad er legenes *egen ønskeliste* over variable som nå skal testes (jamfør MBDS). SSB vil gå videre og undersøke hvorvidt deltakelse i SEDA kan gjøres tellende ved vedlikehold av spesialistutdanning.

Utvalg

SSB vil søke å inkludere en av fastlegeforsøkskommunene, fortrinnsvis Trondheim, på bakgrunn av informasjon som ble gitt på referansegruppemøtet om forsøkskommunene.

Datasett

SSB er klar over analyseproblematikken tilknyttet et stort og omfattende datasett. SSB ønsker å beholde analysemulighetene som ligger i en bred variabelliste, framfor å øke perioden for datauttak utover de skisserte fire uker. Pilotundersøkelsen vil være en unik mulighet til å teste, og til eventuelt å kunne forkaste variable.

Problemer tilknyttet variabelen kontaktårsak

Det følgende utdyper punkt 5.1.4. (Kontaktinformasjon) i prosjektplanen.

Et uttak av takstkodene alene gir ikke et fullgodt bilde av kontakter i allmennpraksis. Man mister mellom 5 og 15 % av kontaktene, fordi man utelater kontakter der det ikke sendes regning til RTV.

SSB har lagt opp til at pilotundersøkelsen gjennomføres *uten* endringer i programvaren. Vi vil her skissere to mulige opplegg for piloten som tar hensyn til dette, men der alle pasientkontakter likevel kan komme med.

Problematikken, slik SSB oppfatter den, knyttes først og fremst til to aspekter:

- 1) Hvorvidt man skal "kreve" endring i legenes arbeidsrutiner
- 2) Hvorvidt man skal legge takstene i Normaltariffen til grunn som kodeverk

1. Opplegg med supplerings av takstinformasjon - ingen endring av arbeidsrutiner for legene

Profdoc Vision

Profdoc Vision har kontaktregistrering som standard, men legene som benytter programvaren har mulighet til å forlenge menylisten med egne valg. Det er bare standard menyvalg som kan tolkes i ettertid med hensyn til inndeling i kontakttype. Dersom man ikke velger å kreve noe ekstra av legene, kan man for Profdoc Vision ta utgangspunkt i kontaktregistreringen, og sammenholde opplysningene med takstinformasjon. Dersom kontakt er registrert og ingen takst er utløst (forutsatt at legen ikke har valgt "ingen kontakt") registreres "annen konsultasjon" (administrativ eller forebyggende kontakt), det vil si kontakt som ikke gir regning til RTV.

Winmed

Kontaktregistrering er ikke standard, men hos legene som benytter kontaktregistrering, er det mulig å ta ut opplysninger på samme måte som for brukere av Profdoc Vision.

Infodoc

I tillegg til uttak av takstene, kan man bruke anamnese-feltet til å telle kontakter.

2. Opplegg med bruk av kontaktregistrering - ikke takster

Opplegget omgår bruk av takster, men medfører rutineendring for en del av pilotlegene.

Profdoc Vision : Kontaktregistrering er obligatorisk i programvaren. 17 standard valg for kontakttype. Mulighet for den enkelte lege å legge inn egne menyvalg (se over).

Tilpasning i pilot: Be pilotlegene kun benytte seg av standardvalgene i registreringsperioden.

Winmed: Funksjon for kontaktregistrering kan slås av og på, alt etter den enkelte leges ønske.

Tilpasning i pilot: Må be pilotlegene som normalt ikke har funksjon for kontaktregistrering på, benytte kontaktregistrering (fortrinnsvis Winmeds standardmeny) i undersøkelsesperioden.

Infodoc: Har ikke kontaktregistrering, men det finnes et felt for kontakttype som kan benyttes.

Infodoc bekrefter at de kan legge inn meny for kontakter i feltet, basert på SSBs forslag til standard. Utviklingskostnader: Ca. 2 timers arbeid + kr. 50 pr. pilotlege (forsendelse av diskett). Installering av meny i journalsystemet via diskett før registreringsperioden tar til.

Tilpasning i pilot: Må kreve at pilotlegene tar i bruk dette feltet i undersøkelsesperioden..

Et slikt opplegg baseres på at det legges inn meny for kontaktregistrering for Infodoc-brukere basert på minimumslisten på neste side, og at standardvalgene for kontakt i Winmed og Profdoc Vision omkodes etter samme mal.

Winmed journalsystem. Standard menyvalg

Ikke registrer kontakttype
Telefon
Enkel pasientkontakt
Konsultasjon
Konsultasjon øyeblikkelig hjelp
Konsultasjon kontroll
Sykebesøk
Sykebesøk øyeblikkelig hjelp
Bedriftsundersøkelse
Legevakt (angis sammen med kontakttype)

Profdoc Vision journalsystem. Standard menyvalg

Annen
Bud
Enkel pasientkontakt
Sykebesøk øyeblikkelig hjelp
Konsultasjon
Konsultasjon legevakt
Notat
Konsultasjon kontroll
Brev
Sykebesøk
Telefon med pasientkontakt
Telefon uten pasientkontakt
Telefon legevakt
Journalhåndtering uten kontakt
Sykebesøk legevakt
Konsultasjon øyeblikkelig hjelp
Ingen kontakt

Inndeling av kontakter - forslag til standard

Internasjonalt skiller det i publikasjoner mellom indirekte og direkte kontakter og om dette skjer på legens kontor eller ved sykebesøk. Takstene i Norge deler inn kontakter langt mer detaljert (fullstendig liste). Takstene (inndelingene) har imidlertid forandret seg, og over tid er det bare mulig å følge fire hovedtyper kontakter, samt skille mellom kontakter i kontortid eller ved organisert legevakt. Minimumslisten er derfor tilstrekkelig til kontaktregistrering der man ikke vil utnytte registreringen til også å begynne utfyllingen av regningskortet i journalsystemet.

	Minimumsliste	Fullstendig liste
I kontortid	Indirekte kontakt	Enkel kontakt ved telefon, brev og lignende (1bd)
		Telefon eller skriftlig kontakt med samarbeidende instanser (1f)
		Møte med samarbeidende personell (14a + b)
	Enkel direkte kontakt	Enkel kontakt ved personlig fremmøte av pasient eller bud (1ad)
	Konsultasjon	Konsultasjon (for sykdom eller mistanke om sykdom) (2ad)
		Gruppebehandling (2ed)
		Annen konsultasjon (forebyggende, administrativ, o.a)
Sykebesøk	Sykebesøk (til pasientens hjem eller oppholdssted) (11ad)	
Legevakt	Indirekte kontakt legevakt	Enkel kontakt ved telefon, brev og lignende (1bk)
		Enkel kontakt ved telefon kl 23-08 uten vaktsentral (1g)
	Enkel direkte kontakt legevakt	Enkel kontakt ved personlig fremmøte av pasient eller bud (1ak)
	Konsultasjon legevakt	Konsultasjon (for sykdom eller mistanke om sykdom) (2ak)
	Sykebesøk legevakt	Sykebesøk (til pasientens hjem eller oppholdssted) (11ak)
Uttrykking til kontoret under legevakt (2fk)		
	Ingen kontakt	Journalhåndtering uten pasientkontakt
		Notat uten pasientkontakt

Begge strategiene som foreslås gir et bedre inntrykk av kontakter i allmennpraksis enn det som i dag rapporteres gjennom takstene til RTV. SSB tror det letter legerekutteringen dersom man baserer seg på et uttrekk som *ikke* krever endringer i legenes arbeidsrutiner. Innspillene i referansegruppemøtet tilsa at man ikke nødvendigvis får god kvalitet på dataene, selv om man foreslår midlertidige endringer i rutiner og/eller oppretter tilleggsfelt i journalen.

Tid til testing

SSB tar nå sikte på å kunne starte pretest-sekvensen som beskrevet i prosjektplanen i midten av august. Det settes av 6 uker til testing, verifisering og klargjøring, hvor målene må være at SSB får demonstrert at uttrekket fungerer teknisk, og samtidig får kontrollert at riktige felter fra journalen blir lest. SSB vil ta kontakt med Statens institutt for folkehelse, som har opparbeidet erfaringer og kunnskap på feltet.

Vi håper at informasjonen er i tråd med deres forventninger.

Med hilsen

Ann Lisbet Brathaug
seksjonssjef

Anne Sundvoll
prosjektleder

Vedlegg D

Oslo, oktober 2001
Saksbehandler: Anne Sundvoll
Telefon 21 09 45 45, e-post: anne.sundvoll@ssb.no
Seksjon for helsestatistikk

SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten. Prøvedatainnsamling

Statistisk sentralbyrå gjennomfører høsten 2001 en *prøvedatainnsamling* for å se på muligheten av å bruke informasjon fra pasientjournalen til å utarbeide statistikk om aktivitet i allmennlegetjenesten. Undersøkelsen inngår i prosjektet SEDA, som er finansiert av Sosial- og helsedepartementet. Prosjektets mål er å gi økt kunnskap om norsk allmennpraksis og om innholdet i en legekontakt. Dersom prøveinnsamlingen er vellykket, er siktemålet å utarbeide løpende nasjonal statistikk. Prosjektet støttes av Den norske lægeforening (se vedlegg).

Vi henvender oss i denne omgang til allmennleger som bruker journalsystemene Profdoc Vision, WinMed og Infodoc. Navn legekantor har kommet med i utvalget, og vi ber om at aktuelle ansatte kan finne tid til å vurdere deltakelse i undersøkelsen. Det er frivillig å delta, men vi gjør oppmerksom på at alle leger som bidrar med data i denne fasen, hjelper oss med å utrede et system for innrapportering og tilbakeføring av data som også vil bedre legenes oversikt over egen praksis.

Basert på innrapporterte tall, ønsker Statistisk sentralbyrå å tilby legene som deltar i dette forsøket bearbeidet statistikk i retur, sammen med relevant sammenligningsgrunnlag (se vedlagte oversikt). SSB skal etter planen avlegge metodisk rapport til Sosial- og helsedepartementet april 2002. Når rapporten er klar, vil vi sende en tilbakemelding til legene som har bidratt.

Til datainnsamlingen er det utviklet et program (statistikkrapport) som ved oppstart automatisk henter de aktuelle opplysningene fra pasientjournalen og skriver dataene til en egen fil. Datafilen lastes så ned på diskett. Deltakelse i undersøkelsen innebærer at den enkelte lege etter en nærmere angitt beskrivelse kjører programmet/rapporten den

3. desember. Vi ønsker at legekantoret klargjør en samlet returforsendelse av disketter til SSB så snart som mulig etter 3. desember.

