

DSAM's høringssvar til lovforslaget

Høringssvaret til lovforslaget fremsendes sammen med to bilag.

Bilag 1 er udarbejdet af DAK-E og DSAM, som indeholder forslag til offentliggørelse af data om arbejdet i almen praksis.

Bilag 2 er sendt til DSAM fra de almenmedicinske forskningsmiljøer, og er høringssvar til lovforslaget vedrørende brug af kvalitetsdata.

Der refereres til begge bilag i høringssvaret og de kan ses på DSAM.dk sammen med høringssvaret.

DSAM er meget betænkelig ved det fremsendte lovforslag.

Efter vores vurdering kan det føre til betydelige forandringer af almen praksis. Et velfungerende sundhedsvæsen af høj kvalitet kræver integritet og ansvar på baggrund af aftaler mellem alle de involverede parter. Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne skal udbygges, og det kræver, at de praktiserende læger er en del af det samlede sundhedsvæsen.

Kernefunktionen i almen praksis er mødet med patienten – konsultationen. Hvad der sker i dette rum ved kun to personer, nemlig l gen og patienten, og sådan skal det fortsat være for at sikre tryghed og åbenhed.

Hverken de seneste overenskomster eller lovforslaget omtaler væsentlige områder som forskning, uddannelse og kvalitet.

DSAM vil forholde sig til disse forhold i høringssvaret.

Forskning

Dette er kun et eksempel, men det vil gælde for langt de fleste kontakter i almen praksis.

98 % af al medicin udskrives i almen praksis. Forskningen, der ligger til grund for udviklingen og valget af præparat, er primært udført på raske unge mennesker eller på patienter under 55-60 år på sygehuse med en diagnosticeret sygdom – og kun den ene sygdom. I almen praksis udskrives langt de fleste præparater til ældre over 60 år for en række sygdomme, som kun sjældent ses på sygehuse, og patienterne har ofte flere andre sygdomme, der behandles medicinsk. Kun forskning i almen praksis kan vise, om præparater har en effekt på patienterne ude i praksis og vise betydningen af, at præparaterne gives til ældre sammen med 5-6 andre typer medicin. For at øge forskningen inden for almen medicin er det vigtigt at have tilstrækkelig økonomi til at styrke forskningsindsatsen og sikre et solidt fundament for de almenmedicinske forskningsmiljøer. I forhold til andre specialer har vi en kort forskningstradition i almen medicin. Vi har nu fire forskningsenheder og efter mange år med få forskere, oplever vi nu en stor interesse – i alt er der omkring 50 ph.d.-studerende, men der er konstante problemer med at finansiere disse forløb. Selv med den beskrevne stigning er forskningsindsatsen lille i relation til de øvrige specialers forskning.

DSAM opfordrer til, at almenmedicinsk forskning tilgodeses via lovgivning.

Uddannelse

Uddannelsen i almen medicin begynder på medicinstudiet. Der er meget gode erfaringer med at lade de studerende komme ud i praksis i løbet af studiet. Det vil styrke ikke kun specialet, men hele lægeuddannelsen, hvis ophold i almen praksis sikres via lovgivning.

Vores speciallægeuddannelse er en af Europas bedste og mest anerkendte uddannelser.

DSAM er bekymrede for konsekvenserne af lovforslaget og/eller en overenskomstløs periode i forhold til speciallægeuddannelsen. På kort sigt er der overhængende risiko for, at samtlige igangværende uddannelsesforløb i almen medicin vil få problemer. På lang sigt, med uafklarede rammer for almen praksis, er forholdene omkring uddannelses- og tutorlæger usikre. Denne usikkerhed og usikkerheden om regulering og kontrol i fremtiden vil true rekrutteringen til specialet.

DSAM er bekymrede for kontinuiteten i videreuddannelsen og rekrutteringen til specialet.

Det er vigtigt at fastholde og udbygge den viden, de nyuddannede læger kommer med. Vi skal have en attraktiv og velfungerende efteruddannelse. DSAM og PLO har i 2007 beskrevet en model for systematisk efteruddannelse, som er revurderet i 2012 for at indgå i overenskomstforhandlingerne. Lægen gennemløber på fem år alle de områder og krav, der stilles til den nyuddannede læge i målbeskrivelsen til speciallægeuddannelsen.

