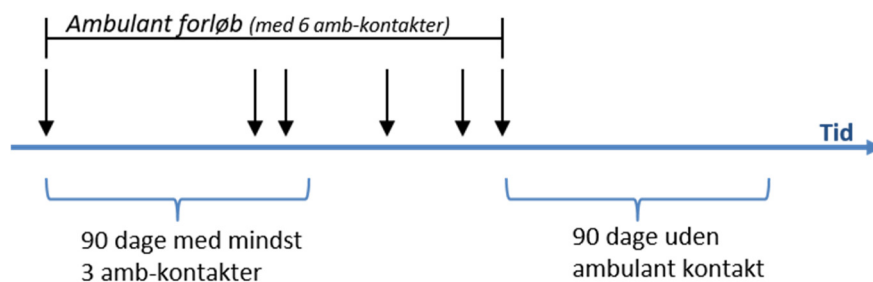


Styregruppen for Dansk Depressionsdatabase har haft til opgave at finde en metode til at danne databasens population med ambulante patientforløb efter overgangen til LPR3. Vi har været igennem forskellige modeller, der lød lovende, men som ikke holdt, når de blev testet på data. Bl.a. har vi undersøgt muligheden for at bruge LPR3-forløbselementer (metoden var i høring i foråret 2020, hvorefter den blev opgivet), vi har forsøgt os med en metode baseret på et kontakvarighedskriterium og samt en metode med forløbsmarkører for start af pakkeforløb med depressionsdiagnose. Særligt metoden med diagnose-specifikke forløbsmarkører havde vi store forventninger til, da det bruges i ADHD-databasen. Men efter test på data viste den sig at have en ringe dækningsgrad – der var en uacceptabel stor del af patienterne, der ikke kom med i populationen.

Vi har nu besluttet en metode, der er skabt og introduceret af klinikere i styregruppen og efterfølgende udviklet og evalueret analytisk i RKKP. I beregningsregler for databasen som ligger på www.RKKP.dk er metodens algoritme præsenteret.

Om metoden

Metoden er – kort fortalt – baseret på at definere starten af et ambulante forløb som en række af mindst tre ambulante kontakter, der finder sted inden for 90 dage. Et igangværende ambulante forløb afsluttes på dato for seneste kontakt før en periode på 90 dage uden kontakter. Indtil forløbsafslutning indgår alle patientens ambulante kontakter i forløbet, der således kommer til at indeholde mindst tre kontakter. Efter de 90 dage, der definerer at forløbet er afsluttet, kan et nyt forløb startes, hvis patienten igen har tre kontakter inden for 90 dage. Metoden er skitseret i figuren nedenfor med et eksempel på et ambulante forløb med i alt 6 ambulante kontakter.



Teknisk foregår dannelsen af de ambulante forløb i tre trin.

- 1) Udvælgelse af relevante kontakter, dem vi i DDD betegner "DDD_bruttokontakter". Disse er fælles udgangspunkt for alle databasens populationer (figur 1 i beregningsreglerne)
- 2) Identifikation af de ambulante kontakter (figur 3a i beregningsreglerne)
- 3) Dannelse af de ambulante forløb (figur 3b i beregningsreglerne)

Overvejelser og evaluering

Vi har vurderet metoden ved brug af 3 års LPR-data (fra 1. januar 2020 til 31/12 2022). Her er et par af de mest relevante parametre, der blev undersøgt:

- Antal ambulante forløb i 2020, 2021 og 2022
Antallet af forløb matcher det antal, vi havde i LPR2 (8933 patienter i 2020, 8681 i 2021 og 8775 i 2022).
- Dækningsgrad
Der er patienter med depressionsdiagnose, der ikke kommer med i populationen. Disse patienter er kendetegnet ved, at de har meget få kontakter - i gennemsnit færre end 2 kontakter i alt i

treårsperioden 2020-2022. Størstedelen har blot en enkelt kontakt, hvorimod patienterne i den ambulante forløbspopulation i gennemsnit har 20 kontakter. Dvs. at de patienter, der med denne metode ikke kommer med i databasen, er patienter med et meget sporadisk kontaktmønster, der vanskeliggør en kvalitetsudvikling, der er på linje med patienterne med mange kontakter – de to patienttyper er ikke umiddelbart sammenlignelige og det giver derfor god mening, at de ikke optræder i samme population.

- Første kontakt

Pga. metodens måde af definere forløbets første kontakt, undersøgte vi om patientens første kontakt i forløbet reelt er patientens første kontakt med en depressionsdiagnose. Det viste sig, at i 98 % af forløbene er første kontakt i forløbet reelt patientens første kontakt.

Vi har forståelse for at det ikke er optimalt at det først efter tre besøg afgøres, at patienten inkluderes i databasen - og dette med startdato tilbage fra første besøg. Men faktum er, at vi ikke kan definere disse patienter rent analytisk fra første besøg, da vi jo ikke tidstro i data kan se hvad der vil ske i fremtiden. Rationalet bag metoden er, at der rent klinisk, med patienten i hænderne, kan skelnes mellem patienter, der efter første besøg ikke længere skal følges i hospitalsregi og patienter, der efter første besøg skal fortsætte i et ambulat hospitalsforløb. Metoden er baseret på at klinikerer ved, allerede ved det, der ender med at blive forløbets første besøg, at patienten er startet i ambulat forløb, og derfor giver patienten en rettidig, god behandlingskvalitet, herunder de handlingsanvisende procedurer, der opgøres i RKKPs indikatorsæt.

Afslutningsvis vil vi sige, at metoden fungerer i det historiske data, vi har vurderet den på. Næste skridt er at den skal anvendes i tidstro setting, hvor data løbende kommer ind. Om der skal ske tilpasninger, vil tiden vise, men vi ser frem til igen at kunne levere data på depressionspatienter i ambulat behandling.