Undersøkelsen er godkjent av Datatilsynet. Opplysningene vi mottar vil bli behandlet etter gjeldende regler for håndtering og lagring av helseopplysninger. Alle som arbeider i SSB har taushetsplikt, og det vil aldri bli kjent utenfor SSB hva den enkelte lege rapporterer. Det samme gjelder *identiteten* til legene som leverer data. Det understrekes at dataene ikke vil bli brukt til kontroll. Vi gjør oppmerksom på at pasientopplysningene som samles inn er aidentifiserte, dvs. at navn, adresseopplysninger og fødselsdato ikke følger med. Statens helsetilsyn har lagt til grunn at det ikke er behov for dispensasjon fra taushetsplikt etter Helsepersonelloven.

SSB vil sørge for at opplysninger aldri vil bli offentliggjort på en slik måte at enkeltpersoner (leger og/eller pasienter) kan gjenkjennes. Legeidentifikasjon oppbevares på kryptert form fram til prosjektet avsluttes, i første omgang 01.06. 2002, og slettes deretter. Pasientinformasjon vil bli lagret i SSB med journalnummer som identifikasjonsnøkkel.

Vi ber om at vedlagte informasjonsmateriell distribueres på legekontoret og at **svarskjemaet** og **samtykkeerklæringer** for leger som ønsker å avgi data **returneres SSB innen** Har dere spørsmål, kontakt ovennevnte saksbehandler.

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Svein Longva
adm. direktør

Ann Lisbet Brathaug
seksjonssjef

Den norske lægeforening

logo

Til leger som anmodes om å delta
i prøvedatainnsamlingen

Prosjektet sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA) - gjennomføring av prøveundersøkelse høsten 2001

Det vises til vedlagte forespørsel og prosjektinformasjon fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

SEDA er et prøveprosjekt finansiert av Sosial- og helsedepartementet (SHD). Dersom prosjektet viser seg vellykket, vil SHD etter samtaler med Legeforeningen vurdere å etablere et system for innsamling av aktivitetsdata fra legenes elektroniske pasientjournaler. Formålet er å skaffe plan- og styringsdata til myndighetene, samt bedre legenes oversikt over egen praksis. Prosjektet er omtalt i Tidsskriftet nr. 12/2001 (adresse)

På vegne av Legeforeningen deltar John Leer og Kjell Maartmann-Moe i prosjektgruppen, med Anders Grimsmo som vararepresentant. Disse har sagt seg villige til å være kontaktpersoner i forbindelse med rekruttering av leger til den forestående prøveundersøkelsen. og vil kunne besvare spørsmål (fortrinnsvis pr. e-post, se adresser nedenfor)

Legeforeningen anser at prosjektet kan være nyttig for allmennlegene, som får muligheten til å få bedre oversikt over egen praksis. Legene kan bruke dataene som grunnlag for diskusjon i egen evaluering og i sammenligning med andre legers praksis, samt som utgangspunkt for egen årsrapport.

Legeforeningen har tillit til at SEDA-data ikke skal brukes til kontrollformål, samt at undersøkelsen vil bli gjennomført slik at verken pasienters ellers deltakende legers identitet kan spores.

Legeforeningen vil med dette oppfordre legene til å stille seg positive til forespørselen fra SSB om å delta i prøveinnsamlingen.

Med vennlig hilsen
Den norske lægeforening

Hans Petter Aarseth
President

Harry Martin Svabø
generalsekretær

E-post adresser til kontaktpersonene:

SEDA – Opplysninger datauttrekket omfatter

Vi har nedenfor listet opp hvilke opplysninger datauttrekket fra pasientjournalen omfatter. Utvalget av variable har vært foretatt av en prosjektgruppe der Den norske lægeforening har vært tungt representert. Det foreslåtte listen overlapper i stor grad med Minste basis datasett (MBDS) - en innstilling fra "Felles EDB-utvalg for primærmedisin". Bakgrunnen for MBDS var å skissere et datasett som var lite nok til å kunne brukes i alle konsultasjoner og samtidig omfattende nok til å kunne gi nyttige oversikter til bruk ved egenkontroll, som plan- og styringsdata og til fagutvikling.

Variabel	Kommentar
Rapport 1: Pasientkontakt i perioden A. Pasientinformasjon 1. PasientId 2. PasientKjonn 3. PasientAlder 4. PasientBostedskommune 5. PasientListet 6. PasientTrygdekontor	Pasienter som har hatt legekontakt i perioden uttrekket omfatter Journalnummer Mann, kvinne Fylte år pr. dato for datauttak Kommunenummer Pasienten inngår i kontaktlegens listepopulasjon, pasienten står på liste hos en annen lege ved legekantoret, pasienten har ingen fastlege ved legekantoret Trygdekontornummer
B. Legeinformasjon 1. KontaktlegeHpr 2. KontaktlegeKjonn 3. KontaktlegeAlder 4. FastlegeId	Informasjon om kontaktlege Helsepersonellnummer Mann, kvinne Fylte år pr. dato for datauttak Initialer
C. Medarbeiderinformasjon 1. MedarbeiderId	Initialer. Viser om hjelpepersonell har vært involvert i kontakten
D. Informasjon om legekantor 1. KontaktstedAdresse 2. KontaktstedPostkode 3. KontaktstedKommune	Tekst Postkode Kommunenummer
E. Informasjon om journalsystem 1. JournalSystem 2. JournalVersjon 3. JournalKjoredato	Infodoc, Profdoc Vision, WinMed Versjonsnummer Dato for datauttak (DDMMYYYY)

Variabel	Kommentar
F. Kontaktinformasjon 1. KontaktDato 2. KontaktTidspunkt 3. KontaktTakstType 4. KontaktRegistreringType 5. KontaktNyVvurdering	Dato, måned, (DDMMYYYY) Tidspunkt (TTMM) Tallkode Tallkode Second opinion for pasient
G. Diagnose 1. DiagnoseKode	ICPC-kode
H. Reseptutstedelse 1. ReseptRefusjonspunkt 2. ReseptKategori	Hvit resept, blå resept A-resept, B-resept, C-resept, annet
I. Legemidler 1. LegemiddelKode 2. LegemiddelDogndose Dersom ingen ATC-kode: Alt1. LegemiddelNavn	ATC-kode Definert Døgn dose Navn
J. Henvisninger 1. Henvisning	Skjema for henvisning utfylt
K. Rekvisisjoner 1. RekvireringFysioterapi 2. RekvireringKiropraktikk 3. RekvireringBilleddiagnostikk	Skjema for fysioterapi utfylt Skjema for kiropraktikk utfylt Skjema for røntgen utfylt
L. Laboratorieprøver 1. AnalyseSvar 2. AnalyseLaboratoriumType 3. AnalyseNavn	Registrert analysesvar Analyse fra eget laboratorium, analyse fra eksternt laboratorium Navn på prøve

<p>M. Sykmelding</p> <p>1. SykmeldingUtstedelse 2. SykmeldingDatoForsteHelt 3. SykmeldingDatoSisteHelt 4. SykmeldingDatoForsteDelvis 5. SykmeldingDatoSisteDelvis</p> <p>6. SykmeldingGrad 7. SykmeldingDiagnose</p>	<p>Sykmeldingsattest utfylt (DDMMYYYY) (DDMMYYYY) (DDMMYYYY) (DDMMYYYY)</p> <p><0, 100> ICPC-kode</p>
<p>N. Andre erklæringer til trygden</p> <p>1. ErkleringSykmeldingII 2. ErkleringRehabilitering 3. ErkleringAttføring 4. ErkleringUforepensjon</p>	<p>Sykefravær i mer enn 8 uker. Skjema utfylt Rehabiliteringspenger. Skjema utfylt Yrkesrettet attføring. Skjema utfylt Uførepensjon. Skjema utfylt</p>
<p>Rapport 2: Fastlegelisten</p> <p>O. Listeinformasjon - fastlegepasienter</p> <p>1. ListePasientId 2. ListePasientKjonn 3. ListePasientAlder 4. ListePasientBostedskommune 5. ListePasientTrygdekontor</p> <p>6. ListeLegeHpr 7. ListeLegeId</p> <p>8. ListeLengde</p>	<p>Opplysninger om legens listepasienter</p> <p>Journalnummer/ Blankt felt Mann, kvinne Fylte år pr. dato for datauttak Kommunenummer Trygdekontornummer</p> <p>Helsepersonellnummer Initialer</p> <p>Antall personer på listen</p>

SEDA – Tilbakeføring av statistikk til den enkelte lege

Metode viktigst

Hovedfokus i denne prøveundersøkelsen er å få testet en metode for uttrekk av data fra elektronisk pasientjournal. Det aller viktigste for oss i denne fasen er å få oversikt over hva slags informasjon som lagres i de ulike journalsystemene, og hvor godt dataene er egnet for statistikkformål.

Tilbakeføring av praksisprofil...

Vedlagt finnes en oversikt over hvilke opplysninger uttrekket omfatter. I Statistisk sentralbyrå samles dataene til ett felles datasett for analyse. Basert på dataene som avgis, ønsker vi å tilby hver enkelt av dere en bearbeidet oversikt over egen aktivitet i perioden 1. - 30. november.

Her er noe av det vi tenker oss en slik *praksisprofil* kan inneholde:

- Pasientprofil
- Kontaktstatistikk
- Diagnoseoversikt
- Reseptstatistikk
- Legemiddelforskrivningsprofil
- Laboratoriedata
- Henvisninger og rekvisisjoner
- Sykmeldingsoversikt

...med mulighet for sammenligning

Vi vil legge til rette for tilbakeføring av relevante sammenligningsgrunnlag. I tillegg til å vise gjennomsnittet for alle, ønsker vi at den enkelte lege får mulighet til å se sine resultater i lys av grupper av leger det er naturlig å sammenligne seg med. Slike inndelinger kan blant annet ta utgangspunkt i:

- Kommunetype
- Praksistype
- Pasientsammensetning (alder/kjønn)
- Pasientgrunnlag/Listelengde

Veien videre

Dersom pilotinnsamlingen er vellykket, er mulighetene gode for at SEDA kan utvides til å bli en løpende, fortrinnsvis elektronisk, innsamling av aktivitetsdata fra allmennlegetjenesten.