Målbeskrivelsen er omarbejdet til en målbeskrivelse for efteruddannelse og fungerer som elektronisk logbog med en oversigt over gennemførte mål.

De praktiserende læger får i dag ca. en uges efteruddannelse finansieret af Efteruddannelsesfonden. Mange læger betaler selv for yderligere uddannelse. Denne interessestyrede efteruddannelse skal fortsætte sideløbende med systematisk efteruddannelse. Herved sikres et ensartet, højt kompetenceniveau i almen praksis.

DSAM anbefaler at indføre systematisk efteruddannelse.

Kvalitet

Arbejdet med kvalitet i almen praksis tog for alvor fart for ca. 15 år siden som "lad de 1000 blomster blomstre" - små lokale projekter drevet af ildsjæle. Med overenskomsten i 2003 blev området mere centraliseret med DAK-projektet, der førte til etableringen af DAK-E (Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed) og Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD. DAK-E er vokset og har udviklet en række redskaber til at bedre håndteringen af personer med kronisk sygdom. I forbindelse med overenskomsten i 2011 blev det oplyst, at budgettet for DAK-E skulle halveres, nu skulle der være fokus på drift og implementering af alle redskaberne. Kvalitetsarbejdet har medført et kæmpe løft i kvaliteten af kontroller for patienter med kronisk sygdom og for patientsikkerheden. Men vi skal videre. Vi har allerede tabt to års arbejde med at videreføre det banebrydende kvalitetsarbejde, så der skal tilføres ressourcer til området, der sikrer, at DAK-e har økonomi til både at løfte arbejdet med at have alle læger på datafangst og igen at have økonomi til den videre udvikling. Og der er behov for udvikling. Datafangst og brug af data får en stigende betydning i det løbende arbejde med kvalitet i klinikkerne, og data skal kun benyttes til dette formål. Hvis data benyttes til kontrol kan det skade kvaliteten af arbejdet med de store patientgrupper med kronisk sygdom. International forskning viser nemlig, at dette ødelægger det faglige indhold af data i databasen.

DSAM anbefaler, at den fortsatte udvikling af kvalitetsområdet tilgodeses i lovgivningen.

Kvalitetsdata må ikke anvendes til kontrol.

Her følger DSAM's hørings svar i forhold til enkelte paragraffer i lovforslaget.

Generelt vil DSAM kun kommentere emner af faglig karakter, da PLO må forventes at kommentere øvrige forhold.

3.1. Patientrettigheder i forbindelse med medicinske ydelser. (§ 1.4)

Det er DSAM's opfattelse, at en ophævelse af kilometergrænsen for lægevalg vil øge udtyndingen af patientgrundlaget i yderområder og dermed øge risikoen for, at klinikker i disse områder lukker, før den demografiske udvikling betinger det. Herved øges ulighed i sundhed.

DSAM er bekymrede for lægedækningen ved ophævelse af kilometergrænsen og den heraf følgende ulighed i sundhed.

3.2. Planlægning og samarbejde (§ 1.6)

Dansk almen praksis har potentialet til at opbygge et stærkt sundhedstilbud tæt på borgeren i samarbejde med kommunerne. Praksissektoren har hidtil leveret et solidt stykke arbejde i samarbejde med regionerne og hospitalerne bl.a. i kraft af en velfungerende praksiskonsulentordning og forløbsprogrammer.

I forbindelse med udarbejdelsen af den anden udgave af sundhedsaftalerne gældende for 2011-2014 var DSAM involveret i flere møder, hvor vi talte om den manglende inddragelse af almen praksis, og hvor det fra flere sider var et ønske, at almen praksis aktivt skal indgå i arbejdet med de kommende sundhedsaftaler.

Når de praktiserende læger skal være en del af samarbejdet i sundhedstrekanten mellem hospitaler, praksis og kommuner, skal de også indgå i Praksisplanudvalget og ikke blot være høringspart. De praktiserende læger er med i det faglige rådgivningsudvalg, selvfølgelig, og her skal sidde gode lokale folk med indsigt i almen praksis. For at sikre information vertikalt skal repræsentanter for DSAM's og PLO's regionsbestyrelser have plads i Praksisplanudvalget, herved kommer udvalget til at repræsentere alle aktører. Lægerepræsentanterne sidder også centralt i DSAM og PLO, så der sikres informationsudveksling fra nationalt til regionalt niveau og omvendt. Herved styrkes begge niveauer.

Under forudsætning af at dette udvalg i den endelige lov får en bred kompetence, som beskrevet i lovforslaget, mener DSAM, at vi bør være repræsenteret i Praksisplanudvalget sammen med PLO.

DSAM opfordrer til, at DSAM og PLO får plads i Praksisplanudvalget.

DSAM bemærker, at der fortsat skal være et kommunalt lægeligt udvalg i hver kommune og støtter dette.

DSAM har sat patientinddragelse på dagsordenen og bemærker derfor med tilfredshed, at der skal nedsættes et patientinddragelsesudvalg.

Det foreslås, at der nedsættes et fagligt rådgivningsudvalg. I lovforslaget nævnes det, at udvalget bl.a. skal bestå af repræsentanter for praktiserende læger. DSAM foreslår, at DSAM nævnes eksplicit. Formuleringen kunne således være, at udvalget består af repræsentanter fra regioner, kommuner og praktiserende læger, herunder repræsentanter fra DSAM.

DSAM foreslår, at DSAM nævnes eksplicit som repræsentant i Fagligt Rådgivningsudvalg

3.3. Nye organisationsformer (§ 1.10)

Med den øgede centralisering i sekundærsektoren øges kravene til det nære sundhedsvæsen, hvor almen praksis og kommunerne skal have rammer og muligheder, der styrker

samarbejdet. Der skal derfor være et lægebetjent sundhedstilbud tæt på borgeren. I Danmark har vi løbende udbygget kapaciteten, og ikke mindst kvaliteten, af speciallægeuddannelsen i almen medicin. DSAM har netop fået Sundhedsstyrelsens godkendelse af vores nye målbeskrivelse for uddannelsen og har dermed sikret vores plads i førerfeltet. Vi gennemfører i år det andet EU-projekt om 'teaching the teachers', som yderligere bidrager til at sikre den høje kvalitet af uddannelsen ved at have veluddannede tutorlæger.

Vi har i disse år lægemangel og mangler især praktiserende læger. I lovforslaget beskrives forskellige forslag til at løse problemerne med lægemangel. DSAM skal gøre opmærksom på, at antallet af speciallæger (med uændrede forudsætninger) om fem år begynder at stige. Vi vil derfor kraftigt opfordre til, at alle aftaler, også aftaler om flere ydernumre til én speciallæge, gøres tidsbegrænsede, og at alle stillinger skal besættes af speciallæger i almen medicin. Nødløsninger af svingende kvalitet skal ikke blokere for nyuddannede speciallæger, der herved tvinges til at tage arbejde i udlandet.

DSAM anbefaler, at alle nødløsninger ved lægemangel gøres tidsbegrænsede.

3.4 Kvalitet og indsigt i almen praksis (§ 1.12)

Udenlandske erfaringer viser, at mange ansættelses- og organisationsformer gør det vanskeligt at samle de praktiserende læger i én faglig organisation. En høj tilslutning til et fælles fagligt selskab styrker fagligheden på området.

Det anføres, at praktiserende læger skal følge faglige retningslinjer og pakkeforløb. Det er en selvfølge i henhold til Sundhedslovens § 17, hvor det anføres, at autoriseret sundhedspersonale skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Sundhedsstyrelsen tolker i forhold til tilsyn dette, som at læger skal følge relevante faglige retningslinjer. De praktiserende læger følger i vid udstrækning DSAM's vejledninger, bl.a. fordi de er skrevet af praktiserende læger, og fordi de følges op af en række implementeringsaktiviteter. Vejledninger fra andre kilder, hyppigt Sundhedsstyrelsen, følges ikke op med implementeringsaktiviteter. I DSAM undersøger vi derfor mulighederne for at bedre implementeringen af vejledninger fra andre kilder.

Sundhedsministeren har i flere medier brugt hjertepakkerne som et eksempel på retningslinjer, der ikke følges i almen praksis. Det er et dårligt eksempel. Pakkeforløb løser primært problemer i sekundærsektoren ved at ensrette behandlingstilbuddene og sikre et hurtigt patientflow gennem et tværfagligt forløb. Set fra almen praksis' side komplicerede den første hjertepakke et akut forløb, hvortil der allerede var bedre fungerende henvisningsmuligheder. Alle hjertepatienter med akut behov er således blevet henvist, bare ikke i et pakkeforløb. Der er blevet taget hensyn til disse forhold i 2. generation af hjertepakken.