Vi mottar gjerne innspill om hvilke oversikter dere finner spesielt nyttige, og hvordan dataene ønskes presentert.

Svarskjema

Ett felles skjema for legekantoret

Legekantor nr.:

1. Ønsker legekantoret å delta i SEDA? (Sett ett kryss)

- Ja, legekantoret ønsker å delta → **2. Kontaktperson**
- Vi ønsker mer informasjon om prosjektet før vi bestemmer oss → **2. Kontaktperson**
- Nei, vi ønsker ikke å delta → **5. Avslutt**
- Ikke aktuelt, vi benytter ikke WinMed, Profdoc Vision eller Infodoc → **5. Avslutt**

2. Kontaktperson. Oppgi en person Statistisk sentralbyrå kan kontakte

Navn: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Treffetid: _____

3. Hvilket av følgende journalsystemer er i bruk på legekantoret?

- WinMed
- Profdoc Vision
- Infodoc

3. Åpningstid (dør) pr. uke

Antall timer

4. Antall allmennleger på legekantoret

Antall allmennleger

5. Avslutt

Skjemaet kan returneres i vedlagte konvolutt eller pr. faks på 21 09 44 04.

Kontaktperson i Statistisk sentralbyrå er: Prosjektleder Anne Sundvoll
Telefon: 21 09 45 45
E-post: anne.sundvoll@ssb.no

Samtykkeerklæring/Bakgrunnsopplysninger

Ett skjema pr. lege som ønsker å avgi data

Legekontonr.:

1. Samtykkeerklæring

"Jeg har lest vedlagt informasjon"

- Ja, jeg ønsker å avgi data til SEDA og motta statistikk i form av en praksisprofil i retur.
→ 2. Forslag til justeringer

2. Forslag til justeringer i videre opplegg

Statistisk sentralbyrå ønsker å kontakte deg etter at prøveundersøkelsen er gjennomført for å samle forslag til justeringer i videre opplegg, blant annet i lys av bearbeidede data du mottar fra SSB. Kunne du tenkt deg å bidra med slike innspill?

- Ja → Hvordan kan vi nå deg? E-post: _____
Telefon: _____
Treffetid: _____

- Nei → 3. Bakgrunnsopplysninger

3. Bakgrunnsopplysninger

Helsepersonellnummer må fylles ut for å kunne knytte samtykket/bakgrunnsopplysningene til dataene hver enkelt lege leverer

- 1 Lege-ID: Helsepersonellnummer
- 2 Spesialist i allmennmedisin Ja
 Nei
- 3 Antall år i allmennpraksis totalt År
- 4 Antall år på nåværende arbeidsplass År
- 5 Driftsform Selvstendig næringsdrivende
 Fastlønnnet

Kopi: Sosial- og helsedepartementet

Oslo, 13. juli 2001

Deres ref.: , Vår ref.: 00/1507

Saksbehandler: Anne Sundvoll (asu@ssb.no), 21 09 45 45

Seksjon for helsestatistikk

Prosjektet sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA-prosjektet) - teknisk bistand til programmering av datauttrekk fra EPJ

Vi viser til vårt brev av 19. mars samt deres estimat av 17. april vedrørende ovennevnte prosjekt.

Bakgrunn

Prosjektplanen for SEDA, der blant annet deres kostnadsestimat er lagt til grunn, er nå behandlet i Sosial- og helsedepartementet. Vi ønsker med dette å formalisere en avtale vedrørende teknisk bistand til programmering av et datauttrekk fra EPJ. Uttrekket skal benyttes i en pilotundersøkelse høsten 2001 for å fremskaffe data fra allmennlegetjenesten. Vedlagt følger kravspesifikasjon for uttrekket, som vil bestå av to rapporter.

Pilotundersøkelsen

Det skal i alt rekrutteres ca. 30 legekontorer til pilotundersøkelsen, fortrinnsvis brukere av Winmed, Pordoc Vision og Infodoc journalsystem. Statistisk sentralbyrå (SSB) vil stå for rekruttering av legene. Dato for datauttak er satt til 1. november (registreringsperiode 1. - 31. oktober). Det forutsettes at legene selv kan administrere datauttaket, basert på kort beskrivelse utarbeidet av den enkelte leverandør, og at dataene returneres SSB pr. diskett. SSB vil stå for utsendingen av diskettprogram. Det er ønskelig med et felles uttrekk for hvert av legekantorene som deltar.

Uttrekk av pasientkontakter i perioden

Uttrekket består av fem hovedgrupper av variable: Pasientopplysninger, legeopplysninger, kontaktopplysninger, diagnose og aktuelle tiltak, for perioden 1. - 31. oktober 2001. Vi ønsker at datafilen bygges opp på den måten at det dannes én record pr. kontakt. Vi ønsker dataene lagret som flatfil (ASCII-filer) med filbeskrivelse utenom. Vi trenger beskrivelse av hvor hver enkelt opplysning starter og stopper, og beskrivelse av opplysningen det gjelder. Alle records skal være like lange. Dataene legges ut fortløpende.

Anbefalt struktur på filbeskrivelsen:

Variabelnavn	Fra-posisjon	Til-posisjon	Kommentar
leverandør			
...	
...	

Testing

Før pilotundersøkelsen starter, forutsetter SSB at følgende gjennomføres:

- Etter at programmeringsarbeidet er ferdig ønsker SSB å få tilsendt filbeskrivelse samt beskrivelse/dokumentasjon av prosedyrer for interntesting (bruk av testdatabaser etc.)
- SSB ønsker deretter å testlese et sett records (så få records som mulig) der *alle* SEDA-variablene er representert. Til dette trenger vi testfilbeskrivelse og fil med testdata (dummydata).

Anbefalt struktur på testfilbeskrivelsen:

Fra-posisjon	Til-posisjon	Verdi på variabel
...
...

... ..

- Det forutsettes et samarbeid om gjennomføring av en pretest på et legekantor for å teste om uttrekket fungerer teknisk ute hos en tilfeldig valgt bruker (en måneds arbeid ut, muligheter for skifte av diskett etc.). SSB ønsker også å delta i testing der man sammenholder uttrekksdata med journalldata, for å teste om programmet trekker ut ønskede felter, og for å sammenholde variabelverdier. Det er ikke nødvendig for oss å teste på reelle data. Dersom SSB får tilgang til en testdatabase og kan gjøre noe av testingen selv, regner vi med at 2 dagsverk for hvert journalsystem er tilstrekkelig.

Uttrekk av listegrunnlaget (fastlegelisten) for oktober måned

Uttrekket består av opplysninger om listepasientene til legene ved aktuelt legekantor, lege-ID og en variabel som angir listelengde (se vedlagte kravspesifikasjon for nærmere beskrivelse).

Tidsplan

SSB foreslår at følgende tidsplan legges til grunn for samarbeidet:

Uke 32:	Programmering starter
Uke 34:	Programmering avsluttes
Uke 35 - 36:	Innlesing av testdata i SSBs statistikkprogramvare
Uke 37 - 38:	Eventuelle rettelser
Uke 39 - 40:	Pretest på legekantor. 1-2 dager pr. journalsystem
Uke 41 - 42:	Eventuelle rettelser, klargjøring av program
Uke 43 :	Utsending av diskettprogram og veiledning til pilotleger (SSB)
Uke 44:	Uttrekk av pilotdata (1. november)

Frist for tilbud

Vi ber om deres tilbud innen **3. august**. I forhold til vår henvendelse av 19. mars, utgår nå rapporten for å kartlegge ventetid. Vi vil derfor anta at deres tilbud vedrørende programmeringen vil ligge innenfor rammen av kostnadsestimatet SSB mottok den 17. april. Pretest prises for seg.

Eventuelle spørsmål kan rettes til seksjonssjef Ann Lisbet Brathaug (21 09 48 52) i perioden 23. - 31. juli, og til saksbehandler fra 1. august. Inge Kvalstad (21 09 48 85, ink@ssb.no) er til stede t.o.m. 25. juli, og kan kontaktes dersom det skulle være spørsmål om det rent tekniske.

Med hilsen

Jens-Kristian Borgan
 fung. seksjonssjef

vedlegg

Anne Sundvoll
 prosjektleder

Kravspesifikasjon: SEDA

Følgende oversikt (side 1-4) viser hvilke variable SEDA-uttrekket omfatter, samt en beskrivelse av hver enkelt variabel med anbefalt kodeliste. For rapport 1 "Pasientkontakt i perioden" har vi systematisert variablene i variabelgruppene A - N. For rapport 2 "Fastlegelisten" har vi variabelgruppen O.

Variabel (SSBs internnavn)	Type	Antall tegn	Kommentar
Rapport 1: Pasientkontakt i perioden			
<u>A. Pasientinformasjon</u>			
1. PasientId	c	ca. 5	Journalnummeret
2. PasientKjonn	c	1	1=Mann 2=Kvinne
3. PasientAlder	n	3	Fylte år pr. dato for datauttak
4. PasientBostedskommune	c	4	Kommunennummer
5. PasientListet	c	1	1 = Pasienten inngår i kontaktlegens listepopulasjon 2 = Pasienten står på liste hos en annen lege ved legekantoret 3 = Pasienten har ingen fastlege ved legekantoret
6. PasientTrygdekantor	c	4	Trygdekantornummer (For pasienter med Oslo, Bergen, Trondheim eller Stavanger som bosteds-kommune)
<u>B. Legeinformasjon</u>			
Informasjon om kontaktlege (lege som har ført inn opplysninger i journalen)			
1. KontaktlegeHpr	c	7	Helsepersonellnummer
2. KontaktlegeKjonn	c	1	1=Mann 2=Kvinne
3. KontaktlegeAlder	n	3	Fylte år pr. dato for datauttak
4. FastlegeId	c	3	Initialer til pasientens fastlege
<u>C. Medarbeiderinformasjon</u>			
1. MedarbeiderId	c	3	Initialer til annet helsepersonell/hjelpepersonell ved legekantoret
<u>D. Informasjon om legekantor</u>			
1. KontaktstedAdresse	c	25	Tekst
2. KontaktstedPostkode	c	4	Postkode
3. KontaktstedKommune	c	4	Kommunennummer