DSAM advarer mod mange forskellige organisations- og ansættelsesformer, da ens ansættelses- og organisationsforhold styrker fagligheden.

Det anføres, at regionerne skal have adgang til "at rekvirere kliniske data om patientbehandlingen i almen praksis herunder behandlingsresultater, der kan belyse patienternes sundhedstilstand." Dette suppleres med, at oplysningerne ganske kortvarigt kan dekrypteres, for at berige oplysningerne med oplysninger fra andre kilder.

DSAM ser med bekymring på dette forslag. Det griber dybt ned i læge-patientforholdet og kan hæmme patientens tillid i konsultationen. Intet må komme ud af dette rum. Der findes flere metoder til at få overblik over arbejdet i almen praksis uden at være på patientniveau.

Det er desuden DSAM's vurdering, at disse handlinger ligger på grænsen af, hvad der er tilladt. Data indhentes i DAMD, der er godkendt i henhold til bekendtgørelsen om kvalitetsdatabaser. I denne bekendtgørelse står:

“§ 2. Oplysninger i kliniske kvalitetsdatabaser må kun anvendes i overensstemmelse med kvalitetsdatabasens formål.

Stk. 2. Anvendelse af oplysninger må kun ske som led i løbende overvågning, evaluering og udvikling af den kliniske kvalitet samt som led i synliggørelsen af den kliniske kvalitet overfor borgerne.”

Formålet med databasen er beskrevet i den seneste godkendelse fra Sundhedsstyrelsen i 2012. Her står:

“Dansk AlmenMedicinsk Database (fællesdatabasen), DAMD, der har til formål at udvikle og sikre kvaliteten i almen lægepraksis som en del af det samlede sundhedsvæsen! At fremme forskning i kvalitetsudvikling med betydning for kvaliteten i almen lægepraksis og det samlede sundhedsvæsen.”

I henhold til bekendtgørelsen kræver afgivelse af data til en kvalitetsdatabase ikke patientens samtykke. Det kræver derfor en nøjere juridisk vurdering, for at afklare om disse krav tillader offentliggørelse på patientniveau.

Data indsamlet i en kvalitetsdatabase skal benyttes til kvalitetsudvikling, ikke til kontrol. DSAM har derfor udarbejdet et notat med flere forslag til, hvordan data fra DAMD kan benyttes til information og kontrol i forhold til borgere og myndigheder, uden at det skader kvaliteten af data. Notatet vedlægges.

Der vedlægges endvidere et høringssvar om brug af data og forslag til ændringer i Sundhedsloven underskrevet af alle de almenmedicinske forskningsmiljøer. Hovedbudskabet er som tidligere nævnt, at kvalitetsdata ikke må benyttes til kontrol.

DSAM ser meget alvorligt på offentliggørelse af data på patientniveau og har derfor udarbejdet flere forslag til nyttig information uden sammenkobling med CPR-nummer.

Resume af DSAM's anbefalinger:

DSAM opfordrer til, at almenmedicinsk forskning tilgodeses via lovgivning.

DSAM er bekymrede for kontinuiteten i videreuddannelsen og rekrutteringen til specialet.

DSAM anbefaler at indføre systematisk efteruddannelse.

DSAM anbefaler, at den fortsatte udvikling af kvalitetsområdet tilgodeses i lovgivningen.

Kvalitetsdata må ikke anvendes til kontrol.

DSAM er bekymrede for lægedækningen ved ophævelse af kilometergrænsen, da dette øger ulighed i sundhed.

DSAM opfordrer til, at DSAM og PLO får plads i Praksisplanudvalget.

DSAM foreslår, at DSAM nævnes eksplicit som repræsentant i Fagligt Rådgivningsudvalg.

DSAM anbefaler, at alle nødløsninger ved lægemangel gøres tidsbegrænsede.

DSAM advarer mod mange forskellige organisations- og ansættelsesformer, da ens ansættelses- og organisationsforhold styrker fagligheden.

DSAM ser meget alvorligt på offentliggørelse af data på patientniveau og har derfor udarbejdet flere forslag til nyttig information uden sammenkobling med CPR-nummer.