<u>E. Informasjon om journalsystem</u>			
1. JournalSystem	c	1	1= Infodoc 2= Profdoc Vision 3= WinMed
2. JournalVersjon	c	ca. 4	Versjonsnummer
3. JournalKjoredato	c	8	Dato for datauttak (DDMMYYYY)
<u>F. Kontaktinformasjon</u>			
1. KontaktDato	c	8	Dato, måned, (DDMMYYYY)
2. KontaktTidspunkt	c	4	Tidspunkt (TTMM)
3. KontaktTakstType	n	3	Tallkode (se beskrivelse side 8)
4. KontaktRegistrering- Type	n	3	Tallkode (se beskrivelse side 9 og 10)
5. KontaktNyVvurdering	c	1	1 = Second opinion for pasient
<u>G. Diagnose</u>			
1. DiagnoseKode (1-5)	c	3	ICPC-kode
<u>H. Reseptutstedelse</u>			
1. ReseptRefusjonspunkt (1-30)	c	1	1 = Hvit resept 2 = Blå resept
2. ReseptKategori (1-30)	c	1	1= A-resept 2= B-resept 3= C-resept 4= Annet
<u>I. Legemidler</u>			
1. LegemiddelKode (1-35)	c	7	ATC-kode
2. LegemiddelDøgn-dose(1- 35)	n	ca. 5	Definert Døgn-dose
Dersom ingen ATC-kode, ønskes:	c	30	Navn
Alt1. LegemiddelNavn (1-10)			

<u>J. Henvisninger</u>			
1. Henvisning (1-6)	c	1	1 = Skjema for henvisning fylt ut
<u>K. Rekvisisjoner</u>			
1. RekvireringFysioterapi (1-6)	c	1	1 = Skjema for fysioterapi fylt ut
2. RekvireringKiropraktikk (1-6)	c	1	1 = Skjema for kiropraktikk fylt ut
3. RekvireringBilleddiagnostikk (1-6)	c	1	1 = Skjema for røntgen fylt ut
<u>L. Biologiske prøver</u>			
1. AnalyseSvar(1-20)	c	1	1 = Analysesvar registrert
2. AnalyseLaboratorium- Type (1-20)	c	1	1 = Analyse fra egen lab. 2 = Analyse fra ekstern lab.
3. AnalyseNavn (1-20)	c	30	Navn på prøve
<u>M. Sykmelding</u>			
1. SykmeldingUtstedelse	c	1	1 = Sykmeldingsattest utfylt
2. SykmeldingDatoForste- Helt	c	8	(DDMMYYYY)
3. SykmeldingDatoSiste- Helt	c	8	(DDMMYYYY)
4. SykmeldingDatoForste- Delvis	c	8	(DDMMYYYY)
5. SykmeldingDatoSiste- Delvis	c	8	(DDMMYYYY)
6. SykmeldingGrad	n	3	<0, 100>
7. SykmeldingDiagnose	c	3	ICPC-kode
<u>N. Andre erklæringer til trygden</u>			Identifikasjon av skjema til Folketrygden
1. ErklæringSykmeldingII (1-6)	c	1	Sykefravær i mer enn 8 uker 1 = Skjema fylt ut
2. ErklæringRehabilite- ring (1-6)	c	1	Rehabiliteringspenger 1 = Skjema fylt ut
3. ErklæringAttføring (1-6)	c	1	Yrkesrettet attføring 1 = Skjema fylt ut
4. ErklæringUforepensjon (1-6)	c	1	Uførepensjon 1 = Skjema fylt ut

Rapport 2: Fastlegelisten			
<u>O. Listeinformasjon - fastlegepasienter</u>			Opplysninger om listepasientene til pilotlegene
1. ListePasientId	c	ca. 5	Journalnummer (blank ellers)
2. ListePasientKjonn	c	1	1=Mann 2=Kvinne
3. ListePasientAlder	n	3	Fylte år pr. dato for datauttak
4. ListePasient-Bostedskommune	c	4	Kommunennummer
5. ListePasientTrygdekontor	c	4	Trygdekontornummer (For pasienter fra Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger)
6. ListeLegeHpr	c	7	Helsepersonellnummer
7. ListeLegeId	c	3	Initialer
8. ListeLengde	c	4	Antall personer på listen pasienten tilhører

Blank er initialverdi. Hvis feltet ikke er utfylt, blir blank stående.

Rapporter uttrekket omfatter:**1. Uttak av pilotlegenes pasientkontakter i registreringsperioden.**

Det skal genereres én record pr. kontakt. Hver record skal angi pasientopplysninger (P), legeopplysninger (L), kontaktopplysninger (K), diagnose (D) og aktuelle tiltak (T).

<u>Symbol</u>	<u>Hovedgruppe</u>	<u>Variabelgruppe</u>
(P)	Pasientopplysninger	A
(L)	Legeopplysninger	B, C, D, E
(K)	Kontaktopplysninger	F
(D)	Diagnose	G
(T)	Aktuelle tiltak	H, I, J, K, L, M, N

Se vedlagte "Oversikt over SEDA-variable og grupperinger av disse" for fullstendig oversikt.

SSB ønsker at recordene bygges opp på en slik måte at det er mulig å gjenfinne hvilke tiltak som hører til de ulike diagnosene. Se vedlegget for forslag til struktur. Dersom et tiltak ikke kan knyttes til en bestemt diagnose, ønsker vi at tiltakene legges i de siste posisjonene som er avsatt for hver variabel, angitt med X.

For hver kontakt tas ut:

- Inntil 5 diagnoser
- Inntil 30 resepter (inntil 5 resepter pr. oppgitt diagnose (`DiagnoseKode`), samt 5 ekstra avsatte felter for resepter som ikke korresponderer med (hører til) noen av de angitte diagnosene)

Ved oppgitt ATC-kode og døgndose tas ut:

- Inntil 35 legemidler (inntil 5 legemidler pr. registrert resept (`ReseptRefusjonspunkt`), samt 10 ekstra avsatte felter for legemidler som ikke korresponderer med noen av de angitte reseptene)

Når ATC-kode ikke er registrert tas ut:

- Inntil 10 legemidler angitt med `LegemiddelNavn` (ingen korrespondanse med `ReseptRefusjonspunkt` eller `DiagnoseKode`)
- Inntil 6 henvisninger (inntil 1 henvisning pr. diagnose, samt ett ekstra avsatt felt hvis henvisningen ikke korresponderer med noen av de angitte diagnosene (`DiagnoseKode`))
- Inntil 6 rekvisisjoner av hver type (inntil 1 rekvisisjon pr. oppgitt diagnose, samt ett ekstra avsatt felt hvis rekvisisjonen ikke korresponderer med noen av de angitte diagnosene (`DiagnoseKode`))
- Inntil 20 prøvesvar (ingen korrespondanse med diagnose (`DiagnoseKode`))
- Inntil 6 erklæringer til trygden av hver type (inntil 1 erklæring pr. oppgitt diagnose, samt ett ekstra avsatt felt hvis erklæringen ikke korresponderer med noen av de angitte diagnosene (`DiagnoseKode`)).

SSB ønsker å diskutere mulige løsninger for å ta ut og systematisere "etterarbeid" i forbindelse med en pasientkontakt (eksempelvis skriving av henvisninger, erklæringer og meldinger). For leger som benytter kontaktregistrering, vil slikt arbeid registreres som separate kontakter, selv om arbeidet hører til en tidligere pasientkontakt. I Profdoc Vision går vi ut fra at slikt arbeid gjerne kontaktregistreres med menyvalget "ingen kontakt" og i Winmed menyvalget "ikke registrer kontakttype". Alternativt må disse recordene tas ut som de er, og behandles/omkodes i SSB.

For Infodoc har vi foreslått (se side 10) at utfylt anamnese-felt generer ny kontakt. Vi forutsetter her at etterarbeidet er lagt til recorden for siste kontakt (siste gang anamnese-feltet ble utfylt,) for den pasienten arbeidet gjelder.

2. Uttak av pilotlegenes listepasienter

For alle pasienter som har pilotlegene som fastlege skal....

ListePasientId (journalnummer), ListepasientKjonn, ListepasientAlder, ListepasientBostedskommune, ListepasientTrygdekontor, ListeLegeHpr, ListeLegeId og ListeLegnde angis.

<u>Symbol</u>	<u>Hovedgruppe</u>	<u>Variabelgruppe</u>
---------------	--------------------	-----------------------

(F)	Listeinformasjon O for fastlegepasienten	
-----	---	--

Se vedlagte "Oversikt over SEDA-variable og grupperinger av disse" for fullstendig oversikt.

Anbefalt struktur på filbeskrivelsen

Skisse:

Variabelnavn	Fra-posisjon	Til-posisjon	Kommentar
leverandør			
..... 0001		0005*	Jorunalnummer
..... 0006		0006	Pasientens kjønn
..... 0007		0009	Pasientens alder
.....
.....
.....
.....
..... 0101		0115*	Diagnosekodene. Max 5 koder (alle 5 diagnose kodene ligger etter hverandre)
.....
.....
.....
.....
..... 1617		1622	Erklæring om uførepensjon. Max 1 erklæring pr. oppgitte diagnosekode, samt en ekstra avsatt posisjon dersom erklæringen ikke korresponderer med noen av de oppgitte diagnosekodene. (alle 6 avsatte posisjoner ligger etter hverandre)

* Posisjonen skisserer antatt lengde på felt

Anbefalt struktur på testfilbeskrivelsen

Skisse:

Fra-posisjon	Til-posisjon	Verdi på variabel
0001	0005	10501
0006	0006	1
0007	0009	049
.....
.....
.....
.....
0101	0115	L02□□□T90□□□□□□
.....
.....
.....
.....
1617	1622	1□□□□□

Symbolet □ angir blank

KontaktTakstType (alle systemer)

Takster for kontakttype (KontaktTakstType) skal tas ut og kodes etter listen nedenfor. Koden er angitt med fete typer. Tilleggstakster i forbindelse med innføring av fastlegeordningen berøres ikke.

	Kontaktgruppe	Kodeliste
I kontortid	Indirekte kontakt	Enkel kontakt ved telefon, brev og lignende (1bd) 111
		Telefon eller skriftlig kontakt med samarbeidende instanser (1f) 112
		Møte med samarbeidende personell (14a+b) 113
	Enkel direkte kontakt	Enkel kontakt ved personlig fremmøte av pasient eller bud (1ad) 211
	Konsultasjon	Konsultasjon (for sykdom eller mistanke om sykdom) (2ad) 311
		Gruppebehandling (2ed) 312
Sykebesøk	Sykebesøk (til pasientens hjem eller oppholdssted) (11ad) 411	
Legevakt	Indirekte kontakt	Enkel kontakt ved telefon, brev og lignende (1bk) 121
		Enkel kontakt ved telefon kl 23-08 uten vaksentral (1g) 122
	Enkel direkte kontakt	Enkel kontakt ved personlig fremmøte av pasient eller bud (1ak) 221
	Konsultasjon	Konsultasjon (for sykdom eller mistanke om sykdom) (2ak) 321
	Sykebesøk legevakt	Sykebesøk (til pasientens hjem eller oppholdssted) (11ak) 421
		Uttrykking til kontoret under legevakt (2fk) 422

Tolkning av kodene:

Første siffer angir kontaktgruppe.

Andre siffer angir om kontakten skjer i kontortid eller i forbindelse med legevakt.

Tredje siffer skiller de ulike takstene innenfor samme kontaktgruppe fra hverandre.

Sammenholdning av feltene `KontaktTakstType` og `KontaktRegistreringType` vil gi informasjon utover det takstene alene kan gi. SSB ønsker å identifisere bl.a. kontakter som ikke utløser takst, for eksempel konsultasjon av forebyggende eller administrativ karakter. For å få til dette, er vi avhengig av informasjonen i begge feltene.

Tillegg for Winmed

Kontaktregistreringskoden (`KontaktRegistreringType`) skal tas ut og kodes etter malen nedenfor.

Winmed journalsystem. Standard menyvalg

	Kontortid	Legevakt
Telefon	110	120
Enkel pasientkontakt	211	221
Konsultasjon	311	321
Konsultasjon øyeblikkelig hjelp	311	321
Konsultasjon kontroll	311	321
Sykebesøk	411	420
Sykebesøk øyeblikkelig hjelp	411	420
Bedriftsundersøkelse	511	521
Ikke registrer kontaktype	999	

Tillegg for Profdoc Vision

Kontaktregistreringskoden (`KontaktRegistreringType`) skal tas ut og kodes etter malen nedenfor.

Profdoc Vision journalsystem. Standard menyvalg

	I kontortid	Legevakt
Brev	111	
Telefon med pasientkontakt	111	
Telefon uten pasientkontakt	112	
Telefon legevakt		120
Bud	211	
Enkel pasientkontakt	211	
Konsultasjon	311	
Konsultasjon legevakt		321
Konsultasjon kontroll	311	
Konsultasjon øyeblikkelig hjelp	311	
Sykebesøk	411	
Sykebesøk øyeblikkelig hjelp	411	
Sykebesøk legevakt		420
Annen kontakt	610	
Ingen kontakt	711	
Notat	712	
Journalhåndtering uten kontakt	713	
<i>Egne menyvalg*</i>	810	

* Dersom legen har lagt inn egne menyvalg i kontaktregistreringen, kodes disse med kode 810

Tillegg for Infodoc

Her ønsker vi å bruke anamnese-feltet til å identifisere en kontakt.

Hver gang det har vært en pasientkontakt, fylles feltet ut.

Tolkning av KontaktRegistreringType:

- Utfylt felt identifiserer ny kontakt.
- For kontakter der KontaktTakstType er utfylt (jf side 8), settes KontaktRegistreringType lik KontaktTakstType.
- For kontakter som ikke utløser takst (jf. takstene på side 8), settes KontaktRegistreringType lik kode 314 (kode som beskriver konsultasjon av forebyggende eller administrativ karakter)

AKTIVITETSDATA FRA ALLMENNLEGETJENESTEN

Vedlegg – NOMESKO's diagnosegrupper

Anders Grimsø
Samfunnsmedisinsk forskningsenter Sunndal
N-6650 Sunndal

Aggregering av ICPC koder til større diagnosegrupper:

Diagnosegrupper	ICPC-koder
Luftveisinfeksjoner, inkl. otitt	R05, R09-R23, R70-R83, H71-H74
Nakke-, skuldre- og andre entesopatii	L01, L08-L17, L83, L87, L92, L93
Ryggproblemer	L02-L03, L84-L86
Psykiske lidelser	P01-P29, P70-P99
Atopi og andre hypersensivitets sykdommer	R02-R03, R91, R96-R97, A12, S02, S87-S88, S98
Hypertensjon	K86-K87
Iskemisk hjertesykdom og arytmier	K74-K80
Diabetes	T90
Ondartete svulster	A79, B72-B74, D74-D77, F74, H75, K72, L71, N74, R84-R85, S77, T71, T73, U75-U77, W72, X75-X77, Y77-Y78
Underlivslidelser kvinner	X01-X29, X70-X75, X78-X81, X83-X99
Funksjonelle mage-tarm lidelser	D1-D12, D17-D21, D84-D87, D90, D92, D93
Hudinfeksjoner	S03, S09-S11, S70-S76, S84-S85, S92-S93, S95
Skader	A80, A81, A86, A88, B77, D79-D80, F75-F79, H76-H79, L72-L81, N79-N81, R87-R88, S12-S19, U80, X82, Y80
Svangerskap og familieplanlegging	W01-W99
Vaksinasjon og annen forebyggende virksomhet	(A-Y)30, (A-Y)31 (ekskl. W), (A-Y)44-45, (A-Y)49
Andre diagnoser	Alle andre koder

Vedlegg G

Til allmennleger som har levert data til SEDA -
Sentrale data fra allmennlegetjenesten vinteren 2001/2002

Oslo, 15. mai 2002
Deres ref.: Vår ref.: 00/1507
Saksbehandler: Anne Sundvoll
Seksjon for helsestatistikk

SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten

Statistisk sentralbyrå har i vinter gjennomført en prøvedatainnnsamling som har omfattet 50 allmennleger i Norge. Vi har testet datauttrekk fra WinMed, Profdoc Vision og Infodoc journalsystem.

Det aller viktigste for oss i denne fasen har vært å få oversikt over hva slags informasjon som lagres i de ulike journalsystemene, og hvor godt dataene er egnet for statistikkformål. Innspill fra deltakerne vil inngå i rapporten fra pilotprosjektet, som overleveres Sosial- og helsedirektoratet den 5. juni.

Det tilsendte datamaterialet er foreløpig og ikke offentlig. Vi ber derfor om at datamaterialet behandles fortrolig. Samtidig gjør vi oppmerksom på at det kan være mangler og usikkerhet i materialet. Dette vil bli omtalt i rapporten fra prosjektet, som vil bli ettersendt.

Vedlagt finnes:

- En bearbeidet oversikt over din aktivitet i perioden 1. - 30. november 2001 (vedlegg 1)
- Kommunedatabell - Innbyggere fordelt etter alder og kjønn pr. 1.1.2002 (vedlegg 2)
- Aggregert statistikk for legene som inngikk i undersøkelsen (vedlegg 3)

Vi mottar gjerne innspill om hvilke oversikter dere finner spesielt nyttige, eventuelt andre ønsker for presentasjon av data. Vi ønsker også tilbakemeldinger om datainnsamlingsopplegget.

Tilbakemeldinger kan gjøres pr.:

E-post: anne.sundvoll@ssb.no
Telefon: 21 09 45 45/977 99 303 (prosjektleder) 21 09 46 51 (forværelse)
Faks: 21 09 44 04
Brev: Statistisk sentralbyrå
Seksjon for helsestatistikk v/ Anne Sundvoll
Postboks 8131 Dep.
0033 OSLO

Frist: 31. mai

De av dere som har sagt seg villig til å komme med forslag til justeringer i et videre opplegg, kommer vi til å kontakte i løpet av mai. Kom oss gjerne i forkjøpet !!

Håper dere har utbytte av tilbakemeldingen !

Med vennlig hilsen

Ann Lisbet Brathaug
seksjonssjef

Anne Sundvoll
prosjektleder

SEDA – Tilbakeføring av praksisprofil

Vedlagt finnes tabeller for Hpr-nummer _____

Det kan være ulike ønskemål for hvordan statistikken ønskes presentert. Tilbakemeldinger fra allmennleger underveis i arbeidet, har blant annet ført til at vi her velger å vise to typer alders- og diagnosegrupperinger.

Tilbakemeldingen er ordnet som følger:

1) Oversikt over dine listepasienter i perioden

- Listepasienter fordelt etter alder og kjønn

2) Oversikt over dine pasientkontakter i perioden

- Pasientkontakter fordelt på listepasienter, øvrige pasienter tilknyttet legekantoret og andre (Både takster og kontaktregistrering²² er lagt til grunn)
- Pasientkontakter fordelt på legevaktskontakter og øvrige kontakter
- Pasientkontakter fordelt på ulike ukedager (mandag - fredag)
- Gjennomsnittlig antall pasientkontakter pr. hverdag
- Pasientkontakter fordelt etter pasientens alder og kjønn²³
- Ulike pasienter (personer med minst én legekontakt i perioden) fordelt etter alder og kjønn²⁴

3) Oversikt over pasientkontakter, diagnoser og tiltak i perioden for de av kontaktene som gjelder dine listepasienter

- Ulike listepasienter (personer med minst én legekontakt i perioden) fordelt etter alder og kjønn³
- Pasientkontakter med egne listepasienter, fordelt etter pasientens alder og kjønn²
- Pasientkontakter fordelt etter kontakttypen og pasientens kjønn
- Andel konsultasjoner
- Diagnoseoversikt
- Reseptstatistikk
- Legemiddelforskrivningsprofil
 - Vanedannende legemidler : Legemidler på A- og/eller B-resept
 - Antibiotika : Legemidlets ATC-kode starter med "J"/Infodoc : Manuelt utplukk
 - Spesifikk forskrivning : Legemidler på blå resept
 - Uspesifikk forskrivning : Alle andre legemidler
- Laboratoriedata
- Henvvisninger og rekvisisjoner
- Sykmeldingsoversikt