Bilag 1 til DSAM's høringssvar

Forslag til oplysninger om arbejdet i almen praksis.

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

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

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

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

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

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

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

forhold til alder, køn og antal tilmeldte.

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

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

- Ydelser: antal lungefunktionsundersøgelser, forebyggelsesydelser, hjemmebesøg
- Laboratorieværdier: antal kolesterol- og HbA1cmålinger
- Recepter: benzodiazepiner (beroligende), typer af morfika, typer af antibiotika.

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

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

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

Bilag 2 til DSAM's høringssvar

Høringssvar fra de faglige almenmedicinske miljøer - Afdelinger og Forskningsenheder for Almen Praksis ved Københavns, Århus og Syddansk Universiteter samt Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed

Vedrørende Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet af 3.5.2013

De faglige almenmedicinske miljøer har ikke modtaget lovforslaget til høring og afgiver derfor høringssvar i samarbejde med Dansk Selskab for Almen Medicin. De faglige almenmedicinske miljøer vil gerne påvirke lovforslaget med faglig viden omkring kvaliteten af patientbehandlingen.

Der er i det fremsatte lovforslag stor usikkerhed omkring anvendelsen af kliniske data vedrørende de enkelte patienter. De faglige almenmedicinske miljøer vil gerne understrege vigtigheden af, at kliniske data kun anvendes til kvalitetsudvikling i de kliniske miljøer samt til forskning og ikke til brug for kvalitetskontrol eller honoreringsmodeller. Der er belæg for, at anvendelse af kliniske data til kvalitetskontrol og/eller honoreringsmodeller kan ødelægge kvaliteten af data og dermed føre til dårligere behandling af de mest udsatte patientgrupper (se Bilag). Samtidigt er det væsentligt, at beskytte patienternes rettigheder og sikre, at kliniske data vedrørende enkelte patienter kun anvendes på et anonymiseret niveau og ikke indgår i den administrative sagsbehandling.

I §1.5 indsættes et nyt stk. 3 i §195

§ 195

Stk. 3. De personhenførbare oplysninger, som et regionsråd får tilladelse til at indhente, må udelukkende behandles med henblik på statistiske undersøgelser, hvis aggregerede resultater, herunder evalueringer og analyser, kan anvendes til regionsrådets tilrettelæggelse og planlægning af indsatsen på sundhedsområdet. Personhenførbare oplysninger må ikke indgå i regionsrådets administrative sagsbehandling, og oplysningerne må ikke benyttes til patientbehandling eller konkret sagsbehandling i forhold til den enkelte borger. Kun ansatte personer i regionen, der direkte skal anvende personhenførbare oplysninger til statistiske undersøgelser, må behandle dem.

I §1.12 under §231 e, stk. 1 bør det præciseres:

§ 231 e.

Stk. 1. Det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, at foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst til brug for kvalitetsudvikling i de enkelte klinikker.

I §1.12 under §231 e, stk. 3 bør det tilføjes:

§ 231 e.

Stk.3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om kodning og

datafangst under hensyn til, at kliniske indikatorer på patientniveau benyttes til kvalitetsudvikling i almen praksis, mens procesindikatorer for lægernes anvendelse af kvalitetsudviklingsværktøjer kan benyttes til planlægning og administration. Data kan kun offentliggøres på anonymiseret og aggregeret niveau. Der nedsættes et fagligt råd med deltagelse af relevante repræsentanter for de danske almenmedicinske faglige miljøer og patientforeningerne, som rådgiver ministeren vedrørende regler om offentliggørelse af oplysninger om praksis, jf. stk. 2.

Med venlig hilsen

Lars Bjerrum
Afdelingsleder,
professor, ph.d.
Afdeling for Almen
Medicin, Københavns
Universitet

Anelli Sandbæk
Afdelingsleder,
professor, ph.d.
Afdeling for Almen
Medicin, Århus
Universitet

Andres Halling
Afdelingsleder,
professor, ph.d.
Forskningsenheden
for Almen praksis,
Syddansk Universitet

Leo Thomsen
Formand for
kvalitets- og
forskningsudvalget,
Dansk
AlmenMedicinsk
Database

Susanne Reventlow
Forskningsleder,
professor, Ph.d.
Forskningsenheden
for Almen Praksis,
Københavns
Universitet

Flemming Bro
Forskningsleder,
professor, Ph.d.
Forskningsenheden for
Almen praksis,
Århus Universitet