²² WinMed og Profdoc Vision

²³ Kontakt er telleenhet

²⁴ Person er telleenhet

Praksisprofil, alle leger samlet

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Listeprofil
 Beskrivelse : Pasientene på fastlegelisten
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper NOMESCO	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
					Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Fastlegens liste	50644	24033	26606	5	100	100	100	100
Yngre enn 1 år	1267	667	600	-	3	3	2	-
01 - 04 år	1890	971	919	-	4	4	3	-
05 - 14 år	6976	3593	3382	1	14	15	13	20
15 - 24 år	6401	3172	3228	1	13	13	12	20
25 - 44 år	14808	7050	7758	-	29	29	29	-
45 - 64 år	11783	5605	6176	2	23	23	23	40
65 - 74 år	3380	1526	1853	1	7	6	7	20
75 - 84 år	2947	1102	1845	-	6	5	7	-
Eldre enn 85 år	1115	314	801	-	2	1	3	-
Uoppgitt aldersgruppe	77	33	44	-	0	0	0	-

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Listeprofil
 Beskrivelse : Pasientene på fastlegelisten
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper HJULET	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
					Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Fastlegens liste	50644	24033	26606	5	100	100	100	100
00 - 06 år	4642	2405	2237	-	9	10	8	-
07 - 15 år	6080	3150	2928	2	12	13	11	40
16 - 19 år	2456	1260	1196	-	5	5	4	-
20 - 24 år	3356	1588	1768	-	7	7	7	-
25 - 66 år	27253	12951	14300	2	54	54	54	40
67 - 79 år	4306	1874	2431	1	9	8	9	20
80 - 89 år	2105	679	1426	-	4	3	5	-
Eldre enn 90 år	369	93	276	-	1	0	1	-
Uoppgitt aldersgruppe	77	33	44	-	0	0	0	-

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Kontaktprofil
 Beskrivelse : Pasientkontakter i perioden
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter KONTAKTTYPE og PASIENTSTATUS

Kontakttype	Personer	Listepa- sient	Pasient tilhøre- legekon- toret	Pasient utenfra	Totalt	Listepa- sient	Pasient tilhøre- legekon- toret	Pasient utenfra
					Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
I alt	22422	17481	3555	1386	100	100	100	100
Enkel kontakt uten frammøte	7805	6122	1153	530	35	35	32	38
Enkel kontakt med frammøte	1799	1353	359	87	8	8	10	6
Konsultasjon	11023	8697	1766	560	49	50	50	40
Sykebesøk	292	140	60	92	1	1	2	7
Administrative kontakter	729	534	126	69	3	3	4	5
Annen uspesifisert kontakt	774	635	91	48	3	4	3	3

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Kontaktprofil
 Beskrivelse : Pasientkontakter i perioden
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter KONTAKTLEGEVAKT og KJØNN

Legevakt	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
	Antall	Antall	Antall	Antall
I alt	22422	8493	13910	19
Kontakt ifm legevakt	652	268	372	12
Øvrige kontakter	21770	8225	13538	7

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Kontaktopplysninger
 Beskrivelse : Forholdet mellom kontakter og kontakttypene
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter KONTAKTTYPE og KJØNN (hverdager)

Kontaktttype	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
I alt	22022	8335	13675	12
Enkel kontakt uten fram møte	7607	2712	4891	4
Enkel kontakt med fram møte	1792	670	1122	-
Konsultasjon	10977	4212	6762	3
Sykebesøk	232	105	125	2
Administrative kontakter	678	350	325	3
Annen uspesifisert kontakt	736	286	450	-

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Kontaktopplysninger
 Beskrivelse : Forholdet mellom kontakter og kontakttypene
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter KONTAKTTYPE og KJØNN (mandager)

Kontaktttype	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
I alt	4749	1760	2986	3
Enkel kontakt uten fram møte	1667	568	1098	1
Enkel kontakt med fram møte	401	137	264	-
Konsultasjon	2313	877	1435	1
Sykebesøk	43	20	22	1
Administrative kontakter	163	92	71	-
Annen uspesifisert kontakt	162	66	96	-

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Kontaktopplysninger
 Beskrivelse : Forholdet mellom kontakter og kontakttypene
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter KONTAKTTYPE og KJØNN (tirsdager)

Kontaktttype	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
I alt	4168	1552	2614	2
Enkel kontakt uten fram møte	1327	479	848	-
Enkel kontakt med fram møte	315	103	212	-
Konsultasjon	2192	824	1367	1
Sykebesøk	56	21	35	-
Administrative kontakter	117	56	60	1
Annen uspesifisert kontakt	161	69	92	-

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Kontaktopplysninger
 Beskrivelse : Forholdet mellom kontakter og kontakttypene
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter KONTAKTTYPE og KJØNN (onsdager)

Kontaktttype	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
I alt	3822	1474	2346	2
Enkel kontakt uten fram møte	1328	499	828	1
Enkel kontakt med fram møte	301	122	179	-
Konsultasjon	1884	721	1163	-
Sykebesøk	36	22	13	1
Administrative kontakter	137	66	71	-
Annen uspesifisert kontakt	136	44	92	-

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Kontaktopplysninger
 Beskrivelse : Forholdet mellom kontakter og kontakttyper
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter KONTAKTTYPE og KJØNN (torsdager)

Kontaktttype	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
I alt	4630	1765	2862	3
Enkel kontakt uten frammøte	1694	629	1063	2
Enkel kontakt med frammøte	354	131	223	-
Konsultasjon	2257	860	1397	-
Sykebesøk	57	22	35	-
Administrative kontakter	121	60	60	1
Annen uspesifisert kontakt	147	63	84	-

Prosjekt SEDA : Sentrale data for Allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Kontaktopplysninger
 Beskrivelse : Forholdet mellom kontakter og kontakttyper
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter KONTAKTTYPE og KJØNN (fredager)

Kontaktttype	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
I alt	4541	1740	2800	1
Enkel kontakt uten frammøte	1552	527	1025	-
Enkel kontakt med frammøte	408	171	237	-
Konsultasjon	2287	911	1376	-
Sykebesøk	37	18	19	-
Administrative kontakter	127	69	57	1
Annen uspesifisert kontakt	130	44	86	-

Oversikt over gjennomsnittlig antall pasientkontakter

Gjennomsnittlig antall pasientkontakter for mandager	24.2
Gjennomsnittlig antall pasientkontakter for tirsdager	21.3
Gjennomsnittlig antall pasientkontakter for onsdager	19.5
Gjennomsnittlig antall pasientkontakter for torsdager	18.9
Gjennomsnittlig antall pasientkontakter for fredager	18.5

Gjennomsnittlig antall pasientkontakter for hverdager

20.8

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Pasientprofil
 Beskrivelse : Pasienter med kontakt i perioden
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper NOMESCO	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Uoppgitt kjønn			
					Totalt Prosent	Menn Prosent	Kvinner Prosent	Prosent
Antall kontakter	22422	8493	13910	19	100	100	100	100
Yngre enn 1 år	378	184	191	3	2	2	1	16
01 - 04 år	472	252	216	4	2	3	2	21
05 - 14 år	897	416	478	3	4	5	3	16
15 - 24 år	1829	543	1286	-	8	6	9	-
25 - 44 år	6956	2457	4499	-	31	29	32	-
45 - 64 år	6193	2502	3689	2	28	29	27	11
65 - 74 år	2336	980	1354	2	10	12	10	11
75 - 84 år	2468	868	1596	4	11	10	11	21
Eldre enn 85 år	865	284	580	1	4	3	4	5
Uoppgitt aldersgruppe	28	7	21	-	0	0	0	-

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Pasientprofil
 Beskrivelse : Pasienter med kontakt i perioden
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper HJULET	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
					Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Antall kontakter	22422	8493	13910	19	100	100	100	100
00 - 06 år	1075	548	520	7	5	6	4	37
07 - 15 år	785	353	429	3	4	4	3	16
16 - 19 år	565	187	378	-	3	2	3	-
20 - 24 år	1151	307	844	-	5	4	6	-
25 - 66 år	13531	5123	8405	3	60	60	60	16
67 - 79 år	3270	1313	1954	3	15	15	14	16
80 - 89 år	1790	571	1217	2	8	7	9	11
Eldre enn 90 år	227	84	142	1	1	1	1	5
Uoppgitt aldersgruppe	28	7	21	-	0	0	0	-

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Pasientprofil
 Beskrivelse : Ulike pasienter med kontakt i perioden
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper NOMESCO	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
					Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Ulike pasienter	14104	5520	8572	12	100	100	100	100
Yngre enn 1 år	282	145	135	2	2	3	2	17
01 - 04 år	324	179	143	2	2	3	2	17
05 - 14 år	715	336	378	1	5	6	4	8
15 - 24 år	1203	393	810	-	9	7	9	-
25 - 44 år	4301	1571	2730	-	30	28	32	-
45 - 64 år	3913	1612	2299	2	28	29	27	17
65 - 74 år	1418	598	818	2	10	11	10	17
75 - 84 år	1429	518	909	2	10	9	11	17
Eldre enn 85 år	504	162	341	1	4	3	4	8
Uoppgitt aldersgruppe	15	6	9	-	0	0	0	-

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Pasientprofil
 Beskrivelse : Ulike pasienter med kontakt i perioden
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper HJULET	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Totalt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
					Prosent	Prosent	Prosent	Prosent
Ulike pasienter	14104	5520	8572	12	100	100	100	100
00 - 06 år	791	416	371	4	6	8	4	33
07 - 15 år	611	280	330	1	4	5	4	8
16 - 19 år	390	144	246	-	3	3	3	-
20 - 24 år	732	213	519	-	5	4	6	-
25 - 66 år	8467	3294	5170	3	60	60	60	25
67 - 79 år	1920	783	1135	2	14	14	13	17
80 - 89 år	1039	332	706	1	7	6	8	8
Eldre enn 90 år	139	52	86	1	1	1	1	8
Uoppgitt aldersgruppe	15	6	9	-	0	0	0	-

Prosjekt SEDA : Sentrale data for allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Koble pasientprofil og listeprofil
 Beskrivelse : De som både er listepasienter og som har vært i kontakt med fastlegen (personer)
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper NOMESCO	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Totalt	Menn	Kvinner
					Prosent	Prosent	Prosent
Listepasienter	11878	4575	7303	-	100	100	100
Yngre enn 1 år	184	101	83	-	2	2	1
01 - 04 år	236	129	107	-	2	3	1
05 - 14 år	569	271	298	-	5	6	4
15 - 24 år	919	294	625	-	8	6	9
25 - 44 år	3603	1280	2323	-	30	28	32
45 - 64 år	3447	1395	2052	-	29	30	28
65 - 74 år	1241	529	712	-	10	12	10
75 - 84 år	1250	444	806	-	11	10	11
Eldre enn 85 år	412	123	289	-	3	3	4
Uoppgitt aldersgruppe	17	9	8	-	0	0	0

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Koble pasientprofil og listeprofil
 Beskrivelse : De som både er listepasienter og som har vært i kontakt med fastlegen (personer)
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper HJULET	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Totalt	Menn	Kvinner
					Prosent	Prosent	Prosent
Listepasienter	11878	4575	7303	-	100	100	100
00 - 06 år	564	299	265	-	5	7	4
07 - 15 år	489	229	260	-	4	5	4
16 - 19 år	300	113	187	-	3	2	3
20 - 24 år	555	154	401	-	5	3	5
25 - 66 år	7272	2773	4499	-	61	61	62
67 - 79 år	1684	691	993	-	14	15	14
80 - 89 år	890	272	618	-	7	6	8
Eldre enn 90 år	107	35	72	-	1	1	1
Uoppgitt aldersgruppe	17	9	8	-	0	0	0

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Koble pasientprofil og listeprofil
 Beskrivelse : De som både er listepasienter og som har vært i kontakt med fastlegen (alle kontakter)
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper NOMESCO	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Totalt	Menn	Kvinner
					Prosent	Prosent	Prosent
Pasientkontakter	18918	7046	11872	-	100	100	100
Yngre enn 1 år	245	130	115	-	1	2	1
01 - 04 år	350	188	162	-	2	3	1
05 - 14 år	719	338	381	-	4	5	3
15 - 24 år	1406	402	1004	-	7	6	8
25 - 44 år	5796	1980	3816	-	31	28	32
45 - 64 år	5487	2181	3306	-	29	31	28
65 - 74 år	2045	866	1179	-	11	12	10
75 - 84 år	2132	727	1405	-	11	10	12
Eldre enn 85 år	712	225	487	-	4	3	4
Uoppgitt aldersgruppe	26	9	17	-	0	0	0

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Koble pasientprofil og listeprofil
 Beskrivelse : De som både er listepasienter og som har vært i kontakt med fastlegen (alle kontakter)
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper HJULET					Totalt	Menn	Kvinner
	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Prosent	Prosent	Prosent
Pasientkontakter	18918	7046	11872	-	100	100	100
00 - 06 år	770	402	368	-	4	6	3
07 - 15 år	632	289	343	-	3	4	3
16 - 19 år	429	148	281	-	2	2	2
20 - 24 år	889	219	670	-	5	3	6
25 - 66 år	11621	4308	7313	-	61	61	62
67 - 79 år	2847	1142	1705	-	15	16	14
80 - 89 år	1522	468	1054	-	8	7	9
Eldre enn 90 år	182	61	121	-	1	1	1
Uppgitt aldersgruppe	26	9	17	-	0	0	0

OPPSUMMERING for antall konsultasjoner pr. 1000 på liste

Antall listepasienter : 50644
 Antall konsultasjoner totalt : 9454
 Antall konsultasjoner pr 1000 på liste : 187

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Kontaktprofil
 Beskrivelse : Pasientkontakter i perioden
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter KONTAKTTYPE og KJØNN

Kontakttyper					Totalt	Menn	Kvinner
	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Prosent	Prosent	Prosent
I alt	18918	7046	11872	-	100	100	100
Enkel kontakt uten fram møte	6602	2329	4273	-	35	33	36
Enkel kontakt med fram møte	1470	517	953	-	8	7	8
Konsultasjon	9454	3575	5879	-	50	51	50
Sykebesøk	163	64	99	-	1	1	1
Administrative kontakter	559	295	264	-	3	4	2
Annen uspesifisert kontakt	670	266	404	-	4	4	3

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Diagnoseoversikt
 Beskrivelse : Fordeling av diagnoser
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter DIAGNOSEHOVEDGRUPPER og KJØNN

Diagnosegrupper NOMESCO					Totalt	Menn	Kvinner
	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Prosent	Prosent	Prosent
I alt	18918	7046	11872	-	100	100	100
01 Luftveisinfeksjoner, inkl. otitt	1299	526	773	-	7	7	7
02 Nakke-, skuldre- og andre entesopatii	1349	533	816	-	7	8	7
03 Ryggproblemer	953	424	529	-	5	6	4
04 Psykiske lidelser	2017	720	1297	-	11	10	11
05 Atopi og andre hypersensivitetssykdommer	437	175	262	-	2	2	2
06 Hypertensjon	779	299	480	-	4	4	4
07 Iskemisk hjertesykdom og arytmier	774	448	326	-	4	6	3
08 Diabetes	413	179	234	-	2	3	2
09 Ondartede svulster	219	112	107	-	1	2	1
10 Underlivslidelser kvinner	417	3	414	-	2	0	3
11 Funksjonelle mage-tarm lidelser	592	218	374	-	3	3	3
12 Hudinfeksjoner	260	99	161	-	1	1	1
13 Skader	487	264	223	-	3	4	2
14 Svangerskap og familieplanlegging	820	-	820	-	4	-	7
15 Vaksinasjon og annen forebyggende virksomhet	235	55	180	-	1	1	2
16 Andre diagnoser	7867	2991	4876	-	42	42	41

Prosjekt SEDA : SEntrale Data for Allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Diagnoseoversikt
 Beskrivelse : Fordeling av diagnoser
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter DIAGNOSEHOVEDGRUPPEICPC og KJØNN

Diagnosegrupper ICPC	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Totalt	Menn	Kvinner
					Prosent	Prosent	Prosent
I alt	18918	7046	11872	-	100	100	100
01 ICPC A-gruppe	1587	709	878	-	8	10	7
02 ICPC B-gruppe	296	104	192	-	2	1	2
04 ICPC D-gruppe	949	359	590	-	5	5	5
06 ICPC F-gruppe	396	158	238	-	2	2	2
08 ICPC H-gruppe	293	141	152	-	2	2	1
11 ICPC K-gruppe	2403	1166	1237	-	13	17	10
12 ICPC L-gruppe	3847	1419	2428	-	20	20	20
14 ICPC N-gruppe	740	232	508	-	4	3	4
16 ICPC P-gruppe	2106	759	1347	-	11	11	11
18 ICPC R-gruppe	1873	781	1092	-	10	11	9
19 ICPC S-gruppe	1061	440	621	-	6	6	5
20 ICPC T-gruppe	992	335	657	-	5	5	6
21 ICPC U-gruppe	613	180	433	-	3	3	4
23 ICPC W-gruppe	820	-	820	-	4	-	7
24 ICPC X-gruppe	594	5	589	-	3	0	5
25 ICPC Y-gruppe	174	173	1	-	1	2	0
26 ICPC Z-gruppe	59	26	33	-	0	0	0
27 Andre diagnoser	115	59	56	-	1	1	0

Antall henvisninger til sykehus/spesialist (totalt): 1232
 Antall ulike pasienter henvist til sykehus/spesialist: 1153
 Andel av ulike pasienter henvist til sykehus/spesialist: 9.76 %

Antall rekvisiteringer til fysikalsk behandling (totalt): 606
 Antall ulike pasienter rekvisitert fysikalsk behandling: 577
 Andel av ulike pasienter rekvisitert fysikalsk behandling: 4.88 %

Antall rekvisiteringer til kiropraktikk (totalt): 24
 Antall ulike pasienter rekvisitert kiropraktikk: 24
 Andel av ulike pasienter rekvisitert kiropraktikk: 0.2 %

Antall rekvisiteringer til røntgen (totalt): 632
 Antall ulike pasienter rekvisitert røntgen: 600
 Andel av ulike pasienter rekvisitert røntgen: 5.08 %

Antall kontakter totalt: 18918
 Antall ulike pasienter: 11807
 Antall listepasienter: 50644

Antall henvisninger til sykehus/spesialist pr 1000 på liste: 24
 Antall rekvisiteringer til fysikalsk behandling pr 1000 på liste: 12
 Antall rekvisiteringer til kiropraktisk behandling pr 1000 på liste ...: 0
 Antall rekvisiteringer til røntgen pr 1000 på liste: 12

Totalt antall hvite resepter: 8463
 Totalt antall blå resepter: 3040
 Totalt antall resepter (hvit og blå): 11503

Totalt antall kontakter: 18918
 Antall kontakter der resepter ble skrevet ut: 7156

Totalt antall A-resepter: 67
 Totalt antall B-resepter: 2051
 Totalt antall C-resepter: 8743
 Totalt antall andre resepter: 642
 Totalt antall resepter: 11503

Totalt antall kontakter: 18918

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Reseptprofil
 Beskrivelse : Fordeling etter totalt antall resepter
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper NOMESCO	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Totalt	Menn	Kvinner
					Prosent	Prosent	Prosent
I alt	11503	4087	7416	-	100	100	100
Yngre enn 1 år	113	62	51	-	1	2	1
01 - 04 år	145	74	71	-	1	2	1
05 - 14 år	259	133	126	-	2	3	2
15 - 24 år	535	140	395	-	5	3	5
25 - 44 år	2574	846	1728	-	22	21	23
45 - 64 år	3594	1375	2219	-	31	34	30
65 - 74 år	1784	688	1096	-	16	17	15
75 - 84 år	1846	561	1285	-	16	14	17
Eldre enn 85 år	642	204	438	-	6	5	6
Uoppgitt aldersgruppe	11	4	7	-	0	0	0

Prosjekt SEDA : Sentrale data fra allmennlegetjenesten
 Statistikkområde : Reseptprofil
 Beskrivelse : Fordeling etter totalt antall resepter
 TABELL : Aggregert statistikk fordelt etter ALDERSGRUPPER og KJØNN

Aldersgrupper HJULET	Personer	Menn	Kvinner	Ukjent	Totalt	Menn	Kvinner
					Prosent	Prosent	Prosent
I alt	11503	4087	7416	-	100	100	100
00 - 06 år	323	176	147	-	3	4	2
07 - 15 år	225	107	118	-	2	3	2
16 - 19 år	176	58	118	-	2	1	2
20 - 24 år	328	68	260	-	3	2	4
25 - 66 år	6479	2349	4130	-	56	57	56
67 - 79 år	2446	893	1553	-	21	22	21
80 - 89 år	1365	376	989	-	12	9	13
Eldre enn 90 år	150	56	94	-	1	1	1
Uoppgitt aldersgruppe	11	4	7	-	0	0	0