Jens Søndergaard
Forskningsleder,
professor, ph.d.
Forskningsenheden
for Almen praksis,
Syddansk Universitet

Janus Thomsen
Konst. Direktør,
Lektor, ph.d.
Dansk Almen-
medicinsk Kvalitets-
Enhed

BILAG:

Kvalitetsudviklingsmodellen i dansk almen praksis ud fra datafangst bygger på tilbagemelding til brugerne med data vedrørende egne patienter og praksis status i forhold til gennemsnittet af kollegerne. Målet for kvalitetsudviklingen er at bedre patientbehandling og opnå et bedre populationsoverblik på baggrund af data automatisk opsamlet for udvalgte kroniske sygdomme. Modellen er en internationalt anerkendt metode til at opnå forbedringer i patientbehandlingen [1, 2], og som diagnosekodningen anvendes i Danmark i dag, er der resultater, som tyder på en lignende positiv effekt kvalitetsudvikling ud fra arbejde med kliniske data i små enheder, der selv er ansvarlige for den direkte patient kontakt [3, 4]. Et nøgleområde for levering af gode kvalitetsdata er diagnosekodningen udført af de deltagende læger. En forudsætning for høj faglighed af diagnosekodningen er, at der ikke er økonomiske incitamenter for lægerne for at diagnosekode, eller at kodningen har social betydning for deres patienter. I Norge ses et eksempel på hvordan diagnosekodningens betydning for patienterne kan påvirke lægernes diagnosekodning, idet diagnosekodningen bruges som grundlag for at opnå bestemte sociale ydelser, som for eksempel sygedagpenge. Der er stor risiko for en tilvænning blandt lægerne til at bruge de koder, der udløser de ydelser, som anses for nødvendige for patienterne [5-7].

En nylig OECD rapport lægger op til brug af incitamenter for at opnå forbedringer i kliniske kvalitetsindikatorer. En økonomisk incitament struktur eller offentliggørelse af kliniske indikatorer på læge eller praksisniveau kan gøre patienter med lav kompliance uønskede, idet patienter, der ikke kan følge de planlagte mål vil ødelægge lægens/praksis kvalitetsmål, hvor der er en stor del af patientkompliance forbundet med at opnå optimale kvalitetsmål. Risikoen er, helt modsat intentionen om en bedre patientbehandling, at komme til at stille sårbare patienter i en dårlig situation, hvor de direkte eller indirekte bliver en uønsket gruppe [8-10].

Referencer

1. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C: **Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach**. *Jt Comm J Qual Improv* 2001, **27**(2):63-80.
2. Joshi MS, Bernard DB: **Clinical performance improvement series. Classic CQI integrated with comprehensive disease management as a model for performance improvement**. *Jt Comm J Qual Improv* 1999, **25**(8):383-395.
3. Schroll H, Christensen RD, Thomsen JL, Andersen M, Friborg S, Sondergaard J: **The danish model for improvement of diabetes care in general practice: impact of automated collection and feedback of patient data**. *Int J Family Med* 2012, **2012**:208123.
4. Guldberg TL, Vedsted P, Kristensen JK, Lauritzen T: **Improved quality of Type 2 diabetes care following electronic feedback of treatment status to general practitioners: a cluster randomized controlled trial**. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association* 2011, **28**(3):325-332.
5. Stavdal A: **[General practice in crisis]**. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000, **120**(7):774.
6. Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, Nygard JF, Tellnes G: **ICPC as a standard classification in Norway**. *Fam Pract* 1996, **13**(4):391-396.

7. Aakvik A, Holmas TH, Kamrul Islam M: **Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data.** *Soc Sci Med* 2010, **70**(10):1590-1598.
8. Zaslavsky AM, Hochheimer JN, Schneider EC, Cleary PD, Seidman JJ, McGlynn EA, Thompson JW, Sennett C, Epstein AM: **Impact of sociodemographic case mix on the HEDIS measures of health plan quality.** *Med Care* 2000, **38**(10):981-992.
9. Weiss GG: **What would you do? Testing and insurance.** *Med Econ* 2006, **83**(23):74, 77-78, 81.
10. Hood RG: **Pay-for-performance--financial health disparities and the impact on healthcare disparities.** *J Natl Med Assoc* 2007, **99**(8):953-958.