Summeringer for Profdoc Vision og Profdoc Winmed

Totalt antall forskrivninger av vanedannende legemidler ...	2605
Totalt antall forskrivninger av antibiotika	628
Totalt antall spesifikk forskrivning	1806
Totalt antall uspesifikk forskrivning	3622
Totalt antall forskrivninger Vision og Winmed	8661

Summeringer for Infodoc

Totalt antall forskrivninger av vanedannende legemidler ...	543
Totalt antall forskrivninger av antibiotika	255
Totalt antall spesifikk forskrivning	768
Totalt antall uspesifikk forskrivning	329
Totalt antall forskrivninger Infodoc	1895

Totalt for EPJ-leverandørene

Totalt antall forskrivninger av vanedannende legemidler ...	3148
Totalt antall forskrivninger av antibiotika	883
Totalt antall spesifikk forskrivning	2574
Totalt antall uspesifikk forskrivning	3951
Totalt antall forskrivninger	10556

Totalt antall listepasienter	50644
Antall kontakter	18918

Antall forskrivninger av vanedannende legemidler pr 1000 på liste :	62
Antall forskrivninger av antibiotika pr 1000 på liste	17
Antall spesifikke forskrivninger pr 1000 på liste	51
Antall uspesifikke forskrivninger pr 1000 på liste	78

Totalt antall prøver på eget laboratorium	10672
Totalt antall prøver på eksternt laboratorium	12092
Totalt antall prøver	22764
Totalt antall kontakter	18918
Antall kontakter der analyseprøver ble skrevet ut	3959
Antall analyseprøver pr. totalt antall pasienter	1.20
Antall analyseprøver pr. pasient tatt prøve av	5.74
Totalt antall prøver	22764
Antall listepasienter	50644
Antall prøver pr 1000 på liste	449
Antall pasienter totalt	18918
Antall ulike pasienter	11807
Totalt antall sykmeldinger	2764
Andel ulike pasienter sykmeldt	23.40 %
Antall med full sykmelding	2286
Antall med delvis sykmelding	478
Antall listepasienter	50644
Totalt antall sykmeldte i yrkesaktiv alder (16-67)	2809
Antall sykmeldte totalt pr 1000 i yrkesaktiv alder (16-67) på liste :	55

Vedlegg I

Vi gjengir her noen av de samme opptellingene som i kapittel 10, men med andre grupperinger.

Tabell H1. Pasientprofil. Pasienter med minst én legekontakt i perioden etter alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper HJULET	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn	
Ulike pasienter	14 104	5 520	8 572		12
Sum prosent	100	100			
00 - 06 år	791	8	4		
07 - 15 år	611	5	4		
16 - 19 år	390	3	3		
20 - 24 år	732	4	6		
25 - 66 år	8 467	6	60		
67 - 79 år	1920	14	13		
80 - 89 år	1039	6	8		
Eldre enn 90 år	139	1	1		
Uoppgitt aldersgruppe	15	0	0		

Tabell H2. Hoveddiagnose etter ICPC-diagnosegrupper og kjønn. Antall og prosent

Diagnosegrupper ICPC	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn	
I alt	22422	8 493	13 910		19
Sum prosent	100	100			
01 ICPC A-gruppe	2 104	11	8		
02 ICPC B-gruppe	349	1	2		
04 ICPC D-gruppe	1163	5	5		
06 ICPC F-gruppe	509	2	2		
08 ICPC H-gruppe	361	2	1		
11 ICPC K-gruppe	2 708	15	10		
12 ICPC L-gruppe	4 382	20	20		
14 ICPC N-gruppe	829	3	4		
16 ICPC P-gruppe	2 440	10	11		
18 ICPC R-gruppe	2 307	11	10		
19 ICPC S-gruppe	1 322	7	5		
20 ICPC T-gruppe	1113	5	5		
21 ICPC U-gruppe	743	2	4		
23 ICPC W-gruppe	957	0	7		
24 ICPC X-gruppe	689	0	5		
25 ICPC Y-gruppe	203	2	0		
26 ICPC Z-gruppe	75	0	0		
27 Andre diagnoser	168	1	1		

Tabell H3. Listepasienter etter alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper HJULET	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn	Prosent		
					I alt	Menn	Kvinner
Fastlegens liste	50 644	2 403	26 606	5	100	100	100
00 - 06 år	4 642	2 405	2 237	-	9	10	8
07 - 15 år	6 080	3 150	2 928	2	12	13	11
16 - 19 år	2 456	1 260	1 196	-	5	5	4
20 - 24 år	3 356	1 588	1 768	-	7	7	7
25 - 66 år	27 253	12 951	14 300	2	54	54	54
67 - 79 år	4 306	1 874	2 431	1	9	8	9
80 - 89 år	2 105	679	1 426	-	4	3	5
Eldre enn 90 år	369	93	276	-	1	0	1
Uoppgitt aldersgruppe	77	33	44	-	0	0	0

Tabell H4. Listepasienter med kontakt i perioden etter alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper HJULET	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn	Prosent		
					I alt	Menn	Kvinner
Pasient-kontakter	11 878	4 575	7 303	-	100	100	100
00 - 06 år	564	299	265	-	5	7	4
07 - 15 år	489	229	260	-	4	5	4
16 - 19 år	300	113	187	-	3	2	3
20 - 24 år	555	154	401	-	5	3	5
25 - 66 år	7272	2773	4499	-	61	61	62
67 - 79 år	1684	691	993	-	14	15	14
80 - 89 år	890	272	618	-	7	6	8
Eldre enn 90 år	107	35	72	-	1	1	1
Uoppgitt aldersgruppe	17	9	8	-	0	0	0

Tabell H5. Resepter fordelt etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper HJULET	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
I alt	13 034	4 702	8 329	3
Sum prosent	100	100		
00 - 06 år	420	5	2	
07 - 15 år	280	3	2	
16 - 19 år	228	1	2	
20 - 24 år	416	2	4	
25 - 66 år	7289	57	55	
67 - 79 år	2690	21	20	
80 - 89 år	1528	10	13	
Eldre enn 90 år	174	1	1	
Uoppgitt aldersgruppe		9	0	0

Tabell H6. Laboratorieprøver etter pasientens alder og kjønn. Antall og prosent

Aldersgrupper HJULET	I alt	Menn	Kvinner	Uoppgitt kjønn
I alt	25 015	8 940	16 073	2
Sum prosent	100	100		
00 - 06 år	380	2	1	
07 - 15 år	703	3	3	
16 - 19 år	638	2	3	
20 - 24 år	909	2	5	
25 - 66 år	13 896	58	54	
67 - 79 år	5 571	24	21	
80 - 89 år	2 622	8	12	
Eldre enn 90 år	293	1	1	
Uoppgitt aldersgruppe	3	0	-	

De sist utgitte publikasjonene i serien Rapporter*Recent publications in the series Reports*

- 2001/34 T. Pedersen: Tilpasning på arbeidsmarked-et for deltakere på ordinære arbeidsmarkedstiltak i årene 1999-2000. 2001. 18s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4990-2
- 2001/35 A. Langørgen, R. Aaberge og R. Åserud: Gruppering av kommuner etter folke-mengde og økonomiske rammebetingelser 1998. 2001. 53s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4992-9
- 2001/36 G. Haakonsen og E. Kvingedal: Utslipp til luft fra vedfyring i Norge. Utslippsfaktorer, ildstedsbestand og fyringsvaner. 2001. 51s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-4994-5
- 2001/37 K. Rypdal og L-C. Zhang: Uncertainties in Emissions of Long-Range Air Pollutants. 2001. 49s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5000-5
- 2001/38 B. Kupis Frøyen og Ø. Skullerud: Avfallsregnskap for Norge. Metoder og resultater for tekstilavfall. 2001. 41s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5005-6
- 2001/39 G.I. Gundersen og O. Rognstad: Lagring og bruk av husdyrgjødsel. 2001. 47s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5007-2
- 2001/40 I. Hauge Byberg, A. Hurlen Foss og T. Noack: Gjete kongens harer- rapport fra arbeidet med å få samboerne mer innpasset i statistikken. 2001. 60s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5008-0
- 2001/41 E. Engelién og P. Schøning: Friluftsliv og tilgjengelighet- metode for beregning av nøkkeltall. 2001. 23s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5012-9
- 2001/42 G.M. Pilskog, L. Solheim og K. Ødegård: Bruk av informasjons- og kommunikasjons-teknologi i næringslivet 2000. 2001. 56s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5013-7
- 2001/43 T. Smith og S.E. Stave: Ressursinnsats, utslipp og rensing i den kommunale avløpssektoren. 2001. 64s. ISBN 82-537-5014-5
- 2002/1 E. Rønning og S. T. Vikan: Lærernes arbeidsmiljø i 1990- årene. 2002. 60s. 180 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5016-1
- 2002/2 V.V. Holst Bloch: Arealstatistikk for tettstedsnære områder 1999-2000. 2002. 37s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-5375021-8
- 2002/3 J. Lyngstad og A. Støttrup Andersen: Utvikling i boforhold 1987-1997. Rapport til Boligutvalget. 2002. 40s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5031-5
- 2002/4 E. Røed Larsen: Boligutgiftene i Norge på 1990-tallet. Systematiske observasjoner av livsfase, geografi og husholdningstype. 2002. 25s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5024-2
- 2002/5 L. Østby: Demografi, flytting og boligbehov på 1990-tallet. 2002. 48s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5029-3
- 2002/6 L.S. Stambøl: Qualification, mobility and performance in a sample of Norwegian regional labour markets. 2002. 46s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5033-1
- 2002/7 A. Finstad, G. Haakonsen og K. Rypdal: Utslipp til luft av dioksiner i Norge - Dokumentasjon av metode og resultater. 2002. 33s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5040-4
- 2002/8 A. Finstad, K. Flugsrud og K. Rypdal: Utslipp til luft fra norsk luftfart. 2002. 31s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5047-1
- 2002/9 A. K. Brændvang og K. Ø. Sørensen: Fylkesfordelt satellittregnskap for turisme. 2002. 40s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5049-8
- 2002/10 Use of ICT in Nordic enterprises 2000/2001. 2002. 25s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5050-1
- 2002/11 T. Bye, O. Jess Olsen og K. Skytte: Grønne sertifikater - design og funksjon. 38s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5052-8
- 2002/12 A. Støttrup Andersen: Yngre på boligmarkedet 1987-1997. 2002. 40s. 155 kr inkl. mva. ISBN 82-537-5064